

10 Fragen für Klinik und Forschung zur standardisierten Erhebung von Geschlecht und Diversität

Um die Qualität der Daten zu erhöhen, sollten Geschlechter- und Diversitätsdimensionen auch routinemäßig in der Datenerfassung und Erhebungen integriert werden.

Hierzu hat die Diversity Assessment Working Group als Best Practice ein **Diversity Minimal Item Set (DiMIS)** von 10 Fragen zur standardisierten Erhebung von Geschlecht und Diversität in Klinik und Forschung vorgestellt. Das DiMIS deckt neun Diversitätsdimensionen sowie Diskriminierungserfahrungen ab: Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status, Sorgearbeit, sexuelle Orientierung, Ethnizität/*racial identity*, Religion und Weltanschauung, Psychische Gesundheit, Körperliche Gesundheit und Behinderung sowie wahrgenommene Diskriminierung. Durch die standardisierte Erhebung von Geschlecht und Diversitätsdimensionen können Datensätze über mehrere Projekte hinweg kombiniert und verglichen werden, wodurch ausreichend große Stichproben für aussagekräftige Datenanalysen entstehen. Diese Toolbox empfiehlt, in routinemäßig erhobenen Daten und Forschungsdaten die 10 Standard-Fragen des DiMIS zu integrieren.

Item	Dimension
<p>1 Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig? (Mehrfachauswahl möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Cis <input type="checkbox"/> Endo* <input type="checkbox"/> Inter* <input type="checkbox"/> Nicht-binär</p> <p><input type="checkbox"/> Questioning <input type="checkbox"/> Trans* <input type="checkbox"/> Bevorzuge Selbstbezeichnung als: _____ <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p> <p>1b Welches Geschlecht wurde bei Ihrer Geburt in Ihre Geburtsurkunde eingetragen?</p> <p><input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/> Kein Eintrag</p> <p><input type="checkbox"/> Ich weiß nicht <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p>	Geschlecht
<p>2 Wann sind Sie geboren?</p> <p>▼ Drop-down-Menü mit Geburtsjahr</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Angabe</p>	Alter
<p>3a Welchen <u>höchsten</u> allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?</p> <p><input type="checkbox"/> Keinen, bin noch in schulischer Ausbildung</p> <p><input type="checkbox"/> Keinen allgemeinbildenden Schulabschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch</p> <p><input type="checkbox"/> Haupt- /Volksschulabschluss, Polytechnische Oberschule mit Abschluss der 8. Oder 9. Klasse</p> <p><input type="checkbox"/> Realschulabschluss, Mittlere Reife, Polytechnische Oberschule mit Abschluss der 10. Klasse</p> <p><input type="checkbox"/> Abitur, fachgebundene Hochschulreife oder Fachhochschulreife</p> <p><input type="checkbox"/> Anderer Abschluss _____</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Angabe</p> <p>3b Welchen <u>höchsten</u> beruflichen Ausbildungs- oder Hochschul-/Fachhochschulabschluss haben Sie?</p> <p><input type="checkbox"/> Keinen, bin noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende, Studierende)</p> <p><input type="checkbox"/> Keinen beruflichen Abschluss und bin nicht in beruflicher Ausbildung</p> <p><input type="checkbox"/> Beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen</p> <p><input type="checkbox"/> Beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen</p> <p><input type="checkbox"/> Ausbildung an Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen</p> <p><input type="checkbox"/> (Fach)Hochschulstudium, nicht abgeschlossen</p> <p>Abgeschlossenes (Fach)Hochschulstudium:</p> <p><input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Diplom <input type="checkbox"/> Magister <input type="checkbox"/> Staatsexamen</p> <p><input type="checkbox"/> Promotion</p> <p><input type="checkbox"/> Habilitation</p> <p><input type="checkbox"/> Einen anderen beruflichen Abschluss, und zwar: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Angabe</p>	Sozioökonomischer Status
<p>4 Leisten Sie Betreuungs-, Pflege- oder Sorgearbeit? (Mehrfachauswahl möglich)</p> <p><i>Nicht gemeint sind Betreuungsaufgaben, Pflegeleistungen oder Unterstützung, die Sie im Zusammenhang mit Ihrer beruflichen Tätigkeit erbringen.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, für ein oder mehrere Kinder (unter 18 Jahre)</p> <p><i>wenn ja:</i></p> <p><input type="checkbox"/> mit Behinderung</p> <p><input type="checkbox"/> mit chronischer Erkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, für ein oder mehrere Erwachsene (18 Jahre und älter)</p> <p><i>wenn ja:</i></p> <p><input type="checkbox"/> mit altersbedingten Beschwerden oder Gebrechlichkeit</p> <p><input type="checkbox"/> mit Behinderung</p> <p><input type="checkbox"/> mit chronischer Erkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Angabe</p>	Sorgearbeit
<p>5 Als nächstes würden wir Ihnen gerne eine Frage zu Ihrer sexuellen Orientierung stellen. Was würden Sie selbst sagen: Sind Sie ...? (Mehrfachauswahl möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexuell <input type="checkbox"/> Asexuell <input type="checkbox"/> Bisexuell <input type="checkbox"/> Lesbisch <input type="checkbox"/> Schwul</p> <p><input type="checkbox"/> Pansexuell <input type="checkbox"/> Sexuelle Orientierung nicht aufgeführt: _____ <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p>	Sexuelle Orientierung

<p>6a In welchem Land sind Sie geboren? ▼ Drop-down-Menü mit Länderliste <input type="checkbox"/> Land nicht aufgeführt: _____ <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p> <p>Wenn in Deutschland geboren: 6a-1 Haben Sie in der DDR gelebt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe 6a-2 Wurden Sie in der DDR beziehungsweise im Gebiet der ehemaligen DDR geboren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe 6a-3 Haben Ihre Eltern in der DDR gelebt? <input type="checkbox"/> Ja, beide Elternteile <input type="checkbox"/> Ja, ein Elternteil <input type="checkbox"/> Nein, kein Elternteil <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p> <p>6a-4 Identifizieren Sie sich persönlich als ostdeutsche Person? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p> <p>6b In welchem Land/Ländern sind Ihre Eltern geboren? Elternteil 1/Mutter: ▼ Drop-down-Menü mit Länderliste <input type="checkbox"/> Land nicht aufgeführt: _____ <input type="checkbox"/> Keine Angabe Elternteil 2/Vater: ▼ Drop-down-Menü mit Länderliste <input type="checkbox"/> Land nicht aufgeführt: _____ <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p> <p>6c-1 Wie gut sprechen Sie folgende Sprachen? Deutsch: <input type="checkbox"/> Muttersprache <input type="checkbox"/> Sehr Gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Wenig <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Keine Angabe Englisch: <input type="checkbox"/> Muttersprache <input type="checkbox"/> Sehr Gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Wenig <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p> <p>6c-2 Sprechen Sie sonstige Sprachen? Wenn ja, bitte geben Sie Ihre entsprechenden Kenntnisse an. ▼ Drop-down-Menü mit den [im Forschungskontext] am häufigsten Sprachen sowie Deutsche Gebärdensprache und der Option, weitere Sprachen in einem Freifeld zu ergänzen. [Sprache ▼] <input type="checkbox"/> Muttersprache <input type="checkbox"/> Sehr Gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Wenig <input type="checkbox"/> Keine Angabe <i>[Dropdownauswahl z.B. Arabisch, Polnisch, Russisch, Türkisch, Deutsche Gebärdensprache, sonstige Sprache (bitte angeben); responsive Design, Ergänzung um weiteres Feld bei Eintrag]</i></p> <p>6d Würden Sie sich selbst einer oder mehreren der folgenden Gesellschaftsgruppen zuordnen? (Mehrfachauswahl möglich) <input type="checkbox"/> Afrodeutsch <input type="checkbox"/> Arabisch-deutsch <input type="checkbox"/> Asiatisch-deutsch <input type="checkbox"/> BIPOC (Black, Indigenous, People of Color) <input type="checkbox"/> Ehemals Jugoslawisch-deutsch <input type="checkbox"/> Lateinamerikanisch-deutsch <input type="checkbox"/> Polnisch-deutsch <input type="checkbox"/> Russisch-deutsch <input type="checkbox"/> Osteuropäisch-deutsch <input type="checkbox"/> Türkisch-deutsch <input type="checkbox"/> Schwarz <input type="checkbox"/> Weiß <input type="checkbox"/> Bevorzuge andere Selbstidentifikation, bitte angeben _____ <input type="checkbox"/> Keine Angabe <i>(Hinweis: In Kontexten, in denen eine differenziertere Erhebung nicht möglich ist, kann ggf. die folgende Frage als Indikator für rassismus- oder diskriminierungsbedingte Expositionen dienen.)</i></p> <p>6e Würden Sie sich selbst einer ethnischen Minderheit oder rassifizierten Gruppe zuordnen? Eine rassifizierte Gruppe ist eine gesellschaftliche Gruppe, die von Rassismus oder Diskriminierung betroffen ist. Die Rassifizierung kann auf Hautfarbe, Herkunft, Religion, Sprache usw. beruhen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p>	<p><i>Ethnizität/racial identity</i></p>
<p>7 Welcher religiösen Gemeinschaft oder Weltanschauung fühlen Sie sich derzeit zugehörig, wenn überhaupt? <input type="checkbox"/> Buddhistische <input type="checkbox"/> Christliche <input type="checkbox"/> Hinduistische <input type="checkbox"/> Jüdische <input type="checkbox"/> Muslimische <input type="checkbox"/> Atheistische (glaube an keinen Gott) <input type="checkbox"/> Agnostische (bin mir nicht sicher, ob es einen Gott gibt) <input type="checkbox"/> religiöse Gemeinschaft/Weltanschauung nicht aufgeführt: _____ <input type="checkbox"/> Keine bestimmte religiöse Gemeinschaft/Weltanschauung <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p>	<p>Religion und Weltanschauung</p>
<p>8a Wurde bei Ihnen jemals eine Depression, Angsterkrankung oder ein anderes psychisches Problem von medizinischem oder psychologischem Fachpersonal diagnