

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades des
„Doctor of Public Health“ DrPH
an der Fakultät für
Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

zum Thema

Gesundheit und Migrationswünsche bei slowakischen Jugendlichen: Ein Beitrag zum Verständnis der Gesundheit von Migranten

Vorgelegt von
Martina Brngalová, MPH

Erstgutachter: Prof. Dr. Rafael Mikolajczyk
Zweitgutachter: Prof. Dr. Alexander Krämer

Bielefeld, Juni 2014

Danksagung

Eine wissenschaftliche Arbeit ist nie ein Werk einer einzelnen Person und deshalb ist es jetzt an der Zeit, mich bei all den Menschen zu bedanken, die mir die Erstellung meiner Dissertation ermöglicht haben:

Zu besonderem Dank bin ich meinem Doktorvater Prof. Dr. Rafael Mikolajczyk verpflichtet. Ich bedanke mich für seine wissenschaftliche Betreuung und Unterstützung sowie seine hilfreiche inhaltliche Ratschläge während der gesamten Dissertation. Bei Herr Prof. Dr. Alexander Krämer bedanke ich mich für die finanzielle Übernahme der Kosten, die mit dem Druck der Fragebögen verbunden waren.

Besonderer Dank gehört meiner Familie, vor allem meinen Eltern und Großeltern. Auch wenn sie in der Slowakei leben, habe ich jeden Tag ihre emotionale Unterstützung gespürt. Ich danke euch für eure Liebe und dass ihr die ganze Zeit an mich geglaubt habt. Weiterhin danke ich dir mein Michal für deine Ausdauer, Ruhe und Geduld, womit du mir stets zur Seite standest und mich immer wieder aufgemuntert hast, wenn mir die Kraft, um weiter zu machen, gefehlt hat.

Ganz großer Dank geht an Peter Besselmann und seine Frau Ulla. Im Laufe der Zeit sind die beiden zu meiner Familie geworden, die ich hier in Deutschland habe. Ihre Freundschaft und Zuneigung bedeutet mir sehr viel.

Mein Dank gebührt auch meinen beiden Freunden Dr. Stephan Holz und Dr. Tuncer Cabadag. Herzlichen Dank für eure Freundschaft und jeden anderen wertvollen und unterstützenden Beistand während meiner Promotion. Weiterer Dank gebührt Sebastian U. Kuhnen für seine wertvolle Unterstützung und Beratung bei den statistischen Analysen.

Zum Schluss, aber nicht zu zuletzt danke ich Hans-Georg Pütz und meiner Freundin Anna, die zu einer deutlichen Reduktion der Fehler, die aus meiner sprachlichen Unzulänglichkeit resultieren, beigetragen haben.

Abstract

Hintergrund: Die meisten epidemiologischen Studien beschäftigen sich mit der Gesundheit von Migranten im Zielland ihrer Migration, ohne Erkenntnisse darüber zu haben, mit welchem Gesundheitszustand sie die Migration angetreten haben. Dadurch besteht in der Migrationsforschung eine bedeutsame Erkenntnislücke. Aus diesem Grund wird im Rahmen dieser Untersuchung die erste Phase der Migration – Intention zur Migration sowie auch die erfolgte Migration aus der gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Perspektive untersucht. Damit soll ein Beitrag zum besseren Verständnis der Gesundheit von Migranten geleistet werden.

Methoden: Mittels einer prospektiven Längsschnittstudie mit zwei Datenerhebungen wurde die Assoziation zwischen den gesundheits- und sozialbezogenen Merkmalen und dem Migrationswunsch bzw. der erfolgten Migration untersucht. Es handelt sich dabei um eine Totalerhebung bei Jugendlichen aus zwei slowakischen Städten, Martin und Turčianske Teplice. Die Studienpopulation in der „*Baseline*“ Befragung besteht aus 986 slowakischen Schülerinnen und Schüler, in der Abschlussphase ihrer Mittelschule und 372 Jugendlichen in der „*first Follow-up*“ Befragung. Mithilfe der multinomialen logistischen Regressionsanalyse in der „*Baseline*“ Befragung und der binären logistischen Regressionsanalyse in der „*first Follow-up*“ Befragung wurde in den jeweiligen multivariablen Regressionsmodellen die Assoziation zwischen dem Migrationswunsch bzw. der erfolgten Migration und gleichzeitig mehreren unabhängigen Variablen untersucht. Mithilfe der Odds Ratio wurde das Chancenverhältnis der Zugehörigkeit zu einer Kategorie der abhängigen Variable in Assoziation zur unabhängigen Variable geschätzt.

Ergebnisse: Im Rahmen der multivariablen Regressionsanalyse der „*Baseline*“ Befragung wurden mehrere signifikante Assoziationen sichtbar. Bei den gesundheitsbezogenen Merkmalen besteht eine Assoziation zwischen der persönlichen Drogenerfahrung und dem Migrationswunsch. Demnach haben Schülerinnen und Schüler mit Drogenerfahrung gegenüber Schülerinnen und Schüler ohne Drogenerfahrung eine um das 2,26-fache signifikant höhere Chance eher der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch. Bei den sozialbezogenen Merkmalen lassen sich signifikante Assoziationen zwi-

schen dem Geschlecht, dem Typ der Mittelschule und dem Beziehungsstatus der Befragten, der Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern sowie auch den *ökonomischen* und *gesellschaftlichen* „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ und dem Migrationswunsch beobachten.

In der multivariablen Regressionsanalyse der „*first Follow-up*“ Befragung wurden auch mehrere signifikante Assoziationen zwischen den untersuchten Merkmalen und der erfolgten Migration sichtbar. Von den gesundheitsbezogenen Merkmalen stehen der Alkoholkonsum und die „*ungesunden*“ Ernährungsweisen in einer Assoziation mit der erfolgten Migration: Mit steigendem Alkoholkonsum, steigt bei den slowakischen Jugendlichen signifikant die Chance zu migrieren. Mit steigendem Maß an „*ungesunden*“ Ernährungsweisen sinkt wiederum bei den slowakischen Jugendlichen die Chance zu migrieren. Von den sozialbezogenen Merkmalen stehen lediglich die *gesellschaftlichen* „Push-Faktoren“ in Assoziation mit der erfolgten Migration von slowakischen Jugendlichen. Außerdem erweist sich der untersuchte Migrationswunsch als ein guter Indikator für die erfolgte Migration, anhand deren Rückschlüsse auf die erfolgte Migration getroffen werden können.

Fazit: Die Ergebnisse dieser Dissertation deuten allgemein darauf hin, dass die *sozialbezogene Perspektive* bei dem Vorhandensein des Migrationswunsches sowie auch bei der erfolgten Migration von slowakischen Jugendlichen die entscheidende Rolle spielt. Es sind vor allem die „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ zusammen mit den ausgewählten individuellen Merkmalen und Familienmerkmalen, die für das Vorhandensein des Migrationswunsches bzw. die erfolgte Migration ausschlaggebend sind. Im Gegensatz dazu spielt die *gesundheitsbezogene Perspektive* bei den slowakischen Jugendlichen im Hinblick auf ihren Migrationswunsch bzw. die erfolgte Migration keine Schlüsselrolle. Die gesundheitliche Lage ist bei den Jugendlichen für das Vorhandensein des Migrationswunsches sowie auch für die erfolgte Migration nicht ausschlaggebend. Aber die vorhandenen Assoziationen deuten auf eine Verbindung zwischen Gesundheit und Migration hin. Die *erhöhte Risikobereitschaft* könnte hinter dieser Verbindung stehen und für das Vorhandensein des Migrationswunsches bzw. die erfolgte Migration ausschlaggebend sein.

Inhaltverzeichnis

Danksagung.....	ii
Abstract.....	iii
Inhaltverzeichnis	v
Abkürzungsverzeichnis	viii
Abbildungsverzeichnis	ix
Tabellenverzeichnis	x
Einleitung	1
Kapitel 1	4
1 Theoretische Konzepte	4
Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsverhalten	6
1.1 Definition von Gesundheit.....	6
1.1.1 Wissenschaftliche Bestimmung des Gesundheitsbegriffs	6
1.1.2 Subjektive Laienvorstellungen von Gesundheit.....	9
1.2 Definition von Gesundheitsverhalten	10
1.3 Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsverhalten in dieser Dissertation.....	13
Verständnis von Migration	15
1.4 Definition von Migration	15
1.5 Phasen des Migrationsprozesses	17
1.6 Aspekte und Arten von Migration.....	19
1.7 Migration im historischen Überblick und heutzutage	21
1.8 Migration in der Slowakei.....	23
1.9 Migrationsforschung und Erklärungsansätze der Migration.....	24
1.9.1 Makrotheoretische Ansätze in der Migrationsforschung.....	25
1.9.2 Mesotheoretische Ansätze in der Migrationsforschung.....	26
1.9.3 Mikrotheoretische Ansätze in der Migrationsforschung	27
1.10 Verständnis von Migration in dieser Dissertation	33
Verständnis von Gesundheit und Migration	35
1.11 Migration als ein gesundheitsrelevantes Lebensereignis	36
1.12 Das „ <i>Healthy-Migrant-Effect</i> “ - Theorie der positiven Selektion.....	41
1.13 Verständnis von Gesundheit und Migration in dieser Dissertation	44
Kapitel 2	45
2 Forschungsstand	45

2.1	Forschungsstand zur Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Migranten.....	45
2.1.1	Studien zur Ernährung von Migranten	48
2.1.2	Studien zur körperlichen Aktivität von Migranten	51
2.1.3	Studien zu psychosomatischen Beschwerden von Migranten	53
2.1.4	Studien zum Rauchverhalten, Alkohol- und Drogenkonsum von Migranten 57	
2.2	Forschungsstand zu den „Push- und Pull-Faktoren der Migration“	71
2.2.1	Studien zur ökonomischen „Push- und Pull-Faktoren der Migration“	71
2.2.2	Studien zu gesellschaftlichen „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ ...	75
Kapitel 3		80
3	Forschungsziele und Forschungshypothesen	80
3.1	Fragestellungen und Hypothesen der „Baseline“ Befragung	81
3.2	Fragestellungen und Hypothesen der „first Follow-up“ Befragung	86
Kapitel 4		88
4	Methoden der Arbeit	88
4.1	Forschungsdesign	89
4.1.1	Forschungsdesign der „Baseline“ Befragung	89
4.1.2	Forschungsdesign der „first Follow-up“ Befragung.....	90
4.2	Einschlusskriterien für die Studienpopulation.....	91
4.3	Fallzahlberechnung	93
4.4	Das Erhebungsinstrument Fragebogen	93
4.4.1	Fragebogen der „Baseline“ Befragung	94
4.4.2	Fragebogen der „first Follow-up“ Befragung.....	95
4.5	Umgang mit fehlenden Werten	96
4.6	Bildung der abhängigen und unabhängigen Variablen.....	97
4.7	Statistische Vorgehensweisen	109
4.7.1	Deskriptive Analyse	109
4.7.2	Univariable Regressionsanalyse	109
4.7.3	Multivariable Regressionsanalyse	110
4.7.4	Faktorenanalyse	111
4.7.5	Reliabilitätsanalyse	111
4.8	Datenschutz und ethische Prinzipien	112
Kapitel 5		113
5	Ergebnisse.....	113
5.1	Ergebnisse zur Teilnahme an der Studie	114
5.2	Ergebnisse der Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse	116
5.2.1	Merkmale der Gesundheit und Gesundheitsverhalten	116

5.2.2	„Push- und Pull-Faktoren der Migration“	120
5.3	Ergebnisse der „Baseline“ Befragung	123
5.3.1	Deskriptive Beschreibung der Studienpopulation	123
5.3.2	Univariable Regressionsanalyse	126
5.3.3	Multivariable Regressionsanalyse	132
5.4	Ergebnisse der „first Follow-up“ Befragung	145
5.4.1	Deskriptive Beschreibung der Studienpopulation	145
5.4.2	Univariable Regressionsanalyse	148
5.4.3	Multivariable Regressionsanalyse	153
Kapitel 6		162
6	Diskussion	162
6.1	Diskussion zur Teilnahme an der Studie	163
6.2	Diskussion der Ergebnisse der „Baseline“ Befragung	164
6.3	Diskussion der Ergebnisse der „first Follow-up“ Befragung	181
6.4	Diskussion der Methodik	190
Fazit	.....	194
Literaturverzeichnis	.....	196
Eidesstattliche Erklärung	.....	218
Erklärung über frühere Promotionsversuche	.....	219
Anhang	.....	220

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BMI	Body-Mass-Index (kg/m^2)
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
et al.	et alii (lat. und andere)
etc.	et cetera (lat. für die übrigen Dinge)
N	Größe der Grundgesamtheit
OR	Odds Ratio
R^2	Bestimmtheitsmaß
Ref.	Referenz
RKI	Robert Koch Institut
S.D.	Standardabweichung
Tab.	Tabelle
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
vs.	versus
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Migranten	39
--	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Ausschöpfungsgrad der erreichten Stichprobe „Baseline“ Befragung	115
Tabelle 2 Ausschöpfungsgrad der erreichten Stichprobe „first Follow-up“ Befragung	115
Tabelle 3 Skalenbildung Faktor subjektive psychosomatische Beschwerden..	117
Tabelle 4 Skalenbildung Faktor „ungesunde“ Ernährungsweisen	118
Tabelle 5 Skalenbildung Faktor Alkoholkonsum.....	118
Tabelle 6 Skalenbildung Faktor körperliche Aktivität.....	119
Tabelle 7 Skalenbildung Faktor ökonomische „Pull-Faktoren“	120
Tabelle 8 Skalenbildung Faktor ökonomische „Push-Faktoren“	121
Tabelle 9 Skalenbildung Faktor gesellschaftliche „Push-Faktoren“	122
Tabelle 10 Deskription der Studienpopulation – „Baseline“ Befragung	124
Tabelle 11 Univariable Regressionsanalyse – „Baseline“ Befragung.....	127
Tabelle 12 Multivariable Regressionsanalyse Teil 1/2 – „Baseline“ Befragung	135
Tabelle 13 Multivariable Regressionsanalyse Teil 2/2 – „Baseline“ Befragung	141
Tabelle 14 Deskription der Studienpopulation – „first Follow-up“ Befragung	147
Tabelle 15 Univariable Regressionsanalyse – „first Follow-up“ Befragung	149
Tabelle 16 Multivariable Regressionsanalyse - „first Follow-up“ Befragung ...	155

Einleitung

Migration von Menschen ist ein fester Bestandteil unserer Gesellschaft. Im Laufe der Menschheitsgeschichte haben sich Menschen immer auf den Weg gemacht, um in einem anderen Land ihre neue Heimat zu finden. Diese Wanderungsprozesse fanden und finden immer aus unterschiedlichen Gründen statt: von Naturkatastrophen, Krieg, Vertreibung bis hin zu der Hoffnung auf bessere Lebensbedingungen. So vielseitig wie die Migration auch ist, so unterschiedlich sind die positiven wie auch negativen Folgen für die einzelnen Migranten.

Migration stellt aber nicht nur eine *räumliche Bewegung* von Menschen dar, sondern ist mit zahlreichen Heraus- und Anforderungen für migrierende Personen verbunden. Um sich schnell an die neuen Gegebenheiten anzupassen, müssen die Migranten starke Orientierungs- und Bewältigungsstrategien entwickeln, die durch extreme Leistungsfähigkeiten gekennzeichnet sind. Um die Migration erfolgreich meistern zu können, sind die Migranten großem Druck ausgesetzt, was insgesamt negative Folgen auf ihre Gesundheit haben kann. Aus diesem Grund wird die Migration mit Gesundheitsrisiken in Verbindung gebracht, die kurz- oder langfristige Folgen auf die Gesundheit haben können. Demzufolge ist die Gesundheit von Migranten ein relevanter Bestandteil der Migrationsforschung.

Der Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit lässt sich jedoch sehr schwer erfassen. Die wissenschaftliche Literatur liefert oft unterschiedliche und teilweise widersprüchliche Ergebnisse über diesen Zusammenhang. Der Grund dafür liegt einerseits in der großen Heterogenität der migrierenden Population, die unterschiedliche Migrationsvoraussetzungen widerspiegeln und andererseits in der unterschiedlichen Interpretation der Ergebnisse. Alle diese Schwierigkeiten führen dazu, dass der *wahre* Zusammenhang zwischen Gesundheit und Migration nicht exakt bestimmt werden kann. Die gesundheitlichen Benachteiligungen bei Migranten werden sehr oft alleine dem Phänomen der Migration zugeschrieben, ohne die wahren Gründe dafür zu kennen. Die meisten epidemiologischen Studien beschäftigen sich mit der Gesundheit von Migranten der ersten und nachfolgenden Generationen im Ziel-land ihrer Migration, ohne Erkenntnisse darüber zu haben, mit welcher Gesundheit

und mit welchen Gesundheitsverhaltensweisen die Migranten den Migrationsprozess in der Vergangenheit angetreten sind. Dadurch besteht in der Migrationsforschung eine bedeutsame Erkenntnislücke. Um den *wahren* Zusammenhang zwischen Gesundheit und Migration zu beleuchten, ist die Frage nach der Gesundheit von Migranten am Anfang der Migration von Bedeutung. Eine Erklärung dieses Zusammenhangs bietet die wissenschaftliche Literatur mit dem „*Healthy-Migrant-Effect*“. Der „*Healthy-Migrant-Effect*“ und seine *positive (Selbst-) Auswahlselektion* geht von der Annahme aus, dass Menschen, die das Wagnis der Migration auf sich nehmen eher junge, gesunde und leistungsfähige Menschen sind, die im Vergleich zur Durchschnittspopulation ihres Heimatlandes über eine bessere Gesundheit verfügen (Razum 2006, Lechner & Mielck 1998, Kirkcaldy et al. 2006, Lee 1966, Ravenstein 1885).

Aus diesem Grund wird im Rahmen dieser Dissertation mittels einer Längsschnittstudie an slowakischen Jugendlichen aus der gesundheitswissenschaftlichen Perspektive der folgenden Fragen nachgegangen: *Durch welche Gesundheit bzw. Gesundheitsverhaltensweisen die slowakischen Jugendlichen im Hinblick auf ihren Migrationswunsch gekennzeichnet sind?; Durch welche Gesundheit bzw. Gesundheitsverhaltensweisen sind die slowakischen Jugendlichen gekennzeichnet, die den Migrationswunsch ein Jahr später in die Realität umsetzen? Im Hinblick auf den „Healthy-Migrant-Effect“ wird also untersucht: ob slowakische Jugendliche, die den Migrationswunsch haben bzw. migriert sind, durch eine bessere Gesundheit und Gesundheitsverhaltensweisen gekennzeichnet sind als slowakische Jugendliche, ohne Migrationswunsch bzw. die nicht migrierten?*

Eine gute Gesundheit bei den potenziellen Migranten ist eine Grundvoraussetzung für das Vorhandensein des Migrationswunsches sowie auch für die erfolgte Migration. Aus der wissenschaftlichen Literatur ist der Zusammenhang zwischen Gesundheit und soziodemografischen Merkmalen gut bekannt. Die soziodemografischen Merkmale, wie auch die „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ sind mit dem Migrationsprozess eng verbunden (Han 2000, Taylor 1998, Beiser 1992, Vogt 1999, Körner 1999, Blahusch 1992, Janssen 1998, Haug 2000, Faist 2007). Deswegen verhilft eine gemeinsame Betrachtung aus der *gesundheits- sowie sozialbezogenen Perspektive* ein detaillierteres Gesamtbild der bestehenden Assoziation zu dem Migrati-

onswunsch sowie auch der erfolgten Migration zu erstellen und kann wichtige Anhaltspunkte liefern, für die Beantwortung der Frage: *Welche Verhaltensweisen für das Vorhandensein des Migrationswunsches bzw. der erfolgten Migration in einer jungen Population tatsächlich ausschlaggebend sind?* Durch dieses Gesamtspektrum an verschiedenen untersuchten Aspekten, lässt sich das gesellschaftliche Phänomen der Migration im Zusammenhang mit Gesundheit besser verstehen.

Die vorliegende Dissertation gliedert sich in die nachfolgenden Kapitel:

Kapitel 1 bildet die theoretische Grundlage zum *Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsverhalten*, zum *Verständnis von Migration* und zum gemeinsamen *Verständnis von Gesundheit und Migration*.

In Kapitel 2 wird der *Forschungsstand* anhand wissenschaftlicher Studien zur *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Migranten* sowie auch zu den „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ vorgestellt.

In Kapitel 3 werden die *Fragestellungen* mit den daraus resultierenden *Hypothesen* aus der „*Baseline*“ und „*first Follow-up*“ Befragung vorgestellt.

Kapitel 4 erläutert die in dieser Längsschnittstudie angewandten *methodischen Vorgehensweisen*.

Die *Ergebnisse* aus der „*Baseline*“ sowie auch der „*first Follow-up*“ Befragung werden im Kapitel 5 detailliert beschrieben.

In Kapitel 6 werden die Ergebnisse und die methodischen Schritte und Limitationen dieser explorativen Untersuchung *diskutiert* und der *wissenschaftlichen Literatur gegenüber gestellt*.

Anschließend werden in Kapitel 7 die wissenschaftlichen Erkenntnisse dieser Dissertation *zusammengefasst*.

Kapitel 1

1 Theoretische Konzepte

Das Kapitel 1 bildet die theoretische Grundlage für die Dissertation zur „*Gesundheit und Migrationswünschen bei slowakischen Jugendlichen: Ein Beitrag zum Verständnis der Gesundheit von Migranten*“.

Es gliedert sich in drei wichtige Unterkapitel, und zwar: das *Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsverhalten*, das *Verständnis von Migration* und das *Verständnis von Gesundheit und Migration*. Die Auseinandersetzung, die in diesen drei Unterkapiteln geführt wird, wird im nachfolgenden kurz beschrieben und dargestellt.

Im Unterkapitel zum *Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsverhalten* werden zunächst zentrale Begriffe der Gesundheitswissenschaften, wie Gesundheit und Gesundheitsverhalten dargestellt und diskutiert. Es werden dabei mehrere *Definitionen von Gesundheit* dargestellt. Der Gesundheitsbegriff wird aus der wissenschaftlichen sowie aus der Laien-Perspektive betrachtet. Ebenfalls werden im nachfolgenden mehrere *Definitionen des Gesundheitsverhaltensbegriffs* dargestellt. Anschließend wird erläutert, wie in dieser Dissertation Gesundheit und Gesundheitsverhalten verstanden werden und was von diesen beiden gesundheitswissenschaftlichen Begriffen in die empirische Untersuchung übernommen wird.

Im Unterkapitel *Verständnis von Migration* werden zuerst ähnlich wie im Unterkapitel *Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsverhalten* mehrere *Definitionen von Migration* dargestellt. Weil Migration ein komplexer Prozess und nicht nur eine räumliche Bewegung von Personen ist, werden im Weiteren verschiedene *Phasen des Migrationsprozesses* dargestellt. Die Gliederung der Migrationsphasen stützt sich auf die theoretischen Erkenntnisse von Sluzki (2001) und Eisenstadt (1954). Weiterhin werden verschiedene *Aspekte und Arten von Migration* sowie die *Migrationssituation weltweit* und *in der Slowakei* kurz beschrieben. Um die Migration als einen komplexen Prozess verstehen zu können, werden in den nachfolgenden Kapiteln *Erklärungsansätze der Migration*, die in der Migrationsforschung genutzt werden, erläutert. Auf makrotheoretische Ansätze in der Migrationsforschung wird nur kurz eingegan-

gen, da die meso- und mikrotheoretischen Ansätze detaillierter beschrieben werden. Auf diesen beiden Ebenen lässt sich das sogenannte „*Push- und Pull-Faktoren Modell*“ von Lee eingliedern, das als Vorbild für die Erstellung des Erhebungsinstruments zu den „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ in dieser Dissertation dient. Im Weiteren werden zahlreiche „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ dargestellt, die die Migrationsentscheidung bei den potenziellen Migranten für oder gegen Migration beeinflussen können. Anschließend wird erläutert, wie die Migration in dieser Untersuchung verstanden wird sowie welche „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ in dieser Untersuchung übernommen und weiter analysiert werden.

Im Unterkapitel zum *Verständnis von Gesundheit und Migration* wird der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Migration auf der wissenschaftlichen Ebene dargestellt und diskutiert. Im Mittelpunkt des Kapitels *Migration als ein gesundheitsrelevantes Lebensereignis* steht die Klärung der Fragen *Ob Migration einen Einfluss auf die Gesundheit der Migranten ausübt?* oder *Ob zwischen Migranten und Nichtmigranten im Hinblick auf ihre Gesundheit Unterschiede bestehen?* Im Weiteren werden bedeutende *Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Migranten* dargestellt und beschrieben. Nach Faltermaier (2005) gehören zur solchen Einflussfaktoren, die mit Migration in Verbindung gebracht werden können, vor allem *die ethnische Zugehörigkeit von Migranten, der Migrationsprozess sowie die soziale Lage von Migranten*. Anschließend im Kapitel *Das Modell des „Healthy-Migrant-Effect“: Theorie der positiven Selektion* wird ein Überblick zu Mortalitäts- und Morbiditätsunterschieden zwischen Migranten und Nichtmigranten gegeben. Diese Unterschiede werden mittels des sogenannten „*Healthy-Migrant-Effect*“ und der *Theorie der positiven Selektion*, die bei Migration stattfindet, erläutert. Anschließend wird erklärt, wie der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Migration in dieser Untersuchung verstanden und für weitere Analysen genutzt wird.

Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsverhalten

1.1 Definition von Gesundheit

Die Definition von Gesundheit ist in starkem Maße von dem jeweils zugrundeliegenden Menschenbild beeinflusst. Das Verständnis von Gesundheit wird in einer Gesellschaft durch verschiedene historische und gesellschaftliche Faktoren geprägt. In der Literatur kann man eine Vielzahl von Gesundheitsdefinitionen finden, die unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte setzen.

Die Gesundheit lässt sich auf mehreren Ebenen definieren und aus verschiedenen Perspektiven betrachten. Man kann zwischen *objektiven* und subjektiven *Gesundheitsvorstellungen* unterscheiden. Die *subjektive Laien-Vorstellung von Gesundheit* wird durch die eigenen Gesundheitserfahrungen eines Individuums geprägt, während *objektive wissenschaftliche Definitionsansätze* durch Fachexperten bestimmt werden. Um die Gesundheit aus diesen beiden Perspektiven betrachten zu können, werden im Folgenden kurz verschiedene Gesundheitsdefinitionen von Experten sowie Laien vorgestellt.

1.1.1 Wissenschaftliche Bestimmung des Gesundheitsbegriffs

Wissenschaftliche Definitionen von Gesundheit basieren immer auf theoretischen Paradigmen und setzen inhaltlich unterschiedliche Schwerpunkte. Die Vorstellungen und das Wissen über Gesundheit von Fachleuten gründen auf wissenschaftlichen Ergebnissen und objektiven Definitionen (Schmidt 1998).

Inzwischen gibt es mehr als hundert wissenschaftlichen Gesundheitsdefinitionen, was natürlich dazu führt, dass die Menge an verschiedenen Definitionen von Gesundheit kaum noch überschaubar ist (Woll 1996). Außerdem liegt zwischen diesen wissenschaftlichen Gesundheitsdefinitionen eine begriffliche Unschärfe vor: Gesundheit wird anders in der medizinisch-biologischen, psychologischen, sozialwissenschaftlichen sowie anthropologischen Definitionsansätzen verstanden und definiert (Noack 1993).

Die bekannteste und am häufigsten zitierte Gesundheitsdefinition wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1948 eingebracht. Diese Definition zeichnet sich durch ein neues wissenschaftliches und globales Verständnis von Gesundheit aus. Laut dieser Definition lässt sich Gesundheit als „*der Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen*“ definieren (Kickbusch 1987, S. 119).

Doch es ist kritisch anzumerken, dass diese Definition die Gesundheit als einen idealen Zustand beschreibt, der durch völliges körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden gekennzeichnet ist. Es ist aber unmöglich zu glauben, dass völliges Wohlbefinden in allen drei genannten Bereichen zu erzielen und unter sich ständig ändernden internen sowie externen Lebensbedingungen aufrecht zu erhalten ist. Diese Definition der WHO sieht die Gesundheit als *starr*en Zustand, wobei der sich ständig wechselnde Gesundheitszustand eines Individuums sowie seine Lebensbedingungen in dieser Definition zu wenig betrachtet wurden (Knoll et al. 2006).

Aus diesem Grund wurde im Rahmen der Ottawa - Charta zur Gesundheitsförderung der WHO im Jahr 1986 eine neue, dynamische Definition von Gesundheit eingebracht. In dieser Definition werden die Ursachen für gesundheitliche Beeinträchtigungen auf spezifische Lebensstile zurückgeführt, die durch kulturelle, soziale, ökonomische sowie natürliche und technische Faktoren geprägt werden. Außerdem wird die Fähigkeit und Möglichkeit jedes Individuums oder jeder Gruppe betont, auf diese Faktoren Einfluss zu nehmen in dem Sinne, dass jeder die Verantwortung für seine Gesundheit übernehmen kann, wobei dafür die sozialen und wirtschaftlichen Voraussetzungen geschaffen werden müssen (Bundesamt für Statistik 1998).

Im *bio-medizinischen Modell* wird die Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit definiert. Diese wissenschaftliche Definition bezieht sich also auf die Definition von Krankheit und nicht auf Gesundheit. Dieses Modell definiert Gesundheit aus einer negativen Perspektive heraus, und zwar nur als Abwesenheit von verschiedenen Krankheitsfaktoren. In diesem Modell werden aber keine positiven Merkmale in Bezug auf die Gesundheit definiert. Als Grundlage für dieses Modell dienen die festgelegten Normwerte (wie zum Beispiel Blutdruckwerte, Blutzuckerwerte, etc.) und als Krankheit wird jede Abweichung von diesen objektiv messbaren Werten definiert. Ein Individuum gilt als gesund, wenn keine Abweichungen von den Normwerten vorlie-

gen und keine Risikofaktoren den Organismus negativ beeinflussen (Bös & Gröben 1993). Das bio-medizinische Modell verlor im 20. Jahrhundert an Bedeutung. Die Forschung konzentrierte sich vor allem auf die Erforschung der Entstehung von psychischen, psycho-physischen Krankheiten sowie auch auf die Erforschung von Faktoren der psychischen Gesundheit.

Aus diesem Grund kommt das *bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit* in der Medizin aber auch in den Sozialwissenschaften immer mehr zur Geltung.

Im Verlauf des Lebens werden Individuen mit externen aber auch internen Anforderungen konfrontiert, die sie bewältigen müssen. In diesen neuen soziologischen Konzepten wird die Gesundheit als aktive Anpassungsfähigkeit des Individuums an sich ständig veränderte äußere Lebensbedingungen definiert (Hurrelmann 1988). Gesundheit wird nicht mehr als *starrer* Zustand, sondern als ein ständig aktiver Gleichgewichtszustand zwischen dem Individuum selbst und der Umwelt gesehen. Krankheit wird in diesem Modell auch mit abweichendem Verhalten auf sozialer, psychischer und somatischer Ebene definiert (Hurrelmann 1991). Gesundheit und Krankheit werden nicht mehr als dichotome Eigenschaften angesehen, sondern als Endpunkte eines Kontinuums. Außerdem wird in diesem Modell die große Rolle des Individuums bei der Förderung und Erhaltung seiner eigenen Gesundheit betont.

Das Wohlbefinden im Zusammenhang mit Gesundheit spielt wiederum aus der *anthropologischen Sicht* eine bedeutsame Rolle.

Bös & Gröben fassen diese anthropologische Sichtweise der Gesundheit als: „*Unter anthropologischen Gesichtspunkten steht vor allem das Wohlbefinden in Form eines selbstaktualisierten Wohlbefindens an zentraler Stelle bei der Bestimmung dessen, was als Gesundheit definiert wird*“ (Bös & Gröben 1993, S. 10).

Anhand dieser unterschiedlichen wissenschaftlichen Definitionen von Gesundheit lässt sich festhalten, dass die Gesundheit nicht nur aus einer der oben genannten Perspektiven betrachtet werden kann. Es ist sehr wichtig eine interdisziplinäre und wissenschaftsübergreifende Betrachtung von Gesundheit zu erzielen. Diese Forderung untermauert auch Beckers et al. (1986, S. 61):

„Gesundheit und Krankheit dürfen nicht isoliert aus medizinisch-biologischer, psychologischer, soziologischer und juristischer Perspektive betrachtet werden. Um eine interdisziplinäre und wissenschaftsübergreifende Betrachtung des menschlichen Lebens als Ganzem und damit auch der Phänomene Gesundheit und Krankheit zu initiieren, bedarf es einer Integration anthropologischer, ethischer, politischer und ökologischer Sichtweisen.“

1.1.2 Subjektive Laienvorstellungen von Gesundheit

In der Diskussion um den Gesundheitsbegriff darf die subjektive Gesundheitsvorstellung eines Individuums nicht fehlen. Allerdings entspricht der Laienbegriff von Gesundheit den Vorstellungen von medizinisch nicht ausgebildeten Personen. Anders als Expertenwissen werden die Laienvorstellungen von Gesundheit unsystematisch durch Erfahrungen im Alltag mit dem eigenen und sozialen Umfeld erworben. Dadurch werden die Gesundheitsvorstellungen nicht nur individuell, sondern auch sozial geprägt (Faltermaier 2005).

Die Wechselbeziehungen zwischen Laien und wissenschaftlichen Gesundheitsvorstellungen sind von hoher Relevanz. Jedoch hat die wissenschaftliche Erforschung von subjektiven Gesundheitsvorstellungen der Alltagsmenschen keine lange Tradition. In den 60er und 70er Jahren standen lediglich wenige Studien zur Verfügung, die sich mit dieser Thematik auseinandergesetzt haben. Erst in den 90er Jahren ist das Interesse der Forschung an dieser Thematik gestiegen. Zurzeit gibt es eine Vielzahl von empirischen Untersuchungen zur Erforschung von subjektiven Gesundheitsvorstellungen des Alltagsmenschen (Faltermaier 1994).

Wie die Untersuchungen zum Gesundheitsverständnis der Bevölkerung zum Beispiel von Faltermaier (1994), Herzlich (1991) oder Schulze & Welters (1991) zeigen, wird die Gesundheit am häufigsten mit folgenden drei Bereichen in Zusammenhang gebracht:

1. Gesundheit wird bei den Laien vor allem als Abwesenheit von Krankheit, Beschwerden und Schmerzen definiert.
2. Laien sehen Gesundheit sehr oft als allgemeines Wohlbefinden und
3. Gesundheit wird auch als allgemeine Leistungsfähigkeit zur Erfüllung von alltäglichen Aufgaben betrachtet.

Wie sich anhand dieser drei Bereiche zeigt, ähneln sich die Laienvorstellungen von Gesundheit den wissenschaftlichen Definitionen. Die Erfassung von Alltagswissen zum Thema Gesundheit ist für die Wissenschaft von großer Bedeutung. Durch dieses Wissen kann die Forschung besser den Alltag der Menschen einbeziehen und somit richtige gesundheitsorientierte Maßnahmen und Strategien zur Verbesserung der Gesundheit von Menschen erzielen (Herzlich 1991).

1.2 Definition von Gesundheitsverhalten

In der wissenschaftlichen Literatur lassen sich zahlreiche Definitionen des Begriffs Gesundheitsverhalten finden. Ähnlich wie im Fall des Gesundheitsbegriffs sind auch diese Definitionen nur selten einheitlich.

Die erste Spur des Begriffs Gesundheitsverhalten lässt sich schon in der Antike finden. Schon damals ahnten die Menschen, dass bestimmte Verhaltensweisen wie zum Beispiel der Aufenthalt in der Natur, Bewegung oder gesunde Ernährung eine wichtige Bedeutung für die Gesundheit eines Individuums haben können (Schipperges et al. 1988). Zurzeit gibt es zahlreiche Wissenschaftsdisziplinen, die sich mit der Analyse der Entstehung und den Auswirkungen von unterschiedlichem Verhalten auf die Gesundheit eines Individuums auseinandersetzen (Waller 2006).

Der amerikanische Medizinsoziologe Koss (1954) hat als erster den Begriff *Gesundheitsverhalten - health behavior* in die wissenschaftliche Diskussion eingebracht. Er stellte sich unter diesem Begriff alle gesundheitsförderlichen sowie gesundheitsschädigenden Aspekte eines menschlichen Verhaltens vor, die in einem erkennbaren Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit stehen.

Kasl und Cobb (1966) verstehen Gesundheitsverhalten als alle unternommenen Aktivitäten einer sich gesund fühlenden Person, die auf Früherkennung von Krankheiten ausgerichtet sind.

Von Kaptein und Weinmann wurde das Verständnis von Gesundheitsverhalten nach Kasl und Cobb (1966) kritisiert, weil sie ihrer Meinung nach, das Gesundheitsverhalten von kranken Menschen nicht berücksichtigt. Sie betonen, dass besonders die

Gruppe von kranken Menschen häufiger ein gesundes Verhalten aufweist, um die Progression ihrer Krankheit zu verhindern.

Bei Kaptein und Weinmann wurde Gesundheitsverhalten dagegen definiert als „*Aktivitäten durch die Krankheiten und Behinderungen verhindern bzw. früh erkennbar werden können und welche die Gesundheit fördern und verbessern*“ (Kaptein & Weinmann 2004, S. 26-27).

Bei Harris und Guten (1979) wurde für Gesundheitsverhalten der Begriff *health-protective behavior* verwendet. Unter diesen Begriff versteht man ein Verhalten einer Person, das mit dem Ziel die Gesundheit zu wahren, zu fördern oder aufrechtzuerhalten ausgeübt wird. Dabei spielt es keine Rolle, ob das durchgeführte Verhalten gesundheitswirksam ist oder nicht.

Ziegelmann versteht unter dem Begriff Gesundheitsverhalten eine „*individuelle Prävention, welche Gesundheit gewährleistet, optimiert und vor möglichen Erkrankungen schützt*“ (Ziegelmann 2002, S. 152). Dabei gelten die Kenntnisse der Risiken sowie wirksame Verhaltensweisen als wichtige Voraussetzungen für ein optimales Gesundheitsverhalten.

Voigt (1978) und Carmody (1997) verstehen unter Gesundheitsverhalten nicht nur gesundheitsförderliche sondern auch gesundheitsschädigende Verhaltensweisen.

Voigt definiert Gesundheitsverhalten als „*die Spanne von gesunder Lebensführung bis hin zum entgegengesetzten Handeln: krankheitsfördernde Lebensweise*“ (Voigt 1978, S. 25).

Für Carmody (1997) ist jedes Verhalten, welches mit Gesundheit in einem Zusammenhang steht, egal ob dieser Zusammenhang positiv oder negativ ist, ein gesundheitsbezogenes Verhalten - *health related behavior*. Außerdem beschreibt er verschiedene Dimensionen von Gesundheitsverhalten wie z.B. kurz- vs. langfristig, positiv vs. negativ oder direkt vs. indirekt. Dabei betont er, dass die Abgrenzungen zwischen den einzelnen Verhaltensweisen nicht immer eindeutig sind. Es ist auch nicht eindeutig, ob sich ein Verhalten positiv oder negativ auf die Gesundheit eines Men-

schen auswirkt. Das Gesundheitsverhalten kann gleichzeitig einen positiven sowie auch negativen Einfluss auf die Gesundheit ausüben.

Heutzutage hat man relativ gute Erkenntnisse über die verhaltensbedingten Faktoren. Auf der einen Seite werden von Experten jene Verhaltensweisen als Gesundheitsverhalten eingestuft, die riskante Gewohnheiten vermeiden (zum Beispiel ausreichende Bewegung, gesunde Ernährung usw.). Auf der anderen Seite werden aber auch die Risikoverhaltensweisen (zum Beispiel Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung, mangelnde Bewegung usw.) gut belegt.

Trotzdem ist es sehr kompliziert empirisch zu belegen, welche Verhaltensweisen, in welchem Ausmaß und mit welcher Dauer die Gesundheit erhalten können. Eine bestimmte Verhaltensweise kann sich positiv und gleichzeitig auch negativ auf die Gesundheit eines Menschen auswirken. Mehrere riskante Verhaltensweisen können, statistisch gesehen, das Risiko zur Entwicklung einer Krankheit erhöhen, wobei sich mehrere Gesundheitsverhaltensweisen zu einem gesunden Lebensstil kombinieren lassen (Bengel 2009).

Es ist bekannt, dass verschiedene Gesundheitsverhaltensweisen untereinander interagieren. Wie die Studie von Lampert et al. (2005) zeigt, leiden Personen mit geringen Maß an körperlicher Bewegung häufiger an Übergewicht, wobei diese Personen auch häufiger rauchen im Vergleich zu den körperlich aktiven Personen. Ähnliches lässt sich auch bei den alkoholabhängigen Personen beobachten, wo der Anteil an Rauchern deutlich höher liegt als in der Allgemeinbevölkerung (Patten et al. 1996).

1.3 Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsverhalten in dieser Dissertation

In dieser empirischen Untersuchung wird keine neue Definition von Gesundheit aufgestellt. Im Hinblick auf die vorliegenden Gesundheitsdefinitionen werden einige wichtige Elemente der Gesundheit skizziert, die als Baustein für diese empirische Untersuchung mit dem Schwerpunkt *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von slowakischen Jugendlichen in Assoziation mit ihrem Migrationswunsch bzw. der erfolgten Migration* von Bedeutung sind.

In dieser Studie wird Gesundheit im Gegensatz zur Definition der WHO nicht als *starrer* Zustand, sondern als ein dynamischer und sich ständig verändernder Prozess verstanden. Anhand des bio-psycho-sozialen Modells wird in dieser Untersuchung angenommen, dass die Gesundheit eines Individuums durch zahlreiche biologische, psychische sowie soziale Faktoren beeinflusst wird. Demgemäß wird auch in dieser Längsschnittstudie die Gesundheit eines Individuums aus verschiedenen Perspektiven betrachtet und analysiert. Die Gesundheit wird als Resultat der Interaktion zwischen Individuum und seiner Umwelt verstanden. Das Individuum beeinflusst durch sein Verhalten und Handeln seine Umwelt und im umgekehrten Wirkungsmechanismus stellt die Umwelt wiederum Anforderungen an das Individuum, auf die es reagieren und sich anpassen muss. Dieser transaktionale Wirkungsmechanismus zwischen Individuum und seiner Umwelt kann einen positiven wie auch negativen Einfluss auf die Gesundheit des Individuums ausüben.

Dementsprechend werden im Rahmen dieser empirischen Untersuchung ausgewählte Umweltfaktoren des familiären sowie auch des sozialen Hintergrundes des Individuums gemeinsam mit den biologischen sowie psychischen gesundheitsrelevanten Merkmalen in Assoziation mit dem Migrationswunsch bzw. der erfolgten Migration von slowakischen Jugendlichen untersucht. Außerdem steht im Vordergrund dieser Studie die Analyse verschiedener Gesundheitsverhaltensweisen in Assoziation mit dem Migrationswunsch bzw. der erfolgten Migration von slowakischen Jugendlichen. Zurzeit gibt es zahlreiche wissenschaftliche Studien, die die Gesundheit sowie die Gesundheitsverhaltensweisen von Migranten im Zielland ihrer Migration untersuchen. Es ist bekannt, dass die Phase der Ankunft im Zielland der Migration für alle Migranten mit einem Verlusterlebnis und großer Verunsicherung verbunden ist. Diese Über-

gangsphase bedeutet für Migranten eine enorme gesundheitliche Belastung. Es mangelt aber an Studien, die sich mit diesen Fragen auseinandersetzen: *Wie ist das Gesundheitsverhalten und die damit verbundene Gesundheit von Menschen in ihrem Heimatland, die erst nur den Migrationswunsch haben? oder Durch welche Gesundheit und Gesundheitsverhaltensmerkmale ist ein Mensch gekennzeichnet, der sich zu migrieren wagt?*

Um diese wissenschaftliche Lücke zu füllen, wurde im Laufe dieser empirischen Längsschnittstudie die Assoziation zwischen Gesundheit und Migration von slowakischen Jugendlichen aus verschiedenen Perspektiven, und zwar aus der gesundheits- und sozialbezogenen Perspektive untersucht. Dadurch sollen Komponenten aufgezeigt werden, die für ein besseres Verständnis der Assoziation zwischen Gesundheit und Migrationswünschen bzw. erfolgten Migration bei den slowakischen Jugendlichen sorgen können.

Verständnis von Migration

Migration, als räumliche Mobilität von Menschen, hat es zu allen Zeiten gegeben. Viele Menschen haben im Laufe ihres Lebens das Heimatland verlassen und sind in andere ihnen unbekannte Orte gezogen. Aufgrund der verschiedensten Motive und Gründe haben viele Menschen den Schritt gewagt, ihre bekannte und vertraute Umgebung zu verlassen und in unbekannte Regionen aufzubrechen: um Arbeit zu finden, um sich ein besseres Leben zu ermöglichen, um andere Länder, Kulturen, Sprachen und Menschen kennenzulernen oder aus persönlichen, politischen, beruflichen bzw. sozialen Gründen. Dies machen Menschen noch heute und werden es auch in der Zukunft tun. Migration ist ein komplexer Prozess, der auf vielfältige Art und Weise und aus den verschiedensten Gründen stattfindet. Die Migrationsentscheidungen resultieren aus dem Verhalten verschiedener Akteure und aus der spezifischen Struktur der menschlichen Gesellschaft. Trotzdem ist es nicht einfach, die Migration zu definieren, weil nicht jede Art der menschlichen Bewegung als Migration bezeichnet werden kann.

1.4 Definition von Migration

Eine einheitliche Definition der Migration ist wegen der hohen Komplexität des Begriffs nur schwer greifbar. In der wissenschaftlichen Literatur gibt es eine Vielzahl an unterschiedlichen Definitionen des Migrationsbegriffs, die sich gegenseitig überschneiden. Je nach wissenschaftlicher Disziplin hat die Definition eine andere Schwerpunktsetzung.

Der Begriff der *Migration* hat seinen Ursprung in der lateinischen Sprache, wo unter dem Wort *migrare* bzw. *migratio* eine Wanderung, Wegziehung oder wandern verstanden wird (Düvell 2006). Doch nicht jede Form von räumlicher Bewegung oder Wanderung von Menschen kann als Migration bezeichnet werden (Hoffmann-Nowotny 1970). Das Ausmaß, die Wege sowie die Ursachen von menschlichen Wanderungen können sehr vielseitig und unterschiedlich sein.

Zu den relevanten Kennzeichen von Migration gehören vor allem die *zurückgelegte Entfernung, die Dauerhaftigkeit der Wanderung sowie die Art der Migration*, die nicht nur nach räumlichen und zeitlichen Aspekten, sondern auch nach Kriterien des Wanderungsumfangs und der Wanderungsentscheidungen sowie der Wanderungsursachen bestimmt wird (Han 2005).

Im sozialwissenschaftlichen Bereich wird daher unter Migration eine *„Bewegung von Individuen und Gruppen – zuweilen geschlossener Volksgruppen – im geographischen Raum mit einem ständigen oder vorübergehenden Wechsel des Wohnsitzes und des Lebensmittelpunktes, gleichgültig auf welche Verursachung dies zurückzuführen ist.“* verstanden (Blahusch 1992, S. 37).

Nach Czycholl (1998, S. 102) bedeutet Migration *„einen großen Einschnitt in das bisherige Leben. Das Individuum verlässt die bisher vertraute psychosoziale Umgebung und muss sich in einem fremden Land zurechtfinden. Das Einleben in einem fremden Land mit einer anderen Sprache, Kultur, Gesellschaftsform usw. erfordert eine hohe Leistung des Migranten.“*

Bade et al. (2007, S. 36) definieren Migration wie folgt:

„Der Begriff Migration bezieht sich auf räumliche Bevölkerungsbewegungen, sowohl über Staatsgrenzen (grenzüberschreitende beziehungsweise transnationale Migration) wie innerhalb eines politisch-territorialen, sozialen oder kulturellen Raumes (interne Migration). Er schließt den Prozess der Wanderungsentscheidung ein, sowohl für Migration mit dauerhafter Bleibeperspektive wie mit offenem Zeithorizont oder auch Wanderungen auf Zeit mit der Absicht, im Zielgebiet eine Zeitlang zu leben und zu arbeiten.“

Man darf nicht vergessen, dass es sich bei der Migration um einen komplexen und vielseitigen Prozess handelt, der mit einer allgemeingültigen Definition kaum greifbar ist. Trotzdem hat Annette Treibel eine sehr präzise Definition des Migrationsbegriffs in die wissenschaftliche Diskussion eingebracht, wo viele wesentliche Elemente, die zur Klärung des Phänomens der Migration beitragen können, enthalten sind.

Nach Treibel (1999, S. 21) wird Migration definiert als:

„Migration ist der auf Dauer angelegte bzw. dauerhaft werdende Wechsel in eine andere Gesellschaft bzw. in eine andere Region von einzelnen oder mehreren Menschen. So verstandene Migration setzt erwerbs-, familienbedingte, politische oder biographisch bedingte Wandermotive und einen relativ dauerhaften Aufenthalt in der neuen Region oder Gesellschaft voraus; er schließt den mehr oder weniger kurzfristigen Aufenthalt zu touristischen Zwecken aus.“

1.5 Phasen des Migrationsprozesses

Migration bedeutet eine Konfrontation mit neuen, unbekanntem Situationen, die negative und belastende Auswirkungen auf die Gesundheit eines Individuums haben können. Der Migrationsprozess ist dabei langwierig, individuell und sehr heterogen.

Nach Sluzki (2001) besteht ein Migrationsprozess aus folgenden fünf Phasen: *Phase der Vorbereitung, Migrationsakt, Phase der Überkompensation, Phase der Dekompensation, Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse*. Jeder Mensch der sich zu migrieren wagt, durchläuft diese Phasen. Sie können sehr unterschiedlich ausfallen und mit verschiedenen Risiken und Belastungen verbunden sein. Wenn eine Migration geplant ist, können notwendige Vorbereitungen, wie zum Beispiel eine neue Sprache zu erlernen, getroffen werden. Ist die Migration jedoch ungeplant und gezwungen, bleibt für die Vorbereitungen relativ wenig Zeit. In einem solchen Fall erscheint die Zukunft sehr ungewiss, nicht kontrollierbar und nicht vorhersehbar. Selbst auch der eigentliche Migrationsakt kann zeitlich sehr unterschiedlich verlaufen. Er kann Stunden, Tage, Wochen oder sogar Monate dauern und ist mit wesentlichen Stressmomenten verbunden.

Für die Phase der Überkompensation ist zunächst eine Art *Goldgräberstimmung* charakteristisch. Die Migranten sind froh, dass sie das Land ihrer Migration erreicht haben und freuen sich auf einen Neuanfang voller Hoffnungen, Erwartungen und Pläne. Danach kommt die Phase der Dekompensation, die auch die Phase der Ernüchterung genannt wird. Die *Goldgräberstimmung* lässt nach und die belastenden und stressigen Situationen rücken in die Vordergrund. In dieser Phase lassen sich bei Migranten erste gesundheitsrelevante Probleme beobachten.

Eisenstadt sieht die Migration als einen physischen Übergang eines Individuums bzw. einer Gruppe von Individuen von einer Gesellschaft in eine andere. Nach seiner Studie „*The Absorption of Immigrants*“ (1954) findet die Migration dann statt, wenn die Gesellschaft nicht in der Lage ist, die Erwartungen ihrer Mitglieder zu erfüllen. In seiner Definition des Migrationsprozesses wird das gewohnte soziale Umfeld verlassen und ein neues, fremdes Umwelt betreten. Eisenstadt entwickelte ein dreistufiges Modell des Migrationsprozesses, anhand dessen er den physischen und psychischen Prozess der Migration beschreibt. In seinem Konzept werden folgende drei Phasen der Migration unterscheiden:

➤ *Phase 1: Motivation zur Migration*

In der ersten Phase der Migration stellt der potenzielle Migrant die ersten Überlegungen an, sein Heimatland zu verlassen. Die Gründe für diese Überlegungen können verschieden sein, von unbefriedigenden materiellen Bedürfnissen bis hin zu dem Wunsch nach eigener Verwirklichung. Die Tatsache, dass die eigene Existenz nicht gesichert bzw. nur in geringem Maß an das Heimatland angepasst werden kann, führt bei dem Individuum zur Frustration. Daher entwickelt der potenzielle Migrant Vorstellungen davon, wie er die eigene wirtschaftliche Situation, seine persönlichen Ressourcen oder beruflichen Interessen in einem anderen Land verbessern oder verwirklichen kann. Um diese Ziele zu erreichen, definiert der Migrant seine Vorstellungen an seine neue Rolle im Zielland seiner Migration, die im Laufe des Migrationsprozesses immer konkreter werden. Aus diesen Erläuterungen wird deutlich, dass das am Anfang stehende, zu Grunde liegende, Migrationsmotiv einen entscheidenden Einfluss auf die weitere Migration ausübt.

➤ *Phase 2: Physischer Prozess der Migration*

Diese Phase der Migration wird als eine faktische Transplantation des Migranten beschrieben. In dieser Phase kommt es nicht nur zu einem physischen Vorgang, sondern auch zu einer Neugestaltung des sozialen Umfeldes. Durch die Migration verlässt der Migrant sein gewohntes und bekanntes soziales Umfeld, seine Familie oder Freunde und wird mit diesem Verlust konfrontiert. Der Migrant verliert bisher erlernte soziokulturelle und gesellschaftliche Verbindlichkeiten und muss sich neuen soziokulturellen Gegebenheiten anpassen. In dieser Phase kommt es bei den Migranten sehr

oft zu einem Gefühl der Unsicherheit oder Orientierungslosigkeit, was sich auf die Tatsache zurückführen lässt, dass oftmals noch nicht genügend Wissen über die Normen und Verhaltensregeln im Zielland der Migration vorhanden sind. Die Anpassung an die neue Umgebung, Gesellschaft und Kultur sind für die Migranten nicht unproblematisch und einfach. Diese Phase ist bei Migranten mit enormen Belastungen verbunden. Damit sind Aggressionen, Kriminalität oder psychische Erkrankungen gemeint.

➤ *Phase 3: Absorption*

Die Phase der Absorption besteht aus dem lang andauernden und umfassenden Prozess der Anpassung des Migranten an die neuen gesellschaftlichen Bedingungen des Ziellandes. In dieser Phase institutionalisiert der Migrant seine Erwartungen. Dies ist einerseits mit dem Erlernen einer neuen Sprache und neuen sozialen Rollen, andererseits mit der Anwendung dieser sozialen Rollen in seinem neuen sozialen Umfeld verbunden. Die Erwartungen des Migranten müssen kompatibel mit den Rollendefinitionen der Aufnahmegesellschaft sein und gleichzeitig dort auch realisiert werden (Han 2005).

1.6 Aspekte und Arten von Migration

Die zahlreichen Definitionen von Migration deuten darauf hin, dass es nicht einfach ist die Migration zu definieren. Der Migrationsprozess findet unter verschiedenen Bedingungen sowie auch aus verschiedenen Gründen statt. Man kann bei der Migration zwischen verschiedenen Arten und Aspekten der Migration unterscheiden. Treibel (2003) und Han (2005) unterscheiden in ihren Untersuchungen zwischen folgenden *Aspekten der Migration*:

➤ *räumlicher Aspekt*

Bei der Berücksichtigung des räumlichen Aspekts lassen sich zwei Arten der Migration unterscheiden. Der erste ist die *Binnenmigration*, der die Verlegung des Wohnortes innerhalb eines Staates meint. Der zweite ist die *internationale Migration*, der wiederum die Verlegung des Wohnortes in einen anderen Staat meint. Dieser Wohnortwechsel bei den beiden Migrationsarten kann vorübergehen oder dauerhaft sein.

➤ *zeitlicher Aspekt*

Im Hinblick auf den zeitlichen Aspekt lässt sich zwischen *vorübergehender Migration* oder *dauerhafter Migration* unterscheiden.

➤ *Ursache*

Die Migration findet unter verschiedenen Ursachen und Bedingungen statt. Anhand der Ursachen lässt sich die Migration nach *freiwilliger Migration* und *unfreiwilliger Migration* unterscheiden.

➤ *Umfang*

Was der Umfang der Migration betrifft kann es sich um *Einzel-, Gruppen- oder Massenmigration* handeln.

Nach Mladovsky (2007) und WHO (2003) lassen sich folgende *Arten von Migration* unterscheiden:

- *Arbeitsmigration*

Bei der Arbeitsmigration hat die Erzielung von besserem Einkommen und Verbesserung des Wohlstandes im Zielland der Migration die höchste Priorität. Es kann sich dabei um eine langzeitige oder kurzzeitige Migration handeln.

- *Bildungsmigration*

Die Bildungsmigration ist vor allem durch Migration von jungen Menschen, die zum Zweck eines Studiums oder einer Ausbildung in ein anderes Land migrieren, gekennzeichnet.

- *Asylmigration*

Diese Art der Migration ist vor allem durch Migranten gekennzeichnet, die aus verschiedenen Gründen wie zum Beispiel Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe in ihrem Heimatland verfolgt werden und in anderen Ländern Asyl suchen.

- *Fluchtmigration*

In diese Gruppe gehören Migranten, die vor Krieg oder Naturgewalten flüchten, aber keinen Status als asylsuchende Personen haben.

Diese vier Arten von Migration zeigen, wie unterschiedlich die Bewegungen von Menschen sein können. Die Migration wird von vielen einzelnen Einflussfaktoren beeinflusst, die die Migrationsentscheidung begünstigen oder verhindern können. In der Migrationsforschung wird diese Vielzahl von Faktoren mittels des sogenannten „*Push- und Pull-Faktoren Modells*“ untersucht. Dieses Modell spielt auch im Rahmen dieser Dissertation eine bedeutsame Rolle und demzufolge wird es in einem weiteren Kapitel näher beschrieben und erläutert.

1.7 Migration im historischen Überblick und heutzutage

Migration der Menschen ist ein typisches Bild für die heutige Gesellschaft. Die zunehmende Globalisierung begünstigt das Potenzial der Migration in vielen Ländern der Welt. Mobilität und Migration sind zwei wichtige Begriffe für die gesamte globalisierte Welt. Sie stellen gemeinsam die uralten Phänomene der menschlichen Entwicklung dar.

Die erste räumliche Bewegung von Menschen lässt sich schon im 4. Jahrhundert datieren, als das germanische Volk aus der Ostseeregion in das römische Reich wanderte (Lederer 2004).

Doch die Migration wurde erst während der industriellen Revolution zu einem Massenphänomen. Innerhalb Europas führte die industrielle Revolution zu erheblichen Binnenmigrationen und später auch zu der internationalen Arbeitsmigration. Frankreich begann als erstes europäisches Land schon in den 1840er Jahren ausländische Arbeitskräfte ins Land zu holen, wobei andere westeuropäische Ländern diesem Beispiel erst Mitte des 20. Jahrhundert folgten (Cohen 1996).

Seit dem Zeitalter der Entdeckungen und Eroberungen der Welt, wurde Europa zu einem Auswandererkontinent. Zwischen den Jahren 1750 und 1950 wanderten rund 70 Millionen Menschen aus Europa vor allem nach Amerika, Australien oder Neuseeland.

Im 20. Jahrhundert wanderte bislang die größte Zahl von Menschen. Zum größten Teil handelte es sich dabei um unfreiwillige Migration, also um Flucht oder Vertreibung. Alleine nur in Europa waren im 20. Jahrhundert fast 45 Millionen Menschen von Flucht, Vertreibung oder Deportation betroffen (Bobeva et al. 1997).

Nach Angaben der United Nations (2010) lebten im Jahr 2010 weltweit rund 214 Millionen internationale Migranten. Dabei lebten knapp 52 Prozent aller Migranten in nur zehn Ländern der Welt. Alleine nur in den USA (42,8 Millionen), Russland (12,3 Millionen) und Deutschland (10,8 Millionen) lebten im Jahr 2010 zusammen knapp 31 Prozent aller internationalen Migranten. Weltweit hatten die Migranten im Jahr 2010 einen Anteil von 3,1 Prozent an der Weltbevölkerung. Das bedeutet, dass drei Prozent der Migranten nicht in dem Land lebt, in dem sie geboren wurden.

Der Anteil der Migranten an der Gesamtbevölkerung erhöhte sich in den ökonomisch entwickelten Staaten zwischen den Jahren 1990 und 2010 von 7,2 auf 10,3 Prozent. In den sich ökonomisch entwickelnden Staaten sank der entsprechende Anteil im selben Beobachtungszeitraum von 1,8 auf 1,5 Prozent.

Dabei ging der Anteil der Migranten an der Gesamtbevölkerung in den ökonomisch am wenigsten entwickelten Staaten noch etwas stärker zurück: von 2,1 Prozent im Jahr 1990 auf 1,3 Prozent im Jahr 2010.

Während in der Vergangenheit zu dem wichtigsten Zielland der Migration vor allem die USA gehörten, leben in West- und Mitteleuropa heutzutage deutlich mehr Migranten als in den USA. In den EU-25 Staaten beträgt dieser Anteil rund 42 Millionen Migranten. Von den Staaten West- und Mitteleuropas gehört vor allem Deutschland zu dem wichtigsten Zielland der Migration. Der Anteil der Migranten liegt in Deutschland bei rund 10 Prozent und damit ist dies weltweit die drittgrößte zugewanderte Bevölkerung (United Nations 2010).

1.8 Migration in der Slowakei

Die Slowakische Republik bildet im Hinblick auf die internationale Mobilität von Menschen keine Ausnahme.

Die Slowakei ist ein Land mit einer langen Migrationsvergangenheit. Auch in der Gegenwart verlassen viele Slowaken ihre Heimat. Nach dem Eintritt in die Europäische Union im Jahr 2004 haben sich die *Türen* in anderen Ländern noch weiter geöffnet.

Laut den Publikationen des slowakischen Statistikamts haben im Jahr 2007 7,5 Prozent von allen Beschäftigten im Ausland gearbeitet. Diese Entwicklung weist seit dem Jahr 2000 einen steigenden Trend auf (Statistikamt der Slowakischen Republik 2008). Obwohl die Migration Teil der slowakischen Gesellschaft ist, wird sie im wissenschaftlichen sowie politischen und sozialen Kreisen nicht genug beachtet. Die einzigen Publikationen zu der Migrationssituation in der Slowakei liefert Divinský, der die Migration der slowakischen Population aus verschiedenen Perspektiven betrachtet. Die Datengrundlage für die Analyse bilden die Bevölkerungsdaten des *Statistischen Amtes der Slowakischen Republik*.

Laut Divinský (2007) bilden die Hälfte aller Migranten aus der Slowakei vor allem junge Menschen im Alter von 25 bis 44 Jahren, wobei der Anteil der migrierten Personen im Alter von 15 bis 24 Jahren mit 26 Prozent auch nicht unwichtig ist. Mehr als 85 Prozent aller Migranten haben eine Mittelschule mit oder ohne Abitur abgeschlossen. Im Gegensatz dazu, liegt der Anteil der migrierten Hochschulabsolventen aus der Slowakei nur knapp über 10 Prozent. Bei Betrachtung der geschlechtsspezifischen Unterschiede, migrieren aus der Slowakei häufiger Männer als Frauen.

Nach Divinský (2007) sind die Gründe für die Migration sehr unterschiedlich und hängen von verschiedenen Faktoren ab: bei den älteren Migranten spielen vor allem bessere ökonomische Arbeitsbedingungen sowie höhere Löhne im Ausland die wichtigste Rolle bei der Migration. Die ökonomischen Gründe spielen bei fast 90 Prozent aller Migranten die wichtigste Rolle bei der Entscheidung das eigene Heimatland zu verlassen. Für junge Migranten sind dagegen vor allem neue Lebenserfahrungen und die Verbesserung der Fremdsprachenkenntnisse die bedeutsamsten Gründe für die Migration. Um zu studieren verlassen die Slowakei aber nur knapp 3 Prozent aller Migranten (Divinský 2007).

1.9 Migrationsforschung und Erklärungsansätze der Migration

In der wissenschaftlichen Literatur wird die Migrationsforschung als interdisziplinäres wissenschaftliches Arbeitsfeld definiert, das sich mit der Untersuchung von dauerhaften und grenzüberschreitenden Migrationsbewegungen von Individuen oder ganzen Gruppen von Individuen auseinandersetzt. Um den Migrationsprozess aus unterschiedlichen Perspektiven zu erforschen, nutzt die Migrationsforschung verschiedene Theorien und Erklärungsmodelle der Migration.

Das älteste Migrationsmodell ist das Wanderungsgesetz von Ravenstein, das in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts entwickelt wurde. Mit diesem Wanderungsgesetz wurde der Startpunkt zur Entwicklung einer Migrationstheorie gesetzt. In seiner Publikation „*The Laws of Migration*“ (Die Gesetze der Wanderung) versuchte Ravenstein als erster die statistischen Regelmäßigkeiten in der Richtung und der geografischen Entfernung der Wanderungsströme sowie eine Klassifikation der Wanderer zu formulieren. Seine Gesetze belegen, dass die Masse der Wanderer nur eine kurze Distanz zurücklegt, dass ein Migrationsprozess einen Gegenstrom in die umgekehrte Richtung auslöst; dass Wanderer in die Industriezentren wandern; dass die ländliche Bevölkerung mobiler als die städtische Bevölkerung ist und dass Frauen auf kurze Entfernungen mobiler als Männer sind. Anhand seiner Beobachtungen belegte Ravenstein, dass Wanderungen von Individuen nicht regellos verlaufen. Ravenstein entwickelte die Erkenntnis, dass Migrationsbewegungen von räumlich vorhandenen Faktoren abhängig sind und dass sie unter zeitlichen Aspekten betrachtet werden müssen. Er definierte vor allem die ökonomischen und demografischen Faktoren als die bedeutsamsten Ursachen für die Migration (Ravenstein 1885).

Seit diesem Zeitpunkt wurde versucht, die Ursachen und das Ausmaß von Wanderungen mit Hilfe von verschiedenen Migrationsmodellen zu beschreiben und zu analysieren. Dabei stützen sich alle nachfolgenden Erklärungsmodelle auf die Vorstellung, dass der Migrant rational seine Migrationsentscheidung fällt (Han 2000).

Die wissenschaftliche Diskussion über die Gründe der nationalen sowie internationalen Migration hat sich in den letzten Jahren im theoretischen Bereich sehr weit entwickelt. In den vergangenen Jahrzehnten haben sich in verschiedenen sozialwissenschaftlichen Disziplinen mehrere Theorien etabliert, die die räumlichen Bewegungen von Individuen erklären (Pries 1997).

Diese Theorien und Modelle der Migration versuchen eine Erklärung für das Wandervolumen und die Wanderungsrichtung im Zuge des Migrationsprozesses zu geben. Das Hauptziel aller Erklärungsansätze der Migration ist die Beantwortung der Frage: *Warum Menschen von einem Herkunftsland (Heimatland) zu einem Zielort wandern?* Dabei konzentrieren sie sich auf die Beschreibung der Hintergründe, Verläufe und Arten von Migrationsentscheidungen, -bewegungen oder -mustern. Demzufolge werden zahlreiche Dimensionen von Migration (wie z.B. räumliche Distanz und der Verlauf, persönlichen Motive und Organisationsformen oder die Richtung der Migration, usw.) untersucht, die die Typisierung und Klassifizierung von verschiedenen Wanderungsprozessen ermöglichen.

Im Gegensatz zu den weit entwickelten theoretischen Erklärungssätzen gibt es in der Migrationsforschung nur wenige empirische Erkenntnisse. Die bereits existierenden klassischen Erklärungssätze in der Migrationsforschung lassen sich drei Ebenen zuordnen, und zwar der Makro-, Meso- und Mikroebene. Die makrotheoretischen Ansätze erfassen die Migration als Strukturmerkmal sozialer Systeme und versuchen sie, als Kollektivphänomen zu analysieren. Die mesotheoretischen Ansätze untersuchen Migration auf der Ebene der sozialen Netzwerke und die mikrotheoretischen Ansätze erklären dagegen die individuellen Migrationsentscheidungen für die Migration (Faist 2007, Kalter 1997, Massey 1993).

Im Folgenden werden die makrotheoretischen Ansätze in der Migrationsforschung kurz dargestellt. Auf die mesotheoretischen und die mikrotheoretischen Ansätze wird näher eingegangen, weil sie das „*Push- und Pull-Faktoren Modell*“ in sich einschließen. Das „*Push- und Pull-Faktoren Modell*“ wurde in dieser Untersuchung als Vorbild für die Erstellung von Erhebungsinstrumenten sowie die weiterführende Analyse der verschiedenen Migrationsdeterminanten in Assoziation mit dem Migrationswunsch und der späteren erfolgten Migration von slowakischen Jugendlichen genutzt.

1.9.1 Makrotheoretische Ansätze in der Migrationsforschung

Das Hauptziel der makrotheoretischen Ansätze ist es, die Gründe für Migration sowie das Migrationsverhalten auf struktureller Ebene (auf der Basis ganzer Populationen) zu beschreiben. Die Migration wird in diesen Modellen als ein Strukturmerkmal von sozialen Systemen verstanden, wobei die Migration als ein Kollektivphänomen ana-

lysiert und untersucht wird. Auf die individuelle Ebene der Migranten und deren persönliche Migrationsentscheidungen wird nicht eingegangen. Zu solchen Modellen zählen vor allem Distanz- und Gravitationsmodelle, sowie ökonomische, ökologische und soziologische Migrationsmodelle.

Die makrotheoretischen Ansätze beruhen auf der Annahme, dass ökonomische und demografische Faktoren die Hauptursache von Migrationsbewegungen darstellen. Soziologische Modelle verstehen Migration als Ausdruck zunehmender gegenseitiger Abhängigkeit zwischen Aus- und Einwanderungsländern aufgrund eines sich integrierenden Weltmarktes (Faist 2007).

1.9.2 Mesotheoretische Ansätze in der Migrationsforschung

Den Grundstein im Rahmen der mesotheoretischen Ansätze bilden unterschiedliche Netzwerktheorien, die das Wanderungsverhalten primär mit Hilfe der sozialen Beziehungen, die im Zuge des Migrationsprozesses von Bedeutung sind, erklären. Dadurch bildet der mesotheoretische Ansatz ein Zwischenglied zwischen den makro- und mikrotheoretischen Ansätzen. Die sozialen Netzwerke der Migration übernehmen die Rolle der Erklärung von Migrationsbewegung, wobei die individuelle Ebene eines Individuums nicht eingeschlossen wird. Bei diesen Theorien wird davon ausgegangen, dass im Vorfeld der Migrationsentscheidung ein Vergleich zwischen möglichen Zielgebieten der Migration vorgenommen wird. Für diesen Vergleich sind Informationen von verschiedenen Quellen des Heimat- und Ziellandes sehr wichtig. Die größte Bedeutung bei der Informationsbeschaffung kommt sehr oft den persönlichen Beziehungen zu bereits migrierten Verwandten oder Freunden zu. Diese Personen lassen anderen Menschen mit Migrationswunsch in ihrem Heimatland Informationen zukommen, wodurch unterschiedliche Migrationsrisiken verringert und Migrationsentscheidungen von Mitgliedern dieses Netzwerkes positiv beeinflusst werden (Parnreiter 2000). Diese persönlichen Informationskanäle sind durch eine große Dominanz gegenüber anderen Informationsquellen gekennzeichnet, was damit erklärt werden kann, dass soziale sowie emotionale Bindungen alle anderen Faktoren überwiegen können. Mit Hilfe der Dominanz dieser sozialen Netzwerke lässt sich auch die sogenannte Kettenmigration von Menschen (Kettenmigration = große Migrationsströme von Personen, die von früheren Migranten informiert wurden) erklären (Han 2000).

1.9.3 Mikrotheoretische Ansätze in der Migrationsforschung

In den letzten Jahren werden Erklärungen von Wanderungsbewegungen nicht mehr nur auf der kollektiven Ebene und der Ebene der sozialen Netzwerke, sondern viel häufiger auf der individuellen Ebene vorgenommen. Bei den mikrotheoretischen Ansätzen wird die Migrationsentscheidung auf der individuellen Ebene erklärt, wobei diese als ein komplexer Prozess, der von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird, verstanden wird. Die entscheidenden Faktoren, die zur Migrationsentscheidung führen können, bestehen im Regelfall aus einer Mischung von *objektiven exogenen Faktoren* und *subjektiv begründeten Entscheidungen der Einzelperson*. Zu den *objektiven exogenen Faktoren* gehören vor allem die ökonomische Situation, nicht zufriedenstellende Arbeitsbedingungen und Arbeitsmöglichkeiten, Arbeitslosigkeit im Heimatland auf der Ebene eines Individuums.

Unter den *subjektiv begründeten Entscheidungen der Einzelperson* versteht man hauptsächlich persönliche Unzufriedenheit im Heimatland, Karrieremöglichkeiten oder familiäre Gründe (Han 2000). Das klassische Modell das die Komplexität der Migration auf der Ebene eines Individuums erklärt, ist das sogenannte „*Push- und Pull-Faktoren Modell*“.

„Push- und Pull-Faktoren Modell“

Als eine Erweiterung des Modells von Ravenstein ist das Modell der „*Push- und Pull-Faktoren*“ von Everett S. Lee aus dem Jahr 1972 zu sehen. In seiner Arbeit „*Theorie der Wanderung*“ sieht Lee, ähnlich wie Ravenstein, die ökonomischen und gesellschaftlichen Faktoren als die wichtigsten Migrationsursachen an und stellt einen kausalen Zusammenhang zwischen Heimatland und Zielland her (Lee 1966, Treibel 2003). In seinem Migrationsmodell wird Migration als ein Komplex aus folgenden drei Faktoren beschrieben:

- Faktoren, die in Verbindung mit dem Heimatland stehen „*Push-Faktoren*“
- Faktoren, die in Verbindung mit dem Zielland stehen „*Pull-Faktoren*“ und
- *individuelle Faktoren* (Han 2000).

„Push-Faktoren“ des Heimatlandes

Unter den „Push-Faktoren“ genannt auch *Druckfaktoren* versteht man einerseits alle negativen und lebensbedrohenden Bedingungen des Heimatlandes, die den Menschen das Leben im Heimatland kompliziert machen und zur Migrationsentscheidung beitragen können. Diese unerträglichen Lebenssituationen zwingen die Menschen ihre vertrauten Lebensorte zu verlassen und im Ausland ihre neue Heimat zu suchen. Auf der anderen Seite sind hiermit auch alle positiven Faktoren wie zum Beispiel soziale Netzwerke im Heimatland gemeint, die die Einzelpersonen im Heimatland festhalten und die Migrationsentscheidung verhindern.

Wie aus der wissenschaftlichen Arbeit von Han (2005) deutlich wird, handelt es sich bei den „Push-Faktoren“ um eine breit gegliederte Palette von verschiedenen Faktoren, die sich in mehrere Bereiche eingliedern lassen:

Ökonomische „Push-Faktoren“:

- hohe Arbeitslosigkeit im Heimatland
- schlechte Arbeitsbedingungen im Heimatland
- nicht genügende Arbeitsmöglichkeiten/keine Karrieremöglichkeiten
- niedriges Einkommen im Heimatland

Gesellschaftliche „Push-Faktoren“:

- schlechte Bildungsmöglichkeiten im Heimatland
- Sprache und Kultur
- Soziale Netzwerke im Heimatland oder Kettenmigration

Natur, Klima und Umwelt „Push-Faktoren“:

- Überschwemmungen
- Erdbeben
- Dürren

Politische „Push-Faktoren“:

- systematische Verfolgung im Heimatland
- politische Unruhen oder Krieg im Heimatland
- allgemeine Unterdrückung.

„Pull-Faktoren“ des Ziellandes

Die „Pull-Faktoren“ genannt auch *Anziehungsfaktoren* ziehen dem entsprechend die Menschen hin zu einem besseren Leben, das nur in einem anderen Land möglich ist. Es werden darunter vor allem bessere und attraktive Bedingungen des Ziellandes der Migration verstanden, die die Migranten zur Migration motivieren und anreizen. Ähnlich wie die „Push-Faktoren“ lassen sich auch die „Pull-Faktoren“ in mehrere Bereiche gliedern:

Ökonomische „Pull-Faktoren“:

- niedrige Arbeitslosigkeit im Zielland der Migration
- gute Arbeitsbedingungen/Karrieremöglichkeiten im Zielland der Migration
- gute Arbeitsmöglichkeiten Arbeitsangeboten im Zielland der Migration
- höheres Einkommen im Zielland der Migration
- Wirtschaftsförderungsprogramme im Zielland der Migration

Gesellschaftliche „Pull-Faktoren“:

- gute Bildungsmöglichkeiten im Zielland der Migration
- Sicherheit im Zielland der Migration

Politische „Pull-Faktoren“:

- günstige Einwanderungsgesetze im Zielland der Migration
- keine politische Verfolgung im Zielland der Migration
- keine politische Unruhen oder Krieg im Zielland der Migration
- Frieden im Zielland der Migration (Han 2005).

Individuelle Faktoren der Migration

Bei einer Migrationsentscheidung spielen *individuelle - persönliche Merkmale* wie Geschlecht, Alter, Bildung oder ethnische Zugehörigkeit ebenso eine wichtige Rolle wie die *ökonomischen* oder *gesellschaftlichen* „Push- und Pull-Faktoren“. Diese persönlichen Merkmale können einen bedeutenden Einfluss auf die Migrationsentscheidung nehmen (Han 2000).

Wissenschaftliche Studien zur *Bildung* und dem damit verbundenen sozialen Status deuten darauf hin, dass Migranten, die im Heimatland eine höhere Schulbildung, ei-

nen hochqualifizierten Beruf hatten und einen höheren sozialen Status besaßen, sich im Zielland ihrer Migration viel besser und leichter an die neue Situation anpassen und eine bessere Gesundheit erkennen lassen (Taylor 1998).

Bei der Anpassung an die neue Situation, die unmittelbar mit dem Migrationsprozess verbunden ist, spielt auch das *Alter der Migranten* eine bedeutsame Rolle. Nach Beiser (1992) erleichtert eine frühe Einwanderung die Adaptation des Individuums an die neue Situation im Zielland der Migration, während eine späte Einwanderung genau das Gegenteil bewirken kann. Mit zunehmendem Alter können sich Migranten schlechter an die neuen Situationen anpassen, die im Laufe des Akkulturationsprozesses immer wieder auftauchen. Vor allem die älteren Migranten fühlen sich sehr oft verunsichert und ängstlich, was zu verschiedenen psychischen Beschwerden führen kann. Dies bestätigten auch die Beobachtungen von Ahmed (1997), wo psychische Beschwerden bei älteren Migranten sehr oft im Zusammenhang mit Sprach- und Kommunikationsproblemen sowie schlechter sozioökonomischer Lage standen.

Eine ebenso wichtige Rolle bei der Migration und der Migrationsentscheidung spielt das *Geschlecht*. Aus den empirischen Untersuchungen ist allgemein bekannt, dass Frauen bei der Migration mehr Stress und Konflikte erleben als Männer. Allerdings sind es nicht nur die Geschlechtsunterschiede allein, sondern auch Einflüsse des sozialen Status, der Bildung, der Kultur des Heimatlandes. Migrantinnen, die eine höhere Bildung genießen und einen höheren sozialen Status haben, fühlen sich psychisch wohler und gesünder als Migrantinnen, die eine geringe Ausbildung und einen Beruf mit geringem Prestige haben (Vogt 1999).

Blahusch (1992) betont, dass diese drei Faktoren „*Push-Faktoren*“, „*Pull-Faktoren*“ sowie *individuellen Faktoren* in einer Art *Kosten-Nutzen-Überlegung* oft einer subjektiven Bewertung unterliegen. Es lässt sich nur schwer einschätzen, welche dieser Faktoren einen größeren und bedeutsameren Einfluss auf die Migrationsentscheidung von Personen ausübt. Deswegen wird angenommen, dass bei jeder Migrationsentscheidung diese drei Faktoren gemeinsam wirksam sind. Dennoch gehören zu den wichtigsten Faktoren, die die Migrationsentscheidung beeinflussen können, vor allem die *ökonomischen* und *gesellschaftlichen* „*Push- und Pull-Faktoren*“. Einigen „*Push- und Pull-Faktoren*“ wurden auch im Rahmen dieser empirischen Untersuchung berücksichtigt, weil sie die wichtigsten Migrationsdeterminanten darstellen. Ihre Assoziation mit dem Migrationswunsch und der späteren erfolgten Migration von

slowakischen Jugendlichen hat große Bedeutung für die analytische Untersuchung in dieser Studie. Deswegen wird im Folgenden die Bedeutung einigen *ökonomischen* und *gesellschaftlichen* „*Push- und Pull-Faktoren*“ auf die Migrationsentscheidung beleuchtet.

Ökonomische „Push- und Pull-Faktoren“

✓ *Arbeitsmöglichkeiten und Karrieremöglichkeiten*

Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, Arbeitsmöglichkeiten und den damit verbundenen sozialen Status lassen sich als die wichtigsten Migrationsursachen einschätzen. Der Mangel an guten Arbeitsbedingungen und Arbeitsmöglichkeiten sowie die nicht ausreichenden beruflichen Aufstiegschancen im Heimatland wirken als die wichtigsten „*Push-Faktoren*“. Besonders hier bietet die Migration in entwickelte Länder eine Gelegenheit an beruflichem und sozialen Status zu gewinnen (Blahusch 1992). Besonders hochqualifizierte Personen haben ein großes Bedürfnis nach Verbesserung der Arbeitsmöglichkeiten und Karrieremöglichkeiten. Deshalb ist es kein Wunder, dass die berufliche Karriereplanung und der berufliche Aufstieg von gut ausgebildeten Menschen oft als die wichtigsten „*Pull-Faktoren*“ des Ziellandes der Migration genannt werden (Körner 1999).

✓ *Einkommen*

Das Einkommen stellt einen wichtigen „*Push- und Pull-Faktor*“ dar. In weniger entwickelten Ländern beklagen sich sehr oft nicht nur gut ausgebildete Menschen über ein geringes Einkommen. Diese schwere und Unzufriedenheit erzeugende Situation zwingt die Menschen sich immer häufiger mit der potenziellen Migration auseinander zu setzen. Aus diesem Grund wirkt das höhere Einkommen in den Industrieländern als der wichtige „*Pull-Faktor*“. Das geringe Einkommen in dem Herkunftsland und das hohe Einkommen im Zielland der Migration ergeben in ihrer Gesamtheit eine bedeutende Migrationsursache. Weiterhin ist das Einkommen ein wichtiges Symbol für die Wichtigkeit und Fähigkeit eines Menschen. Insgesamt ist ein höheres Einkommen mit einem besseren Lebensstandard verbunden (Körner 1999).

Gesellschaftliche „Push- und Pull-Faktoren“

✓ *Soziale Netzwerke oder Kettenmigration*

Auf den Einfluss von sozialen Netzwerken und Kettenmigrationen auf die internationale Migration wurde schon seit langer Zeit in der Migrationsforschung hingewiesen (Hugo 1981, Kritz 1992, Tilly 1990). Es wird davon ausgegangen, dass vor der Wanderungsentscheidung von Migranten ein Vergleich zwischen möglichen Zielgebieten der Migration vorgenommen wird. Dafür sind entsprechende Informationen über das Zielland der Migration sehr wichtig. Diese Informationen können aus verschiedenen Quellen stammen, d.h. von verschiedenen Medien und Informationskanälen bis hin zu persönlichen Informationskanälen (Faist 2007). Die größte Bedeutung bei der Informationsbeschaffung kommt sehr oft den persönlichen Beziehungen zu früher migrierten Verwandten und Freunden zu. Die persönlichen Beziehungen die Migranten, ehemaligen Migranten oder Nichtmigranten im Heimatland und Zielland der Migration miteinander verbinden, erhöhen die Wahrscheinlichkeit der internationalen Migration (Massey 1993). Diese persönlichen Informationskanäle haben eine große Dominanz, was damit zu erklären ist, dass soziale sowie emotionale Bindungen zu Verwandten, Freunden oder Bekannten andere Faktoren überwiegen können (Han 2000). In der Migrationsforschung wurde sehr oft beobachtet, dass die meisten Migranten bereits Verwandte oder Freunde im Zielland ihrer Migration haben. Sie wandern gemeinsam mit Verwandten aus oder die Verwandten folgen ihnen später nach (Choldin 1973).

An dieser Stelle muss man aber betonen, dass die sozialen Netzwerke einerseits helfen die Risiken und die Unsicherheit, die mit der Migration verbunden sind, zu reduzieren, andererseits müssen sie sich nicht immer auf realistische Hintergründe stützen (Treibel 2003). Soziale Kontakte sind für die Migration besonders im Zusammenhang mit Kettenmigrationsprozessen sehr wichtig. Durch die persönliche Übertragung von Informationen können die so genannten Kettenmigrationsprozesse entstehen und im Zusammenspiel mit sozialen Netzwerken die Migrationsprozesse fördern (Haug 2000).

✓ *Sprache und Kultur*

Sprache und Kultur sind neben ökonomischen Gründen wichtige „*Push- und Pull-Faktoren*“, die eine entscheidende Rolle bei der Migrationsentscheidung spielen. Unterschiedliche Sprachen im Herkunfts- und Zielland können zu einer Sprachbarriere führen und dadurch als wichtiger „*Push-Faktor*“ des Heimatlandes wirksam sein. Außerdem kann die sprachliche Unsicherheit zur niedrigeren Migrationswahrscheinlichkeit führen. Auf der anderen Seite führen mangelnde Sprachfähigkeiten der Migranten dazu, dass sich die Migranten im Zielland ihrer Migration nur schwer und mangelhaft integrieren (Janssen 1998).

1.10 Verständnis von Migration in dieser Dissertation

Im Hinblick auf die vorgestellten Definitionen von Migration wird auch in dieser empirischen Untersuchung die Migration als ein dynamischer Prozess und nicht nur als räumliche Bewegung von Individuen oder Gruppen von Individuen verstanden. In dieser Dissertation wird die Migration einerseits als Motivation zur Migration - also als der *Migrationswunsch* und andererseits als die *erfolgte Migration* verstanden.

Der *Migrationswunsch* ist leider in der wissenschaftlichen Literatur nicht eindeutig definiert. Ansatzweise liefert uns Eisenstadt mit seinen drei Phasen der Migration relevante Hinweise zu dem Migrationswunsch. In seiner Arbeit wird die erste Phase der Migration als *Motivation zur Migration* verstanden, die durch erste Überlegungen zur migrieren von potenziellen Migranten gekennzeichnet ist. Die Motivation zur Migration kann verschiedene Gründe haben - von persönlichen bis hin zu den ökonomischen und gesellschaftlichen Gründen. In diese erste Phase der Motivation zur Migration lässt sich auch unser Migrationswunsch eingliedern.

Unter diesen genannten Aspekten wird der *Migrationswunsch in dieser empirischen Studie als die Motivation und erste Überlegung zur Migration von potenziellen Migrant noch in ihrem Heimatland verstanden. Wobei das Vorhandensein des Migrationswunsches zur erfolgten Migration führen kann, aber nicht muss.*

Der Migrationswunsch wurde in dieser Studie auf die junge Population von slowakischen Schülerinnen und Schüler in der Abschlussphase ihrer Mittelschule bezogen.

Somit wurden bei der Messung des Vorhandenseins des Migrationswunsches die zukünftigen Pläne von slowakischen Jugendlichen abgefragt.

Außer dem Migrationswunsch wurde im Laufe dieser Untersuchung auch die nach Eisenstadt zweite Phase der Migration - also die *erfolgte Migration* von slowakischen Jugendlichen untersucht. Die erfolgte Migration von slowakischen Jugendlichen wird in dieser Studie als *Migrationsstatus* benannt.

Unter dem *Migrationsstatus* – *der erfolgten Migration* wird in dieser Arbeit die *Anwesenheit der StudienteilnehmerInnen im Ausland zum Zeitpunkt der zweiten Befragung verstanden*. Die zweite Befragung wurde nach einem Kalenderjahr in derselben Studienpopulation von slowakischen Jugendlichen durchgeführt.

Verständnis von Gesundheit und Migration

In der Vergangenheit wurde das Thema *Gesundheit und Migration* stark *pathologisch* und problematisch behandelt. Migranten wurden als eine für das gesundheitliche Versorgungssystem problematische Bevölkerungsgruppe dargestellt, die besonderen Dienste bedarf (Cohen 1996). Doch der ständig zunehmende Anteil von Migranten in unserer Gesellschaft und die tatsächliche Existenz einer multikulturellen Gesellschaft lässt die Fragen: *Wie es mit der gesundheitlicher Lage dieser Bevölkerungsgruppe aussieht?* oder *Macht Migration krank?* in der Migrationsforschung immer drängender erscheinen. Es gibt zwar heutzutage mehrere epidemiologische Studien, die die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Migranten im Zielland ihrer Migration untersucht haben. Dennoch ist die Bedeutung dieses Lebensabschnittes für spätere mögliche Erkrankungen und Gesundheitsrisiken bei Migranten unzureichend untersucht.

In der Epidemiologie steigt erst in den letzten Jahren das Interesse daran, die Migranten in die epidemiologischen Untersuchungen einzuschließen. Deswegen mangelt es an wertvollen Studien über den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit. Bisher gibt es in der Migrationsforschung kein umfassendes, überzeugendes, logisch und rational erklärendes Modell des Zusammenhangs zwischen Migration und Gesundheit (Schenk 2007, Razum 2007).

Dabei sollte in der Migrationsforschung vor allem erklärt werden *Welche unterschiedlichen Auswirkungen Migration auf die Gesundheit eines Migranten haben kann?*, *Welche gesundheitlichen Risiken mit der Migration verbunden sein können?* oder *Wie das Gesundheitsverhalten eines Menschen durch den Migrationsprozess beeinflusst wird?*

Die Migranten stellen eine sehr heterogene Gruppe dar. Die Heterogenität dieser Gruppe zeigt sich vor allem in ihrer kulturellen Identität, ihren Lebens- und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Risiken oder auch in ihrer Herkunft. Die gesundheitliche Lage von Migranten wird durch eine Vielzahl von verschiedenen Determinanten bzw. Faktoren während der unterschiedlichen Lebensphasen beeinflusst. Demzufolge werden im Folgenden mögliche Modelle zur Erklärung dieses Mechanismus dargestellt.

1.11 Migration als ein gesundheitsrelevantes Lebensereignis

Migration kann nicht nur als eine *räumliche Veränderung* oder ein *ökologischer Übergang* von einem Wohnort zu dem anderen verstanden werden. Es bedeutet eine rasante Veränderung der Lebensbedingungen, der Arbeits- und Wohnumwelt sowie Veränderungen im sozialen und kulturellen Bezug. Schließlich bedeutet Migration enorme Veränderungen des kulturellen Kontexts und des sozialen Netzwerkes. Die Phase der Ankunft im Zielland der Migration ist für alle Migranten mit einem Verlust-erlebnis und großer Verunsicherung verbunden. Diese beinhalten nicht nur das Verlassen der eigenen Familie und Freunde, sondern einen völligen Neuaufbau von sozialen Beziehungen im Zielland der Migration (Brucks 1995). Diese Übergangsphase beinhaltet Belastungen für alle Zuwanderer. Deswegen werden der Migration hohe Gesundheitsrisiken zugeschrieben, die die individuelle Biografie sowie auch die Familienentwicklung über mehrere Generationen hinweg beeinflussen können. Daher ist Migration ein kritisches Lebensereignis mit vielen drohenden gesundheitlichen Folgen (Faltermaier 2005).

Die Migranten tragen eigene genetisch und kulturell bedingte Risiken mit sich und bringen diese in das Zielland ihrer Migration ein. Migrationsbedingte Belastungen, wie zum Beispiel Familientrennung, neue Umgebung, Stress usw. können zu gesundheitlichen Beschwerden und Krankheiten führen. Außerdem werden Migranten im Zielland ihrer Migration den gleichen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt wie die einheimische Bevölkerung mit vergleichbarem Sozialstatus (RKI 2008). Um eine schnelle Anpassung an die neue Gesellschaft zu erreichen, entwickeln Migranten oft Orientierungs- und Bewältigungsmuster, die durch extreme Leistungsfähigkeiten gekennzeichnet sind. Dadurch werden Migranten einem großen Druck ausgesetzt - alle Anforderungen, Belastungen und Lebensereignisse muss der Migrant letztendlich alleine bewältigen, was insgesamt zur körperlichen sowie auch psychischen Beschwerden führen kann. Diese Belastungen müssen jedoch nicht nur pathogen sein, sondern können unter bestimmten Umständen sogar positive persönliche Entwicklungen bei Migranten anstoßen (Faltermaier 2005).

Wie die Abbildung 1 zu *Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Migranten* zeigt, kann die Gesundheit und die damit verbundene gesundheitliche Lage von Migranten nach Faltermaier (2005) vor allem mit drei eng miteinander verbundenen Einflussfaktoren in Verbindung gebracht werden, und zwar:

- mit ihrer ethnischen Zugehörigkeit
- mit dem Migrationsprozess
- mit ihrer sozialen Lage.

Ethnische Zugehörigkeit von Migranten

Im psychosozialen Sinn bedeuten ethnische Zugehörigkeit eine bestimmte soziale *Identität*, welche die Mitglieder dieser Gruppe definiert. Soziale Identität wird für jede Kultur durch eine Reihe von gemeinsamen Merkmalen ihrer Mitglieder konkret hergestellt. Die Mitglieder dieser Gruppe sind durch eine gemeinsame *Sozialisation*, wie zum Beispiel Sprache, Kultur, gemeinsame Gewohnheiten oder Religion miteinander eng verbunden.

Aus der gesundheitswissenschaftlichen Sicht lässt sich eine Reihe von Einflussfaktoren auf die Gesundheit benennen, die mit der ethnischen Zugehörigkeit zusammenhängen. Diese Einflussfaktoren können die Gesundheit eines Individuums positiv wie auch negativ beeinflussen. Der Umgang mit belastenden Situationen wird sehr oft in starkem Maße durch den ethnischen Hintergrund geregelt: kulturell bedingte Deutungssysteme bestimmen wie Konflikte und kritische Lebenssituationen, wie zum Beispiel der Verlust der Familie wie auch die Migration, gedeutet werden oder welche Bewältigungsmethoden angewandt werden. Dies alles kann sich positiv wie auch negativ auf die Gesundheit einer Person auswirken: negative Folgen auf die Gesundheit können dann entstehen, wenn Personen in kritischen Lebenssituation isoliert oder nicht unterstützt werden. Im Gegensatz dazu lassen sich positive Auswirkungen auf die Gesundheit durch verschiedene kollektive Bewältigungsmuster oder soziale Unterstützung durch die Familie oder Freunde erkennen (Faltermaier 2005).

Weiterhin wird die Gesundheit einer Person durch Gewohnheiten im Alltag und den Lebensstil – die starke kulturelle Wurzeln haben, geprägt. Somit sind zum Beispiel die Essgewohnheiten oder Ernährung oft sehr eng mit den Inhalten einer Kultur und deren Regeln verbunden. All dies deutet darauf hin, dass Personen in Bezug auf ihre

Gesundheit immer im Rahmen gelebter kultureller Vorgaben handeln (Faltermaier 2005).

Migrationsprozess

Mit einem Migrationsprozess ist oftmals eine Konfrontation von verschiedenen ethnischen und kulturellen Gruppen verbunden. Zwischen den Migranten und Einheimischen lassen sich diverse Kategorien und Stereotypen mit-, neben-, oder gegeneinander erkennen, die die Kommunikation und Integration von Migranten im Zielland ihrer Migration prägen (Faltermaier 2005). Die unterschiedliche Kultur und Identität zwischen Migranten und Einheimischen fördert bei Migranten vor allem in der Anfangsphase einer Migration vielfältige Anpassungsprozesse, die mit verschiedenen gesundheitlichen Folgen verbunden sein können.

Migration bedeutet eine *Hypothek* an Belastungen, die einfach aus dem Heimatland mitgenommen werden oder eng mit dem Migrationsprozess zusammenhängen - es lassen sich bei Migranten körperliche, wie auch psychischen Belastungen beobachten, die mit dem Migrationsprozess verbunden sind. Migration kann man auch als eine entscheidende Lebensveränderung bezeichnen, die psychisch und körperlich bewältigt werden muss. Es lassen sich Bedingungen benennen, die bei diesem Prozess förderlich wie auch hinderlich sein können. Ein unternommener Migrationsprozess erfordert beim Migrant eine Fülle von Anpassungsprozessen auf die neue Situation: von der Kommunikation in der fremden Sprache, Anpassung an die neue Gesellschaft mit ihren Regeln bis hin zu dem Verstehen von neuen und fremden Gewohnheiten (Faltermaier 2005).

Der Unkenntnis der Kultur des Ziellandes kann weitere gesundheitliche Gefahren für die Migranten mit sich bringen: der neue Lebensstil und möglicherweise der gehobene Lebensstandard können gesundheitliche Risiken darstellen, die den Migranten aus ihrem Heimatland nicht bekannt waren und sie können die Gesundheit von Migranten negativ beeinflussen (Faltermaier 2005).

Abbildung 1 Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Migranten



Quelle: eigene Darstellung nach Faltermaier 2005

Soziale Lage von Migranten

Migranten haben fast immer eine andere Alters- und Geschlechtsstruktur als die Bevölkerung des Ziellandes. Sie sind besonders aktive und mutige Menschen. Sie sind meist jung und im Vergleich zur Bevölkerung ihres Herkunftslandes überdurchschnittlich gesund. Wenn sie aus einem ärmeren Land in ein wohlhabendes Land migrieren, können sie von besseren Lebensmöglichkeiten profitieren. Demzufolge scheint es so zu sein, dass Migranten im Vergleich zur Bevölkerung ihres Heimatlandes bessere Gesundheitschancen haben (Münz & Ulrich 1999). Doch die Wirklichkeit zeigt ein anderes Bild. Migranten sind im Zielland ihrer Migration häufig benachteiligt. Ihre materielle Situation ist oft sehr schwer. Migranten verfügen über geringe materielle Ressourcen und oft ist ihre Lebenssituation über lange Zeit kompliziert. In der sozialen Hierarchie der Gesellschaft gehören sie eher zu den unteren sozialen Schichten. Sie wohnen und arbeiten unter schlechteren Bedingungen als die Mehrheitsbevölkerung. Dadurch sind die Migranten besonderen gesundheitlichen, sozialen sowie ökonomischen Belastungen ausgesetzt (Bollini 1993, Collatz 1994, Collatz 1996). Der oft niedrige berufliche Status von Migranten ist mit schlechten Arbeitsbedingungen und mit bestimmten Gesundheitsrisiken verbunden. Auf Grund der schlechten sozialen Situation ist bei Migranten, und das unabhängig von ihrer Ethnie, mit großen gesundheitlichen Risiken zu rechnen. Daher sollte auch ihre Gesundheitssituation messbar schlechter sein als die der Mehrheitsbevölkerung des Ziellandes. Aus der Sozialepidemiologie ist bekannt, dass ein niedriger sozioökonomischer Status das Risiko einer Erkrankung oder eines vorzeitigen Todes erhöht (Helmert et al. 1990, Helmert 2000, Marmot et al. 1991). Außerdem ist für die Menschen, die zu den unteren sozialen Schichten gehören eine höhere Prävalenz von Krankheiten typisch (Mielck 1994). Die soziale Lage ist somit von großer Bedeutung für die Gesundheit eines Individuums. Andererseits muss berücksichtigt werden, dass gesundheitliche Ungleichheiten zwischen Migranten und Einheimischen nicht nur durch den entsprechenden Sozialstatus erklärt werden können. Weitere erklärende Faktoren wie zum Beispiel gesundheitliche und soziale Lage im Heimatland der Migranten, die Rasse und der kulturellen Hintergrund sowie der Zugang zur Gesundheitsversorgung müssen herangezogen werden um den Zusammenhang zwischen sozialem Status und gesundheitlicher Benachteiligung von Migranten erklären zu können (Faltermaier 2005). Doch trotz der sozialen Benachteiligung weisen Migranten gegenüber der

Mehrheitsbevölkerung des Ziellandes eine niedrigere Sterblichkeit auf. Dieser zunächst paradox erscheinende Gesundheitsvorteil bei Migranten wird anhand des „*Healthy-Migrant-Effect*“ erklärt.

1.12 Das „*Healthy-Migrant-Effect*“ - Theorie der positiven Selektion

Die Mortalitäts- und Morbiditätsunterschiede wurden bereits in typischen Zuwanderungsländern wie USA und Kanada sowie auch in vielen europäischen Staaten untersucht (Shuval 1982, Marmot et al. 1984, Altenhofen & Weber 1993, Elkeles & Seifert 1993, Fabian & Straka 1993, Sundquist & Johansson 1997, Razum et al. 1998, Razum & Rohrmann 2002, Anson 2002). Trotz der häufig beobachteten sozioökonomischen Benachteiligung wie auch verschiedenen Schwierigkeiten, die mit dem Migrationsprozess verbunden sind, weisen Migranten beinahe in allen durchgeführten Studien eine geringere Mortalität und Morbidität auf als die einheimische Bevölkerung des Ziellandes. Diese Mortalitäts- und Morbiditätsunterschiede können in einigen Altersgruppen bei Migranten bis zu 50 Prozent niedriger liegen als in der Mehrheitsbevölkerung des Ziellandes (Razum 2006, Razum & Twardella 2002). Diese Beobachtungen stehen jedoch im Widerspruch zu der aus vielen Studien bekannten Assoziation von sozioökonomischer Benachteiligung und erhöhter Mortalität und Morbidität. Um diese Mortalitäts- und Morbiditätsunterschiede zwischen Migranten und Nicht-Migranten zu erklären, wird in der Migrationsforschung häufig auf die *Auswahlprozesse bei der Migration* zurückgegriffen, die Ravenstein bereits im Jahr 1885 beschrieb. Seiner Meinung nach stellen wandernde Personen eine selektive Gruppe innerhalb der Bevölkerung dar, die im Vergleich zur nicht wandernden Bevölkerung des Heimatlandes überdurchschnittlich gesund ist (Ravenstein 1885). Dieser Mortalitäts- und Morbiditätsvorteil der Migranten im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung des Ziellandes wird in der wissenschaftlichen Literatur als „*Healthy-Migrant-Effect*“ bezeichnet. Dieser Begriff kann frei übersetzt werden als *Phänomen der gesunden Migranten*. Bedenkt man die sehr oft ungünstige sozioökonomische Lage der Migranten im Zielland ihrer Migration, dann stellt der „*Healthy-Migrant-Effect*“ ein Paradox dar (Razum 2006).

Der „*Healthy-Migrant-Effect*“ besagt, dass in erster Linie besonders gesunde, belastbare und vor allem jüngere Menschen auswandern (Kirkcaldy et al. 2006, Razum 2006). Außerdem sind Migranten zum Zeitpunkt ihrer Zuwanderung häufig auch psychisch gesünder als die einheimische Bevölkerung (Lechner & Mielck 1998). Demzufolge handelt es sich dabei um eine *Selektion der gesunden Menschen - Migranten, die im Vergleich zur nichtmigrierten Bevölkerung ihres Heimatlandes überdurchschnittlich gesund sind*. Alles dies deutet darauf hin, dass bei der Migration ein (Selbst-) Auswahlselektionsprozess stattfindet (Lee 1966). Der „*Healthy-Migrant-Effect*“ wird in der wissenschaftlichen Literatur vor allem durch folgende drei Faktoren erklärt:

- guter Gesundheitszustand als Voraussetzung für Migration
- Demografie und Remigration
- Veränderung des „*Healthy-Migrant-Effect*“ im Laufe der Zeit.

Guter Gesundheitszustand als Voraussetzung für Migration

Wie schon erwähnt wurde, reisen in der Regel eher junge, gesunde und leistungsfähige Menschen aus, die in der Lage sind, den Migrationsprozess mit seinen Strapazen zu bestehen und alle Herausforderungen dieses Prozesses zu meistern (Razum 2006, Lechner & Mielck 1998, Kirkcaldy et al. 2006, Lee 1966, Ravenstein 1885).

Demografie und Remigration

Die geringere Morbidität und Mortalität unter der Migranten lässt sich auch mit der demografischen Struktur dieser Bevölkerungsgruppe erklären. Der Anteil älterer Personen ist in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund vergleichsweise größer, womit sich erklären lässt, dass bei Migranten (wobei es sich vor allem um junge Menschen handelt) altersbezogene Erkrankungen seltener sind.

Ein weiterer Ansatz ist die sogenannte *Remigration*, die man auch als einen selektiven Auswahlprozess bezeichnen kann (Dietzel-Papakyriakou 1987, Razum et al. 1998). Die *Remigration* bedeutet, dass Migranten sich mit höherer Wahrscheinlichkeit zur Rückkehr entscheiden, wenn ihre Gesundheit geschwächt ist und sie eine bessere medizinische Versorgung in der vertrauten Umgebung ihres Heimatlandes erwarten (Razum 2006). Es wird häufig beobachtet, dass vor allem ältere Migranten mit gesundheitlichen Problemen fortziehen. Für viele Migranten ist es ihr *letzter*

Wunsch ihre letzten verbleibenden Lebenstage im Heimatland verbringen zu können (Courbage & Khlal 1996). Ebenfalls die Unzufriedenheit mit der Lebenssituation im Zielland der Migration, wie zum Beispiel langjährige Arbeitslosigkeit oder mangelnde soziale Integration kann die Wahrscheinlichkeit zur *Remigration* erhöhen (Fabian & Straka 1993, Abraido-Lanza et al. 1999).

Veränderung des „Healthy-Migrant-Effect“ im Laufe der Zeit

Der als „*Healthy-Migrant-Effect*“ bezeichnete Auswahlprozess bei Migration wird häufig mit dem sozioökonomischen Status und der Aufenthaltsdauer in einen Zusammenhang gebracht. Demzufolge wird durch Migration lediglich temporär ein Mortalitäts- und Morbiditätsvorteil bei Migranten erreicht, der mit zunehmender Aufenthaltsdauer wieder verschwindet. Mit zunehmender Dauer des Aufenthalts im Zielland der Migration nimmt der „*Healthy-Migrant-Effect*“ ab und bei den Migranten passt sich das Risiko krank zu werden dem der einheimischen Bevölkerung an. Infolge sozialer Benachteiligungen geht der ursprüngliche Gesundheitsvorteil bei den Migranten im Laufe der Zeit verloren. Bei einigen Krankheiten (vor allem bei solchen, die mit dem Lebensstil verbunden sind) führen soziale Benachteiligungen zur rapiden Verschlechterung der Gesundheit sowie auch des Gesundheitszustandes (Razum & Rohrmann 2002, Razum 2006). Razum und Twardella (2002) haben dieses klassische Erklärungsmodell des „*Healthy-Migrant-Effect*“ bearbeitet, erweitert und entwickelten das Konzept des *gesundheitlichen Übergangs*. Es besagt, dass in allen modernen Gesellschaften während der letzten 100 Jahre ein Wechsel stattgefunden hat, und zwar von einer hohen Sterblichkeit an Infektionskrankheiten zu einer höheren Sterblichkeit an nichtübertragbaren (chronischen) Erkrankungen.

1.13 Verständnis von Gesundheit und Migration in dieser Dissertation

Das Verständnis von Gesundheit und Migration stützt sich in dieser Dissertation auf die theoretische Erklärung des „*Healthy-Migrant-Effects*“. Wie Ravenstein (1885), Kirkcaldy et al. (2006) oder Razum (2006) in ihren Untersuchungen betonen, sollen anhand des „*Healthy-Migrant-Effects*“ in erster Linie besonders gesunde und belastbare Menschen auswandern. Hierbei handelt es sich konkret um die theoretische Annahme, dass ein positiver (Selbst-) Auswahlselektionsprozess bei der Migration stattfindet. Das heißt, dass Migranten eine selektive Gruppe innerhalb der Bevölkerung ihres Heimatlandes darstellen, die durch überdurchschnittlich gute Gesundheit gekennzeichnet sein soll. Es muss betont werden, dass die Migration ein dynamischer und ein langjähriger Prozess ist. Durch diese empirische Untersuchung können nur die erste Phase der Migration - *Motivation zur Migration* und die zweite Phase der Migration – die *erfolgte Migration* beleuchtet werden. Im Hinblick auf den „*Healthy-Migrant-Effect*“ steht im Vordergrund dieser Untersuchung die Klärung der Frage: *Ob eine positive (Selbst-) Auswahlselektion bei der Migration in der slowakischen Population stattfindet?* Mit anderen Worten: *Ob slowakische Jugendliche, die den Migrationswunsch haben bzw. migrieren über eine bessere Gesundheitsverhaltensweise und Gesundheit verfügen als slowakische Jugendliche, die keinen Migrationswunsch haben bzw. nicht migrieren?* Eine gute Gesundheit bei den potenziellen Migranten ist eine Grundvoraussetzung für das Vorhandensein des Migrationswunsches sowie auch für die erfolgte Migration. In der wissenschaftlichen Literatur ist der Zusammenhang zwischen Gesundheit und soziodemografischen Merkmalen gut bekannt. Die Migration bzw. die Intention zur Migration steht ebenso in der Verbindung mit den soziodemografischen Merkmalen. Deswegen kann nur eine gemeinsame Betrachtung aus verschiedenen Perspektiven wichtige Anhaltspunkte liefern, die für die Beantwortung der Frage: *Welche Verhaltensweisen für das Vorhandensein des Migrationswunsches bzw. der erfolgten Migration in einer jungen Population tatsächlich ausschlaggebend sind?* relevant sind.

Kapitel 2

2 Forschungsstand

So vielfältig wie die Gründe für Migration sind, so unterschiedlich sind die positiven wie auch negativen Folgen eines Migrationsprozesses nicht nur für die betroffene Gesellschaft, sondern auch auf für die einzelnen Migranten. Um die Migration als einen komplexen Prozess verstehen zu können, wird im folgenden Unterkapitel der *Forschungsstand zur Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Migranten* aus mehreren gesundheitswissenschaftlichen Studien zur Assoziation zwischen Gesundheit und Migration vorgestellt. Im darauf folgenden Unterkapitel *Forschungsstand zu den „Push- und Pull-Faktoren der Migration“* werden im Hinblick auf die Zielsetzung der vorliegenden Dissertation wiederum notwendige sozialwissenschaftliche Studien zu den *ökonomischen* und *gesellschaftlichen* „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ vorgestellt.

2.1 Forschungsstand zur Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Migranten

In der Wissenschaft durchgeführte epidemiologischen Studien zur Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Migranten sollen einerseits die Häufigkeit von Krankheiten und Risikofaktoren bei Migranten beschreiben und andererseits Ursachen für gesundheitliche Unterschiede zwischen Migranten und der einheimischen Bevölkerung des Ziellandes aufdecken. Es muss allerdings betont werden, dass der Zusammenhang zwischen den beiden komplexen Phänomenen Gesundheit und Migration wissenschaftlich sehr schwer zu erfassen ist. Zum einen sind die epidemiologischen Daten zum Zusammenhang zwischen Gesundheit und Migration unzureichend und zum anderen sind diese Aussagen sehr oft rein statistisch erfasst, ohne die zugrunde liegenden Bedingungen oder zur Krankheit führenden Faktoren bei der Forschung zu betrachten. All dies führt dazu, dass die Ursachen für die erhobenen Befunde nicht exakt erklärt werden können und deswegen werden sie sehr oft allein mit dem Phänomen der Migration im Zusammenhang gebracht.

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht ist Migration ein Lebensereignis, das die Gesundheit eines Individuums unmittelbar beeinflusst. Die Gesundheit von Migranten wird durch verschiedene Komponenten beeinflusst. Um sich schnell an die neue Umgebung anzupassen, entwickeln Migranten starke Orientierungs- und Bewältigungsmuster, die durch hohe Leistungsfähigkeiten gekennzeichnet sind. Dabei werden Migranten einem großen Druck ausgesetzt, was insgesamt zu verschiedenen gesundheitlichen Beschwerden führen kann. Deswegen wird die Migration sehr oft mit hohen Gesundheitsrisiken in Verbindung gebracht. Durch den Migrationsprozess verursachte Veränderungen können kurz- sowie auch langfristige Folgen auf die Gesundheit von Migranten haben. Demzufolge kann die Migration nicht nur als räumliche Mobilität von Menschen, sondern als ein Beispiel des sozialen, kulturellen und gesundheitlichen Wandels betrachtet werden. Aufgrund dieser besonderen Bedingungen kann sich die Gesundheit von Migranten und der Bevölkerung des Ziellandes unterscheiden. Die wissenschaftliche Literatur liefert sehr oft unterschiedliche und teilweise widersprüchliche Aussagen. Der Grund dafür liegt einerseits in der Heterogenität der Bevölkerung mit Migrationshintergrund, die die unterschiedlichen Migrationsvoraussetzungen und Bedingungen im Zielland der Migration widerspiegelt, sowie an der unterschiedlichen Interpretation der Studienergebnisse. Diese Voraussetzungen erschweren die Übertragung und Vergleichbarkeit der wissenschaftlichen Ergebnisse. Demzufolge lassen sich die Forschungsergebnisse aus den USA nur begrenzt auf die europäischen Verhältnisse übertragen und die europäischen Forschungsergebnisse sind wiederum sehr unterschiedlich voneinander. Dies zeigen zum Beispiel auch die Studien von Sundquist und Johansson (1997, 1998), Calmonte et al. (2000) oder Csitkovics et al. (1997): In Schweden durchgeführten Studien von Sundquist und Johansson (1997, 1998) ergaben, dass der Gesundheitszustand von Migranten schlechter ist als der, der einheimischen Bevölkerung. Zu ähnlichen Ergebnissen ist auch der „*Nationale Schweizer Survey*“ gekommen. Die Ergebnisse dieser Studie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Migranten fühlen sich kränker als einheimische Bevölkerung, und das unabhängig von Geschlecht, Alter und sozialer Schicht
- Migranten haben ein schlechteres Gesundheitsverhalten als SchweizerInnen – sie rauchen häufiger, trinken häufiger Alkohol, treiben seltener Sport und neigen eher zu Übergewicht (Calmonte et al. 2000).

Im Widerspruch zu den oben genannten schwedischen und schweizerischen Forschungsergebnissen steht die im Rahmen des österreichischen Mikrozensus durchgeführte empirische Untersuchung zum Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten von Migranten. Die Studienergebnisse dieses Mikrozensus zeigten, dass Migranten aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien im Vergleich zu Österreichern eine unterdurchschnittliche Krankheitsanfälligkeit aufweisen. Außerdem verhielten sich Migranten in gesundheitlichen Aspekten genauso wie Österreicher gleicher sozialer Lage und Verhältnisse, was darauf hin deutet, dass die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Migranten sich nicht wesentlich von dem der einheimischen Bevölkerung unterscheidet (Csitkovics et al. 1997).

Diese Erkenntnis bestätigte auch der im Jahr 2000 in Nordrhein-Westfalen vorgelegte Gesundheitsbericht zur Gesundheit von Zuwanderern. Vor der Darstellung der Ergebnisse dieses Gesundheitsberichts muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass in Deutschland bisher nur wenige epidemiologische Untersuchungen zur Gesundheit von Migranten vorliegen und die, die durchgeführt worden sind, vor allem auf den Daten zur gesundheitlichen Lage von türkischen Migranten basieren. Außerdem sind die wissenschaftlich erhobenen Ergebnisse zum Gesundheitszustand von Migranten in Deutschland nicht systematisch und umfassend genug, um daraus Rückschlüsse ziehen zu können. Doch das wichtigste Ergebnis dieser Studie, was im Einklang mit den Ergebnissen des österreichischen Mikrozensus steht, ist, dass der Gesundheitszustand von Migranten trotz oft schlechteren Ausgangsbedingungen nicht viel schlechter ist als der Gesundheitszustand der einheimischen Bevölkerung. Somit haben Migranten im Vergleich zu der einheimischen deutschen Bevölkerung ein risikoärmeres Gesundheitsverhalten aufzuweisen (Weilandt et al. 2000).

Weil es über die Assoziation zwischen Gesundheit und Gesundheitsverhalten von potenziellen Migranten und deren Migrationswünschen, die im Rahmen dieser Studie untersucht werden, keine wissenschaftliche Studien zur Verfügung stehen, stützt sich der nachfolgende Forschungsstand dieser Dissertation auf die Erkenntnisse unterschiedlicher internationale Studien, die die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Migranten im Zielland ihrer Migration untersucht haben. Der Forschungsstand konzentriert sich dabei auf die gewählten elementaren Gesundheitsmerkmale wie zum Beispiel psychosomatische Beschwerden, Rauchverhalten, Alkohol- und

Drogenkonsum, Ernährung oder körperliche Aktivität bei Migranten, die einen wichtigen Gegenstand dieser Untersuchung darstellen.

2.1.1 Studien zur Ernährung von Migranten

Die Ernährung stellt das Gesundheitsverhalten dar, welches im hohen Maß kulturell geprägt ist. Sie ist ein sehr bedeutender Teil der kulturellen Identität und kann relativ einfach, wenn es die Lebensbedingungen im Zielland der Migration erlauben, weiter geführt werden. Die Ernährungsgewohnheiten der Migranten sind eher sehr stabil und die Anpassungsvorgänge an die neue Gesellschaft im Hinblick auf die Essgewohnheiten beginnen erst später. Es ist bekannt, dass Migranten der ersten Generation ihre ursprünglichen Essgewohnheiten häufiger beibehalten als Migranten der zweiten und nachfolgenden Generationen. Außerdem ändern Migranten, die gemeinsam mit ihren Familien migriert sind, ihre Essgewohnheiten seltener als Migranten, die im Zielland ihrer Migration alleine leben (Winkler 2003).

Nach Den Hartog (1995) wird die Anpassung der Ernährung von Migranten an die neue Umgebung vor allem durch zwei Faktoren bestimmt. Der erste Faktor ist der *Grad der Notwendigkeit* sich an neue Bedingungen des Ziellandes anzupassen. Dieser Grad ist durch die Verfügbarkeit bestimmter Nahrungsmittel im Zielland der Migration limitiert. Wenn im Zielland der Migration die traditionellen Nahrungsmittel der Migranten nicht verfügbar sind, wird die Anpassung der Ernährung an die verfügbaren und für die Migranten neuen Lebensmittel notwendig. Der zweite Faktor ist die *Stärke der ethnischen Gebundenheit* an das Heimatland.

Die wenigen zur Verfügung stehenden Studien zu Ernährungsgewohnheiten von Migranten wurden in Schweden und den Niederlanden durchgeführt (Lindstrom & Sundquist 2005, Wändell et al. 2004, Brussaard et al. 2001). Diese Studien deuten darauf hin, dass die Migranten im Zielland ihrer Migration häufiger Süßigkeiten, Fast-food und Softgetränke zu sich nehmen als im Heimatland.

Auch die Studie von Den Hartog (1995) steht im Einklang mit den oben genannten Befunden der anderen epidemiologischen Untersuchungen. In seiner Studie wurde das Ernährungsverhalten von Migranten aus weniger industrialisierten Ländern untersucht. Es handelte sich hierbei um marokkanische und türkische Migranten, in die Niederlande migriert sind. In dieser Studie wurde beobachtet, dass sich die Ernährungsweisen der Migranten im Zielland der Migration im Vergleich zu ihrem Heimat-

land deutlich verändert haben. Somit konsumierten die Migranten im Zuwanderungsland deutlich mehr Fleisch, Milchprodukten und Softdrinks als im Heimatland.

Aus den wenigen vorhandenen, sehr oft nicht repräsentativen Studien aus Deutschland ergeben sich aber andere Ergebnisse. Diese Studien deuten darauf hin, dass die Ernährung von Migranten häufiger den Ernährungsempfehlungen entspricht als die Ernährung der Deutschen. Die Migranten sollen demnach häufiger Obst und Gemüse, weniger Fleisch und Fleischprodukten konsumieren sowie auch weniger Süßigkeiten und Alkohol zu sich nehmen (Winkler 2003).

Allerdings sind die Daten zum Ernährungsverhalten an sich sehr aufwendig in der Erhebung. Vor allem bei den Migranten ist es sehr schwer und kompliziert ein genaueres Bild über das Ernährungsverhalten zu erhalten. Die kulturellen Unterschiede sowie auch die Heterogenität der Migranten haben einen großen Einfluss auf die Interpretation der Ergebnisse (Landman & Cruickshank 2001). Aus diesen Gründen werden in den epidemiologischen Studien oft Übergewicht und Adipositas als Indikator für das Ernährungsverhalten verwendet. Mit Hilfe des *Body-Mass-Index* lässt sich ein erhöhtes Gewicht von einem Normalgewicht sehr einfach abgrenzen. Der Body-Mass-Index (BMI) ist das standardisierte Messinstrument zur Beurteilung von Übergewicht und Adipositas. Er lässt sich relativ einfach erheben, und zwar als Quotient aus dem Körpergewicht (in kg) und der Körpergröße (in m²) und stellt klare Einteilungen zu Unter- (BMI < 18,5 kg/m²), Normal- (BMI von 18,5 bis ≤ 25 kg/m²) und Übergewicht (BMI von 25 bis ≤ 30 kg/m², Adipositas ≥ 30) bei Erwachsenen dar (Ezzati et al. 2002).

Im Gegensatz zum Ernährungsverhalten von Migranten, gibt es für den Body-Mass-Index und das damit verbundene Übergewicht und Adipositas in der Assoziation mit dem Migrationsprozess deutlich mehr epidemiologische Untersuchungen. Viele internationale Studien aus den klassischen Einwanderungsländern, wie USA und Kanada, sind zu dem Ergebnis gekommen, dass der BMI der Migranten bei Einwanderung deutlich unterhalb des Durchschnittsgewichtes der einheimischen Bevölkerung des Einwanderungslandes liegt, aber mit zunehmender Aufenthaltsdauer deutlich ansteigt (Antecol & Bedard 2006, McDonald & Kennedy 2005, Kaplan et al. 2004, Gordon-Larsen et al. 2001). Dieses Phänomen wird sehr oft mit der Anpassung an den Lebensstil des Ziellandes der Migration erklärt (McDonald & Kennedy 2005).

Nach Auffassung einiger Autoren spielen auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede eine bedeutsame Rolle sowie auch das soziokulturelle Umfeld des Einwanderungslandes. Man darf natürlich auch die bestehenden Unterschiede im Hinblick auf das Körperbild und Gewichtsbewusstsein in Abhängigkeit von der jeweiligen Kultur nicht vergessen (McDonald & Kennedy 2005, Bush et al. 2001, Allen et al. 2007). Während in den internationalen Studien viele verschiedene Faktoren im Zusammenhang mit dem BMI und der Migration untersucht werden, konzentrieren sich die europäischen Studien vor allem auf die Untersuchung des Zusammenhanges zwischen dem BMI und dem Herkunftsland der Migranten. In vielen solchen Studien wurde bestätigt, dass weibliche sowie männliche Migranten in Abhängigkeit von ihrem Heimatland, deutlich höhere BMI-Werte aufweisen im Vergleich zur Bevölkerung des Einwanderungslandes. Wobei bei den Frauen diese Unterschiede markanter waren als bei den Männern (Kirchengast & Schober 2006, Lindstrom & Sundquist 2005, Wändell et al. 2004, Brussaard et al. 2001).

Die deutschen Mikrozensusdaten der Jahre 1999, 2003 und 2005, wo die geschlechtsspezifischen Unterschiede und die Staatsangehörigkeit der Migranten bei der Analyse berücksichtigt wurden, zeigten, dass bei den nichtdeutschen Frauen im Alter von 40 bis 64 und über 65-jährigen die mittleren BMI-Werte deutlich über den BMI-Werten der deutschen Frauen lagen. Es hat sich gezeigt, dass die nichtdeutschen Frauen ab dem 40. Lebensjahr eine deutlich höhere Adipositasprävalenz aufweisen als die deutschen Frauen. In den jüngeren Altersgruppen im Alter von 18 bis 39 Jahren, lassen sich zwischen den nichtdeutschen und deutschen Frauen kaum Unterschiede in den BMI-Werten beobachten. Ähnliches gilt auch für die Männer, wo sich zwischen den nichtdeutschen und deutschen Männern in allen Altersgruppen kaum Unterschiede im Bezug auf ihre BMI-Werte feststellen lassen (Statistisches Bundesamt 2007). Ein ähnliches Ergebnis bestätigen auch niederländische Studien, wo ebenfalls eine erhöhte Prävalenz von Übergewicht bei Migrantinnen in Vergleich zu den einheimischen Frauen beobachtet wurde (Brussaard et al. 2001). Die Gründe dafür wurden, ähnlich wie bei den internationalen Studien, durch möglicherweise unterschiedliches Gewichtsbewusstsein und Körperbild sowie eine geringere körperliche Aktivität bei migrierten Frauen im Vergleich zu den einheimischen Frauen erklärt (Brussaard et al. 2001, Landman & Cruickshank 2001, Bush et al. 2001).

2.1.2 Studien zur körperlichen Aktivität von Migranten

Auch wenn in den klassischen Einwanderungsländern wie USA und Kanada mehrere Studien durchgeführt worden sind, die den Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Migration untersucht haben, gibt es zu körperlicher Aktivität und Sportverhalten von Migranten nur wenige umfassende empirische Untersuchungen. Außerdem bestehen zwischen den existierenden empirischen Ergebnissen deutliche Unterschiede, die vor allem von Herkunftsland, Generation der Einwanderer, Geschlecht, Alter sowie Fremdsprachkenntnissen der Migranten abhängig sind. Trotz dieser bestehenden Unterschiede haben internationale Studien mehrmals bestätigt, dass Migranten sportlich und körperlich inaktiver sind als die einheimische Bevölkerung des Ziellandes (Weilandt et al. 2006, Wolin et al. 2006, Dawson et al. 2005, Evenson et al. 2004). Eine Untersuchung von mehr als 10 000 in den USA lebenden hispanischen und schwarzen Migranten zeigte, dass diese Gruppe von Migranten in ihrer Freizeit deutlich weniger Sport treibt und sportlich inaktiver ist als die einheimische Bevölkerung (Marschall et al. 2007). Auch die Ergebnisse des „*Canadian Community Health Survey*“ deuten darauf hin, dass die körperliche Aktivität von Migranten mit zunehmender Aufenthaltsdauer im Zielland ihrer Migration abnimmt und die Migranten sich an die eher inaktiven Lebensgewohnheiten der kanadischen Bevölkerung anpassen (Tremblay et al. 2006).

Im Einklang mit diesen Befunden stehen auch die Ergebnisse von „*Strategie Migration und Gesundheit 2002–2007*“, die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings von Migranten in der Schweiz erhoben wurden (Bundesamt für Gesundheit 2007a). Dieses Monitoring lieferte zum ersten Mal systematische, umfassende und detaillierte Daten über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Migranten aus verschiedenen Herkunftsländern wie Deutschland, Österreich, Frankreich, Italien, Portugal, Sri Lanka, dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei, die in der Schweiz ihre neue Heimat gefunden haben. An der Befragung haben insgesamt 3 024 Migranten im Alter zwischen 15 und 74 Jahren teilgenommen. Dadurch entstanden für diese Gruppen von Migranten repräsentative Ergebnisse, die sich allerdings auf andere Gruppen von Migranten nur im beschränkten Maß übertragen lassen.

Im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten steht vor allem das Risikoverhalten von Migranten im Mittelpunkt der Untersuchung. Weil Ernährung, Bewegung, Rauchver-

halten, Drogen- und Alkoholkonsum zu den Faktoren zählen, die den Gesundheitszustand eines Individuums entscheidend beeinflussen, konzentrierte sich die Untersuchung hauptsächlich auf diese Risikoverhaltensweisen bei Migranten¹. Beim Sportverhalten und körperlicher Aktivität hat sich gezeigt, dass Migranten (außer Migranten aus Österreich, Frankreich und Deutschland) im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung weniger Sport treiben und häufiger sportinaktiv sind. Vor allem bei den italienischen Migranten war der Anteil der sportinaktiven Personen mit 61 Prozent besonders hoch (Bundesamt für Gesundheit 2007b).

Nach Rommel et al. (2006) lässt sich dies so erklären, dass Migranten mit schlechten Kenntnissen der Sprache des Einwanderungslandes häufiger beruflich körperlich anstrengende Tätigkeiten ausüben und dementsprechend sind sie dann in ihrer Freizeit körperlich inaktiver als Migranten mit besseren Sprachkenntnissen. Bei Betrachtung der geschlechtsspezifischen Unterschiede wurden jedoch andere Muster offenbart: weibliche Migranten treiben deutlich seltener Sport als männliche. Zu den sportlich inaktiven weiblichen Migrationsgruppen gehören mit 74 Prozent vor allem die Tamilinnen. Im Vergleich zu den Migrantinnen, treiben Männer mit Migrationshintergrund häufiger Sport. Männliche Migranten aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien treiben im Vergleich zu den Schweizern sogar häufiger Sport und dies betrifft vor allem jüngere Altersgruppen. Mit zunehmendem Alter nimmt die Sportbegeisterung bei den männlichen Migranten deutlich ab. Auffallend dabei sind ähnlich wie bei den Frauen die tamilischen Männer, von denen weit mehr als die Hälfte angegeben hat, dass sie sportlich inaktiv sind (Bundesamt für Gesundheit 2007b).

Eine ältere, nicht repräsentative, jedoch sehr umfassende Studie zum Sportverhalten, Sportmotiven und Einstellungen zum Sport bei knapp 840 Migranten aus der Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien, Italien, Griechenland und Spanien führte in den Jahren 1981/82 Abel durch. Vor der Darstellung der Studienergebnisse muss darauf hingewiesen werden, dass die Studienergebnisse sowohl durch einen geschlechtsspezifischen als auch einen altersspezifischen Bias belastet wurden. An dieser Untersuchung haben deutlich mehr Männer (knapp 74 Prozent) als Frauen

¹ Die Ergebnisse zu den weiteren untersuchten Risikoverhaltensweisen in diesem Monitoring werden in dem Unterkapitel 2.1.4 *Studien zum Rauchverhalten, Alkohol- und Drogenkonsum von Migranten* vorgestellt.

(knapp 22 Prozent) teilgenommen und das Durchschnittsalter der Befragten lag unter 26 Jahren. Im Hinblick auf körperliche Aktivitäten von Migranten zeigten die Studienergebnisse von Abel Unterschiede nach Geschlecht, Alter und Deutschkenntnissen der Befragten. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigten, dass bei den Männern die sportlich-körperlichen Aktivitäten als bevorzugte Freizeitbeschäftigung auf dem ersten Platz einer sieben-stufigen Rangfolge rangierten, bei den Frauen aber erst auf dem vierten Rang. Bei Betrachtung des Alters der Befragten konnte Abel herausfinden, dass jüngere Migranten häufiger sportlich und körperlich aktiv sind im Vergleich zu den älteren Migranten. Außerdem bestätigten die Studienergebnisse die Wichtigkeit der Deutschkenntnisse im Bezug auf das Sportverhalten von Migranten. Demnach sollen die Fremdsprachkenntnisse, in diesem Fall der deutschen Sprache, eine positive Auswirkung auf die Teilnahme von Migranten an verschiedenen Sportgelegenheiten haben (Abel 1984).

2.1.3 Studien zu psychosomatischen Beschwerden von Migranten

Als psychosomatische Beschwerden werden Erkrankungen bezeichnet, für die sich keine körperlichen Ursachen definieren lassen. Es handelt sich dabei also um Symptome, die man nicht organisch sondern nur psychologisch erklären kann. Überwiegend handelt es sich dabei um psychische Ursachen für psychosomatische Beschwerden wie zum Beispiel Kopfschmerzen, Rücken- und Muskelschmerzen, Schlaflosigkeit, Unruhe oder Magen-Darm-Erkrankungen. Dabei sind psychosomatische Beschwerden wie Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Nervosität und Unruhe die am häufigsten vorkommenden Probleme bei Kindern und Jugendlichen (Rhee et al. 2005). Bei Erwachsenen können psychosomatische Beschwerden das subjektive allgemeine Wohlbefinden verschlechtern oder eine schwierige mentale und wirtschaftliche Lage nach sich ziehen (Badura et al. 2002).

Die Untersuchungen von psychosomatischen Beschwerden haben deutlich gezeigt, dass bei der Entstehung von psychosomatischen Beschwerden sowohl das Alter wie auch das Geschlecht eine bedeutsame Rolle spielen: mit zunehmendem Alter werden psychosomatische Beschwerden häufiger und junge Frauen werden von den psychosomatischen Beschwerden häufiger betroffen als junge Männer (Allgöwer 2000, Torsheim et al. 2006). Doch die Erkrankungen, die durch psychosoziale Belastungen im Zusammenhang mit Migration entstehen können, sind wenig dokumentiert

und lassen sich nur sehr schwer quantifizieren. Eine Migrationsentscheidung ist eine belastende Situation, die enorme Anpassungsfähigkeiten und Bewältigungsstrategien von jedem Migrant erfordert. Bei einem Migrationsprozess entsteht viel Stress, der durch Entwurzelung, Verlust der Familie und der Heimat verursacht wird. Alle diese belastenden Situationen können in Verbindung mit psychischen Störungen gebracht werden. Trotzdem kann eine Migration nicht pauschal mit psychischen Störungen gleichgesetzt werden. Auch wenn Migranten zu einer gefährdeten Gruppe gehören, gibt es bei ihnen keine klaren Aussagen zur Häufigkeit von psychosomatischen Beschwerden. Die wissenschaftliche Literatur liefert über die psychosomatischen Beschwerden bei Migranten insgesamt wenige epidemiologisch fundierte Ergebnisse. Es lässt sich nicht behaupten, dass psychosomatische Beschwerden unter Migranten häufiger vorkommen als unter der einheimischen Bevölkerung des Zielandes. Trotzdem gibt es Hinweise dafür, dass psychosomatische Beschwerden bei Menschen mit Migrationshintergrund häufiger anzutreffen sind als bei den Nichtmigranten, wobei auch hier Unterschiede zwischen den Ethnien und Geschlechtern berücksichtigt werden müssen (Weilandt & Altenhofen 1997, Assion 2005, Lindert et al. 2008a, Lindert et al. 2008b).

Allerdings wurde bereits in ersten Studien mit Gastarbeitern in Deutschland in den 70er Jahren ein erhöhtes Vorkommen von psychosomatischen Beschwerden dokumentiert (Böker 1977, Frießem 1974, Häfner et al. 1977, Riedesser 1973). Als mögliche Ursachen dafür, wurden damals unter anderem psychosoziale Belastungen infolge einerseits der Migration und Entwurzelung aus der Heimat und andererseits der Isolierung und den Schwierigkeiten bei der Akkulturation im fremden Land genannt. Rosmond (1996) konnte in seiner Untersuchung auch eine erhöhte Inzidenz von Schlaf- und Verdauungsstörungen sowie Kopfschmerzen bei ausländischen Arbeitern in Schweden beobachten.

Auch Larbig (1982) beobachtete in seiner Studie, die an den in Deutschland lebenden Migranten aus Japan und Griechenland durchgeführt wurde, eine Zunahme von Kreislaufbeschwerden und Magenschmerzen, die erst nach der Migration aufgetreten sind.

Hinweise dafür, dass sich türkische Migranten in der Art und Ausprägung von Beschwerden, die zur ärztlichen Untersuchung führen, von der einheimischen Bevölkerung unterscheiden, lassen sich auch in der Studie von Wagner et al. (1985) finden.

Diese Untersuchung hat offenbart, dass bei türkischen Patienten im Alter von 18 bis 44 als Grund für die ärztliche Konsultation folgende Beschwerden genannt wurden: Rückenschmerzen (9,8 Prozent), Magen- und Bauchschmerzen (8,9 Prozent), Kopfschmerzen (6,3 Prozent), Müdigkeit und Erschöpfung (3,6 Prozent). Auch wenn diese Beschwerden in der Liste der Hauptanliegen deutscher Patienten vorkommen, treten sie bei den türkischen Patienten prozentual häufiger auf.

Auch Weilandt & Altenhofen (1997) konnten in ihrer Untersuchung eine erhöhte Prävalenz psychosomatischer Beschwerden, vor allem Magen-Darm-Schmerzen bei türkischen Migranten gegenüber Deutschen beobachten.

Günay und Haag (1990) führten eine Untersuchung an türkischen Migrantinnen der ersten Auswanderungsgeneration durch und stellten eine hoch signifikante Anfälligkeit türkischer Migrantinnen gegenüber psychosomatischer Beschwerden im Vergleich zu einheimischen Frauen fest. Die Gelenkschmerzen und Kopfschmerzen rangierten an erster Stelle. Auch Herzbeschwerden, Schwächegefühle, Müdigkeit und Erschöpfungsgefühle waren bei den türkischen Frauen häufiger vertreten als bei den einheimischen deutschen Frauen.

Bei der Gesundheitsbefragung der Bevölkerung in der Schweiz 1992/93 wurden auch in der Schweiz lebende Ausländer befragt. Trotz ähnlich wahrgenommenen subjektiven Gesundheitszustands waren innerhalb von vier Wochen nach der Befragung mehr Ausländer (30 Prozent) starken körperlichen Symptomen unterworfen als Schweizer (26 Prozent). Auch die allgemeine psychische Befindlichkeit wurde von den Ausländern als schlechter (39 Prozent) eingeschätzt als von den Schweizern (28 Prozent). Es ist bekannt, dass durch schlechtere Bildung und höheres Alter die subjektiv wahrgenommene Gesundheit negativ beeinflusst wird. Doch der Unterschied zwischen Ausländern und Schweizern blieb auch nach Berücksichtigung dieser Faktoren erhalten (Calmonte et al. 1998).

Auch die Studie von Uniken-Venema (1995) beurteilt den Gesundheitszustand von ausländischen Arbeitern in den Niederlanden schlechter als bei den Einheimischen. Als mögliche Ursache dafür wurde der Zusammenhang zwischen soziokulturellen und ökonomischen Faktoren genannt.

Auch weitere Autoren wie Carlsson (1996) und Haugland et al. (2001) konnten in ihren Untersuchungen den negativen Einfluss von sozioökonomischen Unterschieden auf die Entstehung von psychosomatischen Beschwerden beobachten: Jugendliche aus niedrigeren Sozialschichten leiden mehr unter Kopfschmerzen und anderen psychosomatischen Beschwerden als Jugendliche aus höheren Sozialschichten.

Im Widerspruch zu den oben dargestellten Studien stehen Studien von Eser (1984), Elkeles & Seifert (1996), Chen & Wilkins (1996) und Sundquist et al. (2000):

Eser (1984) konnte in seiner Studie keine signifikanten Unterschiede in der Art und Anzahl an psychosomatischen Beschwerden zwischen Migranten und einheimischen Bevölkerung aufdecken.

Auch Sundquist et al. (2000) untersuchten in seiner in Schweden durchgeführten Studie die Unterschiede in der Anzahl von psychosomatischen Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit und Kopfschmerzen zwischen Migranten und Einheimischen. Doch auch in dieser Studie konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Migranten und Einheimischen beobachtet werden.

In der in Deutschland durchgeführten Längsschnittstudie von Elkeles & Seifert (1996) ließen sich ebenfalls keine Unterschiede zwischen ausländischen und deutschen Arbeitern bezüglich ihrer psychosomatischen Beschwerden erheben. Nur arbeitslose Ausländer fühlten sich kränker und unzufriedener als deutsche Arbeitslose.

Chen & Wilkins (1996) haben Daten zum Gesundheitszustand und zur Lebenserwartung von Migranten in Kanada analysiert und stellten fest, dass die Migranten eine deutlich höhere Lebenserwartung und weniger körperliche Beschwerden hatten als die einheimische Bevölkerung. Die Autoren führten diese Tatsache auf den „*Healthy-Migrant-Effect*“ zurück.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die psychosozialen Dimensionen der Migration sehr vielseitig sind. Sie müssen jedoch nicht zwangsläufig zur psychosomatischen Beschwerden bei Migranten führen. Anhand der oben dargestellten Studien lässt sich jedoch keine eindeutige Aussage darüber treffen, ob Migranten häufiger oder seltener an psychosomatische Beschwerden leiden als die einheimische Bevölkerung. Die epidemiologischen Studien liefern sehr oft widersprüchliche Ergebnisse zu den psychosomatischen Beschwerden von Migranten, was einen wesentlichen

Einfluss auf eine valide Beurteilung des Krankheitsrisikos von Migranten vor und nach Migration ausübt. Bei den psychosomatischen Beschwerden scheinen außer Migration weitere Faktoren wie zum Beispiel persönliche Merkmale, Dauer im Aufnahmeland nach der Migration oder ein kulturabhängiges Krankheitsbild eine bedeutsame Rolle zu spielen. Diese Faktoren wurden jedoch in den durchgeführten Studien nur wenig berücksichtigt und deswegen sind weitere Forschungen notwendig.

2.1.4 Studien zum Rauchverhalten, Alkohol- und Drogenkonsum von Migranten

Stressreiche Lebenssituationen zu welchen auf jeden Fall auch die Migration gezählt werden kann, können unterschiedliche Formen von Bewältigungsstrategien auslösen. Bei einem Migrationsprozess können sich solche Bewältigungsstrategien je nach Art und Qualität voneinander unterscheiden. Der Migrant kann seine momentane Lebenssituation zum Beispiel auch dadurch beeinflussen, dass er raucht, trinkt oder Drogen konsumiert. Es wird sehr oft geraucht und getrunken, um sich in einer stressreichen Lebenssituation zu beruhigen oder um die eigenen Hemmungen im sozialen Kontakt in einem fremden Land zu überwinden. Dies kann in der aktuellen Situation zunächst hilfreich erscheinen, aber langfristige Anwendung von verschiedenen Suchtmitteln kann zu gesundheitlichen Risiken führen und somit das Erkrankungsrisiko bei Migranten erhöhen. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird sich das folgende Unterkapitel mit dem Rauchverhalten sowie dem Alkohol- und Drogenkonsum von Migranten beschäftigen.

Rauchverhalten von Migranten

Rauchen gilt inzwischen als das gefährlichste gesundheitliche Risikoverhalten. Langfristiger Genuss von Zigaretten führt zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronischer Bronchitis und Krebs (Schwarzer 1992). Nach Angaben der WHO (2009) gehört Rauchen zur führenden Todesursache in der Bevölkerung. Vor allem unter den Jugendlichen ist Tabakkonsum das am meisten verbreitete Risikoverhalten.

Internationale epidemiologischen Studien aus den klassischen Einwanderungsländern wie USA und Kanada, die das Rauchverhalten von Migranten und einheimischer Bevölkerung untersucht haben, sind zum Ergebnis gekommen, dass Migranten weniger zu der Gruppe der Raucher gehören als die einheimische Bevölkerung des Ziellandes (Acevedo-Garcia et al. 2005, Georgiades et al. 2006).

In der Studie von Acevedo-Garcia et al. (2005) wurde das Rauchverhalten von Migranten und einheimischen d.h. der amerikanischen Bevölkerung untersucht. Die statistischen Angaben der „*Tobacco Use Supplement of the Current Population Survey*“ aus den Jahren 1995/96 bildeten eine repräsentative Datengrundlage nicht nur für die Population der Migranten, sondern auch für die Population der einheimischen Bevölkerung. Die untersuchten Migranten waren zum Großteil ökonomisch schlechter gestellt als die Amerikaner. Aus der Epidemiologie ist bekannt, dass erhöhter Tabakkonsum mit niedrigerem sozioökonomischem Status assoziiert ist und somit einen bedeutenden Risikofaktor für diese Bevölkerungsgruppe darstellt. Doch die Ergebnisse dieser Studie haben ein anderes Bild gezeigt: Migranten der ersten sowie auch der zweiten Generation waren zu einem geringeren Prozentanteil Raucher im Vergleich zu den einheimischen Bevölkerung, und das obwohl sie zum Großteil schlechter ökonomisch gestellt waren.

Eine weitere internationale Studie von Georgiades et al. (2006) liefert ein ähnliches Ergebnis über den Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten und Migration. In dieser Studie wurden insgesamt 5 401 Jugendlichen im Alter von 12 bis 18 Jahren untersucht. Die Studienpopulation wurde auf drei Gruppen aufgeteilt, und zwar auf: a) Jugendliche, die in Kanada geboren wurden und deren Eltern kein Migrationshintergrund hatten - also Einheimischen, b) Jugendliche, die in Kanada geboren wurden und deren Eltern einen Migrationshintergrund hatten und c) Jugendliche, die außerhalb Kanadas geboren wurden - also Migranten. Auch in dieser Studie, ähnlich wie in der Studie von Acevedo-Garcia et al. (2005) wurde bestätigt, dass junge Migranten, also die, die außerhalb von Kanada geboren wurden und ebenso einem niedrigeren sozioökonomischen Status in ihrer Familie unterlagen, einen deutlich niedrigeren Tabakkonsum aufwiesen als die einheimischen Jugendlichen.

Im Widerspruch zu den internationalen Studien stehen epidemiologische Studien aus Europa und Israel, die kein einheitliches Bild zeigen (Nierkens et al. 2006, Baron-Epel et al. 2004, Baron-Epel & Haviv-Messika 2004). Die Erkenntnisse dieser Studien, die in Abhängigkeit vom Herkunftsland, Religion und Geschlecht sehr differenziell zu betrachten sind, deuten darauf hin, dass der Raucheranteil in der Gruppe der Migranten höher ist als in der einheimischen Bevölkerung.

Nierkens et al. (2006) weisen außerdem darauf hin, dass der Raucheranteil unter Migranten dem jeweiligen Raucheranteil in ihrem Heimatland sehr nahe kommt und die Zunahme des Rauchverhaltens in den Herkunftsländern sich zum Teil noch in einer früheren Phase im Vergleich zu den Zielländern der Migration befindet, in denen der Raucheranteil zum Teil bereits wieder rückläufig ist.

In der israelischen nationalen Querschnittstudie von Baron-Epel & Haviv-Messika (2004) wurden insgesamt 6 021 Studienteilnehmer im Alter von über 21 Jahren untersucht. Die Studienpopulation wurde von knapp 4 250 Juden, die die einheimische Bevölkerung dargestellt haben, 860 Araber und 900 Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion gebildet. Allgemein deuten die Ergebnisse dieser Untersuchung darauf hin, dass der Raucheranteil in der Gruppe von Migranten deutlich höher ist als bei der einheimischen Bevölkerung. Betrachtet man das Rauchverhalten von Migranten genauer, wird deutlich, dass starke Unterschiede in Abhängigkeit von der ethnischen Zugehörigkeit und Geschlecht der Befragten existieren: während bei Männern der Raucheranteil von den Arabern über die russischen Migranten zu der israelischen einheimischen Bevölkerung abnimmt, nimmt er bei den Frauen in derselben Reihenfolge zu.

Eine weitere, auch in Israel durchgeführte Studie steht im Einklang mit Ergebnissen der nationalen Querschnittstudie von Baron-Epel & Haviv-Messika (2004). In dieser Studie, die zwischen den Jahren 1999 und 2001 durchgeführt wurde, wurde das Rauchverhalten von arabischen Migranten, Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion und der einheimischen - jüdischen Bevölkerung verglichen. Außer dem Migrationshintergrund wurden in der Untersuchung weitere soziodemografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Religion, ethnische Zugehörigkeit und Bildungsniveau der Be-

fragten berücksichtigt. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die Prävalenz des Rauchens unter den arabischen und zugewanderten Menschen aus der ehemaligen Sowjetunion größer ist als unter der einheimischen Bevölkerung. Das Rauchverhalten war dazu mit Alter, Religion und Bildung der Befragten assoziiert: ältere, religiöse und besser gebildete Juden haben weniger geraucht als die Migranten (Baron-Epel et al. 2004).

In dem schon erwähnten Bericht aus der Schweiz *„Strategie Migration und Gesundheit 2002–2007“*² wurde ebenso herausgefunden, dass der Tabakkonsum bei Migranten weiter verbreitet ist als unter der einheimischen Bevölkerung. Betrachtete man das Rauchverhalten in den einzelnen Gruppen von Migranten, fällt auf, dass die Migranten aus der Türkei mit Abstand die höchste Raucherquote (48 Prozent) aufweisen. Im Vergleich dazu spielt der Tabakkonsum bei den Migranten aus Sri Lanka kaum eine Rolle, was sich an der absolut kleinsten Quote von Raucher (14 Prozent) in dieser Gruppe von Migranten widerspiegelt. Eine sehr große Mehrheit von ihnen, und zwar rund 90 Prozent, hat bei der Befragung angegeben, dass sie noch nie im Leben geraucht haben. Bei den geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Migranten wurde offenbar, dass in allen untersuchten Gruppen von Migranten Männer generell häufiger Raucher sind als Frauen. Die höchste Raucherquote bei den Männern befindet sich unter türkischen Migranten, wo sogar eine Mehrheit der Männer (53 Prozent) raucht. Auch bei den Frauen liegt die höchste Raucherquote wieder unter den Türcinnen (42 Prozent) und die geringste bei den Migrantinnen aus Sri Lanka, wo Rauchen überhaupt keinen bedeutenden Risikofaktor darstellt (Bundesamt für Gesundheit 2007a, b).

Für Deutschland stehen kaum Daten zum Rauchverhalten von Migranten zur Verfügung. Die Daten des Robert-Koch-Instituts, die auf Basis der *„Daten des telefonischen Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts“* erhoben wurden, geben Hinweise dafür, dass der Anteil der Raucher bei Migranten höher ist als in der einheimischen deutschen Bevölkerung. Es sind dabei jedoch Geschlechts- wie auch Altersspezifische Unterschiede zu beachten. Bei den männlichen Migranten liegt der Un-

² Eine nähere Beschreibung des Berichts *„Strategie Migration und Gesundheit 2002–2007“* befindet sich im Unterkapitel 2.1.2 *Studien zur körperlichen Aktivität von Migranten*.

terschied je nach Alter zwischen 2,5 Prozent (Männer > 65 Jahre) und 5,3 Prozent (Männer zwischen 18 und 29 Jahre) höher im Vergleich zu den deutschen Männern. Im Vergleich dazu ist der Raucheranteil bei den Migrantinnen um 0,9 bis 5,6 Prozent niedriger als bei den deutschen Frauen (Lampert & Burger 2005).

Diese Erkenntnis bestätigten auch die Auswertungen der Mikrozensusdaten, die zum Vergleich des Rauchverhaltens von deutschen und nicht deutschen Staatsangehörigen genutzt werden können. Diese Daten zeigen, dass Männer mit Migrationshintergrund häufiger Raucher sind als Männer ohne Migrationshintergrund (35,7 Prozent versus 29,4 Prozent). Umgekehrt dazu rauchen Frauen mit Migrationshintergrund etwas seltener als Frauen ohne Migrationshintergrund (19,8 Prozent versus 21,3 Prozent). Es gibt hierbei allerdings Ausnahmen, die auf das Herkunftsland der Migrantinnen zurückzuführen sind: es wurde beobachtet, dass Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien, Polen und Italien deutlich häufiger rauchen als deutsche Frauen (Bergmann et al. 2008).

Auch die Publikation des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit zur *„Gesundheit und Migration“*, die auf den ausgewerteten Mikrozensusdaten für Bayern basierte, hat gezeigt, dass Männer mit Migrationshintergrund in allen Altersgruppen häufiger Raucher sind als Männer ohne Migrationshintergrund. Bei den Frauen haben die Daten im Vergleich zu der Auswertung von Lampert & Burger (2005) und Bergmann et al. (2008) aber ein anderes Bild gezeigt: Frauen mit Migrationshintergrund haben häufiger geraucht als deutsche Frauen und das ohne Unterschiede in den jeweiligen Altersgruppen (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2011).

Wie sich anhand der oben dargestellten deutschen Studien gezeigt hat, deuten die gewonnenen Erkenntnisse bei erwachsenen Migranten darauf hin, dass sie im Rauchverhalten schlechter gestellt sind - häufiger Raucher sind als die einheimische Bevölkerung, wobei immer alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigt werden sollten. Die Untersuchungen bei jungen erwachsenen Migranten und ihrem Rauchverhalten haben jedoch andere Erkenntnisse gebracht:

In einer in München durchgeführten Untersuchung von Dill et al. (2002) wurde das Rauchverhalten, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen an sieben Berufsschulen untersucht³. Die Studienpopulation wurde aus insgesamt 5 800 Jugendlichen im Alter von 18 bis 20 Jahren gebildet. Unter den befragten Jugendlichen waren 2 200 (Anteil = 29 Prozent) Ausländer und Ausländerinnen. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass fast 60 Prozent der Jugendlichen unabhängig vom Geschlecht geraucht haben, wobei der Raucheranteil bei den Jugendlichen mit Migrationshintergrund niedriger war als bei den Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (54 zu 60 Prozent bei den Mädchen und 50 zu 62 Prozent bei den Jungen). Diese Ergebnisse stimmen überein mit den Daten zum Rauchverhalten von Jugendlichen bzw. Eltern, die im Rahmen der Einschulungsuntersuchung in Berlin erhoben wurden. In dieser Studie hat sich ebenfalls gezeigt, dass der Anteil nicht rauchender Jugendlichen unter Jugendlichen mit nicht deutscher Herkunft höher lag als bei den Jugendlichen deutscher Herkunft, und das, obwohl in der Elterngeneration der nichtdeutschen Jugendlichen ein höherer Raucheranteil als in der deutschen Elterngeneration festzustellen war (Butler 2003).

Die Studienergebnisse von Butler (2003) und Dill et al. (2002) wurden auch durch die Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts zum Rauchverhalten der 14- bis 17-jährigen gestützt, nach denen jugendliche Migranten und Migrantinnen ebenfalls seltener rauchen als deutsche Jugendliche (Lampert & Thamm 2007). Die Ursachen dafür können in der Religiosität, einem späteren Einstiegsalter liegen, aber darüber kann nur spekuliert werden, weil es dazu keine Untersuchungen gibt. Außerdem ergaben die Daten der Einschulungsuntersuchungen, dass Eltern aus den westlichen Industriestaaten deutlich seltener rauchen als die türkischen, arabischen und osteuropäischen Eltern (Butler 2003).

³ Die Ergebnisse zum Alkohol- und Drogenkonsum aus der Studie von Dill et al. (2002) werden im Abschnitt *Studien zur Alkohol- und Drogenkonsum von Migranten* dargestellt.

Alkoholkonsum von Migranten

Regelmäßiger Alkoholkonsum ist ein bedeutender Risikofaktor und ist für eine ganze Reihe von Krankheiten wie zum Beispiel erhöhter Blutdruck, Schlaganfälle und verschiedene Krebsarten verantwortlich. Trotzdem scheint der Alkoholkonsum in unserer Gesellschaft ein weitgehend akzeptiertes Suchtmittel zu sein, was jedoch im Kontrast zu den gesundheitlichen sowie sozialen Folgen steht, die mit dem ständigen oder exzessiven Alkoholkonsum verbunden sind (Schwarzer 1992).

Alkoholkonsum kann mit verschiedenen Faktoren und Motiven im Zusammenhang stehen. Wenn wir an die Migration denken, sollten wir berücksichtigen, dass die Migranten eine stressreiche Lebensphase erlebt haben, sie haben ihre Heimat, die vertraute Umgebung sowie soziale Kontakte und Netzwerke aufgegeben und einen Neuanfang im Zielland ihrer Migration gewagt. In diesem Fall könnte der erhöhte Alkoholkonsum vor allem mit einer stress- und spannungsmindernden Funktion in Zusammenhang gebracht werden. Doch die wissenschaftliche Literatur liefert kein einheitliches Bild über den Alkoholkonsum von Migranten. Es lässt sich keine eindeutige Aussage treffen, ob Migranten einen niedrigeren oder erhöhten Alkoholkonsum aufweisen als Nicht- Migranten.

Es scheint so zu sein, dass auf den Alkoholkonsum nicht nur das Geschlecht und verschiedene persönliche Merkmale einen Einfluss ausüben, sondern auch die Akzeptanz des Alkoholkonsums in der Gesellschaft des Heimatlandes. In unserer westlichen Gesellschaft ist die Akzeptanz des Alkoholkonsums relativ hoch, was im Kontrast zu einigen vor allem religiös geprägten Ländern steht, wo der Alkoholkonsum oft stärker eingeschränkt ist als der Tabakkonsum. Dies bestätigen auch entsprechende empirische Studien. Migranten aus der Türkei und aus dem ehemaligen Jugoslawien trinken sehr oft überhaupt keinen oder deutlich weniger Alkohol als die einheimische Bevölkerung des Ziellandes (ZüFAM 2009, Razum et al. 2008).

Im Widerspruch zu diesen Studien stehen empirische Untersuchungen an russischen Migranten, die gezeigt haben, dass der Alkoholkonsum in der russischen Gesellschaft ähnlich wie in der deutschen und weiteren westlichen Gesellschaften deutlich mehr akzeptiert wird, was letztendlich zu einem erhöhtem Alkoholkonsum führt (Zdun o.J.).

In dem schon erwähnten Bericht „*Strategie Migration und Gesundheit 2002–2007*“ aus der Schweiz⁴ hat sich beim Alkoholkonsum im Zusammenhang mit Migration ein eindeutiges Bild gezeigt: in allen untersuchten Gruppen von Migranten liegen die Quoten derjenigen, die überhaupt keinen Alkohol trinken, deutlich höher als bei der einheimischen schweizerischen Bevölkerung. Die höchste Abstinenzquote (Anteil der Bevölkerung, die gar keinen Alkohol trinkt) mit 88 Prozent befindet sich unter Migranten aus Sri Lanka, bei den Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien liegt dieser Anteil bei fast der Hälfte und bei den Migranten aus der Türkei betrifft dieser Anteil 58 Prozent.

Doch dieses erste Bild ist getrübt, weil es zwischen den verschiedenen Gruppen von Migranten im Hinblick auf ihren Alkoholkonsum große Unterschiede gibt. Vor allem bei portugiesischen und italienischen Migranten ist mit über 30 Prozent der Anteil Alkohol abstinenter Personen deutlich größer als bei der einheimischen Bevölkerung, wo dieser Anteil nur 19 Prozent beträgt. Doch bei genauer Sichtung dieser beiden Gruppen von Migranten wird deutlich, dass es unter portugiesischen und italienischen Migrantinnen relativ viele Frauen gibt, die angegeben haben, dass sie täglich Alkohol konsumieren (Bundesamt für Gesundheit 2007b).

Die oben dargestellten Erkenntnisse deuten darauf hin, dass Migranten generell einen niedrigeren Alkoholkonsum aufweisen als die einheimische Bevölkerung. Diese Vermutung unterstützen auch die Auswertungen von „*Daten zur Teilnahme an den Rehabilitationen in Nordrhein-Westfalen*“ aus dem Jahr 2000. Diese Daten haben gezeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund, und das unabhängig vom Geschlecht, im Vergleich zu der deutschen Bevölkerung seltener wegen Alkoholfolgen an der Rehabilitation teilnehmen. Viel öfter werden Migranten wegen Medikamenten- bzw. Drogenabhängigkeit behandelt. Dabei sticht heraus, dass die Drogenabhängigkeit vor allem die jungen Migranten betrifft, die erst nach der Migration mit Drogen in Kontakt kommen und abhängig werden (Razum et al. 2008).

⁴ Nähere Beschreibung des Berichts „*Strategie Migration und Gesundheit 2002–2007*“ befindet sich im Unterkapitel 2.1.2 *Studien zur körperlichen Aktivität von Migranten*.

Drogenkonsum von Migranten

Zu den illegalen Drogen gehören in Deutschland vor allem Heroin, Kokain, Cannabis sowie auch die sogenannte *Partydrogen* wie Ecstasy. Die negativen seelischen, körperlichen und sozialen Folgen unterscheiden sich deutlich zwischen den verschiedenen Typen illegaler Drogen (Schmidbauer & Scheidt 2004). Doch wie sieht die Situation im Drogenkonsum speziell bei Migranten aus? Diese Frage lässt sich nicht eindeutig und einfach beantworten, weil dem Thema Drogenkonsum und Migration in der wissenschaftlichen Literatur bisher nur wenig Aufmerksamkeit gewidmet wurde. Die Forschung in Deutschland ist auf diesem Gebiet relativ am Anfang und dementsprechend gibt es für Deutschland keine repräsentativen Forschungsergebnisse zum Drogenkonsum von Migranten. Einige wenige Studien zum Suchtmittelkonsum von Migranten zeigen, dass die Anzahl der Suchtmittel abhängigen Migranten stark angestiegen ist (Czycholl 1997, 1998).

Laut Bätz (2002) gehören 5 Prozent aller in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund zu den Konsumenten illegaler Drogen, wobei diese Migranten vor allem aus der ehemaligen Sowjetunion stammen. Die Mehrheit der Migranten beginnt mit dem Konsum von harten Drogen wie Kokain und Heroin erst im Zielland ihrer Migration. Die Untersuchungen des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung ergaben, dass 20 Prozent aller Migranten die illegalen Drogen schon in ihrem Heimatland konsumiert haben (BMG 2005).

Weitere Aussagen zum illegalen Drogenkonsum bei Migranten lassen sich aus der Kriminalstatistik gewinnen. Demzufolge wurde die Zahl der Konsumenten harter Drogen im Jahr 2001 bundesweit auf 349 000 bis 395 000 geschätzt, wobei die nicht-deutschen Konsumenten harter Drogen einen Anteil von knapp 20 Prozent ausgemacht haben. Bezogen auf die einzelnen Staatsangehörigkeiten sind unter den nicht-deutschen Konsumenten der harten Drogen mit knapp 33 Prozent türkische Staatsangehörige am meisten vertreten, danach folgen mit knapp 12 Prozent italienische Migranten und Migranten aus der ehemaligen Jugoslawien (Bundeskriminalamt 2001).

Dem Suchtmittelkonsum von jungen Migranten und Migrantinnen wurde in Deutschland ebenso sehr lange keine Aufmerksamkeit gewidmet. Seit Beginn der 80er Jahre finden in Deutschland zahlreiche repräsentative Erhebungen zum Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen statt. Allerdings wurde in keiner der früher durchge-

fürten Untersuchungen der Suchtmittelkonsum von Jugendlichen mit Migrationshintergrund berücksichtigt. Seit Beginn der 80er Jahre gibt es eine große Zahl von Studien zur psychischen Situation von Jugendlichen mit Migrationshintergrund, darunter beschäftigen sich aber nur wenige Untersuchungen mit Risikoverhalten von jungen Migranten (Surall & Siefen 2002). Auf den Suchtmittelkonsum von jungen Migranten wurde erstmals auf einer Tagung im Jahr 1982 hingewiesen. Aber erst seit Ende der 80er Jahre wurde diese Problematik ernst genommen. Bis heute liegen für Deutschland jedoch keine bundesweiten Zahlen und nur wenige regional begrenzte Untersuchungen vor (Dill et al. 2002).

Immerhin werden in weiteren drei räumlich begrenzten empirischen Studien dargestellt, die das Wissen über den Zusammenhang zwischen Migration und Sucht bei den Jugendlichen vermitteln:

In der Studie von Strobl und Kühnel (2000) wurde der Suchtmittelkonsum auf der Grundlage einer standardisierten Befragung von 2 376 Jugendlichen im Alter von 15 bis 25 Jahre in Nordrhein-Westfalen analysiert. Von den 2 376 Jugendlichen waren 1 196 Jugendliche aus Aussiedlerfamilien – also *Aussiedler*, 191 waren *Ausländer* und 989 waren *Deutsche*. An der Befragung haben 59 Schulen teilgenommen und es waren alle Schulformen beteiligt. Die Ergebnisse dieser Studie zum Alkoholkonsum haben gezeigt, dass während es beim Alkoholkonsum praktisch keine Unterschiede zwischen Aussiedlern und Ausländern gibt, der insgesamt höhere Alkoholkonsum der Deutschen signifikant war. Das signifikante Ergebnis bezieht sich sowohl auf die Häufigkeit des Alkoholkonsums sowie auch auf die konsumierte Menge von Alkohol. Im weiteren hat die Studie gezeigt, dass die Gruppe der *Problemtrinker*⁵ bei den Aussiedlern 85 Jugendliche (Anteil = 7,1 Prozent) und bei den Deutschen 156 (Anteil = 15,8 Prozent) Jugendliche umfasst. In beiden Gruppen waren vor allem junge Männer vertreten. Ihr Anteil lag bei den Aussiedlern bei 81,2 Prozent und bei den Deutschen bei 93,6 Prozent.

Was den Konsum illegaler Drogen betrifft wurde in dieser Studie festgestellt, dass Jugendliche aus Aussiedlerfamilien beim Konsum illegaler Drogen signifikant niedri-

⁵ Als *Problemtrinker* wurden in dieser Studie Jugendliche definiert, die bei der Befragung angegeben haben, dass sie beim wöchentlichen oder täglichen Genuss von Alkohol mehr als 10 Gläser Bier oder Wein oder mehr als eine halbe Flasche hochprozentigen Alkohol verzehren.

gere Werte aufweisen im Vergleich zu den deutschen Jugendlichen. Der Anteil der Drogen erfahrenen Aussiedlerjugendlichen beträgt 21 Prozent und bei den Deutschen sogar 34,5 Prozent. Dabei ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge Marihuana.

In dieser Studie wurde außerdem festgestellt, dass es sowohl bei den Aussiedlern wie auch bei den Deutschen eine kleine Gruppe gibt, die durch problematischen Gebrauch von illegalen Drogen wie Heroin, Kokain oder Ecstasy gekennzeichnet ist. Die *Problemgruppe*⁶ erfasst bei den Aussiedlern 17 Personen (Anteil = 1,7 Prozent) und bei den Deutschen 38 Personen (Anteil = 3,8 Prozent). Wenn man aber jeden Gebrauch von harten Drogen als problematisch betrachtet, vergrößert sich die Problemgruppe bei den Aussiedlern auf 38 Personen (Anteil = 3,2 Prozent) und bei den deutschen Jugendlichen sogar auf 49 Personen (Anteil = 5,0 Prozent).

Insgesamt betrachtet, zeigen die Ergebnisse der Studie von Strobl und Kühnel (2000), dass der Alkohol- sowie auch Drogenkonsum bei jungen Aussiedlern sowie Ausländern deutlich niedriger ist als bei den einheimischen deutschen Jugendlichen. Die Erkenntnisse deuten darauf hin, dass junge Aussiedler und Ausländer anders als bisher angenommen wurde, seltener Alkohol und illegale Drogen konsumieren als deutsche Gleichaltrige.

Surall & Siefen (2002) untersuchten in ihrer Studie insgesamt 999 Schülerinnen und Schüler in der 9. und 10. Klasse. Davon waren 288 Studienteilnehmer mit Migrationshintergrund und stammten aus 41 Staaten. Die Untersuchung konzentrierte sich vor allem auf die Auswertung der Unterschiede im Suchtmittelkonsum zwischen deutschen Jugendlichen (N = 711), Jugendlichen mit türkischem Migrationshintergrund (N = 76) und Jugendlichen aus Aussiedlerfamilien (N = 92).

Die Ergebnisse zum Alkoholkonsum haben deutlich gezeigt, dass von den deutschen Jugendlichen nur 11,1 Prozent angegeben haben „noch nie“ weiche Alkoholika konsumiert oder nur probiert zu haben. Bei den türkischen Jugendlichen waren es knapp 60 Prozent. Der prozentuale Anteil der Jugendlichen aus Aussiedlerfamilien lag dem Wert der Deutschen mit 10 Prozent sehr nahe. Auch beim Konsum harten Alkoholika hat sich ein ähnliches Bild gezeigt. Von den deutschen Jugendlichen geben 56,4

⁶ In die *Problemgruppe* wurden alle Jugendlichen eingestuft, die angegeben haben, harte Drogen „häufig“ oder „regelmäßig“ konsumiert zu haben.

Prozent an „gelegentlich“ oder „regelmäßig“ harte Alkoholika zu konsumieren. Bei den Aussiedlern lag dieser Anteil bei 50,6 Prozent. Im Vergleich zu den beiden untersuchten Gruppen konsumieren lediglich nur 14,4 Prozent türkischen Jugendlichen „regelmäßig“ oder „gelegentlich“ harte Alkoholika.

Beim Gebrauch von illegalen Drogen liegen die Deutschen mit 20,4-prozentigem „regelmäßigem“ oder „gelegentlichem Gebrauch“ vor den türkischen Jugendlichen, bei denen nur 7,8 Prozent ein solches Konsummuster zeigen. Jugendliche aus Aussiedlerfamilien liegen mit knapp 12 Prozent zwischen diesen beiden Gruppen.

Wie anhand dieser Studie deutlich wurde, bestehen zwischen Deutschen, Türken und Aussiedlern Unterschiede im Hinblick auf ihren Alkohol- sowie Drogenkonsum. Wenn wir die Studienpopulation insgesamt betrachten sind die deutschen Jugendlichen und die Jugendlichen aus Aussiedlerfamilien in ihrem Suchtverhalten sehr ähnlich. Die meisten Unterschiede wurden vor allem zwischen deutschen und türkischen Jugendlichen offenbar: türkische Jugendliche konsumieren weniger häufig und intensiv weiche und harte Alkoholika sowie illegale Drogen im Vergleich zu deutschen Probanden. Außerdem schätzen türkische Jugendliche die Gefährlichkeit des Suchtmittelkonsums höher ein als die Deutschen und es scheint für sie schwieriger zu sein an die Suchtmittel heranzukommen. Dazu ist in dieser Studie aufgefallen, dass türkische Jugendliche erst später mit dem Konsum vom weichen Alkoholika beginnen. Auf der anderen Seite sind türkische Jugendliche weniger bereit Alkohol zu sich nehmen und das auch wenn sie dazu die Möglichkeit hätten. Betrachtet man die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind in allen drei untersuchten Gruppen Jungen mehr als Mädchen vom Suchtmittelkonsum betroffen.

Die weitere Untersuchung von Dill et al. (2002)⁷ ist zu der Erkenntnis gekommen, dass der Alkoholkonsum bei den Berufsschülern vor allem durch das Geschlecht und die Religionszugehörigkeit beeinflusst wird: die Jugendlichen, die zur islamischen Religion gehören, trinken gar keinen Alkohol und die Jugendlichen, die angegeben haben, dass sie Alkohol täglich konsumieren, waren überwiegend Männer. In allgemeinen haben die Ergebnisse dieser Studie gezeigt, dass Alkohol in irgendeiner Form und unabhängig von der Menge mehr als zwei Drittel aller befragten Berufs-

⁷ Eine nähere Beschreibung der Studie von Dill et al. (2002) befindet sich im Abschnitt 2.1.4 im Unterkapitel *Rauchverhalten von Migranten*.

schüler konsumieren. Bei den Migranten trinken generell über die Hälfte der Frauen und fast 40 Prozent der Männer gar keinen Alkohol.

Betrachtete man die Dauer des Aufenthaltes, hat sich gezeigt, dass Migranten, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind, in höherem Maße Alkohol konsumieren und das Geschlechts unabhängig. 48,8 Prozent der in Deutschland geborenen Migrantinnen geben an, Alkohol zu trinken. Wenn sie erst nach 1990 nach Deutschland gekommen sind, sind es 36,6 Prozent.

Bei den Männern zeigte sich eine ähnliche Differenz auf höherem Niveau: 66,7 Prozent der in Deutschland Geborenen, zu 55,6 Prozent der nach 1990 nach Deutschland Gekommenen. Bei den Jugendlichen, die ihr Heimatland häufiger gewechselt haben, war der Anteil der Alkoholkonsumenten insgesamt kleiner: bei den Frauen waren es 38,5 Prozent und bei den Männern 57,5 Prozent.

Im Weiteren ist die Untersuchung zu der Erkenntnis gekommen, dass der Anteil der Jugendlichen, die eine Erfahrung mit dem Drogenkonsum haben, relativ hoch ist. Aber auch hier liegt der Anteil bei Migranten mit 24,1 Prozent deutlich unter dem Anteil den Deutschen (43,2 Prozent). Laut dieser Studie haben 80 Prozent der Migrantinnen und mehr als zwei Drittel der Migranten noch keine Erfahrung mit dem Drogenkonsum. Außerdem hat sich in dieser Studie gezeigt, dass Mädchen generell seltener mit dem Konsum von illegalen Drogen experimentieren als Jungen. Bei Migrantinnen ist eine Drogenerfahrung seltener vorhanden als bei den deutschen Mädchen.

Die Erkenntnisse aus den drei oben dargestellten Studien zum Suchtmittelkonsum von Jugendlichen mit Migrationshintergrund von Strobl & Kühnel (2000), Surall & Siefen (2002) und Dill et al. (2002) lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Jugendliche aus Aussiedlerfamilien gleichen mit ihrem Suchtmittelkonsum stärker den einheimischen Deutschen als türkischen oder anderen Jugendlichen mit Migrationshintergrund.
- Aussiedlerjugendliche sind geringer durch Alkoholkonsum belastet als deutsche Jugendliche und das betrifft sowohl die Häufigkeit wie auch die konsumierte Menge an Alkohol.

- Türkische wie auch zur muslimischen Religion zugehörige Jugendliche konsumieren deutlich weniger Alkohol als Deutsche und Aussiedlerjugendliche.
- Junge Migranten, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind, konsumieren mehr Alkohol als jene, die nach Deutschland erst nach 1990 migriert sind. Wobei der Einfluss der Aufenthaltsdauer signifikant ist.
- Bei jungen Aussiedlern wurde ein niedrigerer Konsum an illegalen Drogen festgestellt als bei den Deutschen.
- Mädchen konsumieren generell weniger Suchtmittel als Jungen. Für junge Migrantinnen gilt dies noch stärker als für deutsche Mädchen.

Zusammenfassung des Forschungsstandes zur Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Migranten

Anhand oben dargestellten epidemiologischen Studien wurde deutlich, dass internationale Studien, die die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Migranten im Zielland ihrer Migration untersucht haben in größerer Anzahl vorhanden sind. Diese wissenschaftliche Studien liefern jedoch sehr oft widersprüchliche Ergebnisse, anhand dessen sich nicht eindeutig erklären lässt, ob Migranten erhöhte Gesundheitsrisiken im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung aufweisen. Migranten verfügen häufiger über einen niedrigeren sozioökonomischen Status, sind öfter arbeitslos oder leben in einer ungünstigen Lebenssituation. Alle diese Faktoren können die Gesundheit beeinträchtigen und somit zu Krankheiten führen. Dennoch kann man nicht behaupten, dass Migranten *kränker* sind als Menschen ohne Migrationshintergrund. Oft verfügen Migranten über große gesundheitsförderliche Ressourcen – es sind besonders gesunde und aktive Menschen, die sich zur migrieren wagen.

Nach meinem Kenntnisstand wurde jedoch keine wissenschaftliche Studie durchgeführt, die die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von einer noch nicht migrierten Studienpopulation noch in ihrem Heimatland im Zusammenhang mit dem Migrati-

onswunsch untersucht. Es mangelt an Studien, die die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von potenziellen Migranten noch vor der eigentlichen Migration untersucht haben. Es ist nicht wissenschaftlich erforscht, durch welche gesundheitlichen Merkmale und Verhaltensweisen die potenziellen Migranten gekennzeichnet sind im Vergleich zu der im Heimatland gebliebenen Bevölkerung. Dadurch lässt sich nicht eindeutig klären, ob sich die bessere oder schlechtere Gesundheit und das Gesundheitsverhalten des Migranten im Laufe der Migration entwickelt haben oder ob sie bei den potenziellen Migranten schon in ihrem Heimatland vorhanden waren. Außerdem ist auch nicht bekannt, welche gesundheitsrelevanten Merkmale und Verhaltensweisen für den Migrationswunsch sowie auch die erfolgte Migration tatsächlich ausschlaggebend sind. Somit entsteht in der Migrationsforschung im Hinblick auf die Gesundheit eine wissenschaftliche Lücke, die mittels dieser Dissertation beleuchtet werden soll.

2.2 Forschungsstand zu den „Push- und Pull-Faktoren der Migration“

In den folgenden Unterkapiteln werden einige für diese Untersuchung relevante Studien zur *ökonomischen* und *gesellschaftlichen* „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ dargestellt.

2.2.1 Studien zur *ökonomischen* „Push- und Pull-Faktoren der Migration“

Eine empirische Untersuchung von Marr (1975) analysierte Migrationsbewegungen von Personen aus den USA, Vereinigtes Königreich und Deutschland nach Kanada zwischen den Jahren 1950 und 1967. Er beobachtete, dass von den „Pull-Faktoren“-Faktoren des Ziellandes der Migration, vor allem bessere Arbeitsbedingungen und höheres Einkommen in Kanada einen signifikanten Einfluss auf die Migrationsentscheidung ausgeübt haben.

Die Migrationsbewegungen nach Kanada untersuchte auch eine weitere Studie von DeVoretz und Maki (1983). In dieser Studie wurde die Migration von hoch qualifizierten Arbeitskräften aus 16 Entwicklungsländern nach Kanada im Beobachtungszeit-

raum zwischen den Jahren 1968 und 1973 untersucht. In dieser Studie wurde beobachtet, dass für die hoch qualifizierten Arbeitskräfte die berufsspezifischen Arbeitsmöglichkeiten im Kanada viel wichtiger waren als die Verdienstmöglichkeiten.

Auch in der Studie von Huang (1987) wurde die Migration von hoch qualifizierten Arbeitskräften in die USA untersucht. Im Gegensatz zu der Studie von DeVoretz und Maki (1983) konnte er in seiner Studie beobachten, dass vor allem die besseren Verdienstmöglichkeiten in den USA den wichtigsten „*Pull-Faktor*“ dargestellt haben.

In der ökologischen Studie von Fleisher (1963) wurde die Migrationsbewegung von puerto-ricanischen Migranten in die USA zwischen den Jahren 1941 und 1958 untersucht. In dieser Untersuchung erweisen sich ökonomische „*Push- und Pull-Faktoren*“ wie hohe Arbeitslosigkeit und unzureichende Arbeitsbedingungen im Puerto Rico als die wichtigsten Migrationsdeterminanten für die internationale Migration.

Mittels eines Paneldatensatzes untersuchte Vogler (1999) die Zuwanderung nach Deutschland aus 86 Ländern zwischen den Jahren 1981 und 1995. Er könnte beobachten, dass die Entscheidung eines Individuums aus einem Entwicklungsland ins eine Industrieland zu migrieren als eine Investition für die Zukunft interpretiert wird. Der potenzielle Migrant berücksichtigt verschiedene „*Push- und Pull-Faktoren*“ wie die zukünftigen Einkommen im Heimatland und Zielland, Arbeitsbedingungen und Arbeitslosigkeit im Heimatland und Zielland.

In der Längsschnittstudie von Mahmood und Schömann (2002) wurden außer *ökonomischen* auch die *gesellschaftlichen* „*Push- und Pull-Faktoren*“ als wichtige Migrationsdeterminanten untersucht. Das Hauptziel dieser Studie war es, Erkenntnisse über ökonomischen und gesellschaftlichen Faktoren, die die Migrationsentscheidung beeinflussen können, herauszuarbeiten. Die Studie basierte auf einer persönlichen Befragung von IT – Hochschulstudenten aus Pakistan. Die Stichprobe umfasste insgesamt 1 500 Studierenden. Die Untersuchung beinhaltete zwei Befragungen, wobei in der ersten Befragung lediglich die Zukunftserwartungen der Absolventen im Hinblick auf ihre Migrationsentscheidung abgefragt wurden und ein Jahr später im Zuge der zweiten Befragung die ausgewanderten sowie die in der Heimat gebliebe-

nen Absolventen wieder befragt wurden. Mit Hilfe der Varianzanalyse wurden die Migrationsdeterminanten analysiert. Die Studie zeigte, dass *ökonomische „Push- und Pull-Faktoren“* wie gute Karrieremöglichkeiten, hohes Einkommen und besserer Lebensstandard, bei allen Absolventen signifikant wichtiger waren als *gesellschaftliche „Push- und Pull-Faktoren“* wie Ausländerfeindlichkeit, Sprache und soziale Netzwerke. Die Möglichkeiten zur Selbständigkeit und die Aufenthaltsdauer erwiesen sich in dieser Studie als weniger wichtig. Für diejenigen, die im Heimatland geblieben sind, haben wiederum die wichtigste Rolle die sozialen Netzwerke wie Familie und Verbundenheit mit dem Heimatland gespielt. Abschließend lässt sich feststellen, dass für die Migrationsentscheidung in dieser Studie die ökonomischen Gründe, wie die Karrieremöglichkeiten, das Einkommen und der Lebensstandard im Ausland, die entscheidenden Faktoren darstellen.

In der Studie von Mullet et al. (2000) wurde die Migrationsbereitschaft von französischen Jugendlichen in ein anderes EU-Land untersucht. Die Analyse basierte auf einer Stichprobe von 590 Schülerinnen und Schülern sowie Hochschulstudierenden im Alter zwischen 15 bis 33 Jahren. Außer den demografischen Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Bildung der Befragten, Bildung der Eltern und ökonomische Situation der Familie, konzentrierte sich diese Studie auf die Analyse von verschiedenen *„Push- und Pull-Faktoren“*. Außer den *ökonomischen „Push- und Pull-Faktoren“* wie bessere Arbeitsbedingungen, bessere Arbeitsmöglichkeiten, höherer Lebensstandard und bessere Möglichkeiten zu studieren in einem EU-Land, wurden auch die *gesellschaftlichen „Push- und Pull-Faktoren“* wie Sprache und Verbundenheit mit der Heimat untersucht. Diese Studie konnte keine Assoziation zwischen Alter, Geschlecht und ökonomischer Situation der Familie mit der Migrationsbereitschaft von französischen Jugendlichen bestätigen. Im Gegensatz dazu, hat diese Studie bestätigt, dass Faktoren, wie bessere Arbeitsmöglichkeiten, Arbeitsbedingungen und bessere Möglichkeiten zum studieren in einem anderen EU-Land zu den wichtigsten *ökonomischen „Pull-Faktoren“* gehören. Diese Faktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit der Migrationsbereitschaft von Jugendlichen. Auf der anderen Seite gehören zu den bedeutsamsten *gesellschaftlichen „Push- Faktoren“*, also die die Migrationsbereitschaft von Jugendlichen reduzieren, hauptsächlich die *Faktoren der psychischen*

Belastung, zu denen die weite Entfernung von Heimatland, unbekannte Umgebung und Unsicherheit im Zielland der Migration zählen.

Zusammenfassung der ökonomischen „Push- und Pull-Faktoren der Migration“

Die dargestellten Studien belegen einerseits, dass zu den wichtigsten *ökonomischen „Push-Faktoren“* vor allem die schlechteren Arbeitsbedingungen und Arbeitsmöglichkeiten, niedrige Löhne und hohe Arbeitslosigkeit im Heimatland gehören. Unzufriedenheit mit diesen für die Existenz eines Menschen bedeutsamen Faktoren, kann die Migrationsentscheidung beeinflussen in dem Sinne, dass gerade sie zu der Migrationsentscheidung beitragen können. Unzufriedenheit mit der ökonomischen Situation im Heimatland, kann viele potenzielle Migranten dazu zwingen, ihr Heimatland zu verlassen und neue, unbekannte Wege zu gehen.

Auf der anderen Seite zählen zu den bedeutsamsten *ökonomischen „Pull-Faktoren“* - also Anziehungsfaktoren des Ziellandes, vor allem bessere Arbeitsbedingungen und Arbeitsmöglichkeiten, Karrieremöglichkeiten sowie höheres Einkommen. Diese Faktoren spielen bei der Migrationsentscheidung eine sehr bedeutsame Rolle. Um die Lebensqualität zu verbessern, sind viele potenzielle Migranten bereit ihr Heimatland, Familie und Freunde sowie die ganze vertraute Umgebung des Heimatlandes zu verlassen.

Doch trotz nicht zufrieden stellender Situation im Heimatland sind nicht alle potenzielle Migranten bereit ihr Heimatland zu verlassen. In der Migrationsforschung wird immer häufiger nach der Frage gesucht: *Warum viele potenzielle Migranten trotz bekannter Anreize im Heimatland bleiben und nicht auswandern?*

Es scheint so sein, dass nicht nur die *ökonomische* sondern auch die *gesellschaftliche „Push- und Pull-Faktoren“* einen Einfluss auf die Migrationsentscheidung ausüben. Aus diesem Grund werden sie immer häufiger auch in der Migrationsforschung beachtet und untersucht.

2.2.2 Studien zu *gesellschaftlichen „Push- und Pull-Faktoren der Migration“*

Die Untersuchung von *gesellschaftlichen „Push- und Pull-Faktoren“* im Zusammenhang mit der Migrationsentscheidung ist von hoher Relevanz für die Migrationsforschung. Die Migrationsforschung konzentriert sich dabei vor allem auf die Untersuchung der möglichen Faktoren, die die potenziellen Migranten, trotz bekannter Anreize im Ausland, im Heimatland festhalten. Dabei wird vermutet, dass die wichtigste Rolle vor allem die sozialen Netzwerke, Verbundenheit mit dem Heimatland – Familie oder Freunde sowie die mögliche Sprachbarriere spielen. Alle diese Faktoren können den potenziellen Migrant im Heimatland festhalten. Auch in dieser empirischen Studie wurden außer den *ökonomischen* auch die *gesellschaftliche „Push- und Pull-Faktoren“* wie soziale Netzwerke, Sprache und Kultur berücksichtigt. Aus diesem Grund werden im Folgenden einige relevante Studien zu den *gesellschaftlichen „Push- und Pull-Faktoren“* dargestellt.

Einige Studien deuten darauf hin, dass die sozialen Beziehungen nur für wenige Migranten das dominierende Motiv für die Migrationsentscheidung darstellen. Vor allem für Pioniermigranten⁸ sind die ökonomischen Gründe viel wichtiger für die Migration (Haug 2000).

Auf der anderen Seite könnte Berardo (1967) in seiner Studie an 1 093 amerikanischen Migranten schon im Jahr 1967 zeigen, dass enge Beziehungen zur Familie oder zum Heimatland eine Migrationsentscheidung beeinträchtigen können und die Migration für den potenziellen Migranten weniger attraktiv erscheinen zu lassen. Dagegen sind wenige oder nicht enge soziale Beziehungen zur Familie und dem Heimatland für die Migration sogar förderlich. Auf die Migrationsentscheidung hat aber nicht nur das Vorhandensein sozialer Beziehungen im Heimatland, sondern auch die Unterstützung der Migrationspläne durch die Familie einen Einfluss.

⁸ Migranten der ersten Generation.

Crowford (1966) untersuchte in seiner Studie die Binnenmigration von 790 Hochschulabsolventen aus 18 Hochschulen in den USA. Er beobachtete, dass enge soziale Beziehungen in der Form von hoher familiärer Zuneigung in der Heimat mit geringer Migrationsbereitschaft verbunden sind. Wohingegen nicht enge soziale Beziehungen, also niedrige familiäre Zuneigung sogar zu der Migrationsentscheidung beitragen.

Bartel (1989) untersuchte in seiner Studie die Kettenmigration von verschiedenen Einwanderungsgruppen (Asiaten, Europäer und Hispanien) in die USA. Seine Studie hat gezeigt, dass die sozialen Netzwerke und damit verbundene Kettenmigration eine sehr bedeutsame Rolle bei der Migrationsentscheidung spielen. Er konnte nachweisen, dass Regionen mit einer hohen Zahl von ehemaligen Migranten einer bestimmten ethnischen Zugehörigkeit ein bevorzugtes Ziel von potenziellen Migranten der jeweiligen ethnischen Gruppe sind.

In der Studie von Bauer et al. (2000) wurde der Einfluss von sozialen Netzwerken auf die Standortentscheidung bei mexikanischen Migranten in den USA untersucht. Die Analyse in dieser Studie basierte auf den Daten, die seit dem Jahr 1982 im Laufe des Projekts „*Mexican Migration Project*“ erhoben wurden. Somit standen für die Analyse Daten aus insgesamt 7 000 mexikanischen Haushalten zur Verfügung. Außer den sozioökonomischen Informationen beinhaltet der Datensatz auch Informationen über vorhandene Migration für jeden Haushalt. Diese Studie hat bestätigt, dass die Größe der mexikanischen sozialen Netzwerke in den USA einen positiven Einfluss auf die Migrationsentscheidung ausübt. Die potenziellen Migranten sind am häufigsten in die Orte in den USA migriert, wo die mexikanische Gemeinschaft und damit verbundene soziale Netzwerke am größten und komplexesten waren. Das deutet darauf hin, dass die Migrationsentscheidungen von potenziellen Migranten durch die Vorhandenen sozialen Netzwerke im Zielland der Migration beeinflusst werden.

Auch die Studie von Haug (2000) bestätigte die bedeutsame und wichtige Rolle von sozialen Netzwerken bei der Migration. In ihrer explorativen Gemeindestudie wurde eine Gemeinde von italienischen Migranten in Süddeutschland untersucht. In der Studie hat sich gezeigt, dass, während für Pioniermigranten die ökonomischen As-

pekte am wichtigsten sind, soziale Netzwerke die entscheidende Rolle für nachfolgende Migranten spielen. Diese Studie zeigte, dass die Freunde und Bekannten der italienischen Migranten eher aus der lokalen Gemeinde stammen, also selber ehemalige Migranten sind, und der Anteil an deutschen Freunden und Bekannten eher gering ist. Somit wurde die Komplexität und Wichtigkeit der sozialen Netzwerke im Migrationsprozess auch in dieser Studie sichtbar.

Die bedeutsame und wichtige Rolle von sozialen Netzwerken bei der Migration hat auch die Studie von Silva & Neto (1993) bestätigt. Die Analyse in dieser Studie basierte auf den Daten von 960 portugiesischen Jugendlichen im Alter von 13 bis 17 Jahren, die zwischen den Jahren 1982 bis 1987 erhoben wurden. Außer den sozialen Netzwerken wurden in dieser Studie auch weitere soziodemografische Merkmale, wie Geschlecht, Wohnort und ökonomische Situation der Familie der Befragten in Assoziation mit der Migrationsbereitschaft untersucht. Wie schon erwähnt wurde, bestätigte diese Studie die große Bedeutung von sozialen Netzwerken bei der Migrationsbereitschaft von jungen Portugiesen. Vor allem das Vorhandensein von Familienangehörigen oder Bekannten im Ausland hat die Migrationsbereitschaft von portugiesischen Jugendlichen signifikant erhöht. Dadurch hat sich auch in dieser Studie gezeigt, dass die sozialen Netzwerke bei der Migration eine sehr wichtige Rolle spielen.

Von den soziodemografischen Merkmalen haben sich vor allem die ökonomische Situation der Familie und der Wohnort der Befragten als wichtige Determinanten der Migration erwiesen. Bei den Jugendlichen die aus einer ökonomisch schlecht gestellten Familie stammten und in einem ländlichen Gebiet gewohnt haben, war die Migrationsbereitschaft viel höher als bei den Jugendlichen, die in einer ökonomisch gut gestellten Familie und in einem städtischen Gebiet gelebt haben. Beim Geschlecht wurde auch eine signifikante Assoziation zu der Migrationsbereitschaft bestätigt, und zwar war die Migrationsbereitschaft bei den Jungen signifikant höher als bei den Mädchen.

Die *gesellschaftliche* sowie auch die *ökonomischen „Push- und Pull-Faktoren“* wurden auch in der Studie von Huck (2012) untersucht. Mittels einer Sekundäranalyse der *„Geographical and labour market mobility“* wurde die Migrationsbereitschaft von

insgesamt 1 500 Deutschen untersucht. Obwohl die Migration in dieser Studie als etwas Positives angesehen wurde, könnte sich kaum jemand von den Befragten vorstellen, den Migrationsprozess auf sich zu nehmen und selber migrieren. In dieser Studie wurde festgestellt, dass neben den *ökonomischen* auch die *gesellschaftlichen* „*Push- und Pull-Faktoren*“ eine ebenso wichtige Rolle spielen. Diese Studie betont, dass die Migrationsentscheidung als eine Mischung aus *ökonomischen* sowie auch *gesellschaftlichen* „*Push- und Pull-Faktoren*“ anzusehen ist. Auch wenn zu den wichtigsten „*Pull-Faktoren*“ der Ziellandes die besseren Arbeitsmöglichkeiten und Karrieremöglichkeiten gehören, reichen alleine nur diese Faktoren nicht aus, um den Migrationsprozess im Bewegung zu setzen. Ebenso wichtig sind auch die „*Push-Faktoren*“ des Heimatlandes, wie Familie und Kindern, Sprachbarrieren oder Verbundenheit mit dem Heimatland, die die potenzielle Migranten im Heimatland fest halten und die Migration verhindern.

Zusammenfassung der gesellschaftlichen „Push- und Pull-Faktoren der Migration“

Die oben dargestellten Studien deuten darauf hin, dass zu den wichtigsten *gesellschaftlichen* „*Push-Faktoren*“ vor allem die Verbundenheit mit dem Heimatland, enge soziale Beziehungen und Sprachbarrieren gehören. Auch wenn die ökonomische Situation im Heimatland nicht zufriedenstellend ist, sind es vor allem enge soziale Beziehungen, die die potenzielle Migranten im Heimatland festhalten. Diese engen sozialen Beziehungen an Familie oder Freunde im Heimatland, können die Migration für viele potenzielle Migranten weniger attraktiv erscheinen lassen.

Ein weiterer wichtiger *gesellschaftlicher* „*Push-Faktor*“ ist die Sprachbarriere. Unterschiedliche Sprachen im Heimatland und Zielland der Migration, können bei den Migranten zu einer Sprachbarriere führen und somit die Migrationsentscheidung negativ beeinflussen. Andererseits zeigen diese Studien, dass von den *gesellschaftlichen* „*Pull-Faktoren*“ vor allem die sozialen Netzwerke bei der Migration sehr wichtig sind. Die sozialen Netzwerke wurden in allen dargestellten Studien als Vorhandensein der Familienangehörigen, Freunde oder Bekannten im Ausland verstanden. Anhand dieser Studien wurde deutlich, dass die Anwesenheit von Familienangehörigen, Freunden oder Bekannten im Ausland das Migrationspotenzial begünstigt. Potenziel-

le Migranten, deren Familie oder Freunde im Ausland leben, wagen sich häufiger zu migrieren als die, die keine Bekannte im Ausland haben. Durch die sozialen Netzwerke können von früheren Migranten Informationen beschaffen werden, die die Unsicherheit, die mit Migration verbunden ist, verringern.

Zusammenfassung des Forschungsstandes zu den ökonomischen und gesellschaftlichen „Push- und Pull-Faktoren der Migration“

Anhand dieser dargestellten Studien lässt sich feststellen, dass bei einer Migrationsentscheidung sowohl die *ökonomischen* als auch die *gesellschaftlichen „Push- und Pull-Faktoren“* eine bedeutsame Rolle spielen. Die Ursachen für die Migrationsentscheidung können vielseitig sein, wobei den maßgeblichen Einfluss auf die Migrationsentscheidung eines Individuums, sowohl die *ökonomischen* als auch die *gesellschaftlichen „Push- und Pull-Faktoren“* ausüben können. Wie auch Blahusch (1992) betont, man darf die Migration nicht nur aus der Perspektive der *ökonomischen* oder *gesellschaftlichen „Push- und Pull-Faktoren“* betrachten. Um die Migration als einen komplexen Prozess verstehen zu können, sollen *ökonomische* sowie auch *gesellschaftliche „Push- und Pull-Faktoren“* gemeinsam betrachtet werden. Aus diesem Grund werden im Rahmen dieser empirischen Studie *ökonomische* und *gesellschaftliche „Push- und Pull-Faktoren der Migration“* gemeinsam betrachtet. Es ist von hoher Relevanz zu wissen, welche *ökonomische* und *gesellschaftliche „Push- und Pull-Faktoren“* die Jugendlichen im Heimatland festhalten und welche sie dagegen zur Migration bewegen.

Kapitel 3

3 Forschungsziele und Forschungshypothesen

Das Ziel der vorgestellten Dissertation ist in erster Linie, einen Beitrag zum besseren Verständnis der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von migrierenden Jugendlichen zu leisten. Mittels einer Längsschnittstudie mit zwei Befragungszeitpunkten sollen Erkenntnisse gewonnen werden, die über den Gesundheitszustand sowie das Gesundheitsverhalten von slowakischen Jugendlichen in Assoziation mit ihrem *Migrationswunsch*⁹ bzw. *Migrationsstatus - der erfolgten Migration*¹⁰ informieren.

Um die Migration als ein Phänomen unserer Gesellschaft besser verstehen zu können, soll in dieser empirischen Untersuchung auch die Assoziation zwischen den „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ und dem Migrationswunsch bzw. der erfolgten Migration untersucht werden. Durch diesen weiteren Aspekt der Untersuchung sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, welche ökonomischen sowie gesellschaftlichen Faktoren die potenziellen jungen Migranten in der Slowakei festhalten und welche sie wiederum zur Migration bewegen.

In der ersten Befragung „*Baseline*“ zum Zeitpunkt t_0 , konzentriert sich die Untersuchung auf den *Migrationswunsch*. Anhand validierter Messinstrumente wird zuerst die Assoziation zwischen dem Migrationswunsch t_0 und einzelnen unabhängigen Variablen untersucht. Es werden dabei die gesundheits- sowie sozialbezogenen unabhängigen Variablen auf ihre Assoziation zum Migrationswunsch t_0 untersucht. Im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Perspektive werden Merkmale der Gesundheit und Gesundheitsverhaltensweisen bei den slowakischen Jugendlichen überprüft. Unter der sozialbezogenen Perspektive werden wiederum individuelle Merkmale, Familienmerkmale sowie auch die „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ in der Assoziation mit dem Migrationswunsch t_0 untersucht. Durch diese Analyse kann ge-

⁹ Unter dem *Migrationswunsch* wird in dieser empirischen Untersuchung die Intention zur Migration bei slowakischen Jugendlichen verstanden.

¹⁰ Unter dem *Migrationsstatus - der erfolgten Migration* wird die Anwesenheit der Befragten im Ausland im Zeitpunkt der zweiten Befragung verstanden. Die zweite Befragung wurde ein Kalenderjahr nach der ersten Befragung durchgeführt.

klärt werden, durch welche Gesundheits- und Sozialmerkmale die slowakischen Jugendlichen im Hinblick auf ihren Migrationswunsch gekennzeichnet sind.

Danach wird in der *multivariablen Regressionsanalyse* die Assoziation zwischen dem Migrationswunsch t_0 und mehreren unabhängigen Variablen gleichzeitig untersucht. Dabei werden die gesundheitsrelevanten sowie auch die sozialbezogenen Merkmale, adjustiert für individuelle Merkmale, untersucht. Somit soll geklärt werden, welche von den gesundheits- und sozialbezogenen Merkmalen für den Migrationswunsch bei den slowakischen Jugendlichen tatsächlich ausschlaggebend sind.

In der zweiten Befragung „*first Follow-up*“ zum Zeitpunkt t_1 , konzentriert sich die Untersuchung wiederum auf den *Migrationsstatus – die erfolgte Migration* von slowakischen Jugendlichen. Ähnlich wie in der „*Baseline*“ Befragung werden die gleichen Gruppen von unabhängigen Variablen in derselben Studienpopulation auf ihre Assoziation zum Migrationsstatus t_1 untersucht. Durch die *univariable Regressionsanalyse* soll geklärt werden, durch welche Gesundheits- und Sozialmerkmale die migrierten slowakischen Jugendlichen gekennzeichnet sind. Im Rahmen der *multivariablen Regressionsanalyse* wird wiederum geklärt, welche von den gesundheits- und sozialbezogenen Merkmalen für die erfolgte Migration von slowakischen Jugendlichen tatsächlich ausschlaggebend sind. Ergänzend dazu wird die Umsetzung des in der ersten Befragung erhobenen Migrationswunsches t_0 nach einem Kalenderjahr in die Realität in der Form der erfolgten Migration untersucht.

Um diese angestrebte Forschungsziele zu erreichen, werden in der ersten und zweiten Befragung folgende Fragestellungen und Hypothesen untersucht.

3.1 Fragestellungen und Hypothesen der „*Baseline*“ Befragung

Die Fragestellungen und Hypothesen in der „*Baseline*“ Befragung konzentrieren sich auf die Untersuchung der Assoziation zum Migrationswunsch von slowakischen Jugendlichen. Die untersuchten StudienteilnehmerInnen befinden sich zum Zeitpunkt der ersten Befragung im Abschlussjahrgang ihrer Mittelschule. Die Schülerinnen und Schüler wurden nach ihrem Migrationswunsch befragt, wodurch sie in drei Gruppen aufgeteilt wurden: in Schülerinnen und Schüler *mit Migrationswunsch*, Schülerinnen

und Schüler *im Migrationswunsch unentschieden* und Schülerinnen und Schüler *ohne Migrationswunsch* aufgeteilt wurden. Wie oben beschrieben, konzentriert sich die vorliegende Dissertationsarbeit auf die Untersuchung der Assoziation zum Migrationswunsch aus zwei wissenschaftlichen Perspektiven, und zwar: aus der gesundheitswissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Perspektive.

Gesundheitsbezogene Perspektive

In der Migrationsforschung mangelt es an Studien, die die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von potenziellen Migranten noch vor der eigentlichen Migration, also in der *Phase der Motivation*, untersucht haben. Es wurde nicht wissenschaftlich erforscht, durch welche gesundheitlichen Merkmale und Verhaltensweisen die potenziellen Migranten gekennzeichnet sind im Vergleich zu der im Heimatland gebliebenen Bevölkerung. Dadurch lässt sich nicht eindeutig klären, ob sich die bessere oder schlechtere Gesundheit bzw. die besseren oder schlechteren Gesundheitsverhaltensweisen von Migranten im Laufe der Migration entwickelt haben, oder ob sie bei den potenziellen Migranten schon in ihrem Heimatland vorhanden waren. Dadurch besteht in der Migrationsforschung im Hinblick auf die Gesundheit eine wissenschaftliche Lücke.

Die Annahmen aus der wissenschaftlichen Literatur zum „*Healthy-Migrant-Effect*“ und seiner *positiven (Selbst-) Auswahlselektion* besagen, dass Menschen, die zu migrieren wagen eher junge, gesunde und leistungsfähige Menschen sind, die im Vergleich zur Durchschnittspopulation ihres Heimatlandes über eine bessere Gesundheit verfügen (Razum 2006, Lechner & Mielck 1998, Kirkcaldy et al. 2006, Lee 1966, Ravenstein 1885). Von dieser Annahme lässt sich im Hinblick auf unsere Untersuchung logisch ableiten, dass die Gesundheit und das damit verbundene Gesundheitsverhalten bei den Jugendlichen mit Migrationswunsch besser sein sollte, als bei den Jugendlichen, die den Migrationswunsch nicht haben. Um diese bestehende Erkenntnislücke im Hinblick auf die *positive (Selbst-) Auswahlselektion* bei Migration bestmöglich schließen zu können, wird im Rahmen der univariablen Regressionsanalyse der Frage nachgegangen: *Durch welche Gesundheit bzw. Gesundheitsverhaltensweisen die slowakischen Jugendlichen im Hinblick auf deren Migrationswunsch gekennzeichnet sind?* Im Hinblick auf den „*Healthy-Migrant-Effect*“ wird also untersucht:

ob slowakische Jugendlichen, die den Migrationswunsch haben durch eine bessere Gesundheit bzw. Gesundheitsverhaltensweisen gekennzeichnet sind als slowakische Jugendlichen, die den Migrationswunsch nicht haben.

Eine gute Gesundheit bei den potenziellen Migranten ist eine Grundvoraussetzung für das Vorhandensein des Migrationswunsches sowie auch für die erfolgte Migration. In einer jungen Population, was auch für unsere Studienpopulation von slowakischen Jugendlichen gilt, ist diese Voraussetzung bis auf wenige Ausnahmen gegeben. In der wissenschaftlichen Literatur ist der Zusammenhang zwischen Gesundheit und soziodemografischen Merkmalen gut bekannt. Die Intention zur Migration sowie auch die Migration stehen ebenso in Verbindung mit soziodemografischen Merkmalen. Deswegen kann nur eine gemeinsame Betrachtung aus verschiedenen Perspektiven wichtige Anhaltspunkte liefern, für die Beantwortung der Fragen: *Welche Verhaltensweisen für das Vorhandensein des Migrationswunsches bzw. der erfolgten Migration in einer jungen Population tatsächlich ausschlaggebend sind?* und *Welche Zwischenbeziehungen bestehen zwischen ihnen?*

Fragestellung und Hypothese zur gesundheitsbezogenen Perspektive

Besteht eine Assoziation zwischen den Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens und dem Migrationswunsch t_0 bei den slowakischen Schülerinnen und Schülern?

H₀: *Es besteht **keine Assoziation** zwischen den Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens und dem Migrationswunsch t_0 bei slowakischen Schülerinnen und Schülern.*

H₁: *Es besteht **eine Assoziation** zwischen den Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens und dem Migrationswunsch t_0 bei slowakischen Schülerinnen und Schülern.*

Bei der gesundheitsbezogenen Perspektive werden *Merkmale der Gesundheit* wie: subjektive psychosomatische Beschwerden und der Body-Mass-Index untersucht. Unter den *Merkmale des Gesundheitsverhaltens* werden wiederum die „*ungesunde*“ Ernährungsweise, Rauchverhalten, Alkoholkonsum, persönliche Drogenanfah-

rung und körperliche Aktivität bei den slowakischen Jugendlichen in der Assoziation mit ihrem Migrationswunsch untersucht.

Sozialbezogene Perspektive

Die gemeinsame Untersuchung aus der gesundheits- sowie sozialbezogenen Perspektive verhilft dazu, ein detaillierteres Gesamtbild der bestehenden Assoziation zu dem Migrationswunsch zu erstellen. Aus der wissenschaftlichen Literatur ist bekannt, dass soziodemografische Merkmale, wie auch die „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ mit dem Prozess der Migration eng verbunden sind und bei der Migrationsentscheidung eine entscheidende Rolle spielen (Han 2000, Taylor 1998, Beiser 1992, Vogt 1999, Körner 1999, Blahusch 1992, Janssen 1998, Haug 2000, Faist 2007). Außerdem sind die soziodemografischen Merkmale auch mit der Gesundheit und den Gesundheitsverhaltensweisen eng verbunden. Demzufolge werden im Rahmen der sozialbezogenen Perspektive individuelle Merkmale, Familienmerkmale und „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ auf ihre Assoziation zum Migrationswunsch untersucht. Es wird den Fragen nachgegangen: *Welche sozialbezogenen Merkmale sind für das Vorhandensein des Migrationswunsches bzw. die erfolgte Migration in einer jungen Population tatsächlich ausschlaggebend?* und *Welche Zwischenbeziehungen bestehen zwischen ihnen?* Durch dieses Gesamtspektrum an verschiedenen untersuchten Aspekten lässt sich das gesellschaftliche Phänomen der Migration besser verstehen.

Fragestellung und Hypothese zu den individuellen Merkmalen

Besteht eine Assoziation zwischen den individuellen Merkmalen und dem Migrationswunsch t_0 bei den slowakischen Schülerinnen und Schülern?“

H₀: *Es besteht **keine Assoziation** zwischen den individuellen Merkmalen und dem Migrationswunsch t_0 bei slowakischen Schülerinnen und Schülern.*

H₁: *Es besteht **eine Assoziation** zwischen den individuellen Merkmalen und dem Migrationswunsch t_0 bei slowakischen Schülerinnen und Schülern.*

Unter den *individuellen Merkmalen* werden das Geschlecht, der Schultyp sowie der Beziehungsstatus der Befragten in der Assoziation zum Migrationswunsch bei den slowakischen Jugendlichen untersucht.

Fragestellung und Hypothese zu den Familienmerkmalen

Besteht eine Assoziation zwischen den Familienmerkmalen und dem Migrationswunsch t_0 bei den slowakischen Schülerinnen und Schülern?

H₀: *Es besteht **keine Assoziation** zwischen den Familienmerkmalen und dem Migrationswunsch t_0 bei slowakischen Schülerinnen und Schülern.*

H₁: *Es besteht **eine Assoziation** zwischen den Familienmerkmalen und dem Migrationswunsch t_0 bei slowakischen Schülerinnen und Schülern.*

Unter den *Familienmerkmalen* werden wiederum der Familientyp der Befragten, die Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern sowie die ökonomische Situation der Familie in der Assoziation mit dem Migrationswunsch t_0 untersucht.

Fragestellung und Hypothese zu „Push- und Pull-Faktoren der Migration“

Besteht eine Assoziation zwischen den „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ und dem Migrationswunsch t_0 bei den slowakischen Schülerinnen und Schülern?

H₀: *Es besteht **keine Assoziation** zwischen den „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ und dem Migrationswunsch t_0 bei slowakischen Schülerinnen und Schülern.*

H₁: *Es besteht **eine Assoziation** zwischen den „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ und dem Migrationswunsch t_0 bei slowakischen Schülerinnen und Schülern.*

Die „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ nach Lee (1966) beeinflussen bei potenziellen Migranten deren Migrationsentscheidung. Sie können einerseits die Migrationsentscheidung begünstigen und andererseits können sie die potenzielle Migranten im Heimatland festhalten. Um herauszufinden, welche von diesen Faktoren bei den Jugendlichen eine Rolle spielen, werden in dieser Untersuchung *ökonomische* sowie auch *gesellschaftliche* „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ untersucht. Unter den *ökonomischen „Pull-Faktoren“* - Faktoren des Ziellandes, werden in dieser Studie

ökonomische Gründe verstanden, die den Migrationswunsch Jugendlichen begünstigen, wie z.B. bessere Arbeitsbedingungen oder Arbeits- und Bildungsmöglichkeiten sowie Einkommen im Ausland. Unter den *ökonomischen „Push-Faktoren“* - Faktoren des Heimatlandes, werden wiederum ökonomische Gründe verstanden, die die potenzielle Migranten im Heimatland festhalten, wie z. B. zufriedenstellende Arbeitsbedingungen und Arbeits- und Bildungsmöglichkeiten, sowie Einkommen im Heimatland.

Unter den *gesellschaftlichen „Pull-Faktoren“* - Anziehungsfaktoren Faktoren des Ziellandes, werden gesellschaftliche Gründe verstanden, die die potenzielle slowakische Migranten zur Migration bewegen, wie z.B. Auslandserfahrung der Befragten oder Anwesenheit der Familie oder von Freunden im Ausland. Unter den *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“* - Faktoren des Heimatlandes, werden wiederum gesellschaftliche Gründe verstanden, die die potenzielle Migranten im Heimatland festhalten, wie z.B. die Verbundenheit mit der Familie und den Freunden, Kultur und Sprache sowie gesellschaftliche Akzeptanz im Heimatland.

3.2 Fragestellungen und Hypothesen der „first Follow-up“

Befragung

Die Fragestellungen und Hypothesen der *„first Follow-up“* Befragung konzentrieren sich auf die Untersuchung der Assoziation zur erfolgten Migration von slowakischen Jugendlichen. Ähnlich wie in der *„Baseline“* Befragung werden Fragestellungen und Hypothesen aus der gesundheits- und sozialbezogenen Perspektive untersucht. Anstatt des Migrationswunsches steht im Mittelpunkt der Untersuchung in der *„first Follow-up“* Befragung der *Migrationsstatus t_1* von slowakischen Jugendlichen. Durch den *Migrationsstatus t_1* wird dieselbe Studienpopulation in zwei Gruppen aufgeteilt: auf die *migrierte Studienpopulation* und die *nicht migrierte Studienpopulation*. Ergänzend dazu wird die Umsetzung des Migrationswunsches t_0 nach einem Kalenderjahr in die Realität untersucht. Somit sollen Erkenntnisse gewonnen werden, wie aussagekräftig der Migrationswunsch hinsichtlich der erfolgten Migration tatsächlich ist.

Fragestellung und Hypothese zur gesundheitsbezogenen Perspektive

Besteht eine Assoziation zwischen den Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens und dem Migrationsstatus t_1 – der erfolgten Migration bei den slowakischen Jugendlichen?“

H₀: *Es besteht **keine Assoziation** zwischen den Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens und dem Migrationsstatus t_1 – der erfolgten Migration bei den slowakischen Jugendlichen.*

H₁: *Es besteht **eine Assoziation** zwischen den Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens und dem Migrationsstatus t_1 – der erfolgten Migration bei den slowakischen Jugendlichen.*

Fragestellung und Hypothese zur sozialbezogenen Perspektive

Besteht eine Assoziation zwischen den sozialbezogenen Merkmalen und dem Migrationsstatus t_1 – der erfolgten Migration bei den slowakischen Jugendlichen?

H₀: *Es besteht **keine Assoziation** zwischen den sozialbezogenen Merkmalen und dem Migrationsstatus t_1 – der erfolgten Migration bei den slowakischen Jugendlichen.*

H₁: *Es besteht **eine Assoziation** zwischen den sozialbezogenen Merkmalen und dem Migrationsstatus t_1 – der erfolgten Migration bei den slowakischen Jugendlichen.*

Unter der sozialbezogenen Perspektive werden die individuellen Merkmale, Familienmerkmale, „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ sowie der Migrationswunsch in der Assoziation zur erfolgten Migration von slowakischen Jugendlichen untersucht.

Kapitel 4

4 Methoden der Arbeit

Im folgenden Kapitel werden die methodischen Vorgehensweisen der durchgeführten Studie vorgestellt.

Zuerst wird das Forschungsdesign sowie die Studienpopulation detailliert beschrieben. Im Weiteren wird erläutert, wie die notwendige Stichprobengröße, die für diese Untersuchung notwendig war, berechnet wurde.

Im nachfolgenden Teil wird das Erhebungsinstrument - der Fragebogen, der bei den beiden Datenerhebungen genutzt wurde, erläutert. Es werden detailliert die einzelnen Fragen vorgestellt, die den Befragten slowakischen Jugendlichen gestellt wurden. Außerdem wird im weiteren Teil der Methoden auch der Umgang mit fehlenden Werten in dieser Untersuchung geschildert.

Im Weiteren wird die Bildung der abhängigen Variablen des Migrationswunsches t_0 in der „*Baseline*“ (erste Befragung) und des Migrationsstatus t_1 in der „*first Follow-up*“ (zweite Befragung) erläutert. Die in der Assoziation untersuchten unabhängigen Variablen zu den individuellen Merkmalen, Familienmerkmalen, Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens sowie auch die „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ werden auch im Detail vorgestellt.

Anschließend werden die angewandten statistischen epidemiologischen Vorgehensweisen der durchgeführten Faktorenanalyse, der Reliabilitätsanalyse sowie auch der Regressionsanalyse, die bei der Datenauswertung genutzt wurden, beschrieben. Zuletzt werden der Datenschutz sowie die eingehaltenen ethischen Prinzipien in dieser Studie kurz beschrieben.

4.1 Forschungsdesign

Die „Längsschnittstudie zur Gesundheit und Migrationswünschen bzw. der erfolgten Migration von slowakischen Jugendlichen 2010 – 2011“ wurde als eine prospektive empirische Untersuchung mit Längsschnittdesign mit zwei Erhebungszeitpunkten zwischen den Jahren 2010 und 2011 geplant und durchgeführt.

Die Untersuchung wurde zu zwei Messzeitpunkten – Datenerhebungen zuerst auf schulischer und dann auf beruflicher bzw. hochschulischer Seite durchgeführt. In den zwei Befragungswellen im Zeitraum zwischen den Jahren 2010 und 2011 wurden zuerst Schülerinnen und Schüler im Abschlussjahrgang ihrer Mittelschule befragt (im März/April 2010). Ein Jahr später (im März/April 2011) fand für die Schulkohorte die zweite Befragung statt.

Die Datenerhebung in der „Baseline“ Befragung erfasste somit die Endphase der schulischen Ausbildung und in der „first Follow-up“ Befragung den Übergang in das berufliche Leben bzw. die akademische Ausbildung der Befragten im Hinblick auf ihren Migrationswunsch sowie ihre erfolgte Migration.

Zum Zeitpunkt der zweiten Befragung hatte der Großteil der ehemaligen Schülerinnen und Schüler den Übergang in einen Beruf oder einen Studium vollzogen. Um die erfolgte Migration untersuchen zu können, war für die Untersuchung von Interesse zu erfassen, ob sich die Jugendlichen zum Zeitpunkt der zweiten Befragung im Ausland oder im Heimatland (in der Slowakei) befunden haben.

4.1.1 Forschungsdesign der „Baseline“ Befragung

Für die Stichprobenziehung wurden zwei slowakische Städte, Martin und Turčianske Teplice, ausgesucht. Diese zwei Städte liegen in der Mittelslowakei und mit ihrer Einwohnergröße von rund 60 000 Einwohnern in Martin und rund 7 000 Einwohnern in Turčianske Teplice gehören sie zu den typischen Städten in der Slowakischen Republik (Statistical Office of the Slovak Republic 2012). Sie bieten alle Arten von Mittelschulen an - von Gymnasien bis zu Fachmittelschulen mit und ohne Abitur. Um möglichst aussagekräftige Daten für die entsprechende Altersgruppe der slowakischen Jugendlichen zu erheben, wurden alle staatlichen Mittelschulen aus diesen zwei Städten zur Teilnahme an der Studie gebeten. Eine spezielle Mittelschule für

Behinderte wurde aus der Stichprobenziehung ausgeschlossen, weil sie noch keine Schülerinnen und Schüler in einem Abschlussjahrgang hatte.

Nach der ersten Kontaktherstellung folgten persönliche Gespräche mit den jeweiligen Schulleitern bzw. Schulleiterinnen. Die geplante Studie wurde ihnen ausführlich präsentiert und vorgestellt. Anschließend wurde die „*Baseline*“, die erste Datenerhebung in den Monaten von März bis April 2010 durchgeführt. Es handelte sich dabei um eine Befragung von Schülerinnen und Schüler in der Abschlussphase ihrer Mittelschule, mittels eines schriftlichen Fragebogens. Die Befragung wurde persönlich im Rahmen des Unterrichts durchgeführt. Vor dem Beginn der Datenerhebung wurde jede an der Befragung beteiligte Abschlussklasse über das Ziel und den Zweck der Studie informiert. Danach konnten sich die Schülerinnen und Schüler freiwillig entscheiden, ob sie an der Befragung teilnehmen möchten oder nicht.

Von den insgesamt 12 zur Verfügung stehenden Schuleinrichtungen in den beiden Städten, haben sich alle 12 dazu bereit erklärt die Studie zu unterstützen und an ihr teilzunehmen. Letztendlich nahmen alle 5 Gymnasien (4 Gymnasien aus Martin und Umgebung, 1 Gymnasium aus Turčianske Teplice), 4 Mittelschulen mit Abitur (3 Mittelschulen aus Martin, 1 aus Turčianske Teplice) und 3 Mittelschulen ohne Abitur (alle 3 aus Martin) an der ersten Datenerhebung teil. Somit konnte eine *Totalerhebung* aus der Stichprobe der Schülerinnen und Schüler aus diesen beiden Städten Martin und Turčianske Teplice erzielt werden.

4.1.2 Forschungsdesign der „*first Follow-up*“ Befragung

In der zweiten Befragung wurden die Teilnehmer der „*Baseline*“ Befragung nach ihrem Migrationsstatus – der erfolgten Migration befragt. Die Datenerhebung in der „*first Follow-up*“ Befragung wurde in der Form einer Online – Befragung mittels des Portals *Unipark*¹¹ durchgeführt. Die Befragung wurde ein Jahr nach der ersten Befragung, also in den Monaten von März bis April 2011 durchgeführt. Im Zuge der „*Baseline*“ Befragung wurden E-Mail Adressen der an der Studie beteiligten Schülerinnen und Schüler gesammelt, was ermöglichte, die gleiche Studienpopulation bei der zweiten Befragung erneut zu befragen.

¹¹ *Unipark* ist ein Hochschulprogramm von Globalpark, der unterschiedliche Formen von Online - Forschung anbietet.

Um den Migrationsprozess im Laufe der Zeit untersuchen zu können, wurde das Design einer *Längsschnittstudie* angewandt. Die Längsschnittdaten wurden aus der ersten und zweiten Befragung verknüpft analysiert. Aus der „*Baseline*“ Befragung wurden Daten zu den Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens, „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“, individuelle Merkmale sowie auch Familienmerkmale in die Längsschnittstudie übernommen und mit den neu erhobenen Daten zu dem Migrationsstatus t_1 von slowakischen Jugendlichen aus der „*first Follow-up*“ Befragung verbunden. Dieses Forschungsdesign ermöglicht Aussagen zur untersuchten gesundheits- sowie sozialbezogenen Perspektive in Assoziation mit dem Migrationsstatus t_1 – der erfolgten Migration zu treffen. Somit lässt sich herausfinden, mit welchen Merkmalen der Gesundheit bzw. der Gesundheitsverhaltensweisen sowie den soziodemografischen Merkmalen und „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ die slowakischen Jugendliche die erfolgte Migration antreten. Somit lassen sich die untersuchten Perspektiven ohne Einfluss der erfolgten Migration, also noch vor der eigentlichen Migration betrachten.

4.2 Einschlusskriterien für die Studienpopulation

Die für die Studie rekrutierte Studienpopulation bilden slowakische Jugendlichen. Um eine möglichst aussagekräftige Stichprobe ziehen zu können, wurden folgende Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnehmer definiert:

Einschlusskriterien der Studienteilnehmer

- *Alter der Studienteilnehmer*

In die Studienpopulation wurden nur Jugendlichen im Alter von 18 bis 21 Jahren aufgenommen.

- *Geografische Lage*

Für die Durchführung der Studie wurden zwei slowakische Städte, Martin und Turčianske Teplice, ausgesucht. Die zwei Städte liegen in der zentralen Region der Slowakischen Republik, in dem Landschaftsverband Žilina. In der Slowakischen Re-

publik bestehen ökonomische sowie soziale Unterschiede zwischen den Ost- und Westregionen (Statistical Office of the Slovak Republic 2012). Der Landschaftsverband Žilina liegt geografisch in der Mittelslowakei. Für die Mittelregion der Slowakei sind durchschnittliche ökonomische und soziale Lebensbedingungen der Bevölkerung charakteristisch. Um diese Bevölkerungsunterschiede zu eliminieren, wurden gezielt diese zwei Städte in der Mittelslowakei ausgewählt. Dadurch wurde versucht die ökonomischen sowie sozialen Unterschiede bezüglich der Lebensbedingungen der slowakischen Jugendlichen in der Stichprobenauswahl zu berücksichtigen.

- *Art der Mittelschule*

Die Studienpopulation der Schülerinnen und Schüler wurde aus allen zur Verfügung stehenden Arten von Mittelschulen in den oben erwähnten Städten rekrutiert.

- *Freiwillige Teilnahme an der Befragung*

An der Befragung haben Schülerinnen und Schüler nur freiwillig teilgenommen.

- *Angegebene E-Mail Adresse*

In der zweiten Befragung wurde die identische Studienpopulation – also eine geschlossene Stichprobe von slowakischen Jugendlichen aus der ersten Befragung erneut befragt. Das einzige Einschlusskriterium für die zweite Befragung waren die im Rahmen der ersten Befragung gesammelte E-Mail Adresse der Studienteilnehmer.

Ausschlusskriterien der Studienteilnehmer

- *Art der Mittelschule*

In die Befragung wurden Schülerinnen und Schüler einer speziellen Mittelschule für Behinderte nicht eingeschlossen, da es in dieser Mittelschule noch keinen Abschlussjahrgang gab.

4.3 Fallzahlberechnung

In dieser empirischen Längsschnittstudie handelt es sich um eine Totalerhebung in den zwei slowakischen Städten Martin und Turčianske Teplice, dadurch ist die Anzahl der Studienteilnehmer vorgegeben.

Insgesamt stehen in allen Mittelschulen 1 310 Schülerinnen und Schüler zur Verfügung, die an der Datenerhebung teilnehmen können. Bei einem akzeptablen Ausschöpfungsgrad von mindestens 70 Prozent¹² sollen daher in der „*Baseline*“ Befragung mindestens 917 Schülerinnen und Schüler erreicht werden, um valide Aussagen über die untersuchten Assoziationen treffen zu können. Nach der Faustregel von Agresti (1996) sollen in der multivariablen logistischen Regressionsanalyse mindestens 10 Fälle pro untersuchte unabhängige Variable zur Verfügung stehen. Im Hinblick auf den Migrationswunsch t_0 , der als eine drei kategoriale abhängige Variable untersucht wird, sollen daher für jede Kategorie des Migrationswunsches 305 Studienteilnehmer erreicht werden, um bis zu 30 unabhängige Variablen in dem multivariablen logistischen Regressionsmodell untersuchen zu können.

4.4 Das Erhebungsinstrument Fragebogen

Um die in der Untersuchung gestellten Fragestellungen beantworten und klären zu können, wurde im Rahmen dieser Studie für die Erhebung des empirischen Datenmaterials ein standardisiertes Erhebungsinstrument - Fragebogen angewandt. Da es sich bei dieser Untersuchung um eine Längsschnittstudie mit zwei Erhebungszeitpunkten handelt, wurden zwei Formen von Fragebogenerhebungen genutzt. In der „*Baseline*“ Befragung wurde eine schriftliche Form des Fragebogens und in der „*first Follow-up*“ Befragung eine Form des Online-Fragebogens angewandt.

¹² Nach Geyer (2003) gilt ein Ausschöpfungsgrad von mindestens 70 Prozent als ein akzeptabler Standard.

4.4.1 Fragebogen der „Baseline“ Befragung

Um die Datenerhebung in der schulischen Umgebung durchführen zu können, wurde eine schriftliche Form des standardisierten Fragebogens¹³ gewählt. Alle Studienteilnehmerinnen bzw. Studienteilnehmer erhielten während des Unterrichts einen Fragebogen in dem verschiedene Fragenbereiche abgefragt wurden. Die gestellten Fragen lassen sich in folgende drei Themenbereiche gliedern:

- Der erste Teil des Fragebogens beinhaltet hauptsächlich allgemeine Fragen zur Person, wie Geschlecht, Alter, Art der besuchten Mittelschule, Fragen zur Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern sowie zur ökonomischen Situation der Familie.
- Der zweite Teil des Fragebogens beinhaltet überwiegend Fragen zur Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Befragten. Es wurden mehrere Fragen zum subjektiven Gesundheitsbefinden sowie zum Gesundheitsverhalten der Befragten gestellt. Es wurden zahlreiche Fragen wie z.B. zu psychosomatischen Beschwerden, Body-Mass-Index, Rauchverhalten, Alkohol- und Drogenkonsum, Ernährung oder körperlicher Aktivität gestellt.

Die allgemeinen Fragen zur Gesundheit und Gesundheitsverhalten wurden auf der Grundlage des bereits vorhandenen Fragebogens zur Gesundheit und Gesundheitsverhalten vom Bielefelder Gesundheitssurvey nach Stock & Krämer (2000) übernommen. Um den Fragebogen für slowakische Schülerinnen und Schüler einsetzbar zu machen, wurden alle gestellten Fragen in eine slowakische Variante des Fragebogens übersetzt.

- Der dritte Teil des Fragebogens umfasst Fragen zum Migrationswunsch der Befragten und den „Push- und Pull-Faktoren der Migration“. Die Fragen zum Migrationswunsch von slowakischen Jugendlichen wurden nach eigenen Überlegungen selbst entwickelt. Die Fragen zu „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ wurden anhand der Untersuchung zur „Push- und Pull Faktoren der Migration“ nach Mullet et al. (2000) in unseren Fragebogen integriert, weiter entwickelt und an die slowakischen Jugendlichen angepasst.

¹³ Die detaillierte Version des benutzten Fragebogens in der „Baseline“ Befragung befindet sich im Anhang.

Um das erhobene Datenmaterial aus den beiden Befragungen individuell *matchen* zu können, beinhalteten die genutzten Fragebögen einen individuellen 7-stelligen anonymisierten Identifikationscode, das sogenannte *Pseudonym* (vgl. Anhang). Dieses Pseudonym wurde bei beiden Fragebögen verwendet, um den anonym ausgefüllten Fragebogen aus den beiden Befragungen der einzelnen Person zuteilen zu können. Das Pseudonym wurde von jeder Studienteilnehmerin bzw. jedem Studienteilnehmer selbst generiert und beinhaltet spezielle Zeichen, die nur für die Einzelperson bekannt sind. Es erlaubt jedoch keine Rückschlüsse auf den einzelnen Studienteilnehmer.

4.4.2 Fragebogen der „*first Follow-up*“ Befragung

Die zweite Datenerhebung wurde mittels eines Online-Fragebogens ein Jahr nach der ersten Datenerhebung durchgeführt. Es wurde eine sogenannte Einzellizenz von *Unipark* verwendet. Diese ermöglicht innerhalb von 6 Monaten bis zu 10 000 Probanden elektronisch zu befragen. Vor dem Ablauf der zweiten Befragung, wurde bei *Unipark* ein Konto eingerichtet. Durch dieses Konto wurde die zweite Befragung in Schritten vorbereitet, geplant und kontrolliert. Im ersten Schritt wurde der Online-Fragebogen eingerichtet. Im zweiten Schritt wurden die im Laufe der ersten Befragung gesammelten E-Mail Adressen von Studienteilnehmerinnen bzw. Studienteilnehmern in *Unipark* gespeichert. Anhand der individuellen E-Mail Adressen wurden die Probanden zur weiteren Teilnahme an der zweiten Befragung eingeladen. Alle Daten wurden in *Unipark* gespeichert und konnten nach Beendigung der Datenerhebung exportiert und später gelöscht werden. Der angewandte Online - Fragebogen lässt sich auf folgende zwei Themenbereiche aufteilen:

- *Der erste Teil des Online-Fragebogens* beinhaltete allgemeine Fragen zur Person, wie Geschlecht und Geburtsjahr der Befragten, die als wichtige Fragen zur Kontrolle beibehalten wurden. Die schon im Laufe der ersten Befragung beantworteten allgemeinen Fragen, wie zum Beispiel Art der besuchten Mittelschule, zur Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern sowie zur ökonomischen Situation der Familie wurden nicht mehr wieder gestellt, um die schon bekannten Informationen nicht erneut zu erheben.

- Der zweite Teil des Online-Fragebogens beinhaltete Fragen zur momentanen Lebenssituation der Befragten, angepasst und orientiert am aktuellen Migrationsstatus der Befragten. Der Migrationsstatus gibt Auskunft darüber, ob sich der Befragte zum Zeitpunkt der zweiten Befragung im Ausland oder in der Slowakei befindet.

Die detaillierte Version des benutzten Online-Fragebogens in der „*first Follow-up*“ Befragung befindet sich im Anhang.

4.5 Umgang mit fehlenden Werten

Fehlende Werte stellen ein grundsätzliches Problem bei der Auswertung von quantitativ durchgeführten gesundheitswissenschaftlichen Studien dar. Wie die Stichprobenausfälle, so können auch die fehlenden Werte die Datenqualität und somit die Güte, also die Qualität der Ergebnisse negativ beeinflussen. Aus diesem Grund wird in dieser Arbeit auch der Umgang mit fehlenden Daten geschildert. Inzwischen kann man auf verschiedene Verfahren beim Umgang mit fehlenden Werten zurückgreifen. Die Wahl des geeigneten Verfahrens ist von der Häufigkeit der fehlenden Werte im gesamten Datensatz abhängig (Lüdtke et al. 2007).

In dieser Studie wurde das Verfahren des fallweisen Ausschlusses - *listwise deletion* verwendet. Bei diesen Verfahren wurden Fälle, die bei mindestens einer analysierten Variable einen fehlenden Wert aufweisen, aus der weiteren statistischen Analyse ausgeschlossen. Diese Methode ist im englischsprachigen Raum auch als *Complete Case Analysis* bekannt (Göthlich 2007).

Dementsprechend wurden bei den unterschiedlichen Analyseschritten nur die Studienteilnehmer berücksichtigt, deren Antworten keine fehlenden Werte beinhaltet haben. Durch die Methode der *Complete Case Analysis* wurden in den beiden Befragungen rund 15 Prozent der Studienteilnehmer aus den resultierenden multivariablen Regressionsmodellen ausgeschlossen. Auch wenn dieses Verfahren zur Reduktion der analysierten Stichprobengröße führt, ist die Anwendung dennoch durchaus als akzeptabel anzusehen (Göthlich 2007).

4.6 Bildung der abhängigen und unabhängigen Variablen

In den folgenden Unterkapiteln werden die in der Untersuchung genutzten abhängigen und unabhängigen Variablen dargestellt.

Migrationswunsch t_0

Der Migrationswunsch t_0 bildet die abhängige Variable in der Regressionsanalyse „Baseline“ Befragung und zugleich eine unabhängige Variable in der Regressionsanalyse „first Follow-up“ Befragung. Der Migrationswunsch t_0 wurde anhand eigener Überlegungen selbst entwickelt und an die slowakischen Schülerinnen und Schüler angepasst. Der Summenscore des Migrationswunsches t_0 wurde anhand von insgesamt fünf Items zur Selbsteinschätzung des zukünftigen Migrationswunsches – Intention zur Migrieren von Schülerinnen und Schüler gebildet:

1. Item: „*Ich möchte in der Slowakei weiter studieren.*“
2. Item: „*Ich möchte im Ausland weiter studieren.*“
3. Item: „*Ich möchte in der Slowakei arbeiten.*“
4. Item: „*Ich möchte im Ausland arbeiten.*“
5. Item: „*Wünschst du dir in deiner Zukunft im Ausland zu studieren oder zu leben?*“

Die Antwortkategorien bilden je eine Skala von Werten 1 *stimme voll zu* bis 7 *stimme überhaupt nicht zu*. Die ursprüngliche Skala der Items 2, 4 und 5 wurde in die umgekehrte Reihenfolge umkodiert. Von den fünf Punktwerten wurde eine Summenscore gebildet mit einem minimalen Wert von 5 und einem maximalen von 35. Wobei der Wert von 5 für das maximale Maß im Heimatland zu bleiben und der Wert von 35 für das maximale Maß des Migrationswunsches bei den Schülerinnen und Schüler steht. Für die Analyse wurde der Summenscore des Migrationswunsches t_0 auf drei Kategorien aufgeteilt mit jeweils rund 33 Prozent der Studienpopulation. Die drei Kategorien der abhängigen Variable Migrationswunsch t_0 bilden folgende Kategorien:

1. Kategorie: *mit Migrationswunsch* (24 bis 35 Punkte)
2. Kategorie: *unentschieden im Migrationswunsch* (18 bis 23 Punkte)
3. Kategorie: *ohne Migrationswunsch* (5 bis 17 Punkte) - Referenzgruppe.

Migrationsstatus t_1

Der Migrationsstatus t_1 – erfolgte Migration bildet die abhängige Variable in der Regressionsanalyse „*first Follow-up*“ Befragung und erfasst, wo sich die slowakischen Jugendlichen zum Zeitpunkt der zweiten Befragung befunden haben und zwar, ob sie sich im Ausland oder in der Slowakei befunden haben. Der Migrationsstatus t_1 wurde gebildet anhand der Frage:

„In welcher Lebenssituation befindest du dich derzeit?“

1. Antwort: *Ich studiere in der Slowakei.*
2. Antwort: *Ich arbeite in der Slowakei.*
3. Antwort: *Ich studiere im Ausland.*
4. Antwort: *Ich arbeite im Ausland.*
5. Antwort: *Ich arbeite und studiere nicht, aber ich bin in der Slowakei.“*

Für die Regressionsanalyse wurden die Antworten in zwei nachfolgenden Kategorien dichotomisiert:

1. Kategorie: *migrierte Studienpopulation* (3. oder 4. Antwort)
2. Kategorie: *nicht migrierte Studienpopulation* (1. oder 2. oder 5. Antwort) als Referenzkategorie.

Individuelle Merkmale

➤ *Geschlecht*

Das Geschlecht der Befragten wurde bei den Schülerinnen und Schüler direkt erfragt. Die Variable Geschlecht wurde kodiert auf *weiblich* und *männlich*. Wobei das *männliche* Geschlecht die Referenzkategorie in der Analyse bildet.

➤ *Mittelschule der Befragten*

Die Mittelschule der Befragten wurde anhand der besuchten Art der Mittelschule bestimmt. Es wurden folgende drei Arten der Mittelschule von *Gymnasium*, *Mittelschule mit Abitur* und *Mittelschule ohne Abitur* definiert. Die Referenzkategorie bildet die *Mittelschule ohne Abitur*.

➤ *Beziehungsstatus der Befragten*

Durch den Beziehungsstatus wurde das Bestehen einer Partnerschaft bei den Schülerinnen und Schülern im Zeitpunkt der ersten Befragung abgefragt. Es wurde zwischen *keine Partnerschaft* und *in Partnerschaft* unterschieden. Als Referenzkategorie wurde die Antwort *in Partnerschaft* definiert.

Familienmerkmale

➤ *Familientyp*

Die Schülerinnen und Schüler wurden danach gefragt in welcher Art der Familie sie derzeit leben. Es wurde zwischen den Antwortkategorien *vollständige Familie* (wo beide Elternteile gemeinsam in einem Haushalt leben), *nicht vollständige Familie* (wo nicht beide Elternteile gemeinsam in einem Haushalt leben) und *Jugendheim* differenziert. Die Antwortkategorie *Jugendheim* wurde für die Analyse in die Antwortkategorie *nicht vollständige Familie* übernommen. Als Referenzkategorie wurde die *nicht vollständige Familie* definiert.

➤ *Bildung der Eltern*

Das Bildungsniveau der Eltern wurde bei den Schülerinnen und Schülern direkt erfragt und für die Analyse dichotomisiert in die Antwortkategorien *nicht beide Eltern mit Abitur* und *beide Eltern mit Abitur*. Bei den Schülerinnen und Schülern wurde nach der höchsten abgeschlossenen Bildung des Vaters und der Mutter gefragt. Als Referenzkategorie wurde die Antwortkategorie *beide Eltern mit Abitur* definiert.

➤ *Erwerbstätigkeit der Eltern*

Die Erwerbstätigkeit der Eltern wurde anhand der Angaben zur aktuellen Erwerbstätigkeit des Vaters und der Mutter generiert. Aus den Angaben wurde eine dichotome Variable mit folgenden Antwortkategorien gebildet *kein oder ein Elternteil erwerbstätig* und *beide Elternteile erwerbstätig*. Die Referenzkategorie bildet die Antwortkategorie *beide erwerbstätig*.

➤ *Score ökonomische Situation der Familie*

Das Summenscore der ökonomischen Situation der Familie wurde anhand folgender zwei Fragen generiert: „*Wie schätzt du die ökonomische Situation in deiner Familie ein?*“ und „*Spürt ihr in deiner Familie Geldmangel?*“

Die von Schülerinnen und Schüler selbst bewertete ökonomische Situation der Familie wurde mittels fünf Antwortkategorien in einer 5-stufigen Skala für jede Frage erfasst. Von allen Punktwerten wurde eine Summenscore gebildet von minimal 2 Punkten bis zu 10 Punkten. Für die Regressionsanalyse wurde die stetige Form der unabhängigen Variable Score der ökonomischen Situation der Familie angenommen. Wobei mit steigenden Punktwerten, steigt auch die Selbsteinschätzung der ökonomischen Situation der Familie.

Gesundheit und Gesundheitsverhalten

➤ *Faktor¹⁴ subjektive psychosomatische Beschwerden*

Der Faktor subjektive psychosomatische Beschwerden basiert auf der Selbsteinschätzung der Schülerinnen und Schüler zu der Häufigkeit von verschiedenen psychosomatischen Beschwerden und wurde erfasst anhand der Frage:

„*Wie oft während der letzten 6 Monate hattest du folgende Beschwerden?*“

1. Item: *Kopfschmerzen*
2. Item: *Müdigkeit*
3. Item: *Nervosität*
4. Item: *Magenbeschwerden*
5. Item: *Schlafstörungen*
6. Item: *Muskelschmerzen*
7. Item: *Depression*
8. Item: *Herzklopfen*
9. Item: *Händezittern*“

¹⁴ Unter der Bezeichnung *Faktor* werden durch die Faktorenanalyse gebildete unabhängige Variablen verstanden.

Anhand der 4-stufigen Antwortkategorien von *nie*, *eher selten*, *oft* und *sehr oft* wurde die Häufigkeit der Beschwerden erfasst. Mittels der Faktorenanalyse wurde aus allen neun Items ein Faktor gebildet und mittels der *Reliabilitätsanalyse* auf seine interne Konsistenz geprüft. Das Resultat der Faktorenanalyse wird in den *Ergebnissen der Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse* dargestellt. In die Regressionsanalyse wurde diese unabhängige Variable als stetiger *Faktor der subjektiven psychosomatischen Beschwerden* angenommen.

➤ *Body-Mass-Index*

Der Body-Mass-Index wurde anhand der eigenen Angaben zur Höhe und Gewicht von Schülerinnen und Schüler berechnet. Die Berechnung von Body-Mass-Index erfolgte in der üblichen Form (WHO 2000). In die weitere Regressionsanalyse ist die unabhängige Variable als eine stetige Variable eingeschlossen.

➤ *Faktor „ungesunde“ Ernährungsweisen*

Der Faktor „*ungesunden*“ Ernährungsweisen wurden bei den Schülerinnen und Schüler generiert anhand der Frage:

„*Wie oft konsumierst du folgende Nahrungsmittel?*“

1. Item: *Fleisch*
2. Item: *Milchprodukte*
3. Item: *Fisch*
4. Item: *Obst und Gemüse*
5. Item: *Süßigkeiten*
6. Item: *Softdrinks*
7. Item: *Chips*
8. Item: *Wasser*
9. Item: *Fastfood*“

Die 4-stufigen Antwortkategorien von *täglich*, *mehrmals pro Woche*, *1 - 4mal pro Monat* und *sehr selten oder nie* erfassen den Konsum der abgefragten Nahrungsmittel. Aus den neun Items wurden die Items zu „*ungesunden*“ Ernährungsweisen ausgewählt und daraus mittels Faktorenanalyse ein Faktor gebildet und mittels der *Reliabi-*

litätsanalyse auf seine interne Konsistenz geprüft. Die Ergebnisse der Faktorenanalyse sowie der Reliabilitätsanalyse werden in den *Ergebnissen der Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse* dargestellt. Als eine stetige unabhängige Variable wurde der Faktor „*ungesunde*“ Ernährungsweisen in die Regressionsanalyse aufgenommen.

➤ *Faktor Alkoholkonsum*

Der Faktor Alkoholkonsum wurde anhand der Angaben zur selbsteingeschätzten Häufigkeit des Alkoholkonsums von Schülerinnen und Schülern mittels der drei folgenden Items abgefragt:

1. Item: „*Wie oft nimmst du alkoholische Getränke zu dir?*“
2. Item: „*Wie viele Drinks trinkst du an einem Abend, an dem du alkoholische Getränke konsumierst?*“
3. Item: „*Wie häufig trinkst du 6 oder mehr Standarddrinks zu einem einzigen Anlass?*“

Jedes Item besitzt eine eigene Skala mit Werten von 1 bis 5 oder 1 bis 6, die die Häufigkeit des Alkoholkonsums von *keinen* bis hin zu *öfter* erfassen. Auch dieser Faktor des Alkoholkonsums wurde mittels der Faktorenanalyse gebildet und mittels der Reliabilitätsanalyse geprüft und wird in den *Ergebnissen der Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse* dargestellt. Der *Faktor Alkoholkonsum* wird in die Regressionsanalyse als eine stetige unabhängige Variable übernommen.

➤ *Rauchverhalten*

Das Rauchverhalten von Schülerinnen und Schüler wurde erfasst durch die Frage:

„*Bist du Raucher/in?*“

1. Antwort: *Nein, ich bin Nichtraucher/in.*
2. Antwort: *Nein, ich habe aber früher geraucht.*
3. Antwort: *Ich bin Raucher/in.*“

Für die nachfolgende Regressionsanalyse wurde die unabhängige Variable Rauchverhalten dichotomisiert, und zwar:

1. Kategorie: *Raucher oder Ex-Raucher*
2. Kategorie: *Nie-Raucher*

Als Referenzkategorie für die weitere Analyse wurden die *Nie-Raucher* definiert.

➤ *Persönliche Drogenerfahrung*

Das Vorhandensein der persönlichen Drogenerfahrung wurde erfasst anhand der Frage:

„Hast du schon jemals in deinem Leben Drogen konsumiert (außer Alkohol und Zigaretten)?“

1. Antwort: *ja*
2. Antwort: *nein*

Als Referenzkategorie für die weitere Analyse gilt die Antwortkategorie *nein*.

➤ *Faktor körperliche Aktivität*

Der Faktor körperliche Aktivität basiert auf den Angaben der Häufigkeit der körperlichen Aktivität von Schülerinnen und Schülern und wurde mittels vier Items abgefragt:

1. Item: *„Wie wichtig ist es für dich eine gute sportliche Kondition zu haben?“*
2. Item: *„Wie schätzt du deine körperliche Kondition ein?“*
3. Item: *„Wie oft übst du in einer normalen Woche körperliche Aktivitäten aus, die mindestens 20 Minuten dauern?“*
4. Item: *„Wie viele Stunden wöchentlich verbringst du insgesamt mit körperlichen Aktivitäten?“*

Jedes Item besitzt eine eigene Skala mit Werten von 1 bis 4 oder 1 bis 5, die die Häufigkeit der körperlichen Aktivität von *öfter* bis zu *sehr selten* erfassen. Der *Faktor der körperlichen Aktivität* wird in die Regressionsanalyse als eine stetige unabhängige Variable übernommen.

„Push- und Pull-Faktoren der Migration“

➤ Faktor ökonomische „Pull-Faktoren“

Der Faktor ökonomische „Pull-Faktoren“, erfasst das Maß an persönlicher Zustimmung der Befragten zur Befürwortung des *Lebens im Ausland* aus der ökonomischen Perspektive. Es wurde somit eine persönliche Stellungnahme zur verschiedenen ökonomischen „Pull-Faktoren“ erhoben, die die Entscheidung zu migrieren bei den Schülerinnen und Schülern begünstigen können. Der Faktor ökonomische „Pull-Faktoren“ wurde anhand der Vorbildstudie von Mullet et al. (2000) zu „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ weiter entwickelt und an die slowakischen Jugendlichen angepasst. Diese Studie diente als Vorlage der weiterführenden eigenen Überlegungen zu der Bildung der Items zu den ökonomischen „Pull-Faktoren“. Der Faktor ökonomische „Pull-Faktoren“ wurde mittels folgender Frage erfasst:

„Im Folgenden findest du eine Reihe von Faktoren, die die menschliche Entscheidung ins Ausland auszureisen beeinflussen können. Bitte beurteile jeden Faktor danach, wie wichtig er dir persönlich ist und danach, *wie er deine persönliche Entscheidung ins Ausland auszureisen beeinflussen kann.*

1. Item: *Im Ausland ist ein höheres Einkommen erzielbar als in der Slowakei.*
2. Item: *Im Ausland gibt es bessere Arbeitsmöglichkeiten als in der Slowakei.*
3. Item: *Im Ausland gibt es bessere Arbeitsbedingungen als in der Slowakei.*
4. Item: *Im Ausland gibt es bessere Möglichkeiten für das Studium als in der Slowakei.*
5. Item: *Ausländische Zeugnisse haben eine höhere Anerkennung als slowakische.*
6. Item: *Im Ausland existiert ein höherer Lebensstandard als in der Slowakei.*
7. Item: *Ich kann mich im Ausland besser Selbstverwirklichen.“*

Jedes Item besitzt eine 7-stellige Skala mit Werten von *stimme voll zu* bis *stimme überhaupt nicht zu*. Der Faktor ökonomische „Pull-Faktoren“ wurde als eine stetige unabhängige Variable in das Regressionsmodell übernommen.

➤ Faktor ökonomische „Push-Faktoren“

Der Faktor ökonomische „Push-Faktoren“ stellt den Gegensatz zum Faktor ökonomische „Pull-Faktoren“ dar. Ähnlich wie beim Faktor ökonomische „Pull-Faktoren“, aber in umgekehrter Form, erfasst er das Maß an persönlicher Zustimmung der Befragten zur Befürwortung des *Lebens im Heimatland* aus der ökonomischen Perspektive. Mittels des Faktors ökonomische „Push-Faktoren“ wurde die persönliche Stellungnahme zur verschiedenen ökonomischen „Push-Faktoren“ erhoben, die die Entscheidung im Heimatland zu bleiben bei den Schülerinnen und Schülern begünstigen können. Der Faktor ökonomische „Push-Faktoren“ wurde anhand der Vorbildstudie von Mullet et al. (2000) zu „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ entwickelt und an die slowakischen Jugendlichen angepasst. Bei diesem Faktor diente diese Studie als Vorlage für die weiterführenden eigenen Überlegungen zur Bildung von Items zu den ökonomischen „Push-Faktoren“. Der Faktor ökonomische „Push-Faktoren“ wurde mittels folgender Frage erfasst:

„Im Folgenden findest du eine Reihe von Faktoren, die die menschliche Entscheidung im Heimatland zu bleiben beeinflussen können. Bitte beurteile jeden Faktor danach, wie wichtig er dir persönlich ist, und danach, *wie er deine persönliche Entscheidung nicht ins Ausland auszureisen und in der Slowakei zu bleiben beeinflussen kann.*“

1. Item: *Einkommen in der Slowakei ist ausreichend.*
2. Item: *In der Slowakei gibt es genug Arbeitsmöglichkeiten.*
3. Item: *Arbeitsbedingungen in der Slowakei sind zufriedenstellend.*
4. Item: *Qualität des Studiums in der Slowakei ist hoch.*
5. Item: *Slowakische Zeugnisse sind anerkannt und sehr gut.*
6. Item: *Lebensstandard in der Slowakei ist ausreichend.*
7. Item: *Das Leben in der Slowakei ist für mich leichter als im Ausland.“*

Die Items besitzen eine eigene 7-stellige Skala mit Werten von *stimme voll zu* bis *stimme überhaupt nicht zu*. Der Faktor ökonomische „Push-Faktoren“ wurde als eine stetige unabhängige Variable in die Regressionsanalyse übernommen. Seine innere Konsistenz wurde mittels der Reliabilitätsanalyse geprüft und in den *Ergebnissen der Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse* dargestellt.

➤ Faktor gesellschaftliche „Push-Faktoren“

Der Faktor gesellschaftliche „Push-Faktoren“ ermittelt das Maß an Verbundenheit der Befragten mit ihrem Heimatland - der Slowakei aus der gesellschaftlichen Perspektive. Es wurde die persönliche Stellungnahme der Befragten zu den verschiedenen gesellschaftlichen „Push-Faktoren“ ermittelt, die die Schülerinnen und Schüler im Heimatland festhalten und an es binden. Auch der Faktor gesellschaftliche „Push-Faktoren“ wurde mittels der Vorbildstudie von Mullet et al. (2000) zu „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ weiter entwickelt und an die slowakischen Jugendlichen angepasst. Auch bei diesem Faktor, diente diese Studie als Vorlage für die weiterführenden eigenen Überlegungen zur Bildung von Items zu den gesellschaftlichen „Push-Faktoren“. Der Faktor gesellschaftliche „Push-Faktoren“ wurde mittels folgender Frage erfasst:

„Im Folgenden findest du eine Reihe von Faktoren, die die menschliche Entscheidung im Heimatland zu bleiben beeinflussen können. Bitte beurteile jeden Faktor danach, wie wichtig er dir persönlich ist, und danach, *wie er deine persönliche Entscheidung nicht ins Ausland auszureisen und in der Slowakei zu bleiben beeinflussen kann.*

1. Item: *In der Slowakei lebt meine gesamte Familie, Bekannte und Freunde.*
2. Item: *Ich bin mit der slowakischen Sprache und Kultur eng verbunden.*
3. Item: *In der Slowakei bin ich in der Gesellschaft akzeptiert.“*

Alle drei Items haben eine 7-stellige Skala mit Werten von *stimme voll zu* bis *stimme überhaupt nicht zu*. Der Faktor gesellschaftliche „Push-Faktoren“ wurde als eine stetige unabhängige Variable in die Regressionsanalyse übernommen. Seine innere Konsistenz wurde mittels der Reliabilitätsanalyse geprüft und in den *Ergebnissen der Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse* dargestellt.

➤ Score Fremdsprachenkenntnisse

Durch die Score Fremdsprachenkenntnisse wurden die Fremdsprachenkenntnisse durch die befragten Schülerinnen und Schüler bewertet. Diese Score gehört zu den bekannten gesellschaftlichen „Push-Faktoren“, das die potenziellen Migranten im Heimatland festhält, wenn die Fremdsprachenkenntnisse für das Leben im Ausland

als nicht ausreichend bewertet werden. Er lässt sich aber auch umgekehrt auf die Migrationsentscheidung beziehen. Die Score Fremdsprachenkenntnisse wurde mittels der schon erwähnten Frage zu den *ökonomischen* sowie auch *gesellschaftlichen* „*Push-Faktoren*“ ermittelt und anhand der persönlichen Zustimmung zu folgenden Items verarbeitet:

„Im Folgenden findest du eine Reihe von Faktoren, die die menschliche Entscheidung im Heimatland zu bleiben beeinflussen können. Bitte beurteile jeden Faktor danach, wie wichtig er dir persönlich ist, und danach, *wie er deine persönliche Entscheidung nicht ins Ausland auszureisen und in der Slowakei zu bleiben beeinflussen kann.*

1. Item: *Meine Fremdsprachenkenntnisse sind nicht ausreichend.*“

Auch dieses Item wurde mittels einer 7-stellige Skala mit Werten von *stimme voll zu* bis *stimme überhaupt nicht zu* erfasst. Die Score Fremdsprachenkenntnisse wurde ohne Änderungen als eine stetige unabhängige Variable in die Regressionsanalyse übernommen.

➤ *Gesellschaftliche „Pull-Faktoren“*

Zu den untersuchten *gesellschaftlichen „Pull-Faktoren“* gehören in dieser Untersuchung zwei kategoriale unabhängige Variablen, die bei den potenziellen Migranten die Migrationsentscheidung begünstigen können. Zu den untersuchten *gesellschaftlichen „Pull-Faktoren“* gehören die *Familie und Freunde im Ausland* und *Auslandserfahrungen der Befragten*. Wobei das Vorhandensein der Familie und Freunde im Ausland sowie auch persönliche Auslandserfahrung der Befragten für die in der Migrationsforschung untersuchten sozialen Netzwerke im Ausland stehen (Choldin 1973, Hugo 1981, Kritz 1992, Tilly 1990, Faist 2007, Massey 1993, Han 2000, Haug 2000, Treibel 2003).

a) *Familie und Freunde im Ausland*

Das Vorhandensein der Familie oder Freunde im Ausland wurde mittels folgender Frage ermittelt:

„*Hast du Familienmitglieder oder Freunde, die im Ausland leben?*“

1. Antwort: *ja*
2. Antwort: *nein*“

Diese unabhängige Variable wurde ohne Änderungen als eine kategoriale Variable in das Regressionsmodell übernommen. Wobei die Antwortmöglichkeit *nein* die Referenzkategorie bildet.

b) *Auslandserfahrung der Befragten*

Das Vorhandensein der persönlichen Auslandserfahrung der Befragten wurde mittels folgender Frage ermittelt:

„*Hast du eigene Erfahrungen mit dem Leben im Ausland?*“

1. Antwort: *ja*
2. Antwort: *nein*“

Auch diese unabhängige Variable der *gesellschaftlichen „Pull-Faktoren“* wurde ohne Änderungen als eine kategoriale Variable in das Regressionsmodell übernommen. Wobei die Antwortmöglichkeit *nein* die Referenzkategorie bildet.

4.7 Statistische Vorgehensweisen

Die statistischen Vorgehensweisen wurden in dieser Untersuchung getrennt für die Studienpopulation in der „*Baseline*“ Befragung und in der „*first Follow-up*“ Befragung angewandt, wobei es sich in beiden Befragungen um dieselben statistischen Vorgehensweisen handelt. Es wurden statistische Vorgehensweisen der Faktorenanalyse, Reliabilitätsanalyse, univariablen und multivariablen Regressionsanalyse angewandt. Im Rahmen der Datenbearbeitung und Datenanalyse wurde auf das Statistikprogramm SPSS 17 *Statistical Package for the Social Sciences*, wie auch auf das Buch von Janssen & Laatz (2007) zur SPSS Anwendung zurückgegriffen.

4.7.1 Deskriptive Analyse

Mittels der deskriptiven Analyse wird die Studienpopulation in der „*Baseline*“ Befragung und „*first Follow-up*“ Befragung gesamt und getrennt nach geschlechtsspezifischen Unterschieden hinsichtlich der abhängigen Variablen (Migrationswunsch t_0 und Migrationsstatus t_1) und mehreren ausgewählten unabhängigen Variablen – wie Alter der Befragten, Schultyp, Familientyp, Geschwisterzahl sowie Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern beschrieben. Die deskriptive Beschreibung erfolgt mittels tabellarischer Darstellung von Häufigkeiten, Mittelwerten und prozentualen Anteilen.

4.7.2 Univariable Regressionsanalyse

Die univariable Regressionsanalyse wurde in der „*Baseline*“ Befragung mittels der *multinomialen logistischen Regressionsanalyse* durchgeführt. Diese Regressionsanalyse eignet sich für die Untersuchung der Assoziation zwischen unabhängigen Variablen und einer kategorialen abhängigen Variable mit mehr als zwei Ausprägungen, was bei dem Migrationswunsch t_0 der Fall ist. In der univariablen Regressionsanalyse der „*first Follow-up*“ Befragung wurde eine *binäre logistische Regressionsanalyse* durchgeführt, wobei der Migrationsstatus t_1 eine abhängige Variable mit zwei Ausprägungen ist.

Mittels Odds Ratio (OR) wurde die Assoziation von einzelnen unabhängigen Variablen mit der jeweiligen abhängigen Variable geschätzt (Backhaus et al. 2006). Die Odds Ratios werden auf dem Signifikanzniveau $p \leq 0,05$ interpretiert.

Aus der univariablen Regressionsanalyse der „*Baseline*“ Befragung wurden in die weiterführende multivariable Regressionsanalyse alle unabhängigen Variablen eingeschlossen. Die erreichte Stichprobengröße in der „*Baseline*“ Befragung ermöglicht die Untersuchung von bis zu 30 unabhängigen Variablen in einem multivariablen Regressionsmodell (vgl. Kap. 4.3). Im Vergleich zu der multivariablen Regressionsanalyse in der „*Baseline*“ Befragung wurden in die multivariable Regressionsanalyse in der „*first Follow-up*“ Befragung lediglich nur die in der univariablen Regressionsanalyse signifikanten unabhängigen Variablen zusammen mit möglichen Confounder Variablen (Geschlecht, Bildung der Befragten) eingeschlossen. Zu den ausgewählten unabhängigen Variablen gehören in der univariablen Regressionsanalyse signifikante unabhängigen Variablen sowie die dem Signifikanzniveau ($p \leq 0,05$) am nächststehenden unabhängigen Variablen. Weil die erreichte Fallzahlgröße in der „*first Follow-up*“ Befragung geringer ausfällt als in der „*Baseline*“ Befragung, werden in die multivariable Regressionsanalyse in der „*first Follow-up*“ Befragung lediglich maximal fünf unabhängige Variablen pro jede untersuchte Gruppe von unabhängigen Variablen eingeschlossen.

4.7.3 Multivariable Regressionsanalyse

Die multivariable Regressionsanalyse wurde in der „*Baseline*“ Befragung mittels der *multinomialen logistischen Regressionsanalyse* und in der „*first Follow-up*“ Befragung mittels der *binären logistischen Regressionsanalyse* durchgeführt. Die multivariable Regressionsanalyse überprüft, ob zwischen den jeweiligen abhängigen Variablen – *Migrationswunsch* t_0 oder *Migrationsstatus* t_1 und gleichzeitig mehreren unabhängigen Variablen eine bedeutsame Assoziation besteht (Backhaus et al. 2006). Dazu wurden jeweils multivariable Regressionsmodelle - in der „*Baseline*“ Befragung und „*first Follow-up*“ Befragung spezifiziert, in die die unabhängigen Variablen in die multivariable Regressionsanalyse eingeführt werden. Die Regressionsmodelle unterschieden sich hinsichtlich der untersuchten abhängigen Variablen – *Migrationswunsch* t_0 in der „*Baseline*“ Befragung und *Migrationsstatus* t_1 in der „*first Follow-up*“ Befragung.

Mit Hilfe der Odds Ratio (OR) wurde das Chancenverhältnis der Zugehörigkeit zu einer Kategorie der abhängigen Variable in Assoziation zur unabhängigen Variable

geschätzt. Die Interpretation der bedeutsamen signifikanten Assoziationen erfolgt auf dem Signifikanzniveau $p \leq 0,05$ der ermittelten Odds Ratio.

4.7.4 Faktorenanalyse

Die Faktorenanalyse wurde im Rahmen dieser Untersuchung zur Reduktion der Anzahl – von unabhängigen Variablengruppen angewandt. Zusätzlich werden damit die einzelnen Konzepte valider erfasst, woraus sich eine bessere Datenqualität ergibt. Die Faktorenanalyse gibt an, wie viel Prozent der jeweilige Faktor an Erklärungsanteil im Bezug auf alle eingeschlossenen Items besitzt. Der Erklärungsanteil wurde tabellarisch dargestellt als *erklärte Varianz* in Prozent. Die Faktorenanalyse wurde mittels der *explorativen Hauptachsen-Faktorenanalyse - Principal Axis Factor Analysis* und Rotationsmethode *Varimax mit Kaiser-Normalisierung* durchgeführt. Es wurden lediglich Faktoren extrahiert, mit Eigenwert > 1 . Die Faktorenwerte für einzelne Studienteilnehmer wurden mittels der *Anderson-Rubin-Methode* bestimmt. Die *Anderson-Rubin-Methode* schätzt Werte mit einer Standardabweichung von 1 und Mittelwert von 0 (z-standardisierte Werte). In die einzelnen Faktoren wurden nur die Items eingeschlossen, bei den Faktorladungen Werte $> 0,500$ erreicht haben. Nach Backhaus et al. (2006) gelten erst Werte höher als 0,500 als akzeptabel für den jeweiligen Faktor. Die Ergebnisse der durchgeführten Faktorenanalyse werden in dem Kapitel *Ergebnisse der Faktorenanalyse* und *Reliabilitätsanalyse* detailliert vorgestellt.

4.7.5 Reliabilitätsanalyse

Bei den in der Faktorenanalyse gebildeten Faktoren wurde die interne Konsistenz der Items im Rahmen der *Reliabilitätsanalyse* getestet. Mittels des Cronbach's Alpha wurde das Maß der internen Konsistenz der Skalen ermittelt. Nach George & Mallery (2002) gilt Cronbach's Alpha $> 0,70$ als akzeptabel. Die Cronbach's Alpha Werte zwischen 0,60 bis 0,70 gelten nach George & Mallery (2002) als fragwürdig und darunter als schlecht. Trotzdem wurden in die durchgeführten Regressionsanalysen auch Faktoren aufgenommen, deren Cronbach's Alpha Werte in dem als *fragwürdig* geltenden Bereich liegen. Es ist für Faktoren, die auf der Basis von wenigen Items gebildet wurden nicht unüblich, dass sie niedrigere Cronbach's Alpha Werte erreichen. Aus diesem Grund wurden auch diese Faktoren beibehalten, weil sie für die Prob-

lemstellung in dieser Untersuchung als sinnvoll zu betrachten sind. Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse werden in den Ergebnissen der Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse detailliert dargestellt.

4.8 Datenschutz und ethische Prinzipien

Vor der Durchführung der *„Längsschnittstudie zur Gesundheit und Migrationswünschen / der erfolgten Migration von slowakischen Jugendlichen 2010 – 2011“* wurde eine Stellungnahme der multizentrischen Ethikkommission aus der Region Žilina (Slowakische Republik) eingeholt. Demnach wurde diese Studie unter Berücksichtigung der ethischen Prinzipien durchgeführt und beachtet die Menschenrechte der beteiligten Personen, d.h. es wurde das Recht des Einzelnen auf informationelle Selbstbestimmung respektiert. Die Beteiligten wurden im Vorfeld über die Studie, die Verwendung ihrer Daten sowie über ihr Recht zu Selbstbestimmung aufgeklärt. Die Speicherung, Auswertung, Weitergabe und Veröffentlichung von Daten wird nur nach der Anonymisierung vorgenommen. Die personenbezogenen Daten der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer wurden unkenntlich in den Datensatz eingespeist. Auch die E-Mail Adressen und die Einverständniserklärungen wurden vollkommen separat vom Datensatz erfasst und gespeichert. Somit besteht keine Möglichkeit die ausgefüllten Fragebögen einer bestimmten E-Mail Adresse und somit einer bestimmten Person zuzuordnen. Mit allen diesen Maßnahmen wurde die Anonymität der Befragten in der Studie sowie auch die Sicherheit der Daten gewahrt.

Kapitel 5

5 Ergebnisse

Die Ergebnisse der vorliegenden Dissertation teilen sich auf folgende vier Bereiche auf:

➤ **Ergebnisse zur Teilnahme an der Studie**

Die detaillierte Beschreibung der Teilnahme der Studienteilnehmer an der „*Baseline*“ Befragung sowie auch an der „*first Follow-up*“ Befragung wird in diesen Teil der Ergebnisse vorgestellt.

➤ **Ergebnisse der Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse**

In diesen Teil der Ergebnisse wird die Bildung der einzelnen Faktoren dargestellt. Außerdem werden die zufälligen Messfehler der gebildeten Faktoren mittels der Reliabilitätsanalyse bewertet.

➤ **Ergebnisse der „*Baseline*“ Befragung**

Die Ergebnisse aus der „*Baseline*“ Befragung beruhen auf persönlich erhobenen Querschnittsdaten der slowakischen Schülerinnen und Schüler. Die univariable und multivariable regressionsanalytische Untersuchung stützt sich auf die Untersuchung der Assoziation zwischen dem Migrationswunsch t_0 und mehreren unabhängigen Variablen.

➤ **Ergebnisse der „*first Follow-up*“ Befragung**

Die Ergebnisse der „*first Follow-up*“ Befragung basieren auf den verknüpften Daten der ersten und zweiten Erhebung nach einjährigem Zeitraum. Während der „*Baseline*“ Befragung erhobene Daten zu individuellen Merkmalen, Familienmerkmalen, Merkmalen der Gesundheit und Gesundheitsverhalten und „*Push-* und *Pull-Faktoren der Migration*“ wurden auf ihre Assoziation zum Migrationsstatus t_1 geprüft.

5.1 Ergebnisse zur Teilnahme an der Studie

Gesundheitswissenschaftliche Studien, insbesondere die, die mittels Fragebogen erhoben wurden, sind sehr oft mit dem Problem konfrontiert, dass sie die angestrebte Stichprobengröße nicht vollständig erreichen können. Es können dazu verschiedene Gründe beitragen, wie z.B. Teilnahmeverweigerung, Krankheit oder Abwesenheit, was oft der Fall bei den Studien ist, die in der schulischen Umgebung durchgeführt werden. Deswegen muss im Rahmen jeder Studie die Frage nach der Güte (Qualität) und Aussagekraft der gezogenen Stichprobe und damit auch der Validität der Ergebnisse gestellt werden.

Als wichtiges Maß für die Güte der erreichten Stichprobe und damit der Validität der Ergebnisse gilt der Ausschöpfungsgrad. Er gibt an, wie viel Prozent der potenziellen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer tatsächlich an der Erhebung erfolgreich teilgenommen haben. Es gilt: je mehr Studienteilnehmer von der ausgewählten Stichprobe erreicht werden können, desto größer ist die Güte der erreichten Stichprobe und somit auch der gewonnenen Ergebnisse. Als ein zufriedenstellender Ausschöpfungsgrad gilt 70 Prozent (Geyer 2003). Wenn dieser Wert kleiner ausfällt, ist die Qualität der so gewonnenen Ergebnisse kritischer zu hinterfragen.

Wie die Tabelle 1 zeigt, konnte bei der ersten Befragung „*Baseline*“ in den zwei slowakischen Städten eine Studienpopulation mit maximal 1 310 Schülerinnen und Schülern¹⁵, die sich in der Abschlussjahrgang ihrer Mittelschule befanden an allen Schultypen erreicht werden. Schließlich haben an der ersten Datenerhebung erfolgreich 986 Schülerinnen und Schüler teilgenommen. Somit wurde in der Studie ein Ausschöpfungsgrad von 75,3 Prozent erreicht. Betrachtet man die unterschiedlichen Schultypen einzeln, liegt bei keiner Mittelschule der Ausschöpfungsgrad unter 70 Prozent (vgl. Tab. 1).

Auf Grundlage der in der „*Baseline*“ Befragung erreichten Stichprobe bzw. den aus ihr folgenden Daten können für die slowakischen Schülerinnen und Schüler in der Abschlussphase der Mittelschule aussagekräftige Aussagen getroffen werden.

¹⁵ Diese Anzahl ergibt die tatsächliche Anzahl der Schülerinnen und Schüler in dem Abschlussjahrgang der Mittelschule in den Städten Martin und Turčianske Teplice, die bei der Datenerhebung erreicht werden könnten.

Tabelle 1 Ausschöpfungsgrad der erreichten Stichprobe „Baseline“ Befragung

Schultyp	Anzahl der SchülerInnen	Erreichte Stichprobe	Ausschöpfungsgrad erste Befragung
Gymnasium	483	342	70,8 %
Mittelschule mit Abitur	473	379	80,1 %
Mittelschule ohne Abitur	354	265	74,9 %
Gesamt	1 310	986	75,3 %

Quelle: eigene Darstellung

Mit Hilfe der im Laufe der „Baseline“ Befragung gesammelten E-Mail-Adressen von Schülerinnen und Schülern, konnten in der zweiten Befragung insgesamt 986 Studienteilnehmer erreicht werden. Letztendlich haben an der zweiten Datenerhebung 372 Jugendlichen teilgenommen. Somit liegt der erreichte Ausschöpfungsgrad bei dem „first Follow-up“ Befragung bei 37,7 Prozent (vgl. Tab. 2). Bedenkt man die niedrigen Teilnahmen an Online-Befragungen sind die in der zweiten Befragung erreichten rund 40 Prozent der ursprünglichen Studienteilnehmer ein sehr gutes Ergebnis.

Tabelle 2 Ausschöpfungsgrad der erreichten Stichprobe „first Follow-up“ Befragung

Schultyp	Stichprobe „Baseline“	Erreichte Stichprobe in „first Follow-up“	Ausschöpfungsgrad zweite Befragung
Gymnasium	342	134	39,2 %
Mittelschule mit Abitur	379	164	43,3 %
Mittelschule ohne Abitur	265	74	27,9 %
Gesamt	986	372	37,7 %

Quelle: eigene Darstellung

5.2 Ergebnisse der Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse

Um die anvisierten Fragestellungen untersuchen zu können, musste eine Vielzahl von unabhängigen Variablen berücksichtigt werden, die das menschliche Verhalten und allgemeine soziale Phänomene erfassen können. Die wissenschaftlichen Untersuchungen sind allerdings oft mit dem Problem konfrontiert, dass je größer die Anzahl der untersuchten Erklärungsvariablen ist, um so weniger ist gesichert, dass sie alle zur Klärung der Assoziation notwendig und tatsächlich voneinander unabhängig sind (Backhaus et al. 2006).

Auch im Rahmen dieser Untersuchung wurde eine Vielzahl von Erklärungsvariablen erhoben, die zur Klärung der Fragestellungen herangezogen wurden. Mittels der Faktorenanalyse wurden einzelne Variablen zusammengefasst. Zur Messung der Zuverlässigkeit, der durch die Faktorenanalyse gewonnenen Faktorenvariablen, wurde die Reliabilitätsanalyse herangezogen. Die Reliabilitätsanalyse spiegelt den Grad wieder, mit dem die Faktorenvariablen frei von zufälligen Messfehlern sind. Durch diese Vorgehensweise wurde die Vielzahl von erhobenen Variablen reduziert. Im folgenden werden die Ergebnisse der durchgeführten Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse dargestellt.

5.2.1 Merkmale der Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Faktor subjektive psychosomatische Beschwerden

Der Faktor subjektive psychosomatische Beschwerden wurde auf der Grundlage der Selbsteinschätzung der Häufigkeit von verschiedenen psychosomatischen Beschwerden gebildet. Mittels der Faktorenanalyse wurden alle neun Items geprüft und ergaben einen Faktor. Bei den Faktorladungen ergaben von den überprüften neun Items jedoch nur vier Items Faktorladungen über 0,500. Es handelte sich dabei um die Items Müdigkeit, Nervosität, Schlafstörungen und Depression, die in den Faktor subjektive psychosomatische Beschwerden eingeschlossen wurden. Die Faktorladungen mit Werten zwischen 0,534 und 0,669 mit dem Anteil der erklärten Varianz mit rund 52,8 Prozent gelten als zufriedenstellendes Niveau. Durch die Reliabilitätsanalyse wurde der zufällige Messfehler des Faktors subjektive psychosomatische Beschwerden gemessen. Der erreichte Cronbach's Alpha Wert von 0,70 gilt als zufriedenstellend (George & Mallery 2002) (vgl. Tab. 3).

Tabelle 3 Skalenbildung *Faktor subjektive psychosomatische Beschwerden*

Item	Faktor- und Reliabilitätsanalyse		
	Faktorladungen	erklärte Varianz in %	Cronbach's Alpha
Müdigkeit	0,563	52,76	0,70
Nervosität	0,669		
Schlafstörungen	0,534		
Depression	0,668		

Explorative Hauptachsenfaktorenanalyse (Principal Axis Factor Analysis), Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung

Quelle: eigene Darstellung

Faktor „ungesunde“ Ernährungsweisen

Der Faktor „ungesunde“ Ernährungsweisen wurde auf der Basis der Angaben der Schülerinnen und Schüler zur Häufigkeit des Konsums von ausgewählten Nahrungsmitteln gebildet. Um die „ungesunden“ Ernährungsweisen bei den slowakischen Jugendlichen messen zu können, wurden gezielt die Items Süßgetränke, Chips und Fastfood ausgewählt. Diese ergaben bei der Faktorenanalyse einen Faktor und bei den Faktorladungen Werte über 0,500. Die Faktorladungen mit Werten zwischen 0,534 und 0,750 und mit dem Anteil der erklärten Varianz mit rund 57,8 Prozent gelten als zufriedenstellendes Niveau. Durch die Reliabilitätsanalyse wurde die interne Konsistenz des Faktors „ungesunde“ Ernährungsweisen ermittelt und ergab den Cronbach's Alpha Wert von 0,62¹⁶ (vgl. Tab. 4).

¹⁶ Nach George & Mallery (2002) gelten Cronbach's Alpha Werte zwischen 0,60 und 0,70 als fragwürdig. Trotzdem werden in die Regressionsanalyse auch Faktoren eingeschlossen, deren Cronbach's Alpha Werte als fragwürdig gelten. Für die Faktoren, die auf der Basis von wenigen Items gebildet wurden, ist es nicht unüblich, dass sie niedrigere Cronbach's Alpha Werte aufweisen. Weil sie für die Problemstellung in dieser Untersuchung als relevant zu betrachten sind, wurden sie beibehalten.

Tabelle 4 Skalenbildung *Faktor „ungesunde“ Ernährungsweisen*

Item	Faktor- und Reliabilitätsanalyse		
	Faktorladungen	erklärte Varianz in %	Cronbach's Alpha
Süßgetränke	0,534		
Chips	0,750	57,83	0,62
Fastfood	0,544		

Explorative Hauptachsenfaktorenanalyse (Principal Axis Factor Analysis), Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung

Quelle: eigene Darstellung

Faktor Alkoholkonsum

Der Faktor Alkoholkonsum wurde anhand von drei Fragen zur selbsteingeschätzten Häufigkeit des Alkoholkonsums von Schülerinnen und Schüler ermittelt. Anhand der Faktorenanalyse ergaben die drei gestellten Fragen einen Faktor. Jede eingeschlossene Frage ergab Faktorladungen mit Werten über 0,500 mit Werten zwischen 0,708 und 0,925. Der Anteil der erklärten Varianz lag bei rund 76,0 Prozent, was als zufriedenstellendes Niveau gilt. Durch die Reliabilitätsanalyse wurde der zufällige Messfehler des Faktors Alkoholkonsum gemessen. Der erzielte Cronbach's Alpha Wert von 0,82 gilt als zufriedenstellend (vgl. Tab. 5).

Tabelle 5 Skalenbildung *Faktor Alkoholkonsum*

Item	Faktor- und Reliabilitätsanalyse		
	Faktorladungen	erklärte Varianz in %	Cronbach's Alpha
Wie oft konsumierst du alkoholische Getränke?	0,708		
Wie viele Drinks trinkst du an einem Abend, an dem du alkoholische Getränke konsumierst?	0,772	75,98	0,82
Wie häufig trinkst du 6 oder mehr Standarddrinks zu einem einzigen Anlass?	0,925		

Explorative Hauptachsenfaktorenanalyse (Principal Axis Factor Analysis), Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung

Quelle: eigene Darstellung

Faktor körperliche Aktivität

Der Faktor körperliche Aktivität basiert auf den Angaben der Häufigkeit der körperlichen Aktivität von Schülerinnen und Schülern. Alle vier in der Faktorenanalyse untersuchten Items ergaben einen Faktor, mit Faktorladungen über 0,500. Die Faktorladungen lagen zwischen den Werten 0,502 bis 0,769 und der Anteil der erklärten Varianz bei rund 53,36 Prozent. Diese Werte liegen im zufriedenstellenden Bereich. Durch die Reliabilitätsanalyse wurde der zufällige Messfehler des Faktors körperliche Aktivität gemessen und auf den Cronbach's Alpha Wert von 0,60¹⁵ geschätzt. Dieses Niveau gilt als fragwürdig, aber dieser Faktor wurde trotzdem beibehalten (vgl. Tab. 6).

Tabelle 6 Skalenbildung *Faktor körperliche Aktivität*

Item	Faktor- und Reliabilitätsanalyse		
	Faktorladungen	erklärte Varianz in %	Cronbach's Alpha
Wie wichtig ist es für dich eine gute sportliche Kondition zu haben?	0,502		
Wie schätzt du deine körperliche Kondition ein?	0,592		
Wie oft übst du in einer normalen Woche körperliche Aktivitäten aus, die mindestens 20 Minuten dauern?	0,769	53,36	0,60
Wie viele Stunden wöchentlich verbringst du insgesamt mit körperlichen Aktivitäten?	0,597		

Explorative Hauptachsenfaktorenanalyse (Principal Axis Factor Analysis), Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung

Quelle: eigene Darstellung

5.2.2 „Push- und Pull-Faktoren der Migration“

Faktor ökonomische „Pull-Faktoren“

Der Faktor *ökonomische „Pull-Faktoren“* richtet sich auf die persönliche Stellungnahme der Befragten zur Befürwortung des Lebens im Ausland aus der ökonomischen Sicht. Dadurch wurde die persönliche Stellungnahme zu *ökonomischen „Pull-Faktoren“* erhoben, die die Entscheidung zu migrieren bei den Schülerinnen und Schülern begünstigen. Die sieben untersuchten Items ergaben anhand der Faktorenanalyse einen Faktor, mit Faktorladungen über 0,500. Die Faktorladungen lagen zwischen den Werten 0,513 bis 0,754. Der Anteil der erklärten Varianz wurde auf rund 51,0 Prozent geschätzt. Diese Werte liegen im zufriedenstellenden Bereich. Die Reliabilitätsanalyse ermittelte die interne Konsistenz des *Faktor ökonomische „Pull-Faktoren“*. Der Cronbach's Alpha Wert wurde auf 0,82 geschätzt, was als zufriedenstellendes Niveau gilt (vgl. Tab. 7).

Tabelle 7 Skalenbildung *Faktor ökonomische „Pull-Faktoren“*

Item	Faktor- und Reliabilitätsanalyse		
	Faktorladungen	erklärte Varianz in %	Cronbach's Alpha
Im Ausland ist ein höheres Einkommen erzielbar als in der Slowakei.	0,646		
Im Ausland gibt es bessere Arbeitsmöglichkeiten als in der Slowakei.	0,754		
Im Ausland gibt es bessere Arbeitsbedingungen als in der Slowakei.	0,743		
Im Ausland gibt es bessere Möglichkeiten für das Studium als in der Slowakei.	0,581	51,14	0,82
Ausländische Zeugnisse haben eine höhere Anerkennung als slowakische.	0,513		
Im Ausland existiert ein höherer Lebensstandard als in der Slowakei.	0,732		
Ich kann mich im Ausland besser Selbstverwirklichen.	0,603		

Explorative Hauptachsenfaktorenanalyse (Principal Axis Factor Analysis), Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung

Quelle: eigene Darstellung

Faktor ökonomische „Push-Faktoren“

Der Faktor *ökonomische „Push-Faktoren“* stellt das Gegenteil zum Faktor *ökonomische „Pull-Faktoren“* dar. Die Items des Faktors richteten sich auf die persönliche Stellungnahme der Befragten zur ökonomischen Befürwortung des Lebens in der Slowakei. Somit wurde die persönliche Stellungnahme zu verschiedenen *ökonomischen „Push-Faktoren“* erhoben, die die Entscheidung nicht zu migrieren, sondern in der Slowakei zu bleiben bei den Jugendlichen begünstigen. Alle sieben Items ergaben anhand der Faktorenanalyse einen Faktor, aber nur sechs Items erreichten Faktorladungen über 0,500. Die Faktorladungen lagen zwischen den Werten 0,535 und 0,839. Der Anteil der erklärten Varianz lag bei rund 58,3 Prozent. Diese Werte liegen im zufriedenstellenden Bereich. Die Reliabilitätsanalyse schätzt den Cronbach's Alpha Wert auf 0,85, was als zufriedenstellend gilt (vgl. Tab. 8).

Tabelle 8 Skalenbildung *Faktor ökonomische „Push-Faktoren“*

Item	Faktor- und Reliabilitätsanalyse		
	Faktorladungen	erklärte Varianz in %	Cronbach's Alpha
Einkommen in der Slowakei ist ausreichend.	0,728		
In der Slowakei gibt es genug Arbeitsmöglichkeiten.	0,797		
Arbeitsbedingungen in der Slowakei sind zufriedenstellend.	0,839		
Qualität des Studiums in der Slowakei ist hoch.	0,555	58,28	0,85
Lebensstandard in der Slowakei ist ausreichend.	0,764		
Das Leben in der Slowakei ist für mich leichter als im Ausland.	0,535		

Explorative Hauptachsenfaktorenanalyse (Principal Axis Factor Analysis), Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung

Quelle: eigene Darstellung

Faktor gesellschaftliche „Push-Faktoren“

Der Faktor *gesellschaftliche „Push-Faktoren“* erfasst das Maß an persönlicher Verbundenheit der Befragten mit ihrem Heimatland - der Slowakei. Alle drei untersuchten Items ergaben in der Faktorenanalyse einen Faktor, mit Faktorladungen über 0,500. Die Faktorladungen lagen zwischen den Werten 0,517 und 0,712 und der Anteil der erklärten Varianz lag bei rund 56,8 Prozent. Diese Werte liegen im zufriedenstellenden Bereich. Durch die Reliabilitätsanalyse wurde die interne Konsistenz des Faktors *gesellschaftliche „Push-Faktoren“* ermittelt. Der Cronbach's Alpha Wert von 0,60¹⁵ gilt als fragwürdig, aber der Faktor wurde trotzdem für die weitere Analyse beibehalten (vgl. Tab. 9).

Tabelle 9 Skalenbildung *Faktor gesellschaftliche „Push-Faktoren“*

Item	Faktor- und Reliabilitätsanalyse		
	Faktorladungen	erklärte Varianz in %	Cronbach's Alpha
In der Slowakei lebt meine gesamte Familie, Bekannte und Freunde.	0,557		
Ich bin mit der slowakischen Sprache und Kultur eng verbunden.	0,712	56,80	0,60
In der Slowakei bin ich in der Gesellschaft akzeptiert.	0,517		

Explorative Hauptachsenfaktorenanalyse (Principal Axis Factor Analysis), Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung

Quelle: eigene Darstellung

5.3 Ergebnisse der „Baseline“ Befragung

5.3.1 Deskriptive Beschreibung der Studienpopulation

Durch die deskriptiven Ergebnisse wird die Verteilung der Studienpopulation in der ersten Befragung nach dem Migrationswunsch t_0 und mehreren grundlegenden soziodemografischen Variablen dargestellt. Die Studienpopulation in der „Baseline“ Befragung besteht aus insgesamt 986 Schülerinnen und Schüler, die in der Tabelle 10 gesamt und aufgeteilt nach Geschlecht abgebildet wurden.

Durch den *Migrationswunsch* t_0 wird die Studienpopulation auf drei Gruppen aufgeteilt: Schülerinnen und Schüler mit Migrationswunsch, die im Migrationswunsch unentschiedenen und die, ohne Migrationswunsch. Bei Betrachtung des Migrationswunsches zeigt sich, dass 32 Prozent der Schülerinnen und Schüler den Migrationswunsch besitzen. Im Gegensatz dazu haben 32 Prozent keinen Migrationswunsch, diese Schülerinnen und Schüler wünschen sich in der Slowakei zu bleiben. Die größte Gruppe knapp 36 Prozent bilden die in Migrationswunsch unentschiedenen Schülerinnen und Schüler.

Betrachtet man die geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Migrationswunsch, weisen die Schülerinnen ein häufigeres Vorhandensein des Migrationswunsches (35,5 Prozent) auf als die Schüler (27,6 Prozent). Die Schüler weisen wiederum eine häufigere Unentschiedenheit in Migrationswunsch auf, als die Schülerinnen. Fast gleich große Gruppen von Schülerinnen und Schüler besitzen keinen Migrationswunsch: 31,7 Prozent der Schülerinnen und 32,7 Prozent der Schüler besitzen demnach keinen Migrationswunsch.

Der Anteil der Schülerinnen ist in der Studienpopulation mit jeweils 56,3 Prozent vertreten. Die Schüler bilden in dieser Studienpopulation 43,7 Prozent. Das Durchschnittsalter der gesamten Studienpopulation liegt bei 19 Jahren.

Prozentual am häufigsten verteilen sich die Schülerinnen am Gymnasium (38,7 Prozent), während die Schüler am häufigsten eine Mittelschule mit Abitur (40,4 Prozent) besuchen (vgl. Tab. 10).

Tabelle 10 Deskription der Studienpopulation – „Baseline“ Befragung

<i>Deskription der Studienpopulation – „Baseline“ Befragung N = 986</i>						
<i>Variablen Kategorien</i>	<i>Schülerinnen</i>		<i>Schüler</i>		<i>Gesamt</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Migrationswunsch t₀</i>						
mit Migrationswunsch	197	35,5	119	27,6	316	32,0
unentschieden im Migrationswunsch	182	32,8	171	39,7	353	35,8
ohne Migrationswunsch	176	31,7	141	32,7	317	32,2
<i>Geschlecht</i>						
weiblich					555	56,3
männlich					431	43,7
<i>Alter der Befragten</i>						
im Mittelwert (S.D.)	19,2	(0,90)	19,3	(0,95)	19,3	(0,92)
<i>Mittelschule</i>						
Gymnasium	215	38,7	127	29,5	342	34,7
Mittelschule mit Abitur	205	36,9	174	40,4	379	38,4
Mittelschule ohne Abitur	135	24,3	130	30,2	265	26,9
<i>Familientyp</i>						
nicht vollständige Familie	101	18,2	83	19,3	184	18,7
vollständige Familie	452	81,6	347	80,5	799	81,1
Jugendheim	1	0,2	1	0,2	2	0,2
<i>Geschwisterzahl</i>						
Einzelkind	51	9,1	53	12,4	104	10,6
1 bis 2 Geschwister	419	75,5	339	79,0	758	77,3
mehr als 2 Geschwister	82	14,8	37	8,6	119	12,1
<i>Bildung der Eltern</i>						
nicht beide Eltern mit Abitur	222	41,5	157	37,5	379	39,7
beide Eltern mit Abitur	313	58,5	262	62,5	576	60,3
<i>Erwerbstätigkeit der Eltern</i>						
kein oder einer erwerbstätig	147	26,5	102	23,7	249	25,3
beide erwerbstätig	408	73,5	329	76,3	737	76,3

Quelle: eigene Darstellung

Bei Betrachtung des familiären Hintergrunds des Schülerinnen und Schüler zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. 81 Prozent der Schülerinnen und Schüler wachsen in einer vollständigen Familie auf, wo beide Elternteile gemeinsam in einem Haushalt leben.

Am häufigsten leben die Schülerinnen und Schüler in einer Familie gemeinsam mit 1 bis 2 Geschwistern. Ungefähr 10 Prozent der Schülerinnen und Schüler sind Einzelkinder.

Die Mehrzahl der Schülerinnen und Schüler (60,3 Prozent) haben Eltern, die beide mindestens eine Mittelschule mit Abitur abgeschlossen haben. Im Gegensatz dazu leben knapp 40 Prozent aller Schülerinnen und Schüler in einer Familie, wo mindestens ein Elternteil kein Abitur erreicht hat.

Bei Betrachtung der Erwerbstätigkeit der Eltern zeigt sich, dass ein Viertel der gesamten Studienpopulation (25,3 Prozent) mindestens einen Elternteil hat, der nicht erwerbstätig ist. Bei fast 75 Prozent aller Schülerinnen und Schüler sind beide Eltern erwerbstätig (vgl. Tab. 10).

5.3.2 Univariable Regressionsanalyse

Die univariable Regressionsanalyse untersucht die Assoziation zwischen dem Migrationswunsch und einzelnen unabhängigen Variablen. Bei Interpretation der Odds Ratio (OR) wurde als Referenzkategorie die Gruppe - *ohne Migrationswunsch* herangezogen.

Individuelle Merkmale

Von den individuellen Merkmalen stehen mit dem Migrationswunsch lediglich die Mittelschule und der Beziehungsstatus der Befragten in einer Assoziation. Bei dem Geschlecht konnten wir keine Assoziation mit dem Migrationswunsch beobachten.

Demnach haben Schülerinnen und Schülern eines *Gymnasiums* im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern einer Mittelschule ohne Abitur, eine um das 1,53-fache signifikant höhere Chance eher der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch.

Im Vergleich dazu haben Schülerinnen und Schülern einer *Mittelschule mit Abitur* eine lediglich um das 0,58-fache signifikant niedrigere Chance der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch.

Bei dem *Beziehungsstatus der Befragten* konnten wir folgendes beobachten: Schülerinnen und Schüler, die ein *Single-Leben* führen, haben im Vergleich zu den Schülerinnen und Schüler, die in einer Partnerschaft leben, eine um das 1,70-fache signifikant höhere Chance eher der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch.

Bei den im Migrationswunsch unentschiedenen Schülerinnen und Schülern vs. ohne Migrationswunsch lässt sich im Hinblick auf die individuellen Merkmale keine signifikante Assoziation beobachten (vgl. Tab. 11).

Tabelle 11 Univariable Regressionsanalyse – „Baseline“ Befragung

<i>Univariable Regressionsanalyse - abhängige Variable Migrationswunsch t_0 (Ref. „ohne Mw.“)</i>						
<i>unabhängige Variablen Kategorien</i>	<i>mit Mw.</i>		<i>un. Mw.</i>		<i>ohne Mw.</i>	
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>mit Mw.</i>	<i>un. Mw.</i>
	<i>Mean(S.D.)</i>	<i>Mean(S.D.)</i>	<i>Mean(S.D.)</i>	<i>Mean(S.D.)</i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>Odds Ratio</i>
Individuelle Merkmale:						
<i>Geschlecht</i>						
weiblich	197 (62,3)	182 (51,6)	176 (55,5)		1,33	0,85
männlich (Ref.)	119 (37,7)	171 (48,4)	141 (44,5)			
<i>Mittelschule der Befragten</i>						
Gymnasium	149 (47,2)	98 (27,8)	95 (29,9)		1,53*	0,78
Mittelschule mit Abitur	86 (27,2)	150 (42,5)	144 (45,3)		0,58**	0,78
Mittelschule ohne Abitur (Ref.)	81 (25,6)	105 (29,7)	79 (24,8)			
<i>Beziehungsstatus der Befragten</i>						
keine Partnerschaft	184 (58,4)	183 (51,8)	143 (45,3)		1,70***	1,30
im Partnerschaft (Ref.)	131 (41,6)	170 (48,2)	173 (54,7)			
Familienmerkmale:						
<i>Familientyp</i>						
nicht vollständige Familie	62 (19,7)	71 (20,1)	51 (16,1)		1,27	1,31
vollständige Familie (Ref.)	253 (80,3)	282 (79,9)	265 (83,9)			
<i>Bildung der Eltern</i>						
nicht beide Eltern mit Abitur	91 (29,7)	145 (43,0)	143 (45,8)		0,50***	0,89
beide Eltern mit Abitur (Ref.)	215 (70,3)	192 (57,0)	169 (54,2)			
<i>Erwerbstätigkeit der Eltern</i>						
kein oder einer Erwerbstätig	74 (23,4)	105 (29,7)	70 (22,0)		1,08	1,50*
beide Erwerbstätig (Ref.)	242 (76,6)	248 (70,3)	248 (78,0)			
<i>S ökonomische Situation der Familie</i>						
	7,55 (1,31)	7,28 (1,27)	7,44 (1,19)		1,08	0,91
Gesundheit und Gesundheitsverhalten:						
<i>F sub. psychosomatische Beschwerden</i>						
	0,10 (1,05)	-0,05 (1,02)	-0,07 (0,93)		1,17	1,01
<i>BMI</i>						
	21,53 (3,2)	22,14 (3,1)	21,94 (3,1)		0,96	1,02
<i>F „ungesunde“ Ernährungsweisen</i>						
	-0,08 (1,02)	0,07 (1,01)	0,01 (0,97)		0,92	1,06
<i>F Alkoholkonsum</i>						
	0,09 (1,02)	0,12 (0,97)	-0,20 (1,00)		1,35***	1,39***
<i>Rauchverhalten</i>						
Raucher oder Ex-Raucher	165 (52,2)	161 (45,6)	126 (39,6)		1,67**	1,28
Nie-Raucher (Ref.)	151 (47,8)	192 (54,4)	192 (60,4)			
<i>persönliche Drogenerfahrung</i>						
mit Drogenerfahrung	154 (48,7)	151 (42,8)	92 (28,9)		2,34***	1,84***
ohne Drogenerfahrung (Ref.)	162 (51,3)	202 (57,2)	226 (71,1)			
<i>F körperliche Aktivität</i>						
	0,03 (1,00)	-0,05 (1,03)	0,03 (0,97)		1,00	0,93
Push- und Pull-Faktoren der Migration:						
<i>F ökonomische „Pull-Faktoren“</i>						
	0,39 (0,71)	0,04 (0,83)	-0,43 (1,24)		2,78***	1,55***
<i>F ökonomische „Push-Faktoren“</i>						
	-0,41 (0,90)	-0,01 (0,94)	0,40 (0,99)		0,41***	0,66***
<i>F gesellschaftliche „Push-Faktoren“</i>						
	-0,42 (1,16)	0,10 (0,85)	0,32 (0,82)		0,44***	0,72***
<i>S Fremdsprachkenntnisse</i>						
	-0,41 (0,90)	-0,01 (0,94)	0,40 (0,99)		1,48***	1,12**
<i>gesellschaftliche „Pull-Faktoren“</i>						
<i>Auslanderfahrung der Befragten</i>						
vorhanden	181 (57,3)	133 (37,8)	112 (35,3)		2,45***	1,11
nicht vorhanden (Ref.)	135 (42,7)	219 (62,2)	205 (64,7)			
<i>Familie oder Freunde im Ausland</i>						
ja	258 (81,9)	272 (77,1)	224 (70,4)		1,90***	1,41
nein (Ref.)	57 (18,1)	81 (22,9)	94 (29,6)			

F - Faktor, S – Score, Symbol * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Quelle: eigene Darstellung

Familienmerkmale

Von den untersuchten Familienmerkmalen stehen die Bildung und die Erwerbstätigkeit der Eltern in einer Assoziation mit dem Migrationswunsch.

Die Schülerinnen und Schüler, deren Eltern ein niedrigeres Bildungsniveau (nicht beide Elternteile mit mindestens abgeschlossener Abitur) genießen, haben im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern deren Eltern eine höhere Bildung (beide Elternteile mit mindestens abgeschlossener Abitur) abgeschlossen haben, eine um das 0,50-fache signifikant niedrigere Chance der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch.

Die Schülerinnen und Schüler, von denen kein oder nur ein Elternteil erwerbstätig ist, haben im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern, deren beide Elternteile erwerbstätig sind, eine um das 1,50-fache signifikant höhere Chance der im Migrationswunsch unentschiedenen Gruppe anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch.

Bei den weiteren untersuchten Variablen konnten wir keine Assoziation auf das Vorhandensein des Migrationswunsches bei den Schülerinnen und Schülern beobachten (vgl. Tab. 11).

Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens

Mehrere Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens stehen in einer signifikanten Assoziation mit dem Vorhandensein des Migrationswunsches.

Mit steigendem *Alkoholkonsum*, steigt bei den Schülerinnen und Schülern signifikant auch die Chance eher der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch (OR= 1,35). Ähnliches lässt sich auch in der Gruppe der im Migrationswunsch unentschiedenen Schülerinnen und Schülern beobachten: mit steigendem Alkoholkonsum, steigt bei den Schülerinnen und Schülern auch die Chance eher der im Migrationswunsch unentschiedenen Gruppe anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch (OR= 1,39).

Beim *Rauchverhalten* lässt sich folgendes beobachten: Schülerinnen und Schüler, die bei der Befragung angegeben haben, dass sie Raucher oder Ex-Raucher sind, haben im Vergleich zu Nie-Raucher eine um das 1,67-fache signifikant höhere Chance eher der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch. Einfacher ausgedrückt: Schülerinnen und Schüler, die Raucher oder Ex-Raucher sind, gehören eher zu der Gruppe mit Migrationswunsch als zu der Gruppe ohne Migrationswunsch.

Weiterhin lässt sich feststellen, dass Schülerinnen und Schüler mit *Drogenerfahrung* im Vergleich zu den Schülerinnen und Schüler ohne Drogenerfahrung eine um das 2,34-fache signifikant höhere Chance haben eher der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch. Ähnliches gilt auch für die im Migrationswunsch unentschiedenen Schülerinnen und Schüler (OR= 1,84).

Die weiteren untersuchten Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens stehen in keiner signifikanten Assoziation mit dem Migrationswunsch (vgl. Tab. 11).

„Push- und Pull-Faktoren der Migration“

Alle untersuchten „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ stehen in einer signifikanten Assoziation mit dem Migrationswunsch.

Mit steigender Bewertung der *ökonomischen „Pull-Faktoren“*¹⁷ steigt bei den Schülerinnen und Schülern signifikant auch die Chance eher der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören (OR= 2,78) sowie auch der Gruppe im Migrationswunsch unentschiedenen (OR= 1,55) im Vergleich zu der Gruppe ohne Migrationswunsch.

Auch die *gesellschaftlichen „Pull-Faktoren“*¹⁸ stehen in einer Assoziation mit dem Migrationswunsch:

Die Chance eher der Gruppe mit Migrationswunsch als der Gruppe ohne Migrationswunsch anzugehören ist bei den Schülerinnen und Schülern mit vorhandener *Aus-*

¹⁷ Unter den *ökonomischen „Pull-Faktoren“* werden Faktoren verstanden, die die potenziellen Migranten zur Migration bewegen (wie z.B. bessere Arbeitsbedingungen im Ausland, Lohn usw.).

¹⁸ Unter den *gesellschaftlichen „Pull-Faktoren“* werden Faktoren verstanden, die die potenzielle Migranten zur Migration bewegen (wie z.B. Erfahrung mit Leben im Ausland oder Vorhandensein der sozialen Netzwerke im Ausland).

landserfahrung um das 2,45-fache höher als bei den Schülerinnen und Schülern ohne Auslandserfahrung.

Ähnliches lässt sich auch bei der *Familie oder Freunden im Ausland* beobachten: die Schülerinnen und Schüler, die Familie oder Freunde im Ausland haben, haben im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern, von denen keine Familie oder Freunde im Ausland leben eine um das 1,90-fache höhere Chance eher der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch.

Bei Betrachtung der *ökonomischen „Push-Faktoren“*¹⁹ wird wiederum deutlich, dass mit steigender Bewertung der *ökonomischen „Push-Faktoren“* bei den Schülerinnen und Schülern signifikant auch die Chance der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören (OR= 0,41) sowie auch der Gruppe im Migrationswunsch unentschieden (OR= 0,66) im Vergleich zu der Gruppe ohne Migrationswunsch sinkt. Einfacher ausgedrückt: die Schülerinnen und Schüler mit höherer Bewertung der *ökonomischen „Push-Faktoren“* gehören eher zu der Gruppe mit Migrationswunsch oder zu der Gruppe im Migrationswunsch unentschiedenen an, als der Gruppe ohne Migrationswunsch.

Bei der *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“*²⁰ lässt sich auch eine signifikante Assoziation beobachten: mit steigender Bewertung der *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“* sinkt bei den Schülerinnen und Schülern signifikant die Chance eher der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch (OR= 0,44). Ähnliches lässt sich auch bei der Gruppe der im Migrationswunsch unentschiedenen Schülerinnen und Schüler feststellen (OR= 0,72).

Betrachtet man nun das *Score Fremdsprachkenntnisse*, das auch zu den *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“* gehört, zeigt sich, dass mit steigender Bewertung eigener Fremdsprachkenntnisse bei den Schülerinnen und Schülern signifikant auch die Chance eher der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören (OR= 1,48) sowie auch

¹⁹ Unter den *ökonomischen „Push-Faktoren“* werden Faktoren verstanden, die die potenziellen Migranten im Heimatland fest halten (wie z.B. zufriedenstellende Arbeitsbedingungen im Heimatland, Lohn usw.).

²⁰ Unter den *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“* werden die Faktoren verstanden, die die potenzielle Migranten zur Migration bewegen können, in dieser Untersuchung das *Score Fremdsprachkenntnisse*.

zu der Gruppe im Migrationswunsch unentschieden zu sein (OR= 1,12) anzugehören als zu der Gruppe ohne Migrationswunsch steigt (vgl. Tab. 11).

Zusammenfassung der univariablen Regressionsanalyse – „Baseline“ Befragung

Zusammengefasst lässt sich anhand der univariablen Regressionsanalyse feststellen, dass Schülerinnen und Schüler, die eher der Gruppe mit Migrationswunsch angehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch, durch folgende Merkmale gekennzeichnet sind:

Individuelle Merkmale:

- ✓ häufiger Schülerinnen und Schüler eines Gymnasiums
- ✓ häufiger ohne Partnerschaft

Familienmerkmale:

- ✓ häufiger mit Eltern, die beiden mindestens ein Abitur absolviert haben

Merkmale der Gesundheit und Gesundheitsverhalten:

- ✓ häufiger mit höherem Alkoholkonsum
- ✓ häufiger Raucher oder Ex-Raucher
- ✓ häufiger mit persönlicher Drogenerfahrung

„Push- und Pull-Faktoren der Migration“:

- ✓ häufiger mit höherer Bewertung den *ökonomischen* „Pull-Faktoren“
- ✓ häufiger mit vorhandener Auslandserfahrung
- ✓ häufiger mit Familie oder Freunden im Ausland
- ✓ häufiger mit niedrigerer Bewertung der *ökonomischen* „Push-Faktoren“
- ✓ häufiger mit niedrigerer Bewertung der *gesellschaftlichen* „Push-Faktoren“
- ✓ häufiger mit höherer Bewertung eigener Fremdsprachkenntnisse

5.3.3 Multivariable Regressionsanalyse

In der nachstehenden multivariablen Regressionsanalyse wird die Assoziation von individuellen Merkmalen, Familienmerkmalen, Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens sowie den „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ und dem Migrationswunsch t_0 untersucht. Die Analyse geschieht für jede Gruppe von unabhängigen Variablen zunächst getrennt im Rahmen des stufenweisen Aufbaus der multivariablen Regressionsmodelle. Nur anhand dieser stufigen Vorgehensweise ist zu erkennen, inwieweit sich die Odds Ratio der schon in den Modellen enthaltenen Variablen unter Aufnahme weiteren Variablen verändern.

Demzufolge werden in *Modell A* individuelle Merkmale zusammen mit Familienmerkmalen auf ihre Assoziation zum Migrationswunsch t_0 untersucht. In *Modell B* werden individuelle Merkmale und Familienmerkmale um die Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens ergänzt. In *Modell C* werden die Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens durch „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ ersetzt. In *Modell D* werden alle vier untersuchten Merkmalsgruppen auf ihre Assoziation zum Migrationswunsch t_0 gemeinsam untersucht. Diese gemeinsame Betrachtung liefert wichtige Informationen über die möglichen Zwischenbeziehungen zwischen den Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens und den „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ und dem Migrationswunsch t_0 der slowakischen Jugendlichen.

Modell A – individuelle Merkmale und Familienmerkmale

In Modell A wird zuerst die Assoziation zwischen den individuellen Merkmalen und Familienmerkmalen und dem Migrationswunsch t_0 untersucht. Der Anteil der „*erklärten Variation*“ des Modells A ist mit einem Wert von Nagelkerke- $R^2 = 0,090$ insgesamt noch relativ gering²¹. Von den untersuchten individuellen Merkmalen weisen unter Kontrolle der Familienmerkmale Geschlecht, Mittelschule sowie auch Beziehungsstatus der Befragten eine signifikante Assoziation zu dem Migrationswunsch t_0 auf.

²¹ Nach Backhaus et al. (2003) gelten folgende Nagelkerke- R^2 Werte als Richtwerte für eine gute Anpassung des Modells: Nagelkerke- R^2 Werte größer 0,2 gelten als akzeptabel, Nagelkerke- R^2 Werte größer 0,4 gelten als gut und Nagelkerke- R^2 Werte größer 0,5 gelten als sehr gut.

Es ist zu erkennen, dass die Schülerinnen im Vergleich zu den Schülern eine um das 1,60-fache signifikant höhere Chance aufweisen eher zu der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als zu der Gruppe ohne Migrationswunsch. Beim Vergleich der univariablen vs. multivariablen Regressionsanalyse wurde deutlich, dass diese Assoziation zwischen dem Geschlecht und Migrationswunsch t_0 erstmals in der multivariablen Regressionsanalyse sichtbar wurde. Somit stellt das Geschlecht eine Variable dar, deren Assoziation zum Migrationswunsch erst nach der schrittweisen Einsetzung der unabhängigen Variablen – Beziehungsstatus der Befragten sichtbar wurde. In solchem Fall spricht man von einem „*Suppressor –Effekt*“.

Für die *Mittelschule der Befragten* sind die Ergebnisse etwas differenzierter zu betrachten. Die Schülerinnen und Schüler einer Mittelschule mit Abitur haben im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern einer Mittelschule ohne Abitur um das 0,55-fache niedrigere Chance eher zu der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als zu der Gruppe ohne Migrationswunsch.

Die in der univariablen Regressionsanalyse vorhandene signifikante Assoziation der Mittelschule der Befragten – Gymnasiums wurde in Modell A nicht mehr beobachtet. Unter Kontrolle der individuellen Merkmale und Familienmerkmale verschwindet diese Assoziation in diesem multivariablen Regressionsmodell. Nach der schrittweisen Einfügung von einzelnen Familienmerkmalen wurde sichtbar, dass die verlorengegangene Assoziation des Gymnasiums über die Bildung der Eltern vermittelt wurde. Für die Assoziation der Mittelschule mit Abitur trifft dies jedoch nicht zu: es scheinen weitere Unterschiede zu existieren, die bisher in Modell A nicht berücksichtigt worden sind.

Hinsichtlich des *Beziehungsstatus der Befragten* lässt sich erkennen, dass Schülerinnen und Schüler ohne eine Partnerschaft gegenüber Schülerinnen und Schülern in einer Partnerschaft eine um das 1,85-fache signifikant höhere Chance aufweisen eher zu der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als zu der Gruppe ohne Migrationswunsch.

Bei den Schülerinnen und Schülern, die im Migrationswunsch unentschieden sind, fällt auf, dass keiner von den untersuchten individuellen Merkmalen in einer signifikanten Assoziation mit dem Migrationswunsch steht.

Wie das Modell A zeigt, steht von den untersuchten Familienmerkmalen lediglich die *Bildung der Eltern* in Assoziation mit dem Migrationswunsch t_0 . Es lässt sich festhalten, dass Schülerinnen und Schüler, bei den nicht beide Elternteile mindestens das Abitur absolviert haben, haben im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern, deren beide Elternteile mindestens eine Abitur absolviert haben, signifikant niedrigere Chance zu der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als zu der Gruppe ohne Migrationswunsch. Ihre Chance eher zu der Gruppe mit Migrationswunsch als zu der Gruppe ohne Migrationswunsch anzugehören ist um das 0,54-fache niedriger.

Die übrig gebliebenen untersuchten Familienmerkmale wie: der *Familientyp*, die *Erwerbstätigkeit der Eltern* sowie das *Score der ökonomischen Situation der Familie* weisen keine signifikante Assoziation mit dem Migrationswunsch t_0 auf.

Bei den Schülerinnen und Schülern, die im Migrationswunsch unentschieden sind, lässt sich ebenso keine signifikante Assoziation zwischen den untersuchten Familienmerkmalen und dem Migrationswunsch t_0 erkennen (vgl. Tab. 12).

Tabelle 12 Multivariable Regressionsanalyse Teil 1/2 – „Baseline“ Befragung

<i>Multivariable Regressionsanalyse - abhängige Variable Migrationswunsch t_0 (Ref. „ohne Mw.“)</i>						
<i>unabhängige Variablen Kategorien</i>	<i>Model A</i>		<i>Model B</i>		<i>Model C</i>	
	<i>mit Mw. OR</i>	<i>un. Mw. OR</i>	<i>mit Mw. OR</i>	<i>un. Mw. OR</i>	<i>mit Mw. OR</i>	<i>un. Mw. OR</i>
Individuelle Merkmale:						
<i>Geschlecht</i>						
weiblich	1,60**	1,00	1,79*	1,31	2,03***	1,05
männlich (Ref.)						
<i>Mittelschule</i>						
Gymnasium	1,19	0,75	1,33	0,84	0,90	0,65
Mittelschule mit Abitur	0,55**	0,77	0,57*	0,91	0,51*	0,73
Mittelschule ohne Abitur (Ref.)						
<i>Beziehungsstatus der Befragten</i>						
keine Partnerschaft	1,85***	1,33	1,97***	1,50*	2,47***	1,49*
im Partnerschaft (Ref.)						
Familienmerkmale:						
<i>Familientyp</i>						
nicht vollständige Familie	1,26	1,11	1,11	1,10	0,90	1,01
vollständige Familie (Ref.)						
<i>Bildung der Eltern</i>						
nicht beide Eltern mit Abitur	0,54***	0,78	0,58**	0,78	0,64*	0,80
beide Eltern mit Abitur (Ref.)						
<i>Erwerbstätigkeit der Eltern</i>						
kein oder einer Erwerbstätig	1,25	1,43	1,22	1,27	1,66*	1,54*
beide Erwerbstätig (Ref.)						
<i>S ökonomische Situation der Familie</i>						
	1,06	0,92	1,01	0,84*	1,14	0,94
Gesundheit und Gesundheitsverhalten:						
<i>F sub. psychosomatische Beschwerden</i>						
			1,05	0,92		
<i>BMI</i>						
			0,96	0,99		
<i>F „ungesunde“ Ernährungsweisen</i>						
			0,94	1,04		
<i>F Alkoholkonsum</i>						
			1,15	1,16		
<i>Rauchverhalten</i>						
Raucher oder Ex-Raucher			1,46	1,02		
Nie-Raucher (Ref.)						
<i>persönliche Drogenerfahrung</i>						
mit Drogenerfahrung			2,26***	1,78**		
ohne Drogenerfahrung (Ref.)						
<i>F körperliche Aktivität</i>						
			0,95	0,91		
Push- und Pull-Faktoren der Migration:						
<i>F ökonomische „Pull-Faktoren“</i>					2,36***	1,48***
<i>F ökonomische „Push-Faktoren“</i>					0,56***	0,74**
<i>F gesellschaftliche „Push-Faktoren“</i>					0,47***	0,74**
<i>S Fremdsprachkenntnisse</i>					1,40***	1,14**
<i>gesellschaftliche „Pull-Faktoren“</i>						
<i>Ausländerfahrung der Befragten</i>						
vorhanden					1,89**	1,01
nicht vorhanden (Ref.)						
<i>Familie oder Freunde im Ausland</i>						
ja					1,18	1,20
nein (Ref.)						
	R^2	0,090	0,142	0,364		
	N	945	861	922		

F - Faktor, S – Score, Symbol * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Quelle: eigene Darstellung

Modell B – Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens

Ergänzt man das multivariable Regressionsmodell um die Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens (Modell B) steigt die Erklärungskraft des Modells im Vergleich zu Modell A deutlich an, und zwar auf Nagelkerke- $R^2 = 0,142$. Der Anstieg der „erklärten Variation“ ist vor allem auf die signifikante Assoziation zwischen der Drogenerfahrung der Befragten und dem Migrationswunsch t_0 zurückzuführen. Somit haben Schülerinnen und Schüler mit Drogenerfahrung (adjustiert für alle Variablen) gegenüber Schülerinnen und Schülern ohne Drogenerfahrung eine um das 2,26-fache signifikant höhere Chance eher der Gruppe mit Migrationswunsch als der Gruppe ohne Migrationswunsch anzugehören. Ähnliches gilt auch bei den Schülerinnen und Schülern, die in ihrem Migrationswunsch t_0 unentschieden sind (OR= 1,78).

Bei schrittweiser Einfügung von Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens in die multivariable Regressionsanalyse wurden Zwischenbeziehungen offenbart. Diese Zwischenbeziehungen bestehen vor allem zwischen den Variablen persönliche Drogenerfahrung, Faktor Alkoholkonsum der Befragten und Rauchverhalten. Nach wie vor, trotz allen bestehenden Zwischenbeziehungen, lässt sich eine signifikante Assoziation alleine nur zwischen der persönlichen Drogenerfahrung und dem Migrationswunsch beobachten. Die in der univariablen Regressionsanalyse vorhandenen Assoziationen des Rauchverhaltens und Alkoholkonsums wurden in Modell B über die persönliche Drogenerfahrung der Befragten übernommen und vermittelt.

Bei den weiteren untersuchten unabhängigen Variablen, wie dem *Faktor subjektive psychosomatische Beschwerden*, dem *Body-Mass-Index*, dem *Faktor „ungesunde“ Ernährungsweisen*, dem *Faktor Alkoholkonsum*, dem *Rauchverhalten* und dem *Faktor körperliche Aktivität* lässt sich keine signifikante Assoziation mit dem Migrationswunsch t_0 zu erkennen.

Wie in Modell A so auch in Modell B lassen sich die vorhandenen Assoziationen zwischen den individuellen Merkmalen sowie auch den Familienmerkmalen und dem Migrationswunsch t_0 auch unter Kontrolle von Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens nach wie vor unverändert beobachten. Diese nahezu un-

ränderten Assoziationen zwischen individuellen Merkmalen und Familienmerkmalen und dem Migrationswunsch deuten darauf hin, dass es zwischen ihnen und Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens keine Zwischenbeziehungen bestehen.

Bei Betrachtung der in ihrem Migrationswunsch unentschiedenen Schülerinnen und Schülern im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern ohne Migrationswunsch, lässt sich bei den Familienmerkmalen eine neue, vorher nicht beobachtete signifikante Assoziation zwischen dem *Score ökonomische Situation der Familie* und dem Migrationswunsch t_0 beobachten. Demnach lässt sich feststellen, dass mit steigender Bewertung der ökonomischen Situation in der Familie, sinkt bei den Schülerinnen und Schülern signifikant die Chance der Gruppe im Migrationswunsch unentschieden zu sein (OR= 0,84) anzugehören als zu der Gruppe ohne Migrationswunsch.

Eine weitere signifikante Assoziation bei den im Migrationswunsch unentschiedenen Schülerinnen und Schülern lässt sich bei dem *Beziehungsstatus der Befragten* beobachten. Demnach weisen Schülerinnen und Schüler ohne eine Partnerschaft gegenüber Schülerinnen und Schülern in einer Partnerschaft, eine um das 1,50-fache signifikant höhere Chance eher der Gruppe im Migrationswunsch unentschieden zu sein anzugehören als zu der Gruppe ohne Migrationswunsch (vgl. Tab. 12).

Modell C – „Push- und Pull-Faktoren der Migration“

In Modell C werden die „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ unter Kontrolle von individuellen Merkmalen und Familienmerkmalen untersucht. Die Erklärungskraft des Modells steigt deutlich an, und zwar auf Nagelkerke- $R^2 = 0,364$. Die „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ weisen demnach im Vergleich zu den individuellen Merkmalen, Familienmerkmalen sowie Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens die höchste Erklärungskraft des Migrationswunsches t_0 auf.

Ausschließlich der unabhängigen Variable *Familie und Freunde im Ausland*, weisen alle weiteren untersuchten „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ eine signifikante Assoziation zum Migrationswunsch t_0 auf. Die Assoziation zwischen der Variable *Familie und Freunde im Ausland* und dem Migrationswunsch, die in der univariablen

Regressionsanalyse sichtbar wurde, lässt sich in der multivariablen Regressionsanalyse nicht wieder beobachten. Nach schrittweisem Einfügen von einzelnen unabhängigen Variablen wurde deutlich, dass diese Assoziation über die anderen „*Push-* und *Pull-Faktoren der Migration*“ übernommen wurde.

Von den untersuchten „*Push-* und *Pull-Faktoren der Migration*“ sticht besonders der *Faktor ökonomische „Pull-Faktoren“* heraus: mit steigender Bewertung der *ökonomischen „Pull-Faktoren“* des Ziellandes der Migration, steigt bei den Schülerinnen und Schülern signifikant die Chance eher der Gruppe mit Migrationswunsch als der Gruppe ohne Migrationswunsch anzugehören (OR= 2,36). Einfacher ausgedrückt: Schülerinnen und Schüler mit höherer Bewertung der *ökonomischen „Pull-Faktoren“* des Ziellandes der Migration gehören eher zu der Gruppe mit Migrationswunsch als zu der Gruppe ohne Migrationswunsch an. Diese selbe Assoziation, aber in einer abgeschwächten Form lässt sich auch bei den in Migrationswunsch unentschiedenen Schülerinnen und Schülern beobachten (OR= 1,48).

Bei dem *Faktor ökonomische „Push-Faktoren“* lässt sich auch eine signifikante Assoziation zum Migrationswunsch beobachten: je höher die persönliche Zustimmung der Schülerinnen und Schüler zu den *ökonomischen „Push-Faktoren“* des Heimatlandes, desto niedriger ist die Chance zu der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als zu der Gruppe ohne Migrationswunsch (OR= 0,56). Auch bei den in Migrationswunsch unentschiedenen Schülerinnen und Schülern lässt sich diese signifikante Assoziation beobachten (OR= 0,74).

Hinsichtlich des *Faktors gesellschaftliche „Push-Faktoren“* lässt sich festhalten, dass je höher die Zustimmung der Schülerinnen und Schüler zu den *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“* des Heimatlandes, desto niedriger ist die Chance zu der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als zu der Gruppe ohne Migrationswunsch (OR= 0,47). Dieselbe Assoziation lässt sich auch in der Vergleichsgruppe der in ihrem Migrationswunsch unentschiedenen Schülerinnen und Schüler beobachten (OR= 0,74).

Auch beim *Score Fremdsprachkenntnisse*, der auch zu den *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“* gehört, lässt sich eine signifikante Assoziation zum Migrationswunsch t_0 beobachten. Mit steigender Bewertung eigener Fremdsprachkenntnisse, steigt bei den Schülerinnen und Schülern signifikant auch die Chance eher der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch (OR= 1,40). Bei den in ihrem Migrationswunsch unentschiedenen Schülerinnen und Schülern lässt sich dieselbe Assoziation beobachten (OR= 1,14).

Von den zwei untersuchten dichotomen *gesellschaftlichen „Pull-Faktoren“* weist nur die *Auslandserfahrung der Befragten* eine signifikante Assoziation zu dem Migrationswunsch t_0 auf. Die Schülerinnen und Schüler mit vorhandener Auslandserfahrung haben im Vergleich zu den Schülerinnen und Schüler ohne Auslandserfahrung eine um das 1,89-fache signifikant höhere Chance eher der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch.

Berücksichtigt man nun die vorhandene Assoziation der individuellen Merkmale und Familienmerkmale unter der Kontrolle von *„Push- und Pull-Faktoren der Migration“* in Modell C wird deutlich, dass die schon in Modell A und Modell B beobachteten signifikante Assoziationen der individuellen Merkmale wie Geschlecht, Mittelschule mit Abitur, Beziehungsstatus der Befragten sowie auch Bildung der Eltern erneut zu beobachten sind. Lediglich die signifikante Assoziation des Scores ökonomische Situation der Familie, die wir in Modell B bei den in Migrationswunsch unentschiedenen Schülerinnen und Schüler beobachten konnten, lässt sich in Modell C unter Kontrolle von *„Push- und Pull-Faktoren der Migration“* nicht mehr beobachten.

Bei den Familienmerkmalen lässt sich eine neue signifikante Assoziation zwischen der *Erwerbstätigkeit der Eltern* und dem Migrationswunsch beobachten. Es handelt sich dabei um einen *„Suppressor – Effekt“*, der erst durch die Einsetzung des Faktors *gesellschaftliche „Push-Faktoren“* in Modell C zum Vorschein tritt. Nach der detaillierten Sichtung der Kreuztabellen²² wurde deutlich, dass die Schülerinnen und Schüler, von denen keiner oder nur einen Elternteil erwerbstätig ist, trotz einer höheren Zustimmung zu den *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“*, also Faktoren die die potenziel-

²² Nicht tabellarisch dargestellt.

le Migranten im Heimatland festhalten, häufiger zu der Gruppe mit Migrationswunsch angehören als zu der Gruppe ohne Migrationswunsch. Demnach haben Schülerinnen und Schüler mit keinem oder nur einem erwerbstätigen Elternteil im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern, deren beide Elternteile erwerbstätig sind, eine um das 1,66-fache signifikant höhere Chance zu der Gruppe mit Migrationswunsch angehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch. Dasselbe gilt auch für die Vergleichsgruppe der in ihrem Migrationswunsch unentschiedenen Schülerinnen und Schüler (OR= 1,54) (vgl. Tab. 13).

Modell D – gemeinsame Betrachtung der untersuchten Merkmalsgruppen

In Modell D wurden nun alle untersuchten Merkmalsgruppen in Assoziation zum Migrationswunsch t_0 gemeinsam betrachtet. Demnach weisen die individuellen Merkmale, Familienmerkmale, Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens sowie auch die „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ gemeinsam eine hohe Erklärungskraft des Migrationswunsches t_0 . Der Anteil der „erklärten Variation“ erhöht sich gegenüber Modell C nur gering, und zwar auf Nagelkerke- $R^2 = 0,396$.

Bei der gemeinsamen Betrachtung der Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens und der „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ mit dem Migrationswunsch t_0 lässt sich feststellen, dass alle vorher beobachteten signifikanten Assoziationen, die in den Modellen B und C bei beiden Merkmalsgruppen beobachtet wurden, sich erneut auch in Modell D beobachten lassen. Daraus lässt sich ableiten, dass zwischen den Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens und den „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ keine Zwischenbeziehungen bestehen. Es lässt sich feststellen, dass es sich dabei um selbständige Assoziationen beider Themenbereiche mit dem Migrationswunsch t_0 handelt (vgl. Tab. 13).

Tabelle 13 Multivariable Regressionsanalyse Teil 2/2 – „Baseline“ Befragung

<i>Multivariable Regressionsanalyse - abhängige Variable Migrationswunsch t_0 (Ref. „ohne Mw.“)</i>		
<i>unabhängige Variablen Kategorien</i>	<i>Model D</i>	
	<i>mit. Mw. OR</i>	<i>un. Mw. OR</i>
Individuelle Merkmale:		
<i>Geschlecht</i>		
weiblich	1,91*	1,27
männlich (Ref.)		
<i>Mittelschule</i>		
Gymnasium	0,88	0,70
Mittelschule mit Abitur	0,53*	0,85
Mittelschule ohne Abitur (Ref.)		
<i>Beziehungsstatus der Befragten</i>		
keine Partnerschaft	2,82***	1,72**
im Partnerschaft (Ref.)		
Familienmerkmale:		
<i>Familientyp</i>		
nicht vollständige Familie	0,77	0,96
vollständige Familie (Ref.)		
<i>Bildung der Eltern</i>		
nicht beide Eltern mit Abitur	0,66	0,79
beide Eltern mit Abitur (Ref.)		
<i>Erwerbstätigkeit der Eltern</i>		
kein oder einer Erwerbstätig	1,59	1,34
beide Erwerbstätig (Ref.)		
<i>S ökonomische Situation der Familie</i>		
	1,04	0,83*
Gesundheit und Gesundheitsverhalten:		
<i>F sub. psychosomatische Beschwerden</i>		
	0,90	0,85
<i>BMI</i>		
	0,91	0,97
<i>F „ungesunde“ Ernährungsweisen</i>		
	0,88	1,01
<i>F Alkoholkonsum</i>		
	1,22	1,13
<i>Rauchverhalten</i>		
Raucher oder Ex-Raucher	1,58	1,12
Nie-Raucher (Ref.)		
<i>persönliche Drogenerfahrung</i>		
mit Drogenerfahrung	1,89*	1,60*
ohne Drogenerfahrung (Ref.)		
<i>F körperliche Aktivität</i>		
	1,03	0,91
Push- und Pull-Faktoren der Migration:		
<i>F ökonomische „Pull-Faktoren“</i>		
	2,47***	1,51***
<i>F ökonomische „Push-Faktoren“</i>		
	0,59***	0,75**
<i>F gesellschaftliche „Push-Faktoren“</i>		
	0,46***	0,69**
<i>S Fremdsprachkenntnisse</i>		
	1,44***	1,14*
<i>Gesellschaftliche „Pull-Faktoren“</i>		
<i>Auslanderfahrung der Befragten</i>		
vorhanden	1,88**	0,96
nicht vorhanden (Ref.)		
<i>Familie oder Freunde im Ausland</i>		
ja	1,18	1,25
nein (Ref.)		
R^2	0,396	
N	841	

F - Faktor, S – Score, Symbol * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$ **Quelle:** eigene Darstellung

Zusammenfassung der multivariablen Regressionsanalyse – „Baseline“ Befragung

Anhand den multivariablen Regressionsmodellen lässt sich zusammengefasst feststellen, dass Schülerinnen und Schüler mit Migrationswunsch im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern ohne Migrationswunsch durch folgende Merkmale gekennzeichnet sind:

Individuelle Merkmale:

- ✓ häufiger mit weiblichen Geschlecht
- ✓ seltener mit Mittelschule mit Abitur
- ✓ häufiger ohne Partnerschaft

Familienmerkmale:

- ✓ seltener mit Eltern, von denen nur einer oder kein Elternteil das Abitur absolviert hat
- ✓ häufiger mit keinem oder nur einem erwerbstätigen Elternteil

Merkmale der Gesundheit und Gesundheitsverhalten:

- ✓ häufiger mit persönlicher Drogenerfahrung

„Push- und Pull-Faktoren der Migration“:

- ✓ häufiger mit höherer Bewertung der *ökonomischen „Pull-Faktoren“*
- ✓ häufiger mit vorhandener Auslandserfahrung
- ✓ häufiger mit niedrigerer Bewertung der *ökonomischen „Push-Faktoren“*
- ✓ häufiger mit niedrigerer Bewertung der *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“*
- ✓ häufiger mit höherer Bewertung eigener Fremdsprachkenntnisse

Wirkungs- und Assoziationsstrukturen – Migrationswunsch t_0

Betrachtet man die unterschiedlichen Anteile an „*erklärter Variation*“, die durch Einschließung der individuellen Merkmale, Familienmerkmale, Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens und der „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ erklärt werden konnten, wird deutlich, dass diese genau wie die Wirkungs- und Assoziationsstrukturen im Vergleich der einzelnen multivariablen Modelle je nach Art der unabhängigen Variablen variieren. Insgesamt ist die Erklärungskraft der unterschiedlichen Modelle A, B, C, und D desto weiter angestiegen, mit Werten zwischen Nagelkerke- $R^2 = 0,090$ (Modell A) bis Nagelkerke- $R^2 = 0,396$ (Modell D).

Danach erscheinen die „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ mit dem Migrationswunsch stark assoziiert, wohingegen sich die anderen untersuchten Gruppen von Variablenbündel als erklärungschwächer erweisen. Auch wenn sich die unabhängigen Variablen der Familienmerkmale und die Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens in der Assoziation mit dem Migrationswunsch t_0 als schwächer erweisen, bestehen trotzdem bei den gewählten Variablen signifikante Assoziationen zum Migrationswunsch t_0 . Aber die entscheidende Rolle zur Klärung der Assoziation zum Migrationswunsch t_0 übernehmen die „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“.

Die Zwischenbeziehungen sind bei allen untersuchten Gruppen von unabhängigen Variablen deutlich geworden. An der ersten Stelle konnten wir Zwischenbeziehungen zwischen Geschlecht und Beziehungsstatus der Befragten und dem Migrationswunsch t_0 beobachten.

Im Weiteren konnten wir Zwischenbeziehungen innerhalb der Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens und das Konkret zwischen der Drogenaufnahme, dem Faktor Alkoholkonsum und dem Rauchverhalten der Befragten in Assoziation mit dem Migrationswunsch t_0 beobachten.

Außerdem weisen zu den Familienmerkmalen auch die „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ eine Zwischenbeziehung auf. Konkret zwischen der Erwerbstätigkeit der Eltern und den *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“* konnten wir eine Zwischenbeziehung feststellen.

Auch innerhalb der Gruppe „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ konnten wir Zwischenbeziehungen beobachten. Durch die gemeinsame Einsetzung der „*Push- und*

Pull-Faktoren der Migration“ verliert die unabhängige Variable Familie und Freunde im Ausland ihre Assoziation zu dem Migrationswunsch t_0 .

Auf der anderen Seite hat sich gezeigt, dass zwischen den Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens und den „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ in Assoziation zum Migrationswunsch t_0 keine bedeutsame Zwischenbeziehungen bestehen. Diese gemeinsame Betrachtung der verschiedenen Merkmalsgruppen in einem gemeinsamen Modell ermöglichte ein genaueres und adäquates Bild der tatsächlichen Assoziationsstrukturen mit dem Migrationswunsch zu skizzieren.

5.4 Ergebnisse der „*first Follow-up*“ Befragung

5.4.1 Deskriptive Beschreibung der Studienpopulation

Die Beschreibung der Studienpopulation in der „*first Follow-up*“ Befragung erfolgt geschlechtsspezifisch und nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen, die während der ersten Befragung erhoben wurden. Nach einem Kalenderjahr haben an der zweiten Befragung 372 slowakischen Jugendlichen erfolgreich teilgenommen. Somit wurden 37,7 Prozent der Studienteilnehmer erneut befragt.

Durch den Migrationsstatus t_1 – erfolgte Migration wurde die Studienpopulation auf zwei Gruppen aufgeteilt, und zwar: auf die *migrierte Studienpopulation* und die *nicht migrierte Studienpopulation*. Demnach haben sich zum Zeitpunkt der zweiten Befragung insgesamt 14 Prozent der Studienteilnehmer im Ausland befunden und 86 Prozent waren in der Slowakei. Betrachtet man nun die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei dem Migrationsstatus t_1 , bestehen zwischen den weiblichen und männlichen Studienteilnehmer nahezu keine Unterschiede. Knapp 14 Prozent der Mädchen und 15 Prozent der Jungen haben sich zum Zeitpunkt der zweiten Befragung im Ausland befunden.

Der Anteil der weiblichen Studienteilnehmer liegt bei 68,8 Prozent. Die männlichen Studienteilnehmer sind nur mit 31,2 Prozent in der Studienpopulation vertreten. Somit haben an der zweiten Befragung häufiger die Mädchen als die Jungen teilgenommen. Der Anteil der weiblichen Studienpopulation ist im Vergleich zu der „*Baseline*“ Befragung von 56 Prozent auf 68 Prozent gestiegen. Das Durchschnittsalter der gesamten Studienpopulation lag bei 20 Jahren.

Betrachtet man nun die absolvierte Mittelschule, wird deutlich, dass an der „*first Follow-up*“ Befragung prozentual am häufigsten AbsolventInnen einer Mittelschule mit Abitur teilgenommen haben. Gesamt betrachtet liegt der Anteil der Studienteilnehmer mit absolvierter Mittelschule mit Abitur bei 44 Prozent. Anhand der geschlechtsspezifischen Unterschiede haben im Vergleich zu der „*Baseline*“ Befragung proportional am häufigsten Mädchen mit abgeschlossener Mittelschule mit Abitur teilgenommen. Dieser Anteil beträgt knapp 46 Prozent. Im Vergleich dazu haben Mädchen mit ab-

solvierter Mittelschule ohne Abitur an der „*first Follow-up*“ Befragung seltener teilgenommen als bei der „*Baseline*“ Befragung. Demnach haben sich an der zweiten Befragung im Vergleich zu der ersten Befragung (24 Prozent) rund 17 Prozent der Mädchen mit abgeschlossener Mittelschule ohne Abitur beteiligt. Bei den Jungs lassen sich Anhand der absolvierten Mittelschule keine nennenswerte Unterschiede zwischen den beiden Befragungen beobachten.

Anhand der unabhängigen Variablen zum familiären Hintergrund der Befragten lassen sich zwischen den beiden Befragungen keine nennenswerten Verteilungsunterschiede ablesen. Am häufigsten stammen die befragten Studienteilnehmer in der zweiten Befragung aus einer vollständigen Familie (82,3 Prozent). Nahezu Dreiviertel der befragten Studienteilnehmer sind in einer Familie mit einem bis zwei weiteren Geschwister aufgewachsen. 17,3 Prozent der Jungs und 9,0 Prozent der Mädchen sind Einzelkinder.

Bei Betrachtung des Bildungshintergrunds der Eltern haben nahezu 60 Prozent aller Studienteilnehmer beide Elternteile, die mindestens das Abitur absolviert haben. Ähnlich wie bei der ersten Befragung haben auch an der zweiten Befragung häufiger Jungs (63,1 Prozent) als Mädchen (55,5 Prozent) mit Eltern, die beide mindestens das Abitur abgeschlossen haben teilgenommen.

Bei der Erwerbstätigkeit der Eltern hat knapp ein Drittel (27,2 Prozent) der gesamten Studienpopulation mindestens einen Elternteil der nicht erwerbstätig ist. Im Vergleich dazu haben fast 73 Prozent der Studienpopulation beide erwerbstätige Elternteile (vgl. Tab. 14).

Tabelle 14 Deskription der Studienpopulation – „first Follow-up“ Befragung

<i>Deskription der Studienpopulation – „first Follow-up“ Befragung N = 372</i>						
<i>Variablen Kategorien</i>	<i>Mädchen</i>		<i>Jungen</i>		<i>Gesamt</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Migrationsstatus t₁</i>						
migrierte Studienpo.	35	13,7	17	14,7	52	14,0
nicht migrierte Studienpo.	221	86,3	99	85,3	320	86,0
<i>Geschlecht</i>						
weiblich					256	68,8
männlich					116	31,2
<i>Alter der Befragten</i>						
im Mittelwert (S.D.)	20,2	(0,78)	20,3	(0,86)	20,3	(0,80)
<i>Mittelschule</i>						
Gymnasium	95	37,1	39	33,6	134	36,0
Mittelschule mit Abitur	117	45,7	47	40,5	164	44,1
Mittelschule ohne Abitur	44	17,2	30	25,9	74	19,9
<i>Familientyp</i>						
nicht vollständige Familie	44	17,2	22	19,0	66	17,7
vollständige Familie	212	82,8	94	81,0	306	82,3
Jugendheim	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Geschwisteranzahl</i>						
Einzelkind	23	9,0	20	17,3	43	11,6
1 bis 2 Geschwister	191	74,6	84	72,4	275	73,9
mehr als 2 Geschwister	42	16,4	12	10,3	54	14,5
<i>Bildung der Eltern</i>						
nicht beide Eltern mit Abitur	109	44,5	41	36,9	150	42,1
beide Eltern mit Abitur	136	55,5	70	63,1	206	57,9
<i>Erwerbstätigkeit der Eltern</i>						
kein oder einer Erwerbstätig	67	26,2	34	29,3	101	27,2
beide Erwerbstätig	189	73,8	82	70,7	271	72,8

Quelle: eigene Darstellung

5.4.2 Univariable Regressionsanalyse

Mittels der univariablen Regressionsanalyse wird die Assoziation zwischen dem Migrationsstatus t_1 – der erfolgten Migration und einzelnen unabhängigen Variablen untersucht. Die untersuchte Assoziation konzentriert sich auf dieselben unabhängigen Variablen, die aus der ersten Befragung übernommen wurden. Die univariable Regressionsanalyse wird ergänzt um die Variable Migrationswunsch t_0 , die in dieser Analyse eine weitere unabhängige Variable darstellt. Durch die Variable - Migrationswunsch t_0 wird seine Umsetzung in die Realität nach einem Kalenderjahr überprüft. Bei Interpretation der Odds Ratio (OR) wurde als Referenzkategorie die Gruppe - *nicht migrierte Studienpopulation* herangezogen.

Individuelle Merkmale

Von den untersuchten individuellen Merkmalen stehen mit dem Migrationsstatus – der erfolgten Migration lediglich die absolvierte Mittelschule und der Beziehungsstatus der Befragten in einer Assoziation.

Demnach ist die Chance zu migrieren, bei den Absolventinnen und Absolventen eines *Gymnasiums* im Vergleich zu den Absolventinnen und Absolventen einer Mittelschule ohne Abitur um das 3,25-fache größer. Die Absolventinnen und Absolventen einer *Mittelschule mit Abitur* unterscheiden sich hingegen nicht von Absolventen einer Mittelschule ohne Abitur.

Bei dem *Beziehungsstatus der Befragten* zeigt sich: die Chance zu migrieren, ist bei den slowakischen Jugendlichen ohne eine Partnerschaft um das 1,87-fache größer als bei den slowakischen Jugendlichen in einer Partnerschaft.

Bei dem *Geschlecht der Befragten* lässt sich dagegen keine Assoziation zu dem Migrationsstatus beobachten (vgl. Tab. 15).

Tabelle 15 Univariable Regressionsanalyse – „first Folow-up“ Befragung

<i>Univariable Regressionsanalyse - abhängige Variable Migrationsstatus t_1 – erfolgte Migration (Ref. „nicht migrierte Studienpopulation“)</i>			
<i>unabhängige Variablen Kategorien</i>	<i>migrierte N (%) Mean (S.D.)</i>	<i>nicht migrierte N (%) Mean (S.D.)</i>	<i>Odds Ratio</i>
Individuelle Merkmale:			
<i>Geschlecht</i>			
weiblich	35 (67,3)	221 (69,1)	0,92
männlich (Ref.)	17 (32,7)	99 (30,9)	
<i>Absolvierte Mittelschule der Befragten</i>			
Gymnasium	34 (65,4)	100 (31,3)	3,25**
Mittelschule mit Abitur	11 (21,2)	153 (47,8)	0,69
Mittelschule ohne Abitur (Ref.)	7 (13,5)	67 (20,9)	
<i>Beziehungsstatus der Befragten</i>			
keine Partnerschaft	34 (65,4)	16 (50,3)	1,87*
im Partnerschaft (Ref.)	17 (34,6)	148 (49,7)	
Familienmerkmale:			
<i>Familientyp</i>			
nicht vollständige Familie	6 (11,5)	60 (18,8)	0,57
vollständige Familie (Ref.)	46 (88,5)	260 (81,2)	
<i>Bildung der Eltern</i>			
nicht beide Eltern mit Abitur	13 (25,5)	137 (44,9)	0,42*
beide Eltern mit Abitur (Ref.)	38 (74,5)	168 (55,1)	
<i>Erwerbstätigkeit der Eltern</i>			
kein oder einer Erwerbstätig	8 (15,4)	94 (29,1)	0,44*
beide Erwerbstätig (Ref.)	44 (84,6)	227 (70,9)	
<i>S ökonomische Situation der Familie</i>	7,62 (0,89)	7,32 (1,27)	1,23
Gesundheit und Gesundheitsverhalten:			
<i>F sub. psychosomatische Beschwerden</i>	-0,02 (1,01)	-0,05 (0,91)	1,03
<i>BMI</i>	21,94 (3,45)	21,84 (3,04)	1,01
<i>F „ungesunde“ Ernährungsweisen</i>	-0,43 (0,88)	-0,12 (0,93)	0,68*
<i>F Alkoholkonsum</i>	0,11 (1,03)	-0,12 (0,92)	1,28
<i>Rauchverhalten</i>			
Raucher oder Ex-Raucher	17 (32,7)	139 (43,4)	0,63
Nie-Raucher (Ref.)	35 (67,3)	181 (56,6)	
<i>persönliche Drogenerfahrung</i>			
mit Drogenerfahrung	18 (34,6)	111 (34,7)	1,00
ohne Drogenerfahrung (Ref.)	34 (65,4)	209 (65,3)	
<i>F körperliche Aktivität</i>	0,12 (0,86)	0,14 (0,98)	0,97
Push- und Pull-Faktoren der Migration:			
<i>F ökonomische „Pull-Faktoren“</i>	0,21 (0,85)	0,02 (0,89)	1,32
<i>F ökonomische „Push-Faktoren“</i>	-0,05 (1,00)	-0,01 (1,00)	0,97
<i>F gesellschaftliche „Push-Faktoren“</i>	-0,22 (1,00)	0,12 (0,90)	0,69*
<i>S Fremdsprachkenntnisse</i>	5,20 (1,75)	4,23 (1,92)	1,34***
<i>gesellschaftliche „Pull-Faktoren“</i>			
<i>Auslandserfahrung der Befragten</i>			
vorhanden	27 (59,9)	129 (40,4)	1,59
nicht vorhanden (Ref.)	25 (48,1)	190 (59,6)	
<i>Familie oder Freunde im Ausland</i>			
ja	42 (80,8)	237 (74,1)	1,47
nein (Ref.)	10 (19,2)	83 (25,9)	
<i>Migrationswunsch t_0</i>			
mit Migrationswunsch	37 (72,5)	76 (24,0)	11,78***
unentschieden im Migrationswunsch	9 (17,6)	120 (37,9)	1,82
ohne Migrationswunsch (Ref.)	5 (9,9)	121 (38,1)	

F - Faktor, S – Score, Symbol * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Quelle: eigene Darstellung

Familienmerkmale

Von mehreren untersuchten Familienmerkmalen lässt sich nur bei Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern eine signifikante Assoziation zum Migrationsstatus t_1 beobachten.

Die Chance zu migrieren, ist bei den slowakischen Jugendlichen, von denen nicht beide Elternteile mindestens das Abitur absolviert haben um das 0,42-fache niedriger als bei den Jugendlichen, deren beide Elternteile mindestens das Abitur absolviert haben. Einfacher ausgedrückt: die Jugendlichen, deren Eltern ein höheres Bildungsniveau genießen, haben eine höhere Chance zu migrieren.

Bei der *Erwerbstätigkeit der Eltern* lässt sich folgendes feststellen: die Chance zu migrieren, ist bei den Jugendlichen, bei denen kein oder nur ein Elternteil erwerbstätig ist um das 0,44-fache niedriger als bei den Jugendlichen, deren beide Elternteile erwerbstätig sind.

Bei den weiteren untersuchten Familienmerkmalen wie: *Familientyp* und *Score der ökonomischen Situation der Familie* lässt sich keine signifikante Assoziation mit dem Migrationsstatus t_1 beobachten (vgl. Tab. 15).

Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens

Von den untersuchten Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens steht alleine nur der Faktor „*ungesunde*“ *Ernährungsweisen* in einer Assoziation mit dem Migrationsstatus. Demnach lässt sich feststellen, dass mit steigendem Maß an „*ungesunden*“ Ernährungsweisen sinkt bei den Jugendlichen die Chance zu migrieren (OR= 0,68). Vereinfacht: migrierte slowakische Jugendliche sind häufiger durch ein niedrigeres Maß an „*ungesunden*“ Ernährungsweisen gekennzeichnet als die nicht migrierten Jugendlichen.

Alle anderen untersuchten Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens wie: der Faktor *subjektive psychosomatische Beschwerden*, der *Body-Mass-Index*, der Faktor *Alkoholkonsum*, das *Rauchverhalten*, die *persönliche Drogen Erfahrung* sowie der Faktor *körperliche Aktivität* stehen in keiner Assoziation mit dem Migrationsstatus t_1 (vgl. Tab. 15).

„Push- und Pull-Faktoren der Migration“

Bei den untersuchten „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ stehen lediglich zwei unabhängige Variablen in einer Assoziation mit dem Migrationsstatus t_1 :

Mit steigender Bewertung der *gesellschaftlichen* „Push-Faktoren“, sinkt bei den slowakischen Jugendlichen signifikant die Chance zu migrieren (OR= 0,69). Je höher die Jugendliche ihre Verbundenheit mit dem Heimatland, mit ihrer Familie oder Freunden bewertet haben, desto seltener sind sie migriert.

Im Vergleich dazu, steigt mit steigender Bewertung eigener *Fremdsprachkenntnisse* bei den slowakischen Jugendlichen signifikant die Chance zu migrieren (OR= 1,34). Mit besseren Fremdsprachkenntnissen wagen sich die slowakischen Jugendlichen häufiger zu migrieren.

Der Faktor *ökonomische* „Pull-Faktoren“, der Faktor *ökonomische* „Push-Faktoren“ sowie auch die *gesellschaftlichen* „Pull-Faktoren“ stehen dagegen in keiner Assoziation mit dem Migrationsstatus.

Migrationswunsch t_0

Der in der ersten Befragung erhobene *Migrationswunsch t_0* steht auch in einer Assoziation mit dem Migrationsstatus. Demzufolge ist die Chance zu migrieren, bei den Jugendlichen mit Migrationswunsch um das 11,78-fache größer als bei den Jugendlichen ohne Migrationswunsch. Im Vergleich dazu stehen die in ihrem Migrationswunsch unentschiedenen Jugendlichen in keiner Assoziation mit dem Migrationsstatus t_1 – der erfolgten Migration (vgl. Tab. 15).

Zusammenfassung der univariablen Regressionsanalyse – „first Follow-up“

Befragung

Zusammengefasst lässt sich anhand der univariablen Regressionsanalyse festhalten, dass slowakische Jugendlichen, die migriert sind im Vergleich zu den nicht migrierten Jugendlichen durch folgende Merkmale gekennzeichnet sind:

Individuelle Merkmale:

- ✓ häufiger AbsolventenInnen eines Gymnasiums
- ✓ häufiger ohne Partnerschaft

Familienmerkmale:

- ✓ häufiger mit Eltern, von denen beide Elternteile mindestens das Abitur absolviert haben
- ✓ häufiger mit beiden erwerbstätigen Elternteilen

Merkmale der Gesundheit und Gesundheitsverhalten:

- ✓ häufiger mit geringerem Maß an „*ungesunden*“ Ernährungsweisen

„Push- und Pull-Faktoren der Migration“:

- ✓ häufiger mit niedrigerer Bewertung der *gesellschaftlichen* „Push-Faktoren“
- ✓ häufiger mit höherer Bewertung eigener Fremdsprachkenntnisse

Migrationswunsch t_0

- ✓ häufiger mit vorhandenem Migrationswunsch t_0

5.4.3 Multivariable Regressionsanalyse

In der nachstehenden multivariablen Regressionsanalyse wird die Assoziation zwischen mehreren unabhängigen Variablen und dem Migrationsstatus t_1 überprüft. Es wird dabei die Assoziation zwischen den individuellen Merkmalen, Familienmerkmalen, Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens sowie auch den „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ und dem Migrationsstatus t_1 untersucht. Die Analyse geschieht für jede Gruppe von unabhängigen Variablen zunächst getrennt im Rahmen des stufenweisen Aufbaus der multivariablen Regressionsmodelle. Nur anhand dieser stufigen Vorgehensweise ist zu erkennen, inwieweit sich die Odds Ratio (OR) der schon in den Modellen enthaltenen Variablen unter Aufnahme weiteren Variablen verändern.

Aus der univariablen Regressionsanalyse der „*first Follow-up*“ Befragung werden nur ausgewählte unabhängige Variablen²³ in die weiterführende multivariable Regressionsanalyse eingeschlossen. Um die Ergebnisse nicht zu verfälschen, wird die Anzahl der eingeschlossenen unabhängigen Variablen auf je *fünf* begrenzt²⁴. Dementsprechend werden multivariable Regressionsmodelle mit jeweils fünf unabhängigen Variablen gebildet und auf ihre Assoziation zu dem Migrationsstatus t_1 überprüft. Von den individuellen Merkmalen werden das *Geschlecht* und die *absolvierte Mittelschule der Befragten* in das Regressionsmodell übernommen. Diese beiden unabhängigen Variablen stellen wichtige Kontrollvariablen dar, auf die die ausgewählten Familienmerkmale, Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens und die „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ adjustiert werden.

Demnach wird in *Modell E* die Assoziation zwischen den individuellen Merkmalen zusammen mit den Familienmerkmalen und dem Migrationsstatus t_1 untersucht. In *Modell F* werden die individuellen Merkmale gemeinsam mit Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens. In *Modell G* werden die Merkmale der Gesund-

²³ Zu den ausgewählten unabhängigen Variablen gehören in der univariablen Regressionsanalyse signifikante unabhängigen Variablen sowie die dem Signifikanzniveau ($p \leq 0,05$) am nächststehenden unabhängigen Variablen.

²⁴ Die Größe der erreichten Studienpopulation in den „*first Follow-up*“ ermöglicht die Untersuchung der Assoziation bis max. fünf unabhängigen Variablen, ohne die Ergebnisse zu verfälschen.

heit und des Gesundheitsverhaltens durch die „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ ersetzt und auf ihre Assoziation zum Migrationsstatus t_1 untersucht. Anschließend wird in *Modell H* die Assoziation zwischen dem Migrationswunsch t_0 und dem Migrationsstatus t_1 unter der Adjustierung von Geschlecht und Bildung der Befragten untersucht.

Modell E – individuelle Merkmale und Familienmerkmale

In Modell E wird zuerst die Assoziation zwischen den individuellen Merkmalen und Familienmerkmalen und dem Migrationsstatus t_1 untersucht. Der Anteil der „*erklärten Variation*“ des Modells E beträgt ein Wert von Nagelkerke- $R^2 = 0,129$. Bei den untersuchten Familienmerkmalen unter der Kontrolle von individuellen Merkmalen lässt sich keine signifikante Assoziation zu dem Migrationsstatus t_1 feststellen. Bei der gleichzeitigen Einsetzung von individuellen Merkmalen und Familienmerkmalen in das multivariable Regressionsmodell verlieren alle in der univariablen Regressionsanalyse beobachtete Assoziationen ihre Signifikanz. Demnach lassen sich die in der univariablen Regressionsanalyse vorhandenen Assoziationen zwischen der absolvierten Mittelschule, dem Beziehungsstatus der Befragten sowie der Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern und dem Migrationsstatus in diesem multivariablen Regressionsmodell nicht mehr beobachten (vgl. Tab. 16). Die Zwischenbeziehungen zwischen den individuellen Merkmalen und Familienmerkmalen lassen die vorher beobachtete Assoziationen in der multivariablen Regressionsanalyse nicht mehr beobachten.

Tabelle 16 Multivariable Regressionsanalyse - „first Follow-up“ Befragung

<i>Multivariable Regressionsanalyse - abhängige Variable Migrationsstatus t_1 - erfolgte Migration (Ref. „nicht migrierte Studienpopulation“)</i>				
<i>unabhängige Variablen Kategorien</i>	<i>Model E</i>	<i>Model F</i>	<i>Model G</i>	<i>Model H</i>
	<i>OR</i>	<i>OR</i>	<i>OR</i>	<i>OR</i>
Individuelle Merkmale:				
<i>Geschlecht</i>				
weiblich	1,07	1,10	0,79	0,57
männlich (Ref.)				
<i>Mittelschule</i>				
Gymnasium	2,20	3,32**	3,03*	3,02*
Mittelschule mit Abitur	0,58	0,78	0,79	0,96
Mittelschule ohne Abitur (Ref.)				
Familienmerkmale:				
<i>Beziehungsstatus</i>				
keine Partnerschaft	1,54			
im Partnerschaft (Ref.)				
<i>Bildung der Eltern</i>				
nicht beide Eltern mit Abitur	0,58			
beide Eltern mit Abitur (Ref.)				
<i>Erwerbstätigkeit der Eltern</i>				
kein oder einer Erwerbstätig	0,61			
beide Erwerbstätig (Ref.)				
Gesundheit und Gesundheitsverhalten:				
<i>F „ungesunde“ Ernährungsweisen</i>		0,67*		
<i>F Alkoholkonsum</i>		1,79**		
<i>Rauchverhalten</i>				
Raucher oder Ex-Raucher		0,50		
Nie-Raucher (Ref.)				
Push- und Pull-Faktoren der Migration:				
<i>F gesellschaftliche „Push-Faktoren“</i>			0,73*	
<i>S Fremdsprachkenntnisse</i>			1,15	
<i>gesellschaftliche „Pull-Faktoren“</i>				
<i>Auslanderfahrung der Befragten</i>				
vorhanden			1,49	
nicht vorhanden (Ref.)				
Migrationswunsch t_0				
mit Migrationswunsch				11,21***
unentschieden im Migrationswunsch				1,98
ohne Migrationswunsch (Ref.)				
R^2	0,129	0,159	0,150	0,267
N	356	371	368	368

F - Faktor, S – Score, Symbol * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$ **Quelle:** eigene Darstellung

Modell F – Merkmale der Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Ergänzt man das multivariable Regressionsmodell statt der Familienmerkmale um die Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens steigt die Erklärungskraft des Modells auf Nagelkerke- $R^2 = 0,159$ an. Der Anstieg der Erklärungskraft ist vor allem auf die signifikante Assoziationen zwischen dem Faktor „*ungesunde*“ Ernährungsweisen, Faktor Alkoholkonsum sowie auch die absolvierte Mittelschule der Befragten zurückzuführen.

Die signifikante Assoziation zwischen dem Faktor „*ungesunde*“ Ernährungsweisen und dem Migrationsstatus t_1 , die in der univariablen Regressionsanalyse sichtbar wurde, lässt sich auch in diesem multivariablen Regressionsmodell erneut beobachten. Demnach lässt sich feststellen, dass mit steigendem Maß an „*ungesunden*“ Ernährungsweisen sinkt bei den slowakischen Jugendlichen signifikant die Chance zu migrieren (OR= 0,67).

Eine signifikante Assoziation lässt sich auch bei dem Faktor *Alkoholkonsum der Befragten* und dem Migrationsstatus t_1 beobachten: mit steigendem Alkoholkonsum, steigt bei den slowakischen Jugendlichen signifikant die Chance zu migrieren (OR= 1,79). Im Vergleich zu der univariablen Regressionsanalyse wurde diese Assoziation erst in dem multivariablen Regressionsmodell sichtbar. Es handelt sich dabei um einen „*Suppressor - Effekt*“, der durch die Einsetzung von weiteren gesundheitsrelevanten Merkmalen erstmals sichtbar wurde. Bei der schrittweisen Einsetzung von untersuchten Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens wurde deutlich, dass er erst bei der Einsetzung des Faktors „*ungesunde*“ Ernährungsweisen sichtbar wurde.

Weiterhin lässt sich in diesem multivariablen Regressionsmodell F im Vergleich zu dem multivariablen Regressionsmodell E, die in der univariablen Regressionsanalyse vorhandene Assoziation zwischen der *absolvierten Mittelschule der Befragten* und dem Migrationsstatus erneut beobachten. Somit wird deutlich, dass die Assoziation zwischen der absolvierten Mittelschule der Befragten – Gymnasium und dem Migrationsstatus über die Familienmerkmale vermittelt wurde. Demnach weisen Absolventinnen und Absolventen eines Gymnasiums im Vergleich zu den Absolventinnen und

Absolventen einer Mittelschule ohne Abitur eine um das 3,32-fache signifikant höhere Chance zu migrieren auf.

Beim *Geschlecht der Befragten* lässt sich keine signifikante Assoziation zu dem Migrationsstatus t_1 - erfolgten Migration beobachten (vgl. Tab. 16).

Modell G – „Push- und Pull-Faktoren der Migration“

Unter der Kontrolle von individuellen Merkmalen steht von den untersuchten „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ lediglich der *Faktor gesellschaftliche „Push-Faktoren“* in einer Assoziation mit dem Migrationsstatus t_1 . Außerdem lässt sich in diesem Regressionsmodell, ähnlich wie im multivariablen Regressionsmodell F erneut eine signifikante Assoziation zwischen der absolvierten Mittelschule der Befragten und dem Migrationsstatus beobachten. Die Erklärungskraft des Modells G hat sich im Vergleich zum Regressionsmodell F kaum verändert. Der Anteil der „erklärten Variation“ beträgt ein Wert von Nagelkerke- $R^2 = 0,150$.

Die in der univariablen Regressionsanalyse vorhandene Assoziation zwischen dem *Faktor gesellschaftliche „Push-Faktoren“* und Migrationsstatus t_1 , lässt sich auch in diesem multivariablen Regressionsmodell erneut beobachten: mit steigender Bewertung der *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“*, sinkt bei den slowakischen Jugendlichen die Chance zu migrieren (OR= 0,73). Einfacher ausgedrückt: je höher die Jugendlichen ihre Verbundenheit mit dem Heimatland, mit ihrer Familie und Freunden bewertet haben, desto seltener sind sie migriert.

Die in der univariablen Regressionsanalyse vorhandene Assoziation zwischen dem *Score Fremdsprachkenntnisse* und Migrationsstatus lässt sich in diesem multivariablen Regressionsmodell unter der Kontrolle von individuellen Merkmale nicht wieder beobachten. Bei der schrittweisen Einsetzung der untersuchten unabhängigen Variablen wurde deutlich, dass dieser Effekt über die absolvierte Mittelschule der Befragten vermittelt wurde.

Bei der *Auslandserfahrung der Befragten*, die als ein *gesellschaftlicher „Pull-Faktor“* untersucht wurde, lässt sich in diesem multivariablen Regressionsmodell keine signifikante Assoziation zu dem Migrationsstatus t_1 beobachten.

Ähnlich wie im multivariablen Regressionsmodell F, lässt sich auch im Regressionsmodell G eine signifikante Assoziation zwischen der *absolvierten Mittelschule der Befragten* und dem Migrationsstatus t_1 beobachten. Demnach weisen Absolventinnen und Absolventen eines Gymnasiums im Vergleich zu den Absolventinnen und Absolventen einer Mittelschule ohne Abitur eine um das 3,03-fache signifikant höhere Chance zu migrieren auf.

Die untersuchte Variable - *Geschlecht der Befragten* steht dagegen in keiner Assoziation mit dem Migrationsstatus t_1 (vgl. Tab. 16).

Modell H – Der Migrationswunsch t_0

Das multivariable Regressionsmodell H untersucht die Assoziation zwischen dem Migrationswunsch t_0 und dem Migrationsstatus t_1 – der erfolgten Migration von slowakischen Jugendlichen. Der Anteil der „*erklärten Variation*“ des Modells H beträgt den Wert von Nagelkerke- $R^2 = 0,267$, was im Vergleich zu den anderen untersuchten Regressionsmodellen den höchsten Anteil darstellt.

Wie auch in der univariablen Regressionsanalyse steht auch in der multivariablen Regressionsanalyse der *Migrationswunsch t_0* unter der Kontrolle von individuellen Merkmalen in einer Assoziation mit dem Migrationsstatus t_1 . Demzufolge lässt sich festhalten, dass die Chance zu migrieren, bei den Jugendlichen mit Migrationswunsch um das 11,21-fache größer ist als bei den Jugendlichen ohne Migrationswunsch. Bei den in ihrem Migrationswunsch unentschiedenen Jugendlichen lässt sich wiederum keine signifikante Assoziation beobachten.

Von den untersuchten individuellen Merkmalen weist lediglich die *absolvierte Mittelschule der Befragten* eine signifikante Assoziation zu dem Migrationsstatus t_1 auf. Die slowakischen Jugendlichen, die ein Gymnasium absolviert haben, haben eine um das 3,02-fache signifikant höhere Chance zu migrieren als die Jugendliche, die eine Mittelschule ohne Abitur absolviert haben (vgl. Tab. 16).

Zusammenfassung der multivariablen Regressionsanalyse – „first Follow-up“

Befragung

Anhand den multivariablen Regressionsmodellen aus der „first Follow-up“ Befragung lässt sich beobachten, dass slowakische Jugendlichen, die migriert sind im Vergleich zu den nicht migrierten Jugendlichen durch folgende Merkmale gekennzeichnet sind:

Individuelle Merkmale:

- ✓ häufiger Absolventinnen und Absolventen eines Gymnasiums

Familienmerkmale:

- ✓ keine signifikante Assoziation zum Migrationsstatus t_1

Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens:

- ✓ häufiger mit einem niedrigeren Maß an „*ungesunden*“ Ernährungsweisen
- ✓ häufiger mit höherem Alkoholkonsum

„Push- und Pull-Faktoren der Migration“:

- ✓ häufiger mit niedrigerer Bewertung der *gesellschaftlichen* „Push-Faktoren“

Migrationswunsch t_0 :

- ✓ häufiger mit vorhandenem Migrationswunsch t_0

Wirkungs- und Assoziationsstrukturen – Migrationsstatus t_1

Die unterschiedlichen Anteile der „erklärten Variation“ (Nagelkerke- R^2), die durch Einbeziehung von individuellen Merkmalen, Familienmerkmalen, Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens und den „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ erzielt wurden, deuten darauf hin, dass die Erklärungskraft zwischen den einzelnen multivariablen Regressionsmodellen variiert. Die Erklärungskraft der einzelnen Modelle lag zwischen den Werten von Nagelkerke- $R^2 = 0,129$ (Modell E) bis Nagelkerke- $R^2 = 0,267$ (Modell H).

Die stärkste Erklärungskraft des Migrationsstatus t_1 weist das multivariable Regressionsmodell H, das die Assoziation zwischen dem Migrationswunsch t_0 und Migrationsstatus t_1 unter der Kontrolle von individuellen Merkmalen untersucht, auf. Demnach ist der Migrationswunsch t_0 für die Erklärung der Assoziation zum Migrationsstatus t_1 besonders gut geeignet. Einfacher ausgedrückt lässt sich feststellen, dass der in der ersten Befragung erhobene Migrationswunsch für die erfolgte Migration besonders aussagekräftig ist.

Zwischen den Modellen zu Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens und den „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ gibt es dagegen im Hinblick auf ihre Erklärungskraft der Assoziation zu dem Migrationsstatus t_1 keine nennenswerten Unterschiede.

Das multivariable Regressionsmodell E zu den Familienmerkmalen weist keine vorhandene signifikante Assoziation zu dem Migrationsstatus t_1 auf und dementsprechend besitzt es auch die geringste Erklärungskraft (Nagelkerke- $R^2 = 0,129$).

Somit lässt sich festhalten, dass von den untersuchten Gruppen von unabhängigen Variablen die entscheidende Bedeutung zur Erklärung der Assoziation zum Migrationsstatus t_1 vor allem der Migrationswunsch t_0 , und danach die Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens sowie die „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ besitzen.

Zwischenbeziehungen - individuellen Merkmalen und Familienmerkmalen

In Modell E wurden die Zwischenbeziehungen zwischen den individuellen Merkmalen und Familienmerkmalen sichtbar. Die Assoziation zwischen der absolvierten Mittelschule der Befragten und dem Migrationsstatus t_1 aus der univariablen Regressions-

analyse wurde durch die Einbeziehung von Familienmerkmalen übernommen. In Modell F bei Einbeziehung von Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens anstelle der Familienmerkmale, lässt sich diese Zwischenbeziehung aber nicht mehr beobachten. Die vorher von anderen Effekten übernommene Assoziation der absolvierten Mittelschule der Befragten mit dem Migrationsstatus t_1 wurde erneut sichtbar und erreicht das Signifikanzniveau. Dasselbe lässt sich auch in Modell G bei der Einbeziehung von „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ sowie im Modell H bei der Einbeziehung des Migrationswunsches t_0 beobachten.

Eine weitere Zwischenbeziehung lässt sich innerhalb der Familienmerkmale zwischen der Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern beobachten. Die in der univariablen Regressionsanalyse vorhandene signifikante Assoziation zwischen der Erwerbstätigkeit der Eltern und dem Migrationsstatus wurde im multivariablen Regressionsmodell E nach der Einbeziehung der Bildung der Eltern übernommen und verliert dadurch ihre Signifikanz.

Zwischenbeziehungen – Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens

Bei den Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens lassen sich auch deutliche Zwischenbeziehungen beobachten. Eine Zwischenbeziehung lässt sich zwischen dem Faktor Alkoholkonsum und Faktor „*ungesunde*“ Ernährungsweisen beobachten. Erst bei der Einbeziehung des Faktors „*ungesunde*“ Ernährungsweisen in das multivariable Regressionsmodell F, wurde der „*Suppressor - Effekt*“ des Faktors „*ungesunde*“ Ernährungsweisen deutlich.

Zwischenbeziehungen – „Push- und Pull-Faktoren der Migration“

Auch bei den „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ lässt sich eine Zwischenbeziehung zwischen dem Score Fremdsprachkenntnisse und der absolvierten Mittelschule der Befragten beobachten. Die Score Fremdsprachkenntnisse verliert im multivariablen Regressionsmodell G bei der Einbeziehung der absolvierten Mittelschule der Befragten seine Signifikanz. Dementsprechend wurde die Assoziation der Score Fremdsprachkenntnisse über die absolvierte Mittelschule der Befragten übernommen.

Kapitel 6

6 Diskussion

Die Diskussion der vorliegenden Dissertation erfolgt in vier Hauptteilen:

➤ **Diskussion zur Teilnahme an der Studie**

In diesem Teil der Diskussion wird die Teilnahme an der ersten Befragung „*Baseline*“ Befragung sowie auch der zweiten Befragung „*first Follow-up*“ diskutiert.

➤ **Diskussion der Ergebnisse der „*Baseline*“ Befragung**

In diesem Teil der Diskussion werden die Ergebnisse aus der „*Baseline*“ Befragung diskutiert. Die Schlussfolgerungen in Bezug auf die gestellten Fragestellungen und die daraus resultierenden Hypothesen erfolgen dabei anhand der Ergebnisse aus der univariablen sowie auch der multivariablen Regressionsanalyse. Anschließend werden die Ergebnisse mit Befunden aus der wissenschaftlichen Literatur diskutiert.

➤ **Diskussion der Ergebnisse der „*first Follow-up*“ Befragung**

Im Diskussionsteil *Ergebnisse der „first Follow-up“* Befragung werden Ergebnisse aus der zweiten Datenerhebung diskutiert. Ähnlich wie in der „*Baseline*“ Befragung werden auch hier die Schlussfolgerungen zur gestellten Fragestellungen und Hypothesen anhand der univariablen sowie auch multivariablen Regressionsanalyse getroffen. Darauffolgend werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Literatur gegenüber gestellt.

➤ **Diskussion der Methodik**

Anschließend werden die angewandte Methodik sowie mögliche Fehlerquellen dieser empirischen Längsschnittstudie diskutiert.

6.1 Diskussion zur Teilnahme an der Studie

Um die Validität der gewonnenen Ergebnisse einschätzen zu können, muss im Rahmen jeder Studie die Güte und Aussagekraft der gezogenen Stichprobe beurteilt werden. Die Güte der erreichten Stichprobe wird anhand des Ausschöpfungsgrades beurteilt. Dabei gilt: je höher die Teilnahme an der Studie und somit auch der Ausschöpfungsgrad, desto größer die Güte der erreichten Stichprobe und somit auch die Validität der Ergebnisse.

Wobei es sich in der „*Baseline*“ Befragung um eine Totalerhebung in zwei slowakischen Städten - Martin und Turčianske Teplice handelte, konnten hier maximal 1 310 Schülerinnen und Schüler erreicht werden. Tatsächlich haben insgesamt 986 Schülerinnen und Schüler an der ersten Befragung teilgenommen. Somit wurde in der „*Baseline*“ Befragung ein Ausschöpfungsgrad von 75,3 Prozent erreicht (vgl. Tab. 1). Nach Geyer (2003) gilt ein Ausschöpfungsgrad, der über 70 Prozent liegt als akzeptabler Standard. Somit wurde in der ersten Befragung eine akzeptable Validität der gewonnenen Ergebnisse gewährleistet. Dementsprechend bilden die empirischen Ergebnisse aus der „*Baseline*“ Befragung eine aussagekräftige Datengrundlage für die Klärung der gestellten Fragestellungen und den daraus resultierenden Hypothesen.

Dies gilt jedoch nicht für die Ergebnisse aus der „*first Follow-up*“ Befragung. In der zweiten Befragung konnte eine Stichprobengröße von maximal 986 Studienteilnehmern erreicht werden. Letztendlich haben an der zweiten Datenerhebung nach einem Kalenderjahr 372 Studienteilnehmer erfolgreich teilgenommen. Der somit erreichte Ausschöpfungsgrad lag bei 37,7 Prozent, was nach Geyer (2003) als nicht akzeptabler Standard gilt (vgl. Tab 2). Somit bilden die Ergebnisse aus der „*first Follow-up*“ Befragung eine nicht so aussagekräftige Datengrundlage wie in der „*Baseline*“ Befragung und deswegen müssen sie kritisch betrachtet und vorsichtig interpretiert werden. Für eine Längsschnittstudie sowie auch eine Online – Befragung ist die Teilnahme jedoch relativ hoch.

6.2 Diskussion der Ergebnisse der „Baseline“ Befragung

In der Diskussion der Ergebnisse der „Baseline“ Befragung werden zuerst die Schlussfolgerungen zur gesundheitsbezogenen Perspektive und danach zur sozialbezogenen Perspektive in der Assoziation mit dem Migrationswunsch bei den slowakischen Schülerinnen und Schüler dargestellt und diskutiert.

Die Schlussfolgerungen zur gesundheitsbezogenen Perspektive stützen sich dabei einerseits auf die Ergebnisse der univariablen Regressionsanalyse und andererseits auf die Ergebnisse der multivariablen Regressionsanalyse.

Die Schlussfolgerungen zur sozialbezogenen Perspektive basieren lediglich auf den Ergebnissen der multivariablen Regressionsanalyse. Dementsprechend wird die Stellungnahme zu den gestellten Fragestellungen und Hypothesen zu den individuellen Merkmalen, Familienmerkmalen und „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ anhand der multivariablen Regressionsmodellen getroffen.

Die empirischen Ergebnisse werden im nachfolgenden vereinfacht dargestellt und den Befunden aus der wissenschaftlichen Literatur gegenüber gestellt.

Schlussfolgerungen zur gesundheitsbezogenen Perspektive

Die Ergebnisse aus der *univariablen Regressionsanalyse* beziehen sich auf die Klärung der Frage: *Durch welche Gesundheit bzw. Gesundheitsverhaltensweisen die slowakischen Jugendlichen im Hinblick auf ihren Migrationswunsch gekennzeichnet sind?* Im Hinblick auf den „Healthy-Migrant-Effect“ und seine *positive (Selbst-) Auswahlselektion* wurde untersucht: *ob slowakische Jugendliche, die den Migrationswunsch haben, durch eine bessere Gesundheitsverhaltensweisen und Gesundheit gekennzeichnet sind als slowakische Jugendliche, die den Migrationswunsch nicht haben.*

Wie die Ergebnisse aus der univariablen Regressionsanalyse gezeigt haben, stehen mehrere Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens in einer signifikanten Assoziation mit dem Migrationswunsch. Demnach lässt sich im Hinblick auf die gestellte Hypothese zu Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens die Null-Hypothese im Fall von Alkoholkonsum, Rauchverhalten und Drogener-

fahrung von slowakischen Jugendlichen ablehnen. Wobei alle diesen Gesundheitsverhaltensweisen in einer Assoziation mit dem Migrationswunsch stehen.

Demnach steigt bei den Schülerinnen und Schülern mit steigendem *Alkoholkonsum*, signifikant auch die Chance eher der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch.

Beim *Rauchverhalten* lässt sich beobachten, dass Schülerinnen und Schüler, die bei der Befragung angegeben haben, dass sie Raucher oder Ex-Raucher sind, im Vergleich zu Nie-Raucher eine um das 1,67-fache signifikant höhere Chance haben eher der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch.

Im Hinblick auf die *Drogenerfahrung* lässt sich feststellen, dass Schülerinnen und Schüler mit Drogenerfahrung im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern ohne Drogenerfahrung eine um das 2,34-fache signifikant höhere Chance haben eher der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch. Anhand den Ergebnissen lässt sich zusammenfassend festhalten, dass slowakische Schülerinnen und Schüler, die den Migrationswunsch haben, im Vergleich zu den Schülern ohne Migrationswunsch durch einen häufigeren Suchtmittelkonsum gekennzeichnet sind.

Die weiteren untersuchten Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens wie der *Faktor psychosomatische Beschwerden*, der *Body-Mass-Index*, der *Faktor „ungesunde“ Ernährungsweisen* und der *Faktor körperliche Aktivität* stehen in keiner signifikanten Assoziation mit dem Migrationswunsch (vgl. Tab. 11). In diesem Fall lässt sich die Null-Hypothese demnach nicht ablehnen.

Diese Ergebnisse deuten eher darauf hin, dass sich der *„Healthy-Migrant-Effect“* mit seiner *positiven (Selbst-) Auswahlsektion* von besonders gesunden und belastbaren Personen in der Studienpopulation von slowakischen Jugendlichen nicht beobachten lässt. Da es sich hierbei um eine junge Studienpopulation handelt, ist dieses Ergebnis nicht unerwartet. Bis auf wenige Ausnahmen verfügen die slowakischen Jugendlichen über eine sehr gute Gesundheit. Sie sind sehr selten durch relevante gesundheitliche Beschwerden belastet, die sie an dem Migrationswunsch - Intention zur Migration hindern würden. Somit spielt in diesem Fall die eigene Gesundheit kei-

ne bedeutsame Rolle bei der Entscheidung zu migrieren. In einer älteren Studienpopulation, wo die Häufigkeit der gesundheitlichen Beschwerden mit zunehmendem Alter steigt, wäre die Situation anders. Bei den älteren Menschen spielt die gesundheitliche Lage bei einer Migrationsentscheidung eine wesentlich bedeutsamere Rolle. Somit stehen unsere Beobachtungen nicht im Einklang mit den theoretischen Annahmen zum „*Healthy-Migrant-Effect*“ und seiner *positiven (Selbst-) Auswahlselektion*.

Dagegen lassen sich bei den slowakischen Schülerinnen und Schülern mit Migrationswunsch im Vergleich zu den ohne Migrationswunsch, sogar schlechtere Gesundheitsverhaltensweisen beobachten. Wie oben beschrieben wurde, gehören die Schülerinnen und Schüler, die häufiger trinken, rauchen und Drogenerfahrung haben mit höherer Chance eher der Gruppe mit Migrationswunsch als der Gruppe ohne Migrationswunsch an. Somit haben also eher die Schülerinnen und Schüler mit erhöhtem Suchtmittelkonsum den Migrationswunsch.

Die Ergebnisse zum Alkoholkonsum, Rauchverhalten und Drogenerfahrung aus dieser Studie ähneln den Befunden aus weiteren epidemiologischen Untersuchungen. Ein erhöhter *Alkoholkonsum* bei russischen Migranten im Vergleich zu der einheimischen deutschen Bevölkerung wurde zum Beispiel auch in der Studie von Zdun (o.J.) festgestellt.

Die in Europa und Israel durchgeführten epidemiologischen Studien zum *Rauchverhalten* von Nierkens et al. (2006), Baron-Epel et al. (2004), Baron-Epel & Haviv-Messika (2004) und Bundesamt für Gesundheit (2007a, b) stehen im Einklang mit den Ergebnissen dieser Untersuchung. In allen diesen Studien wurde in der Gruppe der Migranten ein höherer Raucheranteil festgestellt als in der einheimischen Bevölkerung. Auch in Deutschland durchgeführte Studien vom Robert-Koch-Institut sowie auch die Auswertungen der Mikrozensusdaten bestätigten diese Beobachtungen (Lampert & Burger 2005, Bergmann et al. 2008).

Im Fall des *Drogenkonsums* haben auch folgenden Studien einen erhöhten Konsum bei Migranten festgestellt: Die Ergebnisse der Auswertung der „*Daten zur Teilnahme an den Rehabilitationen in Nordrhein-Westfalen*“ von Razum et al. (2008) besagen, dass vor allem junge Migranten nicht wegen Alkohol sondern viel öfters wegen Medi-

kamenten- bzw. Drogenabhängigkeit stationiert behandelt werden im Vergleich zu den einheimischen Deutschen.

Den steigenden Suchtmittelkonsum bei Migranten konnte in seinen Untersuchungen auch Czycholl (1997, 1998) beobachten. Sowie auch Bätz (2002), der einen erhöhten Drogenkonsum vor allem bei Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion feststellen konnte. Die Mentalität der Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion ist der slowakischen Mentalität sehr nah und deswegen ist dieses Ergebnis auch für unsere Studie relevant. Das Ergebnis, dass die Jugendlichen, die zu migrieren wünschen schon vor der Migration erste Erfahrungen mit dem Drogenkonsum gesammelt haben, unterstützt auch die aktuelle Untersuchung des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung. Diese Untersuchung besagt, dass 20 Prozent aller Migranten schon in ihrem Heimatland zum ersten Mal Drogen konsumiert haben (BMG 2005).

An dieser Stelle soll aber betont werden, dass alle diese epidemiologischen Studien an Migranten im Zielland ihrer Migration durchgeführt wurden und sich mit erfolgten Migration befassen, und nicht wie es der Fall in dieser Studie ist, mit dem Migrationswunsch - Intention zur Migration. Der Migrationswunsch ist nur eine Vorstufe der erfolgten Migration und deswegen kann er nicht mit der erfolgten Migration gleichgesetzt werden. Jedoch gibt es keine wissenschaftlichen Erkenntnisse darüber, mit welcher Gesundheit bzw. Gesundheitsverhaltensweisen die potenzielle Migranten im Hinblick auf ihren Migrationswunsch gekennzeichnet sind und mit welchen Gesundheitsmerkmalen sie dann die Migration antreten. Auch für die slowakischen Jugendlichen sind keine derartigen Erkenntnisse der Assoziation zwischen dem Migrationswunsch bzw. erfolgten Migration und ihren Gesundheit vorhanden. Somit bringt diese Studie im Hinblick auf die Gesundheit von Migranten neue Einblicke in die Migrationsforschung.

Der Vergleich der Ergebnisse ist außerdem auch dadurch erschwert, dass die zur Verfügung stehenden Studien sich mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten von Migranten im Vergleich zur Bevölkerung des Ziellandes ihrer Migration befassen, und nicht wie diese Studie, mit der Bevölkerung des Heimatlandes. Die Migranten an sich stellen eine sehr heterogene Gruppe dar, die die unterschiedlichen Migrationsvoraussetzungen und Bedingungen im Zielland der Migration widerspie-

geln. Jedes Land ist einmalig in der Einstellung der Population zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten, d.h. aus jedem Land ist die migrierende Population mit unterschiedlicher Gesundheit und Gesundheitsverhaltensweisen ausgestattet. Dadurch sollten auch Erkenntnisse aus dieser Studie nur mit Vorsicht auf andere Gruppen von Migranten übertragen werden.

Dies alles erschwert die Übertragung und Vergleichbarkeit der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Demzufolge stellen diese zur Verfügung stehenden Studien keine ideale Literaturbasis für die Diskussion unserer Ergebnisse dar.

Die Ergebnisse aus der *multivariablen Regressionsanalyse* konzentrieren sich vor allem auf die Beantwortung der Fragen: *Welche Verhaltensweisen sind für das Vorhandensein des Migrationswunsches in einer jungen Population tatsächlich ausschlaggebend?* und *Welche Zwischenbeziehungen zwischen ihnen bestehen?*

Bei der schrittweisen Einfügung von Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens in das multivariable Regressionsmodell wurden die Zwischenbeziehungen offenbart. Diese Zwischenbeziehungen bestehen vor allem zwischen den Variablen persönliche Drogenerfahrung, Faktor Alkoholkonsum und Rauchverhalten der Befragten. Die in der univariablen Regressionsanalyse vorhandenen Assoziationen zwischen dem Migrationswunsch und Rauchverhalten sowie dem Alkoholkonsum, wurden in dem multivariablen Regressionsmodell über die persönliche Drogenerfahrung der Befragten übernommen und vermittelt. Somit haben die Ergebnisse aus der multivariablen Regressionsanalyse gezeigt, dass von den untersuchten Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens lediglich die *Drogenerfahrung der Befragten* in einer Assoziation mit dem Migrationswunsch steht. Im Hinblick auf die gestellte Hypothese zur Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens lässt sich in diesem Fall die Null-Hypothese ablehnen.

Demnach haben Schülerinnen und Schüler mit Drogenerfahrung (adjustiert für alle anderen Variablen) gegenüber Schülerinnen und Schülern ohne Drogenerfahrung eine um das 2,26-fache signifikant höhere Chance eher der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch (vgl. Tab. 12,13).

Auch trotz dieser signifikanten Assoziation lässt sich *nicht annehmen*, dass die Drogenerfahrung der Befragten sowie auch die vermittelten Alkoholkonsum und Rauch-

verhalten für das Vorhandensein des Migrationswunsches bei den Jugendlichen tatsächlich ausschlaggebend sind. Die Gesundheitsverhaltensweisen können keinen Einfluss auf den Migrationswunsch ausüben. Das Vorhandensein des Migrationswunsches ist doch nicht davon abhängig, ob jemand raucht, trinkt oder Drogen konsumiert.

Dennoch deuten die Ergebnisse auf eine gewisse unbekanntete Verbindung hin. Was aber tatsächlich hinter dieser Verbindung steht, wurde in diesem multivariablen Regressionsmodell auch nach Adjustierung aller Variablen nicht offenbart. Es muss also noch weitere Erklärungen geben, die für das Vorhandensein des Migrationswunsches ausschlaggebend sind, sie wurden aber in diesem multivariablen Regressionsmodell nicht berücksichtigt.

Die Zwischenbeziehungen haben offenbart, dass ein gewisses Bindeglied zwischen dem häufigeren Migrationswunsch und dem erhöhten Suchtmittelkonsum bei den slowakischen Jugendlichen besteht. Alle diese Verhaltensweisen sind mit einem gewissen *Risiko* verbunden. Eine Person, die zu migrieren wagt und durch einen höheren Suchtmittelkonsum gekennzeichnet ist, muss also bereit sein Risiken einzugehen. Dies führt uns zu der Annahme, dass vor allem die erhöhte Risikobereitschaft bei Jugendlichen für das Vorhandensein des Migrationswunsches ausschlaggebend ist und nicht die Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens. Somit wird eine *neue Erklärungshypothese* aufgestellt, die die Assoziation zwischen Gesundheit und Migration erklärt. Und zwar: *die Assoziation zwischen dem Migrationswunsch und dem erhöhten Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen lässt sich durch ihre erhöhte Risikobereitschaft erklären*. Leider lässt sich diese Erklärungshypothese zur Risikobereitschaft und dem Migrationswunsch nicht mit weiteren wissenschaftlichen Erkenntnissen untermauern, wobei diese Assoziation in der Migrationsforschung vorher nicht untersucht wurde.

Bei den weiteren untersuchten Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens, wie dem *Faktor subjektive psychosomatische Beschwerden*, dem *Body-Mass-Index*, dem *Faktor „ungesunde“ Ernährungsweisen* und dem *Faktor körperliche Aktivität* lässt sich keine signifikante Assoziation mit dem Migrationswunsch t_0 beobachten (vgl. Tab. 12, 13). In diesem Fall lässt sich die Null-Hypothese also nicht ablehnen. Diese Beobachtungen stimmen überein mit den Ergebnissen aus der univariablen Regressionsanalyse. Nach wie vor lässt sich auch bei der multivariablen

Betrachtung keine signifikante Assoziation zwischen den aufgeführten Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens und dem Migrationswunsch beobachten.

Demnach lässt sich anhand dieser Beobachtungen, ähnlich wie auch in der univariablen Regressionsanalyse der „*Healthy-Migrant-Effect*“ mit seiner *positiven (Selbst-) Auswahlsektion* nicht beobachten. Die Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens spielen bei den slowakischen Jugendlichen im Hinblick auf ihren Migrationswunsch keine bedeutsame Rolle. Demzufolge ist die gesundheitliche Lage von slowakischen Jugendlichen sowie auch der „*Healthy-Migrant-Effect*“ mit seiner *positiven (Selbst-) Auswahlsektion* für das Vorhandensein des Migrationswunsches nicht ausschlaggebend. Dieses Ergebnis ist nicht unerwartet, da es sich in dieser Untersuchung um eine junge Studienpopulation handelt, die nur selten durch gesundheitliche Beschwerden belastet ist. Wie oben ausführlich erläutert wurde, sollten in der zukünftigen Migrationsforschung weitere Erklärungen wie z.B. *Risikobereitschaft* berücksichtigt werden, die für das bessere Verständnis der Assoziation zwischen Gesundheit und Migration sorgen können.

Schlussfolgerungen zur sozialbezogenen Perspektive

Die Ergebnisse aus der *multivariablen Regressionsanalyse* zur sozialbezogenen Perspektive konzentrieren sich vor allem auf die Beantwortung der Fragen: *Welche sozialbezogenen Merkmale für das Vorhandensein des Migrationswunsches in einer jungen Population tatsächlich ausschlaggebend sind?* und *Welche Zwischenbeziehungen zwischen ihnen bestehen?* Um diese Fragen beantworten zu können, wurden individuelle Merkmale, Familienmerkmale sowie auch die „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ in einem multivariablen Regressionsmodell auf ihre Assoziation zum Migrationswunsch untersucht.

Individuelle Merkmale und Familienmerkmale

Bei der schrittweisen Einsetzung von individuellen Merkmalen und Familienmerkmalen in das multivariable Regressionsmodell wurden mehrere Zwischenbeziehungen sichtbar. Die Zwischenbeziehungen lassen sich dabei zwischen allen bestehenden

Assoziationen beobachten. Demnach steht das Geschlecht in einer Zwischenbeziehung mit dem Beziehungsstatus der Befragten, die Mittelschule der Befragten mit der Bildung der Eltern und die Erwerbstätigkeit der Eltern mit den *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“*. Diese Zwischenbeziehungen werden im nachfolgenden näher beschrieben.

Von den untersuchten *individuellen Merkmalen* weisen nach Adjustierung für alle Variablen das Geschlecht, die Mittelschule und der Beziehungsstatus der Befragten eine signifikante Assoziation zu dem Migrationswunsch auf (vgl. Tab. 12, 13). Demzufolge lässt sich die gestellte Null-Hypothese ablehnen.

Im Hinblick auf das *Geschlecht* ist zu erkennen, dass die Schülerinnen im Vergleich zu den Schülern eine um das 1,60-fache signifikant höhere Chance aufweisen, eher der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als zu der Gruppe ohne Migrationswunsch. Diese Assoziation wurde erst nach der schrittweisen Einsetzung der Variable – Beziehungsstatus der Befragten in das multivariable Regressionsmodell sichtbar. Es handelt sich dabei also um einen *„Suppressor –Effekt“*.

Auch wenn die Assoziation zwischen dem Migrationswunsch und dem Geschlecht vorhanden ist, lässt sich nicht ohne zweifeln annehmen, dass das Geschlecht für das Vorhandensein des Migrationswunsches ausschlaggebend ist. Tatsächlich gehören die Schülerinnen eher zu der Gruppe mit Migrationswunsch als die Schüler. Dies lässt sich aber damit erklären, dass die Mädchen schon im jungen Alter psychisch weiter entwickelt sind als die Jungen. Sie machen sich eher Gedanken über ihre Zukunft. Diese Überlegungen stützen sich auch auf die deskriptiven Ergebnisse dieser Studie, die gezeigt haben, dass die Jungs häufiger zu der in Migrationswunsch unentschiedenen Gruppe gehören als die Mädchen (39,0 Prozent vs. 32,8 Prozent) (vgl. Tab. 10).

Die am bestmöglichsten vergleichbare Studie zu diesem Ergebnis wurde von Silva & Neto (1993) geliefert. Diese Studie untersuchte die Migrationsbereitschaft von Jugendlichen in Assoziation mit verschiedenen soziodemografischen Merkmalen. Ähnlich wie diese empirische Untersuchung, bestätigte auch die Studie von Silva & Neto eine signifikante Assoziation zwischen der Migrationsbereitschaft und dem Geschlecht. Jedoch in einer umgekehrten Form: die männliche Studienpopulation weist

demnach eine signifikant höhere Migrationsbereitschaft als die weibliche Studienpopulation auf. Dieser Befund steht also im Widerspruch zu den empirischen Befunden aus dieser Untersuchung.

Auch die wenigen zur Verfügung stehenden Daten aus der Slowakei, die sich mit der migrierenden Population auseinandersetzen, stimmen nicht mit diesem Ergebnis überein. Nach Divinský (2007) migrieren aus der Slowakei häufiger Männer als Frauen.

Es lässt sich tatsächlich nicht abstreiten, dass die männliche Population häufiger migriert als die weibliche. Der Migrationswunsch lässt sich nicht *ein zu eins* mit der erfolgten Migration gleichsetzen. Auch wenn die slowakischen Schülerinnen häufiger zu der Gruppe mit Migrationswunsch angehören, heißt es lange noch nicht, dass sie in der Realität tatsächlich auch häufiger migrieren werden, als die Schüler.

Die *Mittelschule der Befragten* steht ebenso in einer Assoziation mit dem Migrationswunsch. Die Schülerinnen und Schüler einer Mittelschule mit Abitur haben im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern einer Mittelschule ohne Abitur eine um das 0,55-fache niedrigere Chance eher zu der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch. Das bedeutet, dass die Schülerinnen und Schüler einer Mittelschule mit Abitur seltener den Migrationswunsch haben als die Schülerinnen und Schüler einer Mittelschule ohne Abitur. Womit sich aber diese Assoziation erklären lässt, ist nicht so deutlich. In der Slowakei besteht zurzeit häufiger die Möglichkeit als AbsolventInnen einer Mittelschule mit Abitur einen Platz an der Universität zu bekommen. Deswegen entscheiden sich die Jugendlichen eher für ein weiteres Studium als für die Migration. Es kann aber auch so sein, dass der Migrationswunsch bei den Jugendlichen erst später kommt.

Die in der univariablen Regressionsanalyse vorhandene signifikante Assoziation der Mittelschule der Befragten, und zwar das Gymnasiums, lässt sich in dem multivariablen Regressionsmodell nicht mehr beobachten. Nach der schrittweisen Einfügung von einzelnen Variablen wurde sichtbar, dass diese verlorengegangene Assoziation über die Bildung der Eltern vermittelt wurde. Daraus lässt sich schließen, dass das Gymnasium an sich für das Vorhandensein des Migrationswunsches nicht ausschlaggebend ist, sondern eher der familiäre Bildungshintergrund, was wiederum mit der sozialen Selektion verbunden ist. Leider lassen sich Erkenntnisse zu dieser Assoziation

nicht in Beziehung zur wissenschaftlichen Literatur setzen. Jedes Land ist in seinem Bildungssystem einmalig, was die Vergleichbarkeit der Erkenntnisse verhindert.

Hinsichtlich des *Beziehungsstatus der Befragten* lässt sich erkennen, dass Schülerinnen und Schüler ohne eine Partnerschaft gegenüber Schülerinnen und Schülern in einer Partnerschaft eine um das 1,85-fache signifikant höhere Chance aufweisen eher zu der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch. Somit lässt sich festhalten, dass ein Leben ohne Partner das Vorhandensein des Migrationswunsches begünstigt. Diese Assoziation bleibt auch nach Adjustierung für alle Variablen beibehalten, woraus sich ableiten lässt, dass der Beziehungsstatus der Befragten für das Vorhandensein des Migrationswunsches tatsächlich ausschlaggebend ist.

Dieses Ergebnis stimmt überein mit weiteren empirischen Untersuchungen zur *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“* von Berardo (1967), Crowford (1966) und Huck (2012). Auch diese Studien haben gezeigt, dass enge Beziehungen zur Familie oder Freunden eine Migrationsentscheidung beeinträchtigen können und die Migration für den potenziellen Migranten weniger attraktiv erscheinen lassen. Dagegen sind wenige oder nicht enge soziale Beziehungen zur Familie oder Freunden für die Migrationsbereitschaft sogar förderlich.

Von den untersuchten *Familienmerkmalen* stehen in dem multivariablen Regressionsmodell lediglich die Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern in einer signifikanten Assoziation mit dem Migrationswunsch. Dementsprechend lässt sich die Null-Hypothese ablehnen. Somit wurde bestätigt, dass der Bildungshintergrund sowie auch die Erwerbstätigkeit der Eltern für das Vorhandensein des Migrationswunsches bei den slowakischen Jugendlichen tatsächlich ausschlaggebend sind. Somit spielen die Familienmerkmale wie Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern eine bedeutsame Rolle bei der Erklärung des Migrationswunsches.

Im Gegensatz dazu stehen der mit untersuchte Familientyp und das Score ökonomische Situation der Familie in keiner Assoziation mit dem Migrationswunsch. In diesem Fall lässt sich die Null-Hypothese also nicht ablehnen (vgl. Tab. 12, 13).

Im Hinblick auf die *Bildung der Eltern* lässt sich festhalten, dass Schülerinnen und Schüler, bei denen nicht beide Elternteile mindestens das Abitur absolviert haben, im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern, deren beide Elternteile mindestens das Abitur absolviert haben, signifikant niedrigere Chance zu der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören haben als der Gruppe ohne Migrationswunsch. Ihre Chance eher der Gruppe mit Migrationswunsch als der Gruppe ohne Migrationswunsch anzugehören ist um das 0,54-fache niedriger. Einfacher ausgedrückt: die Schülerinnen und Schüler, deren Eltern ein niedrigeres Bildungsniveau haben, wünschen sich seltener zu migrieren im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern, deren Eltern ein höheres Bildungsniveau erreicht haben. Somit deuten die Ergebnisse darauf hin, dass der Bildungshintergrund der Familie eine bedeutsame Rolle bei dem Migrationswunsch spielt. Die Jugendlichen aus besser gebildeten Familien sind besser für die mögliche Migration ausgestattet, wobei sie selber über eine höhere Bildung verfügen, wie z.B. bessere Fremdsprachkenntnisse.

Die *Erwerbstätigkeit der Eltern* steht ebenso in einer Assoziation mit dem Migrationswunsch. Demnach haben Schülerinnen und Schüler mit keinem oder nur einem erwerbstätigen Elternteil im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern, denen beide Elternteile erwerbstätig sind, eine um das 1,66-fache signifikant höhere Chance zu der Gruppe mit Migrationswunsch angehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch. Einfacher ausgedrückt: die Schülerinnen und Schüler mit beiden erwerbstätigen Eltern besitzen seltener den Migrationswunsch als die Schülerinnen und Schüler, von denen nicht beide Elternteile erwerbstätig sind.

In der Erwerbstätigkeit der Eltern spiegelt sich auch die ökonomische bzw. soziale Lage der Familie wieder. Leider wurde dieser Aspekt in der Migrationsforschung bisher nur unzureichend berücksichtigt. Es gibt zwar Studien, die sich mit der sozialen Lage von Migranten auseinandersetzen. Sie konzentrieren sich aber auf die Untersuchung der sozialen Lage von Migranten im Zielland ihrer Migration. Der Untersuchung der sozialen Lage in Assoziation mit dem Migrationswunsch bzw. Migrationsbereitschaft wurde bisher nur wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Aus diesem Grund lassen sich die Ergebnisse zu den Familienmerkmalen aus dieser empirischen Untersuchung lediglich mit der Studie von Silva & Neto (1993) in Beziehung setzen. In dieser Studie wurde zwar die ökonomische Situation der Familie untersucht und nicht

wie es in unserer Studie der Fall ist, die Erwerbstätigkeit. Im Hinblick auf die ökonomische Situation der Familie hat die Studie von Silva & Neto gezeigt, dass die Migrationsbereitschaft bei den Jugendlichen aus den ökonomisch schlechter gestellten Familien signifikant höher ist als bei den Jugendlichen, die aus einer ökonomisch besser gestellten Familien stammen. Was mit unserer Erwerbstätigkeit der Eltern übereinstimmt, in dem Sinne, dass die schlechtere ökonomische Lage der Familie die Migrationsbereitschaft begünstigt.

„Push- und Pull-Faktoren der Migration“

Von den untersuchten „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ stehen unter Adjustierung für alle Variablen im multivariablen Regressionsmodell nahezu alle Variablen in einer signifikanten Assoziation zu dem Migrationswunsch (vgl. Tab. 12, 13). Lediglich die Variable *Familie und Freunde im Ausland* steht in keiner Assoziation mit dem Migrationswunsch. Nach schrittweisem Einfügen von einzelnen Variablen wurde deutlich, dass ihre Assoziation über die anderen „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ übernommen wurde. Unter dieser Beobachtung lässt sich die Null-Hypothese ablehnen. Demzufolge lässt sich feststellen, dass die Mehrheit der untersuchten „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ für das Vorhandensein des Migrationswunsches bei den slowakischen Jugendlichen tatsächlich ausschlaggebend sind.

Aus den untersuchten „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ sticht besonders der Faktor *ökonomische „Pull-Faktoren“* heraus: mit steigender Bewertung der *ökonomischen „Pull-Faktoren“* des Ziellandes der Migration, steigt bei den Schülerinnen und Schülern signifikant auch die Chance, eher der Gruppe mit Migrationswunsch als der Gruppe ohne Migrationswunsch anzugehören (OR= 2,36). Einfacher ausgedrückt: Schülerinnen und Schüler mit höherer Bewertung der ökonomischen Anziehungsfaktoren des Ziellandes der Migration, gehören eher der Gruppe mit Migrationswunsch als der Gruppe ohne Migrationswunsch an. Unter den *ökonomischen „Pull-Faktoren“* wurden ökonomische Anziehungsfaktoren des Ziellandes der Migration verstanden, wie zum Beispiel bessere Arbeitsbedingungen und Arbeitsmöglichkeiten, bessere Bildungsmöglichkeiten, höheres Einkommen oder höherer Lebensstandard im Ausland.

Bei dem *Faktor ökonomische „Push-Faktoren“* lässt sich auch eine signifikante Assoziation zu dem Migrationswunsch beobachten: je höher die persönliche Zustimmung der Schülerinnen und Schüler zu den *ökonomischen „Push-Faktoren“* des Heimatlandes, desto niedriger ist die Chance der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch (OR= 0,56). Unter den *ökonomischen „Push-Faktoren“*, wurden wiederum die ökonomischen Bedingungen des Heimatlandes verstanden, die die Schülerinnen und Schüler in ihrem Heimatland festhalten, wie z.B. gute Arbeitsbedingungen und Arbeitsmöglichkeiten oder ausreichendes Einkommen in der Slowakei.

Hinsichtlich des *Faktors gesellschaftliche „Push-Faktoren“* lässt sich festhalten, dass je höher die Zustimmung der Schülerinnen und Schüler zu den *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“* des Heimatlandes ist, desto niedriger ist die Chance zu der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als zu der Gruppe ohne Migrationswunsch (OR= 0,47). Unter den *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“* wurden gesellschaftliche Gründe verstanden, die die slowakischen Schülerinnen und Schüler im Heimatland festhalten, wie zum Beispiel Familie und Freunde, vertraute Kultur und Sprache sowie auch die gesellschaftliche Akzeptanz in der Slowakei.

Beim *Score Fremdsprachkenntnisse*, das auch zu den *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“* gehört, lässt sich auch eine signifikante Assoziation zu dem Migrationswunsch beobachten. Mit steigender Bewertung eigener Fremdsprachkenntnisse, steigt bei den Schülerinnen und Schülern signifikant auch die Chance eher der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch (OR= 1,40).

Von den zwei untersuchten dichotomen *gesellschaftlichen „Pull-Faktoren“* steht nur die *Auslandserfahrung der Befragten* in einer signifikanten Assoziation zum Migrationswunsch. Demnach haben Schülerinnen und Schüler mit vorhandener Auslandserfahrung im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern ohne Auslandserfahrung eine um das 1,89-fache signifikant höhere Chance eher der Gruppe mit Migrationswunsch anzugehören als der Gruppe ohne Migrationswunsch.

Die „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ wurden in mehreren sozialwissenschaftlichen Studien untersucht. Dabei konzentrierte sich die Untersuchung vor allem auf die Beantwortung der Frage: *Welche Faktoren die potenziellen Migranten zur Migration bewegen und welche sie wiederum in ihrem Heimatland festhalten?* Zu dieser Problematik gibt es deutlich mehr wissenschaftlichen Erkenntnissen als es bei der gesundheitsbezogenen Perspektive, vor allem im Hinblick auf die erste Phase der Migration – Motivation zur Migration, der Fall ist. Die in dieser Dissertation beobachteten Assoziationen der „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ lassen sich auch in weiteren sozialwissenschaftlichen Studien wiederfinden.

Im Einklang mit Ergebnissen dieser Studie zu den *ökonomischen „Push- und Pull-Faktoren“* stehen auch die Untersuchungen von Marr (1975), Mahmood und Schömann (2002), Mullet et al. (2000), Körner (1999) sowie auch Blahusch (1992). In allen diesen genannten Studien zählten zu den wichtigsten Gründen, die die potenzielle Migranten zur Migration bewegen, vor allem bessere Arbeitsbedingungen und Arbeitsmöglichkeiten, höheres Einkommen sowie bessere Möglichkeiten im Ausland studieren zu können.

Auch Körner (1999) bestätigte mit seiner Untersuchung, dass Karriereplanung, beruflicher Aufstieg und besser bezahlte Arbeitsplätze im Ausland zu den wichtigsten *ökonomischen „Pull-Faktoren“* des Ziellandes der Migration gehören.

Auf der anderen Seite zählen nach Blahusch (1992) zu den bedeutsamsten *ökonomischen „Push-Faktoren“* des Heimatlandes, vor allem die mangelnden Arbeitsmöglichkeiten, schlechtere Arbeitsbedingungen, nicht ausreichende berufliche Aufstiegschancen sowie auch niedrigeres Einkommen im Heimatland.

Die besondere Rolle der *gesellschaftlichen „Push- und Pull-Faktoren“* bei einer Migrationsentscheidung, die auch in dieser Studie festgestellt wurde, stimmt überein mit den Studienergebnissen von Berardo (1967) und Huck (2012).

Auch in diesen empirischen Untersuchungen hat sich gezeigt, dass neben den *ökonomischen* Gründen eine genauso wichtige Rolle bei der Migration auch die *gesellschaftlichen* Faktoren spielen. Die sozialen Netzwerke, Familie und Freunde sowie die vertraute Kultur des Heimatlandes zählen zu den wichtigsten *gesellschaftlichen* Faktoren, die die potenziellen Migranten trotz sehr oft schlechterer *ökonomischer* Situation in ihrem Heimatland festhalten.

Ein weiterer wichtiger Faktor, der bei der Migrationsentscheidung eine bedeutsame Rolle spielt und auch zu den *gesellschaftlichen „Push- und Pull-Faktoren“* zählt, sind die Fremdsprachkenntnisse der potenziellen Migranten. Auch in dieser Studie konnte beobachtet werden, dass je höher die Schülerinnen und Schüler eigene Fremdsprachkenntnisse bewertet haben, desto höher war die Chance des Vorhandenseins des Migrationswunsches. Mit unserem Befund stimmen die Ergebnisse von Janssen (1998) überein. Er betont, dass unterschiedliche Sprachen im Herkunfts- und Zielland zu einer Sprachbarriere führen können und somit als wichtiger *„Push-Faktor“* des Heimatlandes wirksam ist. Außerdem können die mangelnden Fremdsprachkenntnisse zur niedrigeren Migrationswahrscheinlichkeit führen sowie auch die Integration der Migranten im Zielland ihrer Migration erschweren.

Zusammenfassend lässt sich anhand der Ergebnisse zu den *„Push- und Pull-Faktoren der Migration“* festhalten, dass sie für das Vorhandensein des Migrationswunsches tatsächlich ausschlaggebend sind. Sie stellen dabei eigenständige Einflussfaktoren auf das Vorhandensein des Migrationswunsches dar. Die *„Push- und Pull-Faktoren der Migration“* können somit das Vorhandensein des Migrationswunsches bei den slowakischen Jugendlichen einerseits begünstigen oder auf der anderen Seite auch verhindern.

Zusammenfassung der Schlussfolgerungen der „Baseline“ Befragung

Anhand der Ergebnisse aus der *„Baseline“* Befragung wurde versucht Antworten auf die gestellten Fragestellungen und die daraus resultierenden Hypothesen zu geben. Die Untersuchung konzentrierte sich dabei auf die Untersuchung der vorhandenen oder nicht vorhandenen Assoziation zwischen den unabhängigen Variablen und dem Migrationswunsch von slowakischen Jugendlichen. Die Erforschung der Assoziation erfolgte dabei aus der gesundheits- sowie auch der sozialwissenschaftlichen Perspektive.

Zusammenfassend deuten die dargestellten Ergebnisse darauf hin, dass die sozialbezogene Perspektive bei dem Vorhandensein des Migrationswunsches von slowa-

kischen Schülerinnen und Schüler eine Schlüsselrolle spielt. Dabei sind die „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ zusammen mit den individuellen Merkmalen und Familienmerkmalen für das Vorhandensein des Migrationswunsches ausschlaggebend. Die *ökonomischen „Push- und Pull-Faktoren“* sind bei dem Migrationswunsch genauso wichtig wie die *gesellschaftlichen „Push- und Pull-Faktoren“*. Somit lässt sich die Schlüsselrolle des „*Push- und Pull-Faktoren Modells*“ von Lee in der Migrationsforschung bestätigen. Die „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ sowie auch die individuellen Merkmale und Familienmerkmale unterliegen sehr oft subjektiven persönlichen Bewertungen. Es lässt sich wie es auch Blahusch (1992) betont, nur schwer einschätzen, welcher von diesen Faktoren einen größeren und bedeutenden Einfluss auf das Vorhandensein des Migrationswunsches sowie auch auf die daraus folgende Migrationsentscheidung ausübt. Demzufolge ist es wichtig, alle drei Faktoren in der Migrationsforschung gemeinsam zu betrachten, weil für jeden potenziellen Migrant andere Faktoren für die Migrationsentscheidung entscheidend und wichtig sind.

Im Gegensatz dazu spielt die gesundheitsbezogene Perspektive bei den slowakischen Jugendlichen im Hinblick auf ihren Migrationswunsch keine Schlüsselrolle. Die gesundheitliche Lage bei den Jugendlichen ist für das Vorhandensein des Migrationswunsches nicht ausschlaggebend. Somit lässt sich der „*Healthy-Migrant-Effect*“ mit seiner *positiven (Selbst-) Auswahlselektion* bei den slowakischen Jugendlichen nicht beobachten. Dieses Ergebnis ist nicht unerwartet, da es sich hierbei um eine junge Studienpopulation handelt, die nur selten durch gesundheitliche Beschwerden belastet ist.

Zwar deuten die Ergebnisse allgemein darauf hin, dass die Jugendlichen, die den Migrationswunsch haben im Vergleich zu den Jugendlichen ohne Migrationswunsch, durch schlechtere Gesundheitsverhaltensweisen in der Form von häufigerem Suchtmittelkonsum gekennzeichnet sind. Dennoch lässt sich aber nicht annehmen, dass die Gesundheitsverhaltensweisen einen Einfluss auf das Vorhandensein des Migrationswunsches ausüben. Das Rauchverhalten, Drogenerfahrung oder Alkoholkonsum bei den Jugendlichen können den Migrationswunsch nicht beeinflussen, noch erklären. Trotzdem besteht zwischen ihnen und dem Migrationswunsch eine gewisse Verbindung, aber trotzdem sind die Gesundheitsverhaltensweisen für das Vorhanden-

sein des Migrationswunsches nicht ausschlaggebend. Was tatsächlich für das Vorhandensein des Migrationswunsches ausschlaggebend ist, muss sich hinter den Gesundheitsverhaltensweisen befinden. Der erhöhte Suchtmittelkonsum sowie auch der Migrationswunsch stellen Verhaltensweisen dar, die mit einem gewissem *Risiko* verbunden sind. Der Jugendliche, der ein Migrationswunsch besitzt und durch einen höheren Suchtmittelkonsum gekennzeichnet ist, muss also bereit sein, Risiken einzugehen. All dies deutet darauf hin, dass vor allem die *erhöhte Risikobereitschaft* bei den Jugendlichen für das Vorhandensein des Migrationswunsches ausschlaggebend ist und nicht die Gesundheitsverhaltensweisen an sich.

6.3 Diskussion der Ergebnisse der „first Follow-up“ Befragung

In der Diskussion der Ergebnisse der „first Follow-up“ Befragung werden zuerst ähnlich wie in der „Baseline“ Befragung die Schlussfolgerungen zur gesundheitsbezogenen Perspektive und danach zur sozialbezogenen Perspektive in der Assoziation mit dem Migrationsstatus – der erfolgten Migration von slowakischen Jugendlichen diskutiert.

Die Schlussfolgerungen zur gesundheitsbezogenen Perspektive stützen sich einerseits auf die Ergebnisse der univariablen Regressionsanalyse und andererseits auf die Ergebnisse der multivariablen Regressionsanalyse.

Die Schlussfolgerungen zur sozialbezogenen Perspektive werden lediglich auf der Basis der Ergebnisse der multivariablen Regressionsanalyse getroffen. Die Stellungnahme zur gestellten Fragestellungen und den Hypothesen wird zu den individuellen Merkmalen, Familienmerkmalen und „Push- und Pull-Faktoren der Migration“ getroffen.

Die resultierenden empirischen Ergebnisse werden im Weiteren vereinfacht dargestellt und den Befunden aus der wissenschaftlichen Literatur gegenüber gestellt.

Schlussfolgerungen zur gesundheitsbezogenen Perspektive

Die Ergebnisse aus der *univariablen Regressionsanalyse* beziehen sich auf die Klärung der Frage: *Durch welche Gesundheit bzw. Gesundheitsverhaltensweisen die migrierten slowakischen Jugendlichen gekennzeichnet sind?* Somit wurde im Hinblick auf den „Healthy-Migrant-Effect“ und seine *positive (Selbst-) Auswahlselektion* untersucht: *ob slowakische Jugendliche, die migriert sind durch eine bessere Gesundheit bzw. Gesundheitsverhaltensweisen gekennzeichnet sind, als die nicht migrierten Jugendlichen.*

Wie die Ergebnisse der univariablen Regressionsanalyse zeigen, lassen sich die in der „Baseline“ Befragung beobachtete Assoziationen nicht erneut beobachten. Dagegen steht alleine nur der Faktor „*ungesunde*“ *Ernährungsweisen* in einer signifikanten Assoziation mit dem Migrationsstatus. Diese Assoziation wurde aber erst in der univariablen Regressionsanalyse der „first Follow-up“ Befragung sichtbar. Demzufolge lässt sich feststellen, dass mit steigenden Maß an „*ungesunden*“ Ernährungswei-

sen sinkt bei den slowakischen Jugendlichen die Chance zu migrieren. Einfacher ausgedrückt: die migrierten slowakischen Jugendlichen sind häufiger mit niedrigeren Maß an „*ungesunden*“ Ernährungsweisen gekennzeichnet als die nicht migrierten Jugendlichen.

Bei den weiteren untersuchten Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens lässt sich jedoch die Null-Hypothese nicht ablehnen, wobei alle anderen Variablen wie: der *Faktor subjektive psychosomatische Beschwerden*, der *Body-Mass-Index*, der *Faktor Alkoholkonsum*, das *Rauchverhalten*, die *persönliche Drogen Erfahrung* sowie der *Faktor körperliche Aktivität* in keiner Assoziation mit dem Migrationsstatus – der erfolgten Migration von slowakischen Jugendlichen stehen (vgl. Tab. 15). Ähnlich wie in der „*Baseline*“ Befragung deutet dieses Ergebnis darauf hin, dass sich der „*Healthy-Migrant-Effect*“ mit seiner *positiven (Selbst-) Auswahlselektion* von besonders gesunden und belastbaren Personen in der Studienpopulation von slowakischen Jugendlichen auch im Hinblick auf ihre erfolgte Migration nicht beobachten lässt. Weil es sich immerhin um eine junge Studienpopulation handelt, ist dieses Ergebnis, wie schon vorher erläutert wurde, nicht unerwartet. Auch bei der erfolgten Migration spielt die gesundheitliche Lage bei den Jugendlichen keine bedeutsame Rolle. Somit stehen diese Beobachtungen nicht im Einklang mit den theoretischen Annahmen zum „*Healthy-Migrant-Effect*“ und seiner *positiven (Selbst-) Auswahlselektion*.

Im Hinblick auf die Ernährungsgewohnheiten von Migranten liefert die wissenschaftliche Literatur ein uneinheitliches Bild. Die Daten zum Ernährungsverhalten sind sehr aufwendig in der Erhebung und vor allem bei Migranten sind die Essgewohnheiten sehr oft kulturell bedingt und lassen sich dementsprechend nur kompliziert auf andere Gruppen von Migranten übertragen. Außerdem stellen alle diese zur Verfügung stehenden Studien keine ideale Literatur zur dieser Studie dar. Alle diese Studien wurden an Migranten im Zielland ihrer Migration durchgeführt und mit der einheimischen Bevölkerung des Ziellandes verglichen und nicht wie es der Fall in dieser Studie ist, mit der Bevölkerung des Heimatlandes.

Die Beobachtungen aus dieser Studie, dass die migrierenden Jugendlichen durch ein niedrigeres Maß an „*ungesunden*“ Ernährungsweisen gekennzeichnet sind, bestätig-

te in gewisser Weise nur die Studie von Winkler (2003). Auch er beobachtete, dass Migranten häufiger Obst und Gemüse, weniger Fleisch und Süßigkeiten zu sich nehmen als die Deutschen.

Die Mehrheit der zur Verfügung stehenden Studien steht jedoch im Widerspruch zu diesen Ergebnissen (Lindstrom & Sundquist 2005, Wändell et al. 2004, Brussaard et al. 2001, Den Hartog 1995). Alle diese Studien deuten darauf hin, dass Migranten im Zielland ihrer Migration häufiger Süßigkeiten, Fastfood und Softgetränke zu sich nehmen – also über eine „*ungesundere*“ Ernährungsweisen verfügen als die einheimischen Bevölkerung.

Die Ergebnisse der *multivariablen Regressionsanalyse* konzentrieren sich dagegen vor allem auf die Beantwortung der Fragen: *Welche Verhaltensweisen für die erfolgte Migration in einer jungen Population tatsächlich ausschlaggebend sind?* und *Welche Zwischenbeziehungen zwischen ihnen bestehen?*

Bei der schrittweisen Einsetzung von Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens in das multivariable Regressionsmodell wurden Zwischenbeziehungen sichtbar. Die Zwischenbeziehungen bestehen vor allem zwischen dem Faktor Alkoholkonsum und dem Faktor „*ungesunde*“ Ernährungsweisen. Erst bei der Einbeziehung des Faktors „*ungesunde*“ Ernährungsweisen in das multivariable Regressionsmodell wurde der „*Suppressor Effekt*“ des Faktors „*ungesunde*“ Ernährungsweisen sichtbar.

Die Ergebnisse aus der multivariablen Regressionsanalyse haben gezeigt, dass von den untersuchten Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens adjustiert für alle Variablen alleine nur der *Faktor „ungesunde“ Ernährungsweisen* und der *Faktor Alkoholkonsum* in einer signifikanten Assoziation mit dem Migrationsstatus stehen. Somit lässt sich die Null-Hypothese in diesem Fall ablehnen (vgl. Tab. 16). Demnach lässt sich feststellen, dass mit steigendem Maß an „*ungesunden*“ Ernährungsweisen sinkt bei den slowakischen Jugendlichen signifikant auch die Chance zu migrieren.

Bei dem *Faktor Alkoholkonsum* lässt sich dagegen beobachten, dass mit steigendem Alkoholkonsum, bei den slowakischen Jugendlichen die Chance zu migrieren steigt.

Trotz dieser signifikanten Assoziation lässt sich *nicht annehmen*, dass die „*ungesunden*“ Ernährungsweisen sowie auch der Alkoholkonsum für die erfolgte Migration bei den slowakischen Jugendlichen tatsächlich ausschlaggebend sind. Die Gesundheitsverhaltensweisen haben keinen direkten Einfluss auf die erfolgte Migration. Die erfolgte Migration ist nicht davon abhängig, ob jemand Alkohol trinkt oder sich gesund ernährt. Auch in diesem Fall, ähnlich wie in der „*Baseline*“ Befragung deuten die Ergebnisse eher auf eine gewisse unbekannte Verbindung hin. Ähnlich wie in der „*Baseline*“ Befragung, ist auch in der „*first Follow-up*“ Befragung der erhöhte Alkoholkonsum mit häufigerer Migration assoziiert. Somit stellen diese Ergebnisse eine Parallele zu den Ergebnissen aus der „*Baseline*“ Befragung dar. Sie leiten uns zu der gleichen Annahme und zwar, dass vor allem die risikobereiten Jugendlichen zu migrieren wagen, die auch durch ein höheres Maß an Alkoholkonsum gekennzeichnet sind, was wiederum mit einem niedrigeren Maß an „*ungesunden*“ Ernährungsweisen verbunden ist. Demzufolge ist die erhöhte *Risikobereitschaft* bei den Jugendlichen für die erfolgte Migration ausschlaggebend und nicht die Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens.

Bei dem weiter untersuchten Merkmal der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens *Rauchverhalten der Befragten* lässt sich keine signifikante Assoziation mit dem Migrationsstatus beobachten (vgl. Tab. 16). In diesem Fall lässt sich demzufolge die Null-Hypothese nicht ablehnen.

Demnach lässt sich anhand dieser Beobachtungen, ähnlich wie auch in der univariablen Regressionsanalyse der „*Healthy-Migrant-Effect*“ mit seiner *positiven (Selbst-) Auswahlsektion* nicht beobachten. Die Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens spielen bei den slowakischen Jugendlichen im Hinblick auf ihre Migration nach einem Kalenderjahr keine bedeutsame Rolle. Demzufolge ist die gesundheitliche Lage von slowakischen Jugendlichen sowie auch der „*Healthy-Migrant-Effect*“ mit seiner *positiven (Selbst-) Auswahlsektion* für die erfolgte Migration nicht ausschlaggebend. Dieses Ergebnis ist nicht unerwartet, da es sich in dieser Untersuchung um eine junge Studienpopulation handelt, die nur selten durch gesundheitliche Beschwerden belastet ist.

Schlussfolgerungen zur sozialbezogenen Perspektive

Die Ergebnisse aus der *multivariablen Regressionsanalyse* zur sozialbezogenen Perspektive konzentrieren sich vor allem auf die Beantwortung der Fragen: *Welche sozialbezogenen Merkmale für die erfolgte Migration in einer jungen Population tatsächlich ausschlaggebend sind?* und *Welche Zwischenbeziehungen zwischen ihnen bestehen?* Um diese Fragen beantworten zu können, wurden individuelle Merkmale, Familienmerkmale sowie auch die „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ in einem multivariablen Regressionsmodell auf ihre Assoziation zu dem Migrationsstatus – der erfolgten Migration diskutiert.

Individuelle Merkmale und Familienmerkmale

Bei der schrittweisen Einsetzung von individuellen Merkmalen und Familienmerkmalen in das multivariable Regressionsmodell wurden mehrere Zwischenbeziehungen sichtbar. Die erste Zwischenbeziehung lässt sich zwischen der absolvierten Mittelschule der Befragten und der Bildung der Eltern beobachten. Durch die Einbeziehung der Bildung der Eltern verliert die absolvierte Mittelschule der Befragten - konkret des Gymnasiums ihre Signifikanz. Sie wurde über die Bildung der Eltern vermittelt. Daraus lässt sich schließen, ähnlich wie auch in der „*Baseline*“ Befragung, dass das Gymnasium an sich für die erfolgte Migration nicht ausschlaggebend ist, sondern eher der familiäre Bildungshintergrund der Eltern, was mit der sozialen Selektion verbunden ist.

Die zweite Zwischenbeziehung lässt sich innerhalb der Familienmerkmale - konkret zwischen der Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern beobachten. Die in der univariablen Regressionsanalyse vorhandene signifikante Assoziation zwischen der Erwerbstätigkeit der Eltern und dem Migrationsstatus wurde in das multivariablen Regressionsmodell nach der Einbeziehung der Bildung der Eltern übernommen und verliert ihre Signifikanz.

Die untersuchten *individuellen Merkmale* und *Familienmerkmale* weisen nach Adjustierung keine signifikante Assoziation zu dem Migrationsstatus auf (vgl. Tab. 16). Demzufolge lässt sich in diesem Fall die Null-Hypothese nicht ablehnen. Somit deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die individuellen Merkmale sowie auch die Fami-

lienmerkmale für die erfolgte Migration bei den slowakischen Jugendlichen nicht ausschlaggebend sind. Diese Ergebnisse müssen kritisch hinterfragt und nur mit Vorsicht interpretiert werden, wobei sie im Widerspruch zur anderen wissenschaftlichen Befunden stehen. Aus weiteren empirischen Untersuchungen ist bekannt, dass Männer häufiger migrieren als Frauen, sowie Personen mit höherer Bildung und eher mit schlechteren ökonomischen Bedingungen in der Familie - also mit niedrigerem Sozialstatus (Divinský 2007, Taylor 1998, Vogt 1999).

Auch zu den Ergebnissen aus der „*Baseline*“ Befragung stehen diese Ergebnisse im Widerspruch. Aber weil die erreichte Studienstichprobe in der „*first Follow-up*“ Befragung niedriger ausfällt als in der „*Baseline*“ Befragung, belasten mehrere Zwischenbeziehungen die Ergebnisse und verfälschen somit die Sicht auf die bestehenden Assoziationen zum Migrationsstatus.

„*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“

Von den untersuchten „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ steht in dem multivariablen Regressionsmodell unter der Kontrolle von individuellen Merkmalen lediglich der *Faktor gesellschaftliche „Push-Faktoren“* in einer signifikanten Assoziation mit dem Migrationsstatus: mit steigender Bewertung der *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“* sinkt bei den slowakischen Jugendlichen die Chance zu migrieren. Einfacher ausgedrückt: je höher die Jugendlichen ihre Verbundenheit mit dem Heimatland, Familie und Freunden bewertet haben, desto seltener sind sie migriert. Unter dieser Beobachtung lässt sich die Null-Hypothese ablehnen. Demzufolge lässt sich feststellen, dass die *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“* für die erfolgte Migration bei den slowakischen Jugendlichen tatsächlich ausschlaggebend sind.

Die weiteren untersuchten „*Push- und Pull-Faktoren der Migration*“ stehen dagegen in keiner Assoziation mit dem Migrationsstatus. Die in der univariablen Regressionsanalyse vorhandene Assoziation zwischen dem Migrationsstatus und dem Score Fremdsprachenkenntnisse wurde über die absolvierte Mittelschule der Befragten übernommen und verliert somit in dem multivariablen Regressionsmodell seine Signifikanz. Es lässt sich vereinfachen, dass Absolventen eines Gymnasiums eigene Fremdsprachenkenntnisse höher bewerten als die Absolventen einer Mittelschule ohne Abitur, was wiederum ihre höhere Chance zu migrieren erklärt. Die Auslandser-

fahrung der Befragten steht ebenso in keiner signifikanten Assoziation zu dem Migrationsstatus (vgl. Tab. 16).

Das Ergebnis zu den *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“* steht im Einklang mit den Ergebnissen weiterer Studien von Berardo (1967) und Huck (2012). Ähnlich wie in diesen empirischen Untersuchungen, wurde die Wichtigkeit von *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“*, zu denen vor allem die Familie und Freunde im Heimatland, Kultur und Sprache sowie gesellschaftliche Akzeptanz im Heimatland gehören, bewiesen. Die weiteren Ergebnisse aus dieser Untersuchung zu den *„Push- und Pull-Faktoren der Migration“* bei denen sich keine Assoziation zu dem Migrationsstatus beobachten lässt, stehen jedoch im Widerspruch zu der wissenschaftlichen Literatur (Marr 1975, Mahmood und Schömann 2002, Mullet et al. 2000, Körner 1999, Blahusch 1992, Janssen 1998).

Trotzdem lässt sich anhand der Ergebnisse aus dieser Studie nicht annehmen, dass die weiteren *„Push- und Pull-Faktoren der Migration“* für die erfolgte Migration nicht tatsächlich ausschlaggebend sind. Wobei es sich bei den *„Push- und Pull-Faktoren der Migration“* um eine sehr starke Einflussfaktore auf die erfolgte Migration handelt, was auch die Ergebnisse der *„Baseline“* Befragung bewiesen haben, muss dieses Ergebnis kritisch hinterfragt werden. Auch die wissenschaftliche Literatur bestätigt deren Wichtigkeit bei der Migration.

Dass diese Assoziation in der *„first Follow-up“* Befragung nicht sichtbar wurde, lässt sich anhand der Veränderung der persönlichen Aussichten und Bewertungen der Befragten zu den *ökonomischen „Push- und Pull-Faktoren der Migration“* erklären. Die Gründe, warum ein Mensch migriert, verändern sich im Laufe der Zeit, was sich auch anhand dieser Stichprobe beobachten lässt. Die Bewertung von *ökonomischen „Push- und Pull-Faktoren der Migration“* unterliegt aber vielmehr Veränderungen als es bei den *gesellschaftlichen „Push- und Pull-Faktoren der Migration“* der Fall ist. Aus diesem Grund erweisen sich die *ökonomischen „Push- und Pull-Faktoren der Migration“* nach einem Kalenderjahr nicht ausschlaggebend für die erfolgte Migration der slowakischen Jugendlichen. Dazu basieren die Ergebnisse auf einer kleineren Studienstichprobe, was die resultierenden Ergebnisse auch verfälschen kann.

Der Migrationswunsch t_0

In dem multivariablen Regressionsmodell wurde die Assoziation zwischen dem Migrationswunsch t_0 und dem Migrationsstatus t_1 – der erfolgten Migration bei den slowakischen Jugendlichen untersucht. Ähnlich wie auch in der univariablen Regressionsanalyse steht auch in der multivariablen Regressionsanalyse der *Migrationswunsch t_0* unter Kontrolle von individuellen Merkmalen in einer signifikanten Assoziation mit dem Migrationsstatus (vgl. Tab. 16).

Demzufolge lässt sich festhalten, dass die Chance zu migrieren, bei den Jugendlichen mit Migrationswunsch um das 11,21-Fache größer ist als bei den Jugendlichen ohne Migrationswunsch. Unter dieser Berücksichtigung lässt sich die Null-Hypothese ablehnen. Der Migrationswunsch ist für die erfolgte Migration tatsächlich ausschlaggebend. Bei den in ihrem Migrationswunsch unentschiedenen Jugendlichen lässt sich wiederum keine signifikante Assoziation beobachten.

Der Migrationswunsch wurde dabei nicht als ein Einflussfaktor auf die erfolgte Migration verstanden, sondern als ein Indikator der erfolgten Migration. Die vorhandene Assoziation beweist, dass der Migrationswunsch ein guter Indikator der erfolgten Migration ist. Wie es sich gezeigt hat, sind die Jugendlichen mit Migrationswunsch tatsächlich häufiger migriert als die Jugendlichen ohne Migrationswunsch. Dieses Ergebnis beweist, dass er für die erfolgte Migration tatsächlich aussagekräftig ist. Nach unserem Kenntnisstand wurde die Assoziation zwischen der erfolgten Migration und dem Migrationswunsch in der Migrationsforschung noch nie auf die Probe gestellt. Es gibt dazu keine empirischen Untersuchungen mit denen man dieses Ergebnis vergleichen kann. Somit liefert diese Untersuchung einen neuen Einblick und eine neue Erkenntnis in der Migrationsforschung. Somit wurde durch dieses Ergebnis bewiesen, dass aus dem Migrationswunsch – Intention zur Migration Rückschlüsse auf die erfolgte Migration getroffen werden können.

Zusammenfassung der Schlussfolgerungen der „first Follow-up“

Befragung

Die Untersuchung der „first Follow-up“ Befragung konzentrierte sich auf die Beantwortung der gestellten Fragestellungen und der daraus resultierenden Hypothesen zwischen dem Migrationsstatus – der erfolgten Migration und mehreren unabhängigen Variablen bei den slowakischen Jugendlichen. Ähnlich, wie in der „Baseline“ Befragung erfolgte die Untersuchung der Assoziation aus der gesundheitswissenschaftlichen sowie sozialwissenschaftlichen Perspektive.

Zusammenfassend deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die sozialbezogene Perspektive auch bei der erfolgten Migration von slowakischen Jugendlichen eine Schlüsselrolle spielt. Dabei erweisen sich vor allem die *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“* als ausschlaggebend für die erfolgte Migration. Im Gegensatz zu den *ökonomischen „Push- und Pull-Faktoren der Migration“* sind die *gesellschaftliche „Push-Faktoren“* eher stabil geblieben, was ihre Beständigkeit beweist. Die *gesellschaftlichen „Push-Faktoren“* stützen sich auf starke persönliche Verbindungen und Beziehungen des sozialen Umfelds, was ihre Beständigkeit bewahrt. Dagegen unterliegen die persönlichen Ansichten zu den *ökonomischen „Push- und Pull-Faktoren“* eher Veränderungen, die durch neue Lebenserfahrungen geprägt werden. Außerdem erweist sich der untersuchte Migrationswunsch als ein guter Indikator der erfolgten Migration, anhand dessen Rückschlüsse auf die erfolgte Migration getroffen werden können. Was die Erkenntnisse in der Migrationsforschung erweitert.

Die gesundheitsbezogene Perspektive spielt bei der erfolgten Migration ähnlich wie in der „Baseline“ Befragung keine Schlüsselrolle. Die gesundheitliche Lage von den Jugendlichen ist für die erfolgte Migration nicht ausschlaggebend. Demzufolge lässt sich der *„Healthy-Migrant-Effect“* mit seiner *positiven (Selbst-) Auswahlselektion* bei den slowakischen Jugendlichen nicht beobachten. Dieses Ergebnis ist nicht unerwartet, da es sich hierbei um eine junge Studienpopulation handelt, die nur selten durch gesundheitliche Beschwerden belastet ist. Zwar deuten die Ergebnisse auf eine vorhandene Assoziation zwischen der erfolgten Migration und Merkmalen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens, trotzdem lässt sich aber nicht annehmen, dass die *„ungesunden“* Ernährungsweisen sowie auch der Alkoholkonsum für die erfolgte Migration tatsächlich ausschlaggebend sind. Auch in diesem Fall, ähnlich wie in der

„Baseline“ Befragung deuten die Ergebnisse eher auf eine gewisse unbekanntere Verbindung hin. Die Ergebnisse stellen eine Parallele zu den Ergebnissen aus der „Baseline“ Befragung dar. Sie leiten uns zu der gleichen Annahme, dass vor allem die risikobereiten Jugendlichen zu migrieren wagen, die auch durch ein höheres Maß an Alkoholkonsum gekennzeichnet sind, was wiederum mit einem niedrigeren Maß an „ungesunden“ Ernährungsweisen verbunden ist. Demzufolge ist die erhöhte *Risikobereitschaft* bei den Jugendlichen für die erfolgte Migration ausschlaggebend und nicht die Merkmale der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens an sich. Deswegen sollte sich die zukünftige Migrationsforschung auf weiteren Erklärungen wie z.B. *Risikobereitschaft* konzentrieren, die für ein besseres Verständnis der Assoziation zwischen Gesundheit und Migration sorgen können.

6.4 Diskussion der Methodik

Die populationsbezogene prospektive „Längsschnittstudie zur Gesundheit und Migrationswünschen bzw. der erfolgten Migration von slowakischen Jugendlichen 2010 – 2011“ bot eine breite Palette von gesundheits- sowie sozialwissenschaftlichen Analysemöglichkeiten. Die Längsschnittstudie wurde als eine Totalerhebung von slowakischen Jugendlichen in gleicher Altersgruppe und bestimmtem Wohnort durchgeführt, als eine Maßnahme zur Vermeidung von *Confounding*. Dadurch sollte vor allem vermieden werden, dass das unterschiedliche Alter oder der Wohnort der Studienteilnehmer die untersuchten Assoziationen verfälscht. Deswegen wurden in die Studie nur Studienteilnehmer gleicher Altersgruppe und gleichen Wohnorts eingeschlossen, die sich in der Abschlussphase ihrer Mittelschule befunden haben.

Die Datengrundlage dieser Studie basiert auf zwei Datenerhebungen. In der „Baseline“ Befragung wurden die slowakischen Schülerinnen und Schüler in der Abschlussphase ihrer Mittelschule befragt und in der „first Follow-up“ Befragung dieselbe Studienpopulation nach einem Kalenderjahr. Die beiden gewonnenen Datensätze weisen nur *wenige fehlenden Werte* auf, da die erste Befragung an der einzelnen Mittelschulen *persönlich* durchgeführt wurde und die zweite per *Unipark-Online Befragung*, der nur vollständig ausgefüllte Fragebogen akzeptiert. Somit wurde eine sehr gute Datengrundlage erzielt, die für valide Ergebnisse steht.

Um in den unterschiedlichen Analyseschritten nur die Fälle der Studienteilnehmer berücksichtigen zu können, die keine fehlende Werte beinhalten, wurde in dieser Studie das Verfahren des *fallweisen Ausschlusses - listwise deletion* verwendet. Somit wurden aus der Analyse Fälle, die mindestens einen fehlenden Wert in der analysierten Variablen aufwiesen, ausgeschlossen, was als *Complete Case Analysis* bezeichnet wird. Auch wenn dieses Verfahren zur Reduktion der untersuchten Stichprobengröße führt, ist seine Anwendung nach Göthlich (2007) als akzeptabel anzusehen (vgl. Kap. 4.5).

In jeder epidemiologischen Untersuchung treten verschiedene Arten von Fehlern auf, die unterschiedliche Auswirkungen auf die Güte der erreichten Ergebnisse haben. Im Rahmen dieser Studie können *Nonresponse-Bias* sowie *Bias durch Ausfälle* von Bedeutung sein. Diese beiden Typen von Bias gehören zu den sogenannten *Selektionsbias*, der durch Verzerrung durch ungeeignete Auswahl der Teilnehmer verursacht wird.

Während der ersten Befragung wurde vor allem der *Nonresponse-Bias* hervorgerufen. Eine bestimmte Anzahl der Schülerinnen und Schüler konnten den Fragebogen nicht ausfüllen. Es handelte sich dabei vor allem um die in der Schule nicht anwesenden Schülerinnen und Schüler. Dies ist jedoch für die Erhebungen, die in der schulischen Umgebung durchgeführt werden, nichts Ungewöhnliches. Dennoch wurden in der „*Baseline*“ Befragung über 70 Prozent der zur Verfügung stehenden Schülerinnen und Schüler tatsächlich erreicht. Der erzielte Ausschöpfungsgrad beträgt mehr als 75 Prozent, was nach Geyer (2003) als akzeptabler Standard bewertet wird. Somit wurde in der „*Baseline*“ Befragung eine akzeptable Validität und hohe Güte der gewonnenen Ergebnisse gewährleistet.

Umso ein höherer Grad an Verzerrung wurde durch den *Bias durch Ausfälle – loss to Follow-up* an der „*first Follow-up*“ Befragung verursacht. Der *Bias durch Ausfälle* war wesentlich ausgeprägter als der *Nonresponse-Bias* in der „*Baseline*“ Befragung. Nach einem Kalenderjahr sind einige Studienteilnehmer für die Studie verloren gegangen. An der zweiten Befragung konnten aus der geschlossenen Stichprobe in dieser Studie knapp 38 Prozent der Studienteilnehmer erneut erreicht werden. Was jedoch für eine Online-Befragung ein sehr gutes Ergebnis darstellt. Außerdem ist dieses Ausmaß an Ausfällen für Längsschnittstudien nichts ungewöhnliches, sondern

immer vorhandene Realität. Welche Gründe die Ausfälle der Teilnehmer hatten, lässt sich nicht mit Sicherheit beantworten. Es lässt sich aber vermuten, dass an der zweiten Befragung häufiger Studienteilnehmer teilgenommen haben, die in der Slowakei geblieben sind und die, die tatsächlich migriert sind weniger häufiger teilgenommen haben. Somit konnte eine deutliche Verzerrung der Ergebnisse erzeugt werden (vgl. Kap. 5.1).

Die erreichte Studienpopulationsgröße in der „*first Follow-up*“ Befragung ermöglichte demzufolge eine begrenzte Analyse der Assoziation zum Migrationsstatus – der erfolgten Migration von slowakischen Jugendlichen durchzuführen. Die multivariable Regressionsanalyse wurde hinsichtlich der untersuchten unabhängigen Variablen entsprechend begrenzt. Durch die niedrigere Größe der Studienstichprobe unterliegen die ermittelten ORs höheren Zufallsschwankungen, wodurch eine eventuell tatsächlich vorhandene Assoziation als nicht vorhanden erklärt wird und eine eventuell tatsächlich nicht vorhandene Assoziation für vorhanden erklärt wird. Demzufolge wurden die Ergebnisse aus der „*first Follow-up*“ Befragung mit Vorsicht interpretiert.

Eine weitere mögliche Fehlerquelle stellt in dieser Studie die *Missklassifikation* des Migrationswunsches dar. Die falsche Kategorisierung des Migrationswunsches könnte zur Verzerrung und dadurch zur unzutreffenden Informationen führen. Aus dem Grund, dass nach unserem Kenntnisstand keine wissenschaftlichen Angaben zur Bildung des Migrationswunsches vorhanden sind, erfolgte die Bildung und Kategorisierung des Migrationswunsches nach eigenen Überlegungen. Um den metrisch skalierten Migrationswunsch t_0 aufzuteilen, wurde bei der Kategorisierung das Prinzip der 33 Prozent angewandt. Wie anhand der Ergebnisse aus der „*first Follow-up*“ Befragung deutlich wurde, erwies sich der Migrationswunsch als aussagekräftig für die erfolgte Migration.

Im Rahmen dieser empirischen Längsschnittstudie wurde eine Vielzahl von Variablen erhoben, die mittels der Faktorenanalyse herauskristallisiert und für die weitere Reliabilitätsanalyse zugrunde gelegt wurden. Mittels der Reliabilitätsanalyse wurde die Zuverlässigkeit, der durch die Faktorenanalyse gebildeten Faktorenvariablen bestimmt. In die einzelnen Faktoren wurden nur die Items eingeschlossen, die bei den

Faktorladungen Werte über 0,500 erreicht haben. Erst Werte über 0,500 gelten nach Backhaus et al. (2006) als akzeptabel für die weiterführende Regressionsanalyse.

Die Bildung von gesundheitsrelevanten Faktoren, wie der *Faktor subjektive psychosomatische Beschwerden*, der *Faktor „ungesunde“ Ernährungsweisen*, der *Faktor Alkoholkonsum* und der *Faktor körperliche Aktivität* erfolgte auf der Basis der wissenschaftlichen Literatur von Stock & Krämer 2000 sowie eigener Überlegungen. Auch bei den *„Push- und Pull-Faktoren der Migration“* stützte sich die Auswahl von adäquaten Items in der Faktorenanalyse auf die wissenschaftliche Literatur von Mullet et al. (2000) sowie eigene Überlegungen.

Anhand der Reliabilitätsanalyse wurde deutlich, dass von den insgesamt vier untersuchten gesundheitsrelevanten Faktoren sich zwei als *fragwürdig* nach George & Mallery (2002) erwiesen haben. Es handelte sich dabei um den *Faktor „ungesunde“ Ernährungsweisen* und den *Faktor körperliche Aktivität*, deren Cronbach's Alpha Wert im Bereich von 0,600 bis 0,699 lag. Trotzdem wurden sie in die weiterführende Regressionsanalyse eingeschlossen, da sie relevant für die Schlussfolgerungen zur gesundheitsbezogenen Fragestellungen und Hypothesen sind. Im Vergleich zu den gesundheitsrelevanten Faktoren liegt bei den *„Push- und Pull-Faktoren der Migration“* nur der Faktor *gesellschaftliche „Push-Faktoren“* im *fragwürdigen* Bereich. Da er aber nur anhand von drei Items gebildet wurde, ist der niedrigere Cronbach's Alpha Wert nichts Ungewöhnliches. Weil er aber eine wichtige Rolle im Hinblick auf die untersuchten *„Push- und Pull-Faktoren der Migration“* spielt, wurde er für die Regressionsanalyse beibehalten.

Fazit

Mittels der prospektiven Längsschnittstudie zur *„Gesundheit und Migrationswünschen bei slowakischen Jugendlichen“* sollte ein Beitrag zum besseren Verständnis der Gesundheit von Migranten geleistet werden. Die Untersuchung konzentrierte sich dabei auf die erste Phase der Migration - *Intention zur Migration* sowie auch die darauf *folgende Migration* aus der gesundheits- und der sozialwissenschaftlichen Perspektive. Dadurch konnten einerseits Erkenntnisse über den Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten von slowakischen Jugendlichen in Assoziation mit ihrem Migrationswunsch sowie späteren erfolgten Migration und andererseits Erkenntnisse über den *„Push- und Pull-Faktoren der Migration“* gewonnen werden.

Die resultierenden Ergebnisse dieser Dissertation deuten allgemein darauf hin, dass die *sozialbezogene Perspektive* bei dem Vorhandensein des Migrationswunsches sowie auch bei der erfolgten Migration von slowakischen Jugendlichen die entscheidende Rolle spielt. Es sind vor allem die *„Push- und Pull-Faktoren der Migration“* zusammen mit den ausgewählten individuellen Merkmalen und Familienmerkmalen, die für das Vorhandensein des Migrationswunsches bzw. der erfolgten Migration ausschlaggebend sind. Dabei spielen die *ökonomischen* und *gesellschaftlichen* *„Push- und Pull-Faktoren der Migration“* eine entscheidende Rolle bei der Migrationsentscheidung. Im Gegensatz zu den *ökonomischen* *„Push- und Pull-Faktoren der Migration“* haben sich die *gesellschaftlichen* *„Push-Faktoren“* auch auf die erfolgte Migration als ausschlaggebend bewiesen, was ihre Beständigkeit stützt. Die *gesellschaftlichen* *„Push-Faktoren“* stützen sich auf die beständigen persönlichen Verbindungen und Beziehungen des sozialen Umfelds der Befragten. Die *ökonomischen* *„Push- und Pull-Faktoren der Migration“* unterliegen dagegen eher Veränderungen, die durch neue Lebenserfahrungen geprägt werden. Dadurch wird ihre Beständigkeit beeinflusst.

Außerdem erweist sich der Migrationswunsch als ein guter Indikator für die Untersuchung der erfolgten Migration. Anhand des Migrationswunsches lassen sich Rückschlüsse auf die erfolgte Migration treffen, was die Erkenntnisse in der Migrationsforschung im Hinblick auf die sozialwissenschaftliche Perspektive erweitert.

Im Gegensatz zu der sozialbezogenen Perspektive spielt die *gesundheitsbezogene Perspektive* bei den slowakischen Jugendlichen im Hinblick auf ihren Migrationswunsch bzw. erfolgte Migration keine Schlüsselrolle. Die gesundheitliche Lage ist bei den Jugendlichen für das Vorhandensein des Migrationswunsches sowie auch für die erfolgte Migration nicht ausschlaggebend. Der „*Healthy-Migrant-Effect*“ mit seiner *positiven (Selbst-) Auswahlselektion* lässt sich bei den slowakischen Jugendlichen nicht beobachten. Wobei es sich um eine junge Studienpopulation handelt, die nur selten durch gesundheitliche Beschwerden belastet ist, die sie bei der Migrationsentscheidung relevant beeinflussen könnten, ist diese Erkenntnis nicht unerwartet.

Aber die vorhandenen Assoziationen zwischen dem Migrationswunsch bzw. der erfolgten Migration und den Gesundheitsverhaltensweisen deuten auf eine bestehende Verbindung zwischen Gesundheit und Migration hin. Trotzdem lässt sich nicht annehmen, dass die Gesundheitsverhaltensweisen ausschlaggebend für das Vorhandensein des Migrationswunsches bzw. erfolgte Migration sind. Das Rauchverhalten, Drogenerfahrung oder Alkoholkonsum können den Migrationswunsch sowie auch die erfolgte Migration nicht beeinflussen. Was aber tatsächlich hinter der vorhandenen Assoziation steht, muss sich hinter den Gesundheitsverhaltensweisen verbergen. Das erhöhte Suchtmittelkonsum wie auch der Migrationswunsch und die erfolgte Migration stellen Verhaltensweisen dar, die mit gewissem *Risiko* verbunden sind. Der Jugendliche, der sich zu migrieren wagt, muss bereit sein Risiken einzugehen. All dies deutet darauf hin, dass vor allem die *erhöhte Risikobereitschaft* bei den Jugendlichen für das Vorhandensein des Migrationswunsches bzw. die erfolgte Migration ausschlaggebend ist und nicht die Gesundheitsverhaltensweisen an sich.

Diese Dissertation hat somit gezeigt, dass nur alleine durch den „*Healthy-Migrant-Effect*“ und seine *positive (Selbst-) Auswahlselektion* sich der *wahre* Zusammenhang zwischen Gesundheit und Migration nicht ganzheitlich erklären lässt. Es müssen weitere Erklärungsansätze existieren, die den wahren Zusammenhang erklären. Demzufolge sollte sich die zukünftige Migrationsforschung auf neue Erklärungen wie zum Beispiel *die Risikobereitschaft* konzentrieren, die für das bessere Verständnis der Assoziation zwischen Gesundheit und Migration sorgen können.

Literaturverzeichnis

Abel, T. (1984): Ausländer und Sport. Köln.

Abraido-Lanza, A.F., Dohrenwend, B.P., Ng-Mak, D.S., Turner, J.B. (1999): The Latino mortality paradox: a test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses, *American Journal of Public Health*, Vol. 89 (10), p. 1543-1548.

Acevedo-Garcia, D., Pan, J., Jun, H.J., Osypuk, T.L., Emmons, K.M. (2005): The effect of immigrant generation on smoking. *Social Science & Medicine*, Vol. 61, p. 1223-1242.

Agresti, A. (1996): An introduction to categorical data analysis. New York: John Wiley.

Ahmen, I. (1997): Geriatric Psychopathology. In: Tseng, W.S., Streltzer, J. (Hrsg.): *Culture and Psychopathology: A Guide to Clinical Assessment*, New York, p. 223-240.

Allen, M.L., Elliott, M.N., Morales, L.S., Diamant, A.L., Hambarsoomian, K., Schuster, M.A. (2007): Adolescent participation in preventive health behaviours, physical activity, and nutrition: differences across immigrant generations for Asians and Latinos compared with Whites. *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 97 (2), p. 337-343.

Allgöwer, A. (2000): Gesundheitsförderung an der Universität. Zur gesundheitlichen Lage von Studierenden. Leske Budrich, Opladen.

Altenhofen, L., Weber, I. (1993): Mortalität der ausländischen und der einheimischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. *Sozial- und Präventivmedizin*, Vol. 38, S. 222-230.

Anson, J. (2002): Immigrant Mortality in Belgium: The Person and the Place. *Archiv Public Health*, Vol. 60, p. 1-21.

Antecol, H., Bedard, K. (2006): Unhealthy assimilation: why do immigrants converge to american health status levels? *Demography*, Vol. 43 (2), p. 337-360.

Assion, H.J. (2005): Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg: Springer.

Bade, K., Emmer, P., Lucassen, L., Oltmer, L. (2007): Enzyklopädie Migration in Europa. Vom 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart. Verlag Ferdinand Schöningh und Wilhelm Fink, Paderborn, München, Wien, Zürich, S. 36.

Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (2002): Fehlzeiten-Report 2001. Demographischer Wandel. Herausforderung für die betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik. Berlin, Springer.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., Weiber, R. (2003): Multivariate Analysemethoden, 10. Aufl., Berlin: Springer, S. 448.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., Weiber, R. (2006): Multivariate Analysemethoden. 11. Aufl., Berlin: Springer, S. 259-488.

Baron-Epel, O., Haviv-Messika, A. (2004): Factors associated with age of smoking initiation in adult populations from different ethnic backgrounds. *European Journal of Public Health*, Vol. 14 (3), p. 301-305.

Baron-Epel, O., Haviv-Messika, A., Tamir, D., Nitzan-Kaluski, D., Green, M. (2004): Multiethnic differences in smoking in Israel. *European Journal of Public Health*, Vol. 14 (4), p. 384-389.

Bartel, A.P. (1989): „Where do the new U.S. immigranten live?“. *Journal of Labor Economics*, Vol. 7, p. 371-391.

Bätz, B. (2002): Therapeutische Angebote für junge Migrantinnen und Migranten. In: Barth, W., Schubert, C. (Hrsg.): Migration – Sucht – Hilfe. Junge Migranten und Migrantinnen aus der GUS in den Systemen Suchthilfe und Migrationsberatung. Verlag-Nürnberg, S. 109-130.

Bauer, T., Epstein, G., Gang, I.N. (2000): What are Migration Networks? Discussion Paper No. 200, IZA, Bonn.

Bauer, T., Zimmermann, K. (1995): „Modelling international migration: economic and econometric issues“. In: Arf, R., Heering, L. (1994): Causes of International Migration. Proceedings of a Workshop, Luxembourg, Eurostat, p. 95-115.

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2011): Gesundheit und Migration. Bayerischer Bericht, Gesundheitsberichtserstattung für Bayern 4.

Beckers, E., Heibold-Wiskow, M., et al. (1986): Gesundheitsbildung durch Wahrnehmungsentwicklung und Bewegungserfahrung. Köln.

Beiser, M. (1992): Social and Medical Problems of Elderly Migrants. International Migration, Vol. 30, p. 179-197.

Bengel, J., Jerusalem, M. (2009): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Hogrefe, Göttingen.

Berardo, F.M. (1967): Kinship Interaction and Communications Among Space-Age Migrants. Journal of Marriage and the Family, Vol. 31 (3), p. 541-554.

Bergmann, E., Eis, D., Ellert, U., et al. (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut: Berlin.

Blahusch, F. (1992): Zuwanderer und Fremde in Deutschland: eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Bobeva, D. et al. (1997): Brain drain from Central and Eastern Europe. European Commission, Brüssel.

Böker, W. (1977): Zur psychischen Morbidität ausländischer Arbeitnehmer (Gastarbeiter) in der BRD. Bisherige Befunde und Hypothesen. Öffentliches Gesundheitswesen, Vol. 39, S. 720-732.

Bollini, P. (1993): Health for Immigrants and Refugees in the 1990s. A Comparative Study in Seven Receiving Countries. Innovation, Vol. 6, p. 101-110.

Borjas, G.J. (1994): The Economics of Immigration. Journal of Economic Literature, Vol. 32 (4), p. 1667-1717.

Bös, K., Gröben, F. (1993): Sport und Gesundheit. Sportpsychologie Vol. 7, S. 9-16.

Brucks, U. (1995): Psychosoziale und gesundheitliche Probleme der Migration. S. 53-71.

Brussaard, J.H., Van Erp-Baart, M.A., Brants, H.A., Hulshof, K.F., Lowik, M.R. (2001): Nutrition and Health among migrants in the Netherlands. Public Health Nutrition, Vol. 4, p. 659-664.

Bundesamt für Gesundheit (2007a): Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013).

Bundesamt für Gesundheit (2007b): Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des „Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung.

Bundesamt für Statistik (1998): Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz. Detailergebnisse der 1. Gesundheitsbefragung 1992/93. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, S. 11.

Bundeskriminalamt (2001): Rauschgiftjahresbericht. Wiesbaden.

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2005): Lebenslage in Deutschland.

Bush, H.M., Williams, R.G.A., Lean, M.E.J., Anderson, A.S. (2001): Body image and weight consciousness among South Asian, Italian and general population women in Britain. *Appetite*, Vol. 37, p. 207-215.

Butler, J. (2003): Jugendgesundheit in Berlin-Mitte. Beiträge zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung Band 3. Bezirksamt Mitte von Berlin, Abteilung Gesundheit und Soziales.

Calmonte, R., Herren, B., Spuhler, T., Koller, C. (1998): Schweizerische Gesundheitsbefragung - Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz. Detailergebnisse der 1. schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93. Neuenburg: Bundesamt für Statistik, S. 23-25.

Calmonte, R., Spuhler, T., Weiss, W. (2000): Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Carlsson, J. (1996): Prevalence of headache in schoolchildren: relation to family and school factors. *Acta Paediatrica*, Vol. 85 (6), p. 692-696.

Carmody, T.P. (1997): Health-related behaviors: common factors. In: Baum, A., Newman, S., Weinmann, J., West, R., McManus, C. (Hrsg.) *Cambridge handbook of psychology, health, and medicine*, Cambridge: University Press, p. 117-121.

Chen, J., Wilkins, R. (1996): Healthy expectancy by immigrant status 1986 and 1992. Health Report, Vol. 8 (3), p. 29-38.

Choldin, H.M. (1973): Kinship Networks in the Migration Process. International Migration Review, p. 163-175.

Cohen, R. (1996): Theories of Migration. The International Library of Studies on Migration.

Collatz, J. (1994): Zur Realität von Krankheit und Krankheitsversorgung von Migranten in Deutschland. Jahrbuch für kritische Medizin, Vol. 23, S. 101-132.

Collatz, J. (1996): Die Welt im Umbruch. Zu Lebenssituation, Gesundheitszustand und Krankheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Pro Familia Magazin, Vol. 22, S. 2-6.

Courbage, Y., Khlal, M. (1996): Mortality and causes of death of Maroccans in France, 1979-91. Population: an English Selection, Vol. 8, p. 59-94.

Crawford, Ch.O. (1966): Family Attachment, Family Support for Migration and Migration Plans of Young People. Rural Sociology, Vol. 31 (3), p. 293-300.

Csitkovics, M., Eder, A., Matuschek, H. et al. (1997): Die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Wien – Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. 2 Studien Dokumentation 12, Gesundheitswesen der Stadt Wien, Wien.

Czycholl, D. (1997): Krank in der Fremde oder krank durch die Fremde? Mehr als 9 Millionen Migranten leben bei uns in Deutschland. Wie viele von ihnen sind abhängigkeitskrank und müssten behandelt werden? Sucht Report, Vol. 6, S. 29-36.

Czycholl, D. (1998): Sucht und Migration. Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und –gefährdeter Migranten. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin.

Dawson, A.J., Sundquist, J., Johansson, S.E. (2005): The influence of ethnicity and length of time since immigration on physical activity. *Ethnicity & Health*, Vol. 10 (4), p. 293-309.

Den Hartog, A.P. (1995): Food technology, science and marketing: European diet in the twentieth century of the international commission for research into European food history.

DeVoretz, D., Maki, D. (1983): The immigration of Third World professionals to Canada: 1968-1973. *World Development*, Vol. 11, p. 55-64.

Dietzel-Papakyriakou, M. (1987): Krankheit und Rückkehr. Frühindividualität ausländischer Arbeitnehmer am Beispiel griechischer Rückkehrer. Berlin: Edition Sigma.

Dill, H., Frick, U., Höfer, R., Klöver, B., Straus, F. (2002): Risikoverhalten junger Migrantinnen und Migranten. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 141/I. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Divinský, B. (2007): Zahraničná migrácia v Slovenskej republike – Vývojové trendy od roku 2000. Výskumné centrum Slovenskej spoločnosti pre zahraničnú politiku, Bratislava, S. 18-28.

Düvell, F. (2006): Europäische und internationale Migration: Einführung in historische, soziologische und politische Analysen. Münster, Hamburg, Basel: Lit. Verlag.

Elkeles, T., Seifert, W. (1993): Migration und Gesundheit. *Sozialer Fortschritt*, Vol. 42 (10), S. 235-241.

Elkeles, T., Seifert, W. (1996): Immigrants and health; unemployment and health risks of labour migrants in the Federal Republic of Germany. *Social Science & Medicine*, Vol. 43 (7), p. 1035-1037.

Eser, U. (1984): Symptomenpräsentation und Krankheitsverhalten bei türkischen und deutschen Patienten. Diss. unveröff. Universität Münster.

Evenson, K.R., Sarmiento, O.L., Ayala, G.X. (2004): Acculturation and physical activity among North Carolina Latina immigrants. *Social Science & Medicine*, Vol. 59, p. 2509-2522.

Ezzati, M., Lopez, A.D., Rodgers, A. (2002): Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Comparative Risk Assessment Collaborating Group. *Lancet* 360, p. 1347-1360.

Fabian, T., Straka, G.A. (1993): Lebenszufriedenheit älterer türkischer Migranten. *Zeitschrift für Gerontologie*, Vol. 26, S. 404-409.

Faist, T. (2007): Transnationale Migration als relative Immobilität in einer globalisierten Welt. *Berliner Journal für Soziologie*, Vol. 17 (3), S. 365-385.

Faltermaier, T. (1994): Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags-Union.

Faltermaier, T. (2005): Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie*, Göttingen: Hogrefe, S. 31-53.

Faltermeier, T. (2005): Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Marschalck, P., Wiedl, K.H. (Hrsg.): *Migration und Krankheit*. V&R Unipress, Göttingen, S. 93-112.

Fleisher, B.M. (1963): Some economic aspects of Puerto Rican migration to the United States. *Review of Economics and Statistics*, Vol. 45 (3), p. 245-253.

Frießem, D.H. (1974): Psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen ausländischer Arbeiter in der BRD. Ein Beitrag zur Psychiatrie der Migration. *Psychiatrisch Neurologisch medizinische Psychologie*, Vol. 26, S. 78-90.

George, D., Mallery, P. (2002): *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*. 11.0 Update, 4. Aufl., Allyn & Bacon, S. 231.

Georgiades, K., Boyle, M.H., Duku, E., Racine, Y. (2006): Tobacco use among immigrant and non-immigrant adolescents: individual and family level influences. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 38, p. 443-447.

Geyer, S. (2003): *Forschungsmethoden in den Gesundheitswissenschaften – eine Einführung in die empirischen Unterlagen*. Juventa Verlag Weinheim und München, S. 158-166.

Gordon-Larsen, P., Harris, K.M., Ward, D.S., Popkin, B.M. (2003): Acculturation and overweight-related behaviours among Hispanic immigrants to the US: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Social Science & Medicine*, Vol. 57, p. 2023-2034.

Göthlich, S.E. (2007): Zum Umgang mit fehlenden Daten in großjährigen empirischen Erhebungen. In: Albers, S., Klapper, D., Konradt, U., Walter, A., Wolf, J. (Hrsg.): *Methodik der empirischen Forschung*. 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler, S. 119-134.

Günay, E., Haag, A. (1990): Krankheit in der Emigration- Eine Studie an türkischen Patientinnen in der Allgemeinpraxis aus psychosomatischer Sicht. *Psychotherapie-Psychosomatik und medizinische Psychologie*, Vol. 40, S. 417-422.

Häfner, H., Moachel, G., Özek, M. (1977): Psychische Störungen bei türkischen Gastarbeitern. Eine prospektiv-epidemiologische Studie zur Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung und partielle Anpassung. *Nervenarzt*, Vol. 48, S. 268-275.

Han, P. (2000): Soziologie der Migration. 2. Aufl., Stuttgart: Lucius & Lucius.

Han, P. (2005): Soziologie der Migration. Erklärungsmodelle, Fakten, Politische Konsequenzen, Perspektiven. 2. Auflage, Stuttgart: Lucius & Lucius.

Harris, D., Guten, S. (1979): Health-protective behavior: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 20 (1), p. 17-29.

Haug, S. (2000): Klassische und neuere Theorien der Migration. Arbeitspapiere - Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung. Nr. 30.

Haug, S. (2000): Soziales Kapital und Kettenmigration. Italienische Migranten in Deutschland. Opladen: Leske & Budrich.

Haugland, S., Wold, B., Stevensin, J., Aaroe, L.E., Woynarowska, B. (2001): Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, Vol. 11, p. 4-10.

Helmert, U. (2000): Der Einfluss von Beruf und Familienstand auf die Frühsterblichkeit von männlichen Krankenversicherten. In: Helmert, U., Bammann, K., Voges, W., Müller, R. (Hrsg.): *Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland*, Juventa Weinheim und München, S. 225-226.

Helmert, U., Shea, S., Herman, B., Greiser, E. (1990): Relationship of social class characteristics and risk factors for coronary heart in West Germany. *Public Health*, Vol. 104, p. 399-416.

Herzlich, C. (1991): Soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld. In: Flick, U. (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg, S. 293-302.

Hoffmann-Nowotny, H.J. (1970): Migration: Ein Beitrag zu einer soziologischen Erklärung. Stuttgart.

Huang, W.C. (1987): A pooled cross-section and time series study of professional indirect migration to the United States. Southern Economic Journal, Vol. 54, p. 95-109.

Huck, J. (2012): Arbeitsmigration in Deutschland. Ökonomische und nicht-ökonomische Bestimmungsfaktoren des Mobilitätsverhaltens. Jean Monnet Centre for Europeanisation and Transnational Regulations Oldenburg.

Hugo, G.J. (1981): Village community Ties, Village Norms, and Ethnic and Social Networks: A Review of Evidence from the Third World. In: De Jong, G.F., Gardner, R. (Hrsg.): Migration Decision Making. Multidisciplinary Approaches to Microlevel Studies in Developed and Developing Countries, New York, p. 186-224.

Hurrelmann, K. (1988): Sozialisation und Gesundheit: somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Juventa Verlag Weinheim und München.

Hurrelmann, K., Ulrich, D. (1991): Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. Weinheim: Beltz.

Janssen, M. (1998): Mobilität Hochqualifizierter auf internationalen und grenzüberschreitenden Arbeitsmärkten. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung in Deutschland und den Niederlanden. In: Gijssels, P., Wenzel, H.J. (Hrsg.): Mobilität und Kooperation auf grenzüberschreitenden Arbeitsmärkten. Osnabrück, S. 77-100.

Janssen, J., Laatz, W. (2007): Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows: Eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul Exakte Tests. 6. Aufl., Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.

Kalter, F. (1997): Wohnortwechsel in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich.

Kaplan, M.S., Huguet, N., Newsom, J.T., McFarland, B.H. (2004): The association between length of residence and obesity among Hispanic immigrants. American Journal of Preventive Medicine, Vol. 27 (4), p. 323-326.

Kaptein, A., Weinmann, J. (2004): Health psychology: an introduction. Malden, Blackwell.

Kasl, S., Cobb, S. (1966): Health behavior, illness behavior and sick role behavior: I. Health and illness behavior. Archives of Environmental Health, Vol. 12, p. 246-266.

Kirchengast, S., Schober, E. (2006): To be an immigrant: a risk factor for developing overweight and obesity during childhood and adolescence? Journal of Biosocial Science, Vol. 38 (5), p. 695-705.

Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M., Siefen, R.G. (2006): Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Vol. 49 (9), S. 873-883.

Knoll, M., Banzer, W., Bös, K. (2006): Aktivität und physische Gesundheit. Handbuch Gesundheitssport, 2. Aufl., Schorndorf-Hofmann, S. 82-102.

Koos, E.L. (1954): The health of Regionville, what the people thought and did about it. New York, NY: Columbia University Press.

Körner, H. (1999): „Brain Drain“ aus Entwicklungsländern. IMIS Beiträge, Nr. 11, Osnabrück, S. 55-64.

Krämer, A., Baune, B.T. (2004): Migration: eine Herausforderung für die Gesundheitswissenschaft und die gesundheitliche Versorgung. In: Krämer, A., Prüfer-Krämer, L. (Hrsg.): Gesundheit und Migration. Internationale Bestandsaufnahmen und Perspektiven. Juventa Verlag Weinheim und München, S. 9-19.

Krämer, A., Prüfer-Krämer, L., Tshiang Tshiananga, J., Stock, C. (2000): Gesundheitssurvey bei ausländischen Studierenden an der Universität Bielefeld. In: Sonntag, U., Gräser, S., Stock, C., Krämer, A. (2000): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Juventa Verlag Weinheim & München.

Kritz, M.M., Lean, L.L., Hania, Z. (1992): International Migration Systems. A Global Approach; Oxford: Clarendon Press.

Lampert, T., Burger, M. (2005): Verbreitung und Strukturen des Tabakkonsums in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, Vol. 48 (11), S. 1231-1241.

Lampert, T., Mensink, G., Ziese, T. (2005): Sport und Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, Vol. 48, S. 1357-1364.

Lampert, T., Thamm, M. (2007): Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, Vol. 50 (5/6), S. 600-608.

Landman, J., Cruickshank, J.K. (2001): A review of ethnicity, health and nutrition-related diseases in relation to migration in the United Kingdom. Public Health Nutrition, Vol. 4, p. 647-657.

Larbig, W. (1982): Krankheitsursache Heimweh. Mensch-Medizin-Gesellschaft, Vol. 7, S. 211-219.

Lechner, I., Mielck, A. (1998): Decrease in the health migrant effect: trends in the morbidity of foreign and German participants in the 1984-1992 socioeconomic panel. *Gesundheitswesen*, Vol. 60 (12), p. 715-720.

Lederer, H.W. (2004): Indikatoren der Migration. Bamberg.

Lee, E.S. (1966): A Theory of Migration. *Demography*, Vol. 3, p. 47-57.

Lindert, J., Brähler, E., Wittig, U., Mielck, A., Proebe, S. (2008a): Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörungen bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, Vol. 58, S. 109-122.

Lindert, J., Priebe, S., Penka, S., Fatima, N., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. (2008b): Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, Vol. 58, S. 123-129.

Lindstrom, M., Sundquist, K. (2005): The impact of country of birth and time in Sweden on overweight and obesity: a population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 33 (4), p. 276-284.

Lüdtke, O., Robitzsch, A., Trautwein, U., Köller, O. (2007): Umgang mit fehlenden Werten in der psychologischen Forschung: Probleme und Lösungen. *Psychologische Rundschau*, Vol. 58, S. 103-117.

Mahmood, T., Schömann, K. (2002): Die Determinanten der Migrationsentscheidung von IT – Hochschulabsolventen aus Pakistan: Empirische Befunde zum Design einer deutschen „Green Card“. Discussion Paper FS IV 02-03, Wissenschaftszentrum Berlin.

Marmot, M.G., Adelstein, A.M., Bulusu, L. (1984): Immigrant mortality in England and Wales 1970-1978. *OPCS Studies of Medical and Population Subjects*, No. 47, London: HMSO.

Marmot, M.G., Davey Smith, G., Stansfeld, S. et al. (1991): Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, Vol. 337, p. 1387-1393.

Marr, W.L. (1975): Economic Determinants of Migration, Canada 1950-1967. *Nebraska Journal of Economics*, Vol. 14, p. 47-62.

Marshall, S.J., Jones, D.A., Ainsworth, B.E., et al. (2007): Race, ethnicity, social class, and leisure-time physical inactivity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Vol. 39, p. 44–51.

Massey, D. (1993): Theories of International Migration: A Review and Appraisal. *Population and Development Review*, Vol. 19 (3), p. 431-466.

McDonald, J.T., Kennedy, S. (2005): Is migration to Canada associated with unhealthy weight gain? Overweight and obesity among Canada's immigrants. *Social Science & Medicine*, Vol. 61, p. 2469-2481.

Mielck, A. (1994): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozioepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen.

Mladovsky, P. (2007): Migrant health in the EU. *Eurohealth*, Vol. 13 (1), p. 9-11.

Mullet, E., Dej, V., Lemaire, I., Raiff, P., Barthorpe, J. (2000): Studying, Working, and Living in Another EU Country: French Youth's Point of View. *European Psychologist*, Vol. 5 (3), p. 216-227.

Münz, R., Seifert, W., Ulrich, R.E. (1999): Zuwanderung nach Deutschland-Strukturen, Wirkungen, Perspektiven. 2. Ausgabe. Campus Verlag, Frankfurt/Main, New York.

Nierkens, V., de Vries, H., Tronks, K. (2006): Smoking in immigrants: do socioeconomic gradients follow the pattern expected from the tobacco epidemic? *Tobacco Control*, Vol. 15, p. 385-391.

Noack, H. (1993): Medizinische, psychologische und soziale Konzepte. In: Gawatz, R., Novak, P. (Hrsg.): *Soziale Konstruktionen von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Gesundheitskonzepte*. Ulm, S. 13-32.

Parnreiter, C. (2000): Theorien und Forschungsansätze zur Migration. *Historische Sozialkunde – internationale Entwicklung*. Brandes & Aspel Verlag, Frankfurt am Main.

Patten, C.A., Martin, J.E., Owen, N. (1996): Can psychiatric and chemical dependency treatment units be smoke free? *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 13, p. 107-118.

Pries, L. (1997): Neue Migration im transnationalen Raum. In: Pries, L. (Hrsg.): *Transnationale Migration. Soziale Welt, Sonderband 12*, S. 15-45.

Ravenstein, E.G. (1885): The laws of migration. *Journal of the Royal Statistical Society*, Vol. 48, Reprint 1976-New York: Arno press, p. 167-227.

Razum, O. (2006): „Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt.“ In: Richter, M., Hurrelmann, K., (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 255-270.

Razum, O. (2007): Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit. *International Journal of Public Health*, Vol. 52 (2), S. 75-77.

Razum, O., Rohrmann, S. (2002): Der Healthy-migrant-Effekt: Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-entry-bias. *Gesundheitswesen*, Vol. 64, S. 82-88.

Razum, O., Twardella, D. (2002): „Time travel with Oliver Twist – towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants“. *Tropical Medicine and International Health*, Vol. 7 (1), p. 4-10.

Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., et al. (2008): Migration und Gesundheit - Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut. Berlin.

Razum, O., Zeeb, H., Seval Akgün, H., Yilmaz, S. (1998): Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect. *Tropical Medicine and International Health*, Vol. 3 (4), p. 297-303.

Rhee, H., Miles, M., Helpern, C., Holditch-Davis, D. (2005): Prevalence of recurrent physical symptoms in U.S. adolescents. *Pediatric Nursing*, Vol. 31, p. 314-319.

Riedesser, P. (1973): Psychische Störungen bei ausländischen Arbeitern in der Bundesrepublik Deutschland. *Medizinische Klinik*, Vol. 70 (21), S. 954-959.

Robert Koch Institut (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

Rommel, A., Weilandt, C., Eckert, J. (2006): Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Endbericht. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V. (WIAD).

Rosmond, R. (1996): A kooperativ review of psychosocial and occupational environment in native Swedes and immigrants. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, Vol. 24 (4), p. 237-242.

Schätzle, S. (2005): Migration und Integration in Deutschland: eine Bestandsaufnahme mit Konsequenzen für die Pädagogik. In: Pongratz, L., Euler, P. (Hrsg.): *Darmstädter Studien zur Pädagogik und Bildungstheorie*. Göttingen: Cuvillier-Verlag.

Schenk, L. (2007): Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*, Vol. 52, S. 87-96.

Schipperges, H., Vescovi, G., Geue, B., Schlemmer, J. (1988): Die Regelreise der Lebensführung. Köln.

Schmidbauer, W., Scheidt, J. (2004): Handbuch der Rauschdrogen. Fischer TB Verlag. Frankfurt am Main.

Schmidt, L.R. (1998): Zur Dimensionalität von Gesundheit (und Krankheit). *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, Vol. 6 (4), S. 161-178.

Schulze, C., Welters, L. (1991): Geschlechts- und altersspezifisches Gesundheitsverständnis. In: Flick, U. (Hrsg.): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg, S. 70-86.

Schwarzer, R. (1992): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.

Shuval, J.T. (1982): Migration and stress. In: Goldberger, L., Breznitz, S. (Hrsg.): *Handbook of stress. Theoretical and Clinical Aspects*. New York: Free Press, p. 641-657.

Silva, M., Neto, F. (1993): Psychosocial Predictors of Intent to Emigrate Among Portuguese Adolescents. *Journal of Applied Social Psychology*, Vol. 23 (16), p. 1285-1302.

Sluzki, C.E. (2001): Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann, T., Salman, R. (Hrsg.): *Transkulturelle Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Statistical Office of the Slovak Republic (2012): Full name of table - Population Age status of the Slovak Republic by sex and five year's age-groups (Population as of 1st July). Online [02.04.2012], verfügbar unter: www.statistics.sk.

Statistikamt der Slowakischen Republik (2008): Migration der Bevölkerung. Bratislava.

Statistisches Bundesamt (2007): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden.

Strobl, R., Kühnel, W. (2000): Dazugehörig und ausgegrenzt. Analysen zu Integrationschancen junger Aussiedler. Juventa Weinheim und München.

Sundquist, J., Bayard-Burfiels, L., Johansson, L.M., Johansson, S.E. (2000): Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants: psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden. *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 188 (6), p. 357-365.

Sundquist, J., Johansson, S.E. (1997): Long-term illness among indigenous and foreign-born people in Sweden. *Social Science & Medicine*, Vol. 44, p. 189-198.

Sundquist, J., Johansson, S.E. (1998): Somatic health is poorer among foreign-born than native Swedes. *Lakartidningen*, Vol. 95 (10), p. 1000-1002.

Sundquist, J., Johansson, S.E. (1997): The influence of country of birth on mortality from all causes and cardiovascular disease in Sweden 1979-1993. *International Journal of Epidemiology*, Vol. 26 (2), p. 279-287.

Surall, D., Siefen, R.G. (2002): Prävalenz und Risikofaktoren des Drogenkonsums von türkischen und Aussiedlerjugendlichen im Vergleich zu deutschen Jugendlichen. Eine Dunkelfelderhebung bei Schuler der Stadt Marl. In: Boos-Nünning, U., Siefen, R.G, Kirkcaldy, B., Otyakmaz, B.Ö., Surall, D. (Hrsg.): *Migration und Sucht. Expertise*

für das Bundesministerium für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 141/II., Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, S. 152-225.

Taylor, R. (1998): Suicide in Urban New South Wales, Australia 1985-1994: Socio-Economic and Migrant Interactions. *Social Science & Medicine*, Vol. 47, p. 1677-1686.

Tilly, Ch. (1990): Transplanted Networks. In: McLaughlin, V. (Hrsg.): *Immigration Reconsidered. History, Sociology, and Politics*. New York: Oxford University Press, p. 79-95.

Torsheim, T., Ravens-Sieberer, U., Hetland, J., Valimaa, R., Danielson, M., Overpeck, M. (2006): Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Social Science & Medicine*, Vol. 62, p. 815-827.

Treibel, A. (2003): Migration in modernen Gesellschaften: Soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht. 3. Auflage, Juventa Verlag Weinheim und München.

Tremblay, M.S., Bryan, S.N., Pérez, C.E., et al. (2006): Physical activity and immigrant status: evidence from the Canadian Community Health Survey. *Canadian Journal of Public Health*, Vol. 97, p. 277–282.

Uniken-Venema, H.P. (1995): Health of migrants and migrant health policy. The Netherlands as an example. *Social Science & Medicine*, Vol. 41 (6), p. 809-818.

United Nations – Department of Economic and Social Affairs (2010): Trend in International Migrant Stock: The 2008 Revision. World Bank.

Vogler, M. (1999): Determinanten der Zuwanderung aus Entwicklungsländern. Nomos Universitätsschriften, Wirtschaft Band 47.

Vogt, A. (1999): Frauen – Migration – Krankheit. Brennpunkt, Vol. 79, S.47-51.

Voigt, D. (1978): Gesundheitsverhalten: zur Soziologie gesundheitsbezogenen Verhaltens. Kohlhammer, Stuttgart.

Wagner, F.W., Kerek-Bodden, E.H., Schach, E., Schach, S., Schwartz, F.W. (1985): Erkrankungen ausländischer Arbeitnehmer im Spektrum der ambulanten Versorgung. In: Collatz, J., Kürsat-Ahlers, E., Korporal, J. (Hrsg.): Gesundheit für alle. Rissen, Hamburg: EB-Verlag, S. 177-195.

Waller, H. (2006): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in die Grundlagen und Praxis. 4. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart.

Wändell, P.E., Ponzer, S., Johansson, S.E., Sundquist, K., Sundquist, J. (2004): Country of birth and body mass index: A national study of 2000 immigrants in Sweden. European Journal of Epidemiology, Vol. 19, p. 1005-1010.

Weilandt, A., Huismann, A., Joksimovic, L., et al. (2000): Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein Westfalen. Gesundheitsberichte NRW, Düsseldorf.

Weilandt, C., Altenhofen, L. (1997): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten. In: Weber, I. (Hrsg.): Gesundheit sozialer Randgruppen. Gesundheitliche Probleme gesellschaftlich benachteiligter Gruppen und deren Versorgung. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Weilandt, C., Rommel, A., Eckert, J., Gall Azmat, R. (2006): Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz, Vol. 49 (9), S. 866-872.

Winkler, G. (2003): Ernährungssituation von Migranten in Deutschland - was ist bekannt? Teil 1: Gesundheits- und Ernährungssituation. Ernährungs-Umschau, Vol. 50 (5), S. 170-175.

Wolin, K.Y., Colditz, G., Stoddard, A.M., Emmons, K.M., Sorensen, G. (2006): Acculturation and physical activity in a working class multiethnic population. Preventive Medicine, Vol. 42, p. 266-272.

Woll, A. (1996): Gesundheitsförderung in der Gemeinde. Neu-Isenburg: Lingua-Med.

World Health Organization (2000): Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation, Geneva, p. 6-15.

World Health Organisation (2003): International Migration, Health & Human Rights. Health & Human Rights Publication Series. Issue Nr. 4, Geneva. Online [24.06.2013], verfügbar unter: www.who.int.

World Health Organization (2003): WHO definition of health. Online [23.05.2013], verfügbar unter: www.who.int/about/definition/en/.

World Health Organization (2009): WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2009. Implementing smoke-free environments. Geneva.

Zdun, S. (o. J.): Drogenkonsum junger Russlanddeutscher: Einflüsse des sozialen Umfeldes. Eine Untersuchung in Frankfurt am Main. Online [13.10.2013], verfügbar unter: www.journascience.org.

Ziegelmann, J. (2002): Gesundheits- und Risikoverhalten. In: Schwarzer, R., Jerusalem, M., Weber, H. (2002): Gesundheitspsychologie von A-Z. Hogrefe, Göttingen.

ZüFAM (2009): Alkoholkonsum unter Migrantinnen und Migranten. Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs. Online [13.10.2013], verfügbar unter: www.zuefam.ch.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich die von mir vorgelegte Dissertation selbst und ohne unzulässige Hilfe Dritter verfasst zu haben. Ich habe keine als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet und die Dissertation stellt auch in Teilen keine Kopie anderer Arbeiten dar.

Martina Brngalová

Erklärung über frühere Promotionsversuche

Ich erkläre hiermit, dass ich keinen vorausgegangenen Promotionsversuch unternommen habe, und dass kein Promotionsversuch an einer anderen wissenschaftlichen Einrichtung läuft.

Martina Brngalová

Bielefeld, 02.06.2014

Anhang



Universität Bielefeld

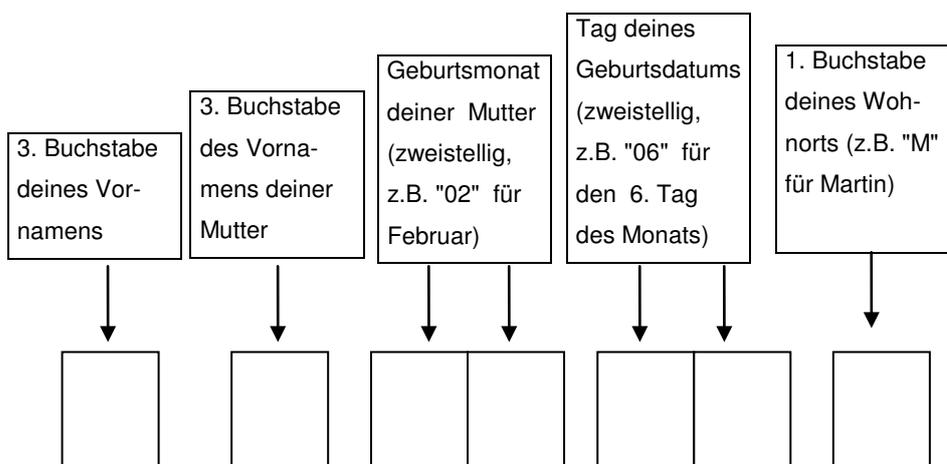
„Längsschnittstudie zur Gesundheit und Migration wünschen bzw. erfolgten Migration von slo- wakischen Jugendlichen 2010 – 2011“

„Baseline“ Befragung

März - April 2010

Fragebogen

Hinweis zur deiner individuellen Identifikationsnummer des Fragebogens



Liebe Schülerin, lieber Schüler,

ich möchte dich um das Ausfüllen dieses Fragebogens bitten. Der Fragebogen beschäftigt sich mit dem Thema *Gesundheit und Migrationswünsche bzw. erfolgte Migration bei slowakischen Jugendlichen*. Das Ziel der Studie ist es, einen Beitrag zum besseren Verständnis der Gesundheit von Migranten zu leisten.

Deine Beteiligung an der Studie ist freiwillig. Durch das Ausfüllen des Fragebogens gibst du deine Zustimmung dafür. Selbstverständlich werden deine Daten anonym behandelt und ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet.

Für dein Interesse an dieser Studie und für deine Mitarbeit möchte ich mich ganz herzlich bedanken!

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Bitte beantworte alle Fragen ehrlich und offen.

Da der Fragebogen mit einem Scanner eingelesen wird, benutze bitte zum Ausfüllen einen Kugelschreiber mit schwarzer oder dunkelblauer Farbe und schreibe auf einer festen Unterlage. Bei Aussagen, die du bewerten sollst, kreuze bitte das Kästchen an, das deiner Meinung oder Bewertung am ehesten entspricht.

Beispiel:

Wie stark achtest du im Allgemeinen auf deine Gesundheit?				
sehr stark	stark	mittelmäßig	weniger stark	gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei Rückfragen wende dich bitte an Martina Brngalová, Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, Deutschland, E-Mail-Adresse:

martina.brngalova@uni-bielefeld.de

Allgemeine Fragen

Dein Geschlecht?

weiblich

männlich

In welchem Jahr bist du geboren?

--	--	--	--

Welche Schule besuchst du derzeitig?

Gymnasium

Mittelschule mit Abitur

Mittelschule ohne Abitur

Wo wohnst du während des Schuljahres? (Kreuze bitte nur eine Möglichkeit an!)

ich wohne zu Hause bei meinen Eltern

ich wohne bei meinen Familienmitgliedern (ausser Eltern)

ich wohne mit meinem PartnerIn zusammen

ich wohne im Internat

ich wohne in einer WG

ich wohne alleine

In welcher Familie lebst du derzeitig?

vollständige Familie
(beide Elternteile, auch
Nichtleibliche)

nicht vollständige Familie
(ein Elternteil oder andere
Familienmitglieder)

Jugendheim

Wie viele Geschwister hast du?

ich bin Einzelkind

1-2 Geschwister

mehr als 2 Geschwister

Hast du einen festen Partner/in?

nein

ja

wenn ja, wie viele Monate seid ihr zusammen?

--	--

Welche Schulbildung haben deine Eltern?

	Vater	Mutter
ohne Schulbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauptschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittelschule ohne Abitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittelschule mit Abitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abgeschlossenes Hochschulstudium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind deine Eltern, mit denen du in einem Haushalt lebst, erwerbstätig?

	Vater	Mutter
arbeitstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
selbständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arbeitslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentner/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie schätzt du die ökonomische Situation in deiner Familie ein?

viel besser als der Durchschnitt	besser als der Durchschnitt	wie Durchschnitt	schlechter als der Durchschnitt	viel schlechter als der Durchschnitt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spürt ihr in deiner Familie Geldmangel?

niemals	selten	oft	sehr oft	immer
<input type="checkbox"/>				

Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Wie schätzt du deinen derzeitigen Gesundheitszustand ein?

ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
<input type="checkbox"/>				

Achtest du im Allgemeinen auf deine Gesundheit?

ja	eher ja	mittelmäßig	eher nicht	überhaupt nicht
<input type="checkbox"/>				

Wie wichtig ist für dich, gesund zu essen?

sehr wichtig

eher wichtig

eher nicht wichtig

überhaupt nicht wichtig

An wie vielen Tagen *in der letzten Woche* hast du dich ausgeschlafen gefühlt?

0

1

2

3

4

5

6

7

Wie viele Stunden schläfst du durchschnittlich am Tag?

mehr als 9 Stunden am Tag

8-9 Stunden am Tag

weniger als 8 Stunden am Tag

Hast du *während der letzten 6 Monate* einen Arzt / eine Ärztin aufgesucht?

nein

ja \Rightarrow zur Vorsorge (Anzahl der Termine)

\Rightarrow wegen Beschwerden (Anzahl der Termine)

Wie ist deine Körpergröße?

cm

Wie ist dein Gewicht?

kg

Wann hast du dich zuletzt gewogen?

gestern

in der letzten
Woche

vor einem Mo-
nat

vor einigen
Monaten

ich weiß es nicht
mehr

Du glaubst, dass du...

viel zu dünn bist

dünn bist

ungefähr richtig

dick bist

viel zu dick bist

Wie zufrieden bist du mit deinem aktuellen Gewicht?

sehr zufrieden

ziemlich zufrieden

ziemlich unzufrieden

sehr unzufrieden

Wie wichtig ist es für dich eine gute sportliche Kondition zu haben?

sehr wichtig

eher wichtig

eher unwichtig

überhaupt nicht wichtig

Wie oft während der letzten 6 Monate hattest du folgende Beschwerden?

	nie	eher selten	oft	sehr oft
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Händezittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie wichtig ist es dir, gute Leistungen in der Schule zu erbringen?

sehr wichtig

eher wichtig

eher nicht wichtig

gar nicht wichtig

Wie schätzt du deine Leistung im Vergleich zum Durchschnitt deiner Kommilitonen ein?

viel besser als der Durchschnitt

besser als der Durchschnitt

wie Durchschnitt

schlechter als der Durchschnitt

viel schlechter als der Durchschnitt

Wie oft hast du das Gefühl, dass du wichtige Dinge in deinem Leben *nicht unter Kontrolle* hast?

sehr oft

oft

selten

nie

<p>Wie oft hast du das Gefühl, dass sich die Dinge deinen Vorstellungen <i>entsprechend</i> entwickeln?</p>					
sehr oft	oft	selten	nie		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>Bist du Raucher/in? (Kreuze bitte nur eine Antwort an!)</p>					
nein, ich bin Nichtraucher/in		<input type="checkbox"/>			
nein, ich habe aber früher geraucht		<input type="checkbox"/>			
ja, ich bin Raucher/in		<input type="checkbox"/>			
<p>Hast du schon einmal versucht mit dem Rauchen aufzuhören?</p>					
nein, habe nie geraucht		ja, habe versucht aufzuhören		nein, habe noch nie versucht aufzuhören	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Wenn du Raucher bist, hast du vor, in der nächsten Zeit aufzuhören?</p>					
ich rauche nicht	auf jeden Fall	eher ja	eher nicht	überhaupt nicht	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Wenn du jetzt Raucher/in bist (oder wenn du früher geraucht hast), rauchst du täglich?</p>					
nein		<input type="checkbox"/>			
ja		<input type="checkbox"/>			
wenn ja, wie viele Zigaretten rauchst du durchschnittlich am Tag?				<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
<p>Wenn du jemals regelmäßig geraucht hast, in welchem Alter hast du angefangen zu rauchen?</p>					
mit		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		Jahren	
<p>Wie oft nimmst du alkoholische Getränke zu dir?</p>					
ich trinke gar nicht	1mal pro Monat oder seltener	2-4mal im Monat	2-3mal pro Woche	4mal oder öfters pro Woche	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Wie viele Drinks trinkst du an einem Abend, an dem du alkoholische Getränke konsumierst?</p>					
0	1-2	3-4	5-6	7-9	10 oder mehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie häufig trinkst du 6 oder mehr Standarddrinks zu einem einzigen Anlass?

nie	seltener als 1 mal pro Monat	1 mal pro Monat	1 mal pro Woche	täglich oder fast täglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hast du schon jemals in deinem Leben Drogen konsumiert? (Drogen außer Kaffee, Alkohol und Zigaretten)

nein
ja

Wie alt warst du, als du Drogen zum ersten Mal konsumiert hast?

mit Jahren

Hast du während der letzten 6 Monate Drogen konsumiert?

nein
ja

Wenn du Drogen konsumierst, wie oft ist es?

ich konsumiere keine Drogen	weniger als 1 mal im Monat	1-3mal pro Mo- nat	1-2mal pro Wo- che	täglich oder fast täglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie schätzt du deine körperliche Kondition ein?

ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
<input type="checkbox"/>				

Wie oft übst du in einer normalen Woche körperliche Aktivitäten aus, die mindestens 20 Minuten dauern? (körperliche Aktivität wie Sport, körperliche Arbeit etc.)

täglich oder fast täglich	mindestens 3mal pro Woche	1-2mal pro Woche	weniger als 1 mal pro Woche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viele Stunden wöchentlich verbringst du insgesamt mit körperlichen Aktivitäten?

etwa Stunden pro Woche

Hast du festgelegte Mahlzeiten?

nein

ja **wenn ja, welche davon?**

Frühstück Mittagessen Abendbrot andere

Wie oft konsumierst du warme, gekochte Mahlzeiten?

täglich oder fast täglich	4-6mal pro Wo- che	1-3mal pro Wo- che	1-3mal pro Mo- nat	sehr selten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hast du jemals versucht abzunehmen?

nein

ja

ja, aber nicht während der letzten 6 Monate

Wie oft konsumierst du folgende Nahrungsmittel?

	täglich	mehrmals pro Woche	1-4mal pro Monat	sehr selten oder nie
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst und Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Softdrinks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastfood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Migrationswünsche und ihre Determinanten

Welche Zukunftspläne hast du nach deinem Schulabschluss? (Bitte beurteile jede Möglichkeit!)

stimme voll zu

stimme überhaupt

nicht zu



Ich möchte in der Slowakei weiter studieren.

Ich möchte im Ausland weiter studieren.

Ich möchte in der Slowakei arbeiten.

Ich möchte im Ausland arbeiten.

Wünschst du dir in deiner Zukunft im Ausland zu studieren oder zu leben?

sehr stark

gar nicht



Wann planst du ins Ausland auszureisen?

nach dem Abschluss der Mittelschule

nach dem Hochschulabschluss

wenn ich in der Slowakei keine geeignete Arbeit finde

ich will nicht ausreisen, ich will in der Slowakei bleiben

Hast du Familienmitglieder oder Freunde, die im Ausland leben?

nein

ja

Hast du eigene Erfahrungen mit dem Leben im Ausland?

nein

ja **wenn ja, welcher Art?**

Studienaufenthalt

Arbeitsaufenthalt

Familienbesuch

Dauer des Auslandsaufenthalts in Monaten.

Um welches/e Land/Länder hat es sich gehandelt?

.....

Im Folgenden findest du eine Reihe von Faktoren, die die menschliche Entscheidung ins Ausland auszureisen beeinflussen können. Bitte beurteile jeden Faktor danach, wie wichtig er dir persönlich ist und danach, wie er deine persönliche Entscheidung ins Ausland auszureisen beeinflussen kann.

stimme voll zu

stimme überhaupt

nicht zu



Im Ausland ist ein höheres Einkommen erzielbar als in der Slowakei.

Im Ausland gibt es bessere Arbeitsmöglichkeiten als in der Slowakei.

Im Ausland gibt es bessere Arbeitsbedingungen als in der Slowakei.

Im Ausland gibt es bessere Möglichkeiten für das Studium als in der Slowakei.

Ausländische Zeugnisse haben eine höhere Anerkennung als slowakische.

Im Ausland existiert ein höherer Lebensstandard als in der Slowakei.

Ich kann meine Fremdsprachenkenntnisse im Ausland verbessern.

Ich kann neue Menschen und Kulturen kennenlernen.

Ich kann mich im Ausland besser Selbstverwirklichen.

Im Folgenden findest du eine Reihe von Faktoren, die die menschliche Entscheidung im Heimatland zu bleiben beeinflussen können. Bitte beurteile jeden Faktor danach, wie wichtig er dir persönlich ist, und danach, wie er deine persönliche Entscheidung nicht ins Ausland auszureisen und in der Slowakei zu bleiben beeinflussen kann.

stimme voll zu

stimme überhaupt

nicht zu



Einkommen in der Slowakei ist ausreichend.

In der Slowakei gibt es genug Arbeitsmöglichkeiten.

Arbeitsbedingungen in der Slowakei sind zufriedenstellend.

Qualität des Studiums in der Slowakei ist hoch.

Slowakische Zeugnisse sind anerkannt und sehr gut.

Lebensstandard in der Slowakei ist ausreichend.

Das Leben in der Slowakei ist für mich leichter als im Ausland.

In der Slowakei bin ich in der Gesellschaft akzeptiert.

In der Slowakei lebt meine gesamte Familie, Bekannte und Freunde.

Ich bin mit der slowakischen Sprache und Kultur eng verbunden.

Meine Fremdsprachenkenntnisse sind nicht ausreichend.

Ich habe Angst, dass ich mich im Ausland nicht Selbstverwirklichen kann.

Wie schätzt du deine Selbstverwirklichungschancen im Ausland ein?

sehr hoch

sehr niedrig



Wie schätzt du deine Selbstverwirklichungschancen in der Slowakei ein?

sehr hoch

sehr niedrig



Vielen Dank für deine Teilnahme!



Universität Bielefeld

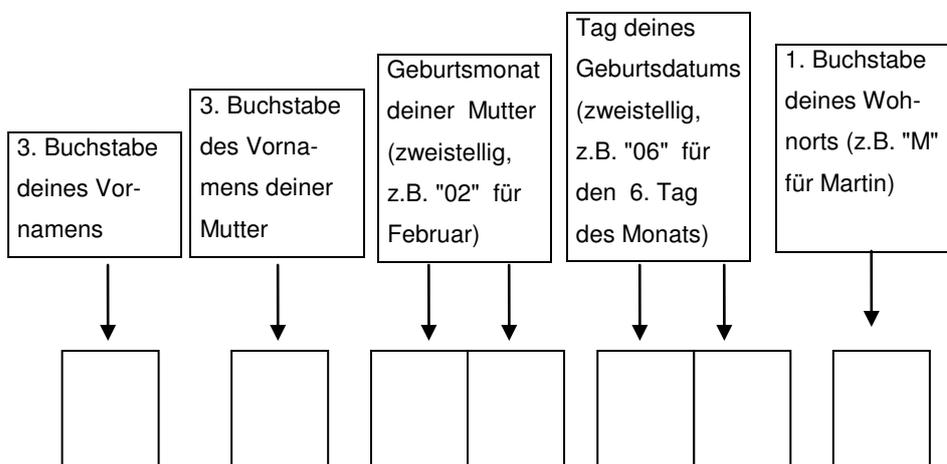
**„Längsschnittstudie zur Gesundheit und Migration
wünschen bzw. erfolgten Migration von slo-
wakischen Jugendlichen 2010 – 2011“**

„first Follow-up“ Befragung

März - April 2011

Online – Fragebogen

Hinweis zur deiner individuellen Identifikationsnummer des Online-Fragebogens



Liebe Studienteilnehmerinnen, lieber Studienteilnehmer,

ich möchte dich um das erneute Ausfüllen dieses Online-Fragebogens bitten. Der Fragebogen beschäftigt sich mit dem Thema *Gesundheit und Migrationswünsche bzw. erfolgte Migration bei slowakischen Jugendlichen*. Das Ziel der Studie ist es, einen Beitrag zum besseren Verständnis der Gesundheit von Migranten zu leisten.

Deine Beteiligung an der Studie ist freiwillig. Durch das Ausfüllen des Fragebogens gibst du deine Zustimmung dafür. Selbstverständlich werden deine Daten anonym behandelt und ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet.

Für dein Interesse an dieser Studie und für deine Mitarbeit möchte ich mich ganz herzlich bedanken!

Hinweise zum Ausfüllen des Online-Fragebogens

Bitte beantworte alle Fragen ehrlich und offen.

Bei Aussagen, die du bewerten sollst, kreuze bitte die Antwort an, die deiner Meinung oder Bewertung am ehesten entspricht.

Beispiel:

Wie stark achtest du im Allgemeinen auf deine Gesundheit?				
sehr stark	stark	mittelmäßig	weniger stark	gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei Rückfragen wende dich bitte an Martina Brngalová, Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, Deutschland, E-Mail-Adresse: martina.brngalova@uni-bielefeld.de

Allgemeine Fragen

Dein Geschlecht?

weiblich

männlich

In welchem Jahr bist du geboren?

--	--	--	--

Wie ist deine aktuelle Wohnsituation? (Kreuze bitte nur eine Möglichkeit an!)

ich wohne zu Hause bei meinen Eltern

ich wohne bei meinen Familienmitgliedern (ausser Eltern)

ich wohne mit meinem PartnerIn zusammen

ich wohne im Internat

ich wohne in einer WG

ich wohne alleine

Hast du *derzeit* einen festen Partner/in?

nein **wenn nein,** hattest du *während der letzten 12 Monate* einen festen Partner/in?

nein

ja

ja **wenn ja,** wie viele Monate seid ihr zusammen?

--	--

Hat sich an der Arbeitssituation deiner Eltern (bei mindestens einem Elternteil) während der letzten 12 Monate etwas verändert?

nein

ja **wenn ja, kreuze bitte die passende Antwort an!**

	Vater	Mutter
wurde arbeitstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wurde selbständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wurde arbeitslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wurde Rentner/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie schätzt du die ökonomische Situation in deiner Familie ein?

viel besser als der Durchschnitt	besser als der Durchschnitt	wie Durchschnitt	schlechter als der Durchschnitt	viel schlechter als der Durchschnitt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spürt Ihr in deiner Familie Geldmangel?

niemals	selten	oft	sehr oft	immer
<input type="checkbox"/>				

Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Wie schätzt du deinen derzeitigen Gesundheitszustand ein?

ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
<input type="checkbox"/>				

Achtest du im Allgemeinen auf deine Gesundheit?

ja	eher ja	mittelmäßig	eher nicht	überhaupt nicht
<input type="checkbox"/>				

Wie wichtig ist für dich, gesund zu essen?

sehr wichtig	eher wichtig	eher nicht wichtig	überhaupt nicht wichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

An wie vielen Tagen <i>in der letzten Woche</i> hast du dich ausgeschlafen gefühlt?							
0	1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viele Stunden schläfst du durchschnittlich am Tag?							
mehr als 9 Stunden am Tag		8-9 Stunden am Tag		weniger als 8 Stunden am Tag			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Hast du <i>während der letzten 12 Monate</i> einen Arzt / eine Ärztin aufgesucht?							
nein <input type="checkbox"/>							
ja <input type="checkbox"/> \Rightarrow zur Vorsorge (Anzahl der Termine) <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>							
\Rightarrow wegen Beschwerden (Anzahl der Termine) <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>							
Wie ist deine Körpergröße?							
<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	cm				
Wie ist dein Gewicht?							
<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	kg				
Wann hast du dich zuletzt gewogen?							
gestern	in der letzten Woche	vor einem Mo- nat	vor einigen Monaten	ich weiß es nicht mehr			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Du glaubst, dass du...							
viel zu dünn bist	dünn bist	ungefähr richtig	dick bist	viel zu dick bist			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wie zufrieden bist du mit deinem aktuellen Gewicht?							
sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	ziemlich unzufrieden	sehr unzufrieden				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Wie wichtig ist es für dich eine gute sportliche Kondition zu haben?

sehr wichtig

eher wichtig

eher unwichtig

überhaupt nicht wichtig

Wie oft während der letzten 12 Monate hattest du folgende Beschwerden?

nie

eher selten

oft

sehr oft

Kopfschmerzen

Müdigkeit

Nervosität

Magenbeschwerden

Schlafstörungen

Muskelschmerzen

Depression

Herzklopfen

Händezittern

Wie wichtig ist es dir, gute Leistungen an der Universität oder in der Arbeit zu erbringen?

sehr wichtig

eher wichtig

eher nicht wichtig

gar nicht wichtig

Wie schätzt du deine Leistung an der Universität oder in der Arbeit im Vergleich zum Durchschnitt deiner Kommilitonen oder Kollegen ein?

viel besser als der Durchschnitt

besser als der Durchschnitt

wie Durchschnitt

schlechter als der Durchschnitt

viel schlechter als der Durchschnitt

Wie oft hast du das Gefühl, dass du wichtige Dinge in deinem Leben *nicht unter Kontrolle* hast?

sehr oft

oft

selten

nie

<p>Wie oft hast du das Gefühl, dass sich die Dinge deinen Vorstellungen <i>entsprechend</i> entwickeln?</p>				
sehr oft	oft	selten	nie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Hat sich an deinem Rauchverhalten während der letzten 12 Monate etwas geändert? (Kreuze bitte nur eine Antwort an!)</p>				
ich bin Nichtraucher/in und habe nie geraucht			<input type="checkbox"/>	
ich bin Nichtraucher/in, aber ich habe früher geraucht			<input type="checkbox"/>	
ich bin während der letzten 12 Monate Raucher/in geworden			<input type="checkbox"/>	
ich bin immer noch Raucher/in			<input type="checkbox"/>	
<p>Hast du versucht mit dem Rauchen während der letzten 12 Monate aufzuhören?</p>				
nein, habe nie geraucht	ja, habe versucht aufzuhören	nein, habe nie versucht aufzuhören		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>Wenn du Raucher bist, hast du vor, in der nächsten Zeit aufzuhören?</p>				
ich rauche nicht	auf jeden Fall	eher ja	eher nicht	überhaupt nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Wenn du jetzt Raucher/in bist (oder wenn du früher geraucht hast), rauchst du täglich?</p>				
nein	<input type="checkbox"/>			
ja	<input type="checkbox"/>			
<p>wenn ja, wieviele Zigaretten rauchst du durchschnittlich am Tag?</p>				<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<p>Wenn du jemals regelmäßig geraucht hast, in welchem Alter hast du angefangen zu rauchen?</p>				
mit		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Jahren	
<p>Wie oft nimmst du <i>derzeit</i> alkoholische Getränke zu dir?</p>				
ich trinke gar nicht	1 mal pro Monat oder seltener	2-4mal im Monat	2-3mal pro Woche	4mal oder öfters pro Woche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viele Drinks trinkst du an einem Tag, an dem du alkoholische Getränke konsumierst?

0 1-2 3-4 5-6 7-9 10 oder mehr

Wie häufig trinkst du 6 oder mehr Standarddrinks zu einem einzigen Anlass?

nie seltener als
1mal pro Monat 1mal pro Monat 1mal pro Woche täglich oder fast
täglich

Hat sich dein Drogenkonsum während der letzten 12 Monate geändert? (Drogen außer Kaffee, Alkohol und Zigaretten)

ich habe niemals in meinem Leben Drogen konsumiert
früher habe ich Drogen konsumiert aber jetzt nicht mehr
ich habe während der letzten 12 Monate mit dem Drogenkonsum angefangen
ich konsumiere immer noch Drogen

Wie alt warst du, als du Drogen zum ersten Mal konsumierst hast?

mit Jahren

Hast du während der letzten 12 Monate mindestens 1mal Drogen konsumiert?

nein
ja

Wenn du Drogen konsumierst (oder früher konsumiert hast) , wie oft ist es (oder wie oft war es)?

ich konsumiere keine Drogen weniger als 1mal im Monat 1-3mal pro Monat 1-2mal pro Woche täglich oder fast täglich

Wie schätzt du deine körperliche Kondition ein?

ausgezeichnet sehr gut gut weniger gut schlecht

Wie oft übst du in einer normalen Woche körperliche Aktivitäten aus, die mindestens 20 Minuten dauern? (körperliche Aktivität wie Sport, körperliche Arbeit etc.)

täglich oder fast
täglich

mindestens 3mal
pro Woche

1-2mal
pro Woche

weniger als 1mal
pro Woche

Wie viele Stunden wöchentlich verbringst du *derzeit* insgesamt mit körperlichen Aktivitäten?

etwa

Stunden pro Woche

Hast du festgelegte Mahlzeiten?

nein

ja

wenn ja, welche davon?

Frühstück

Mittagessen

Abendbrot

andere

Wie oft konsumierst du warme, gekochte Mahlzeiten?

täglich oder fast
täglich

4-6mal pro Wo-
che

1-3mal pro Wo-
che

1-3mal pro Mo-
nat

sehr selten

Hast du versucht *während der letzten 12 Monate* abzunehmen?

nein

ja

ja, aber nicht während der letzten 12 Monate

Wie oft konsumierst du folgende Nahrungsmittel?

	täglich	mehrmals pro Woche	1-4mal pro Monat	sehr selten oder nie
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst und Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Softdrinks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastfood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Migrationswünsche und ihre Determinanten

In welcher Lebenssituation befindest du dich *derzeit*? (Wenn es notwendig ist, kreuze bitte mehrere Antworten an!)

- ich studiere in der Slowakei
- ich arbeite in der Slowakei
- ich studiere im Ausland
- ich arbeite im Ausland
- ich studiere und arbeite nicht

Wenn du studierst, was trifft am besten zu?

- ich studiere an der Universität als Haupthorer
- ich studiere an der Universität als Fernstudent
- ich mache eine weitere Ausbildung, aber es ist kein Hochschulstudium

Wenn du arbeitest, was trifft am besten zu?

- ich arbeite als Vollzeitmitarbeiter
- ich arbeite als Teilzeitmitarbeiter
- ich arbeite als Mini-Jobber
- ich bin selbständig
- andere
-

Wenn du im Ausland bist, wann bist du ausgereist?

- ich bin nicht im Ausland, sondern in der Slowakei
- im Juni – Juli 2010
- im August - September 2010
- im Oktober - November 2010
- im Dezember - Januar 2011
- im Februar – März 2011

Bist du im Ausland auf dich alleine gestellt?

- ja, ich bin im Ausland ganz allein
- nein, ich lebe im Ausland mit
 - meiner Familie
 - meinem/er Partner/in
 - meinen Freunden
 - andere

Wie sehen deine Zukunftspläne aus? (Beurteile bitte jede Möglichkeit an!)

stimme voll zu

stimme überhaupt

nicht zu



Ich plane im Ausland für immer zu bleiben.

Ich plane im Ausland nur eine gewisse Zeit zu bleiben.

Wenn du in der Slowakei bist, wünschst du dir in deiner Zukunft immer noch ins Ausland auszureisen?

sehr stark

gar nicht



Wann planst du ins Ausland auszureisen?

ich plane nicht auszureisen, ich will in der Slowakei bleiben

ich plane auszureisen nach dem Abschluss meines Studiums

ich plane auszureisen, wenn ich genug Arbeitserfahrungen in der Slowakei gesammelt habe

ich plane auszureisen, aber ich weiß noch nicht wann

Hast du Familienmitglieder oder Freunde, die im Ausland leben?

nein

ja

Hast du Lebenserfahrungen im Ausland während der letzten 12 Monate gesammelt?

nein

ja **wenn ja, welcher Art?**

Studienaufenthalt

Arbeitsaufenthalt

Familienbesuch

Dauer des Auslandsaufenthalts in Monaten

--	--

Im Folgenden findest du eine Reihe von Faktoren, die die menschliche Entscheidung ins Ausland auszureisen beeinflussen können. Bitte beurteile jeden Faktor danach, wie wichtig er dir persönlich ist und danach, wie er deine persönliche Entscheidung ins Ausland auszureisen beeinflussen kann.

stimme voll zu

stimme überhaupt

nicht zu



Im Ausland ist ein höheres Einkommen erzielbar als in der Slowakei.

Im Ausland gibt es bessere Arbeitsmöglichkeiten als in der Slowakei.

Im Ausland gibt es bessere Arbeitsbedingungen als in der Slowakei.

Im Ausland gibt es bessere Möglichkeiten für das Studium als in der Slowakei.

Ausländische Zeugnisse haben eine höhere Anerkennung als slowakische.

Im Ausland existiert ein höherer Lebensstandard als in der Slowakei.

Ich kann meine Fremdsprachenkenntnisse im Ausland verbessern.

Ich kann neue Menschen und Kulturen kennenlernen.

Ich kann mich im Ausland besser Selbstverwirklichen.

Im Folgenden findest du eine Reihe von Faktoren, die die menschliche Entscheidung im Heimatland zu bleiben beeinflussen können. Bitte beurteile jeden Faktor danach, wie wichtig er dir persönlich ist, und danach, wie er deine persönliche Entscheidung nicht ins Ausland auszureisen und in der Slowakei zu bleiben beeinflussen kann.

stimme voll zu

stimme überhaupt

nicht zu



Einkommen in der Slowakei ist ausreichend.

In der Slowakei gibt es genug Arbeitsmöglichkeiten.

Arbeitsbedingungen in der Slowakei sind zufriedenstellend.

Qualität des Studiums in der Slowakei ist hoch.

Slowakische Zeugnisse sind anerkannt und sehr gut.

Lebensstandard in der Slowakei ist ausreichend.

Das Leben in der Slowakei ist für mich leichter als im Ausland.

In der Slowakei bin ich in der Gesellschaft akzeptiert.

In der Slowakei lebt meine gesamte Familie, Bekannte und Freunde.

Ich bin mit der slowakischen Sprache und Kultur eng verbunden.

Meine Fremdsprachenkenntnisse sind nicht ausreichend.

Ich habe Angst, dass ich mich im Ausland nicht Selbstverwirklichen kann.

Wie schätzt du deine Selbstverwirklichungschancen im Ausland ein?

sehr hoch

sehr niedrig



Wie schätzt du deine Selbstverwirklichungschancen in der Slowakei ein?

sehr hoch

sehr niedrig



Vielen Dank für deine Teilnahme!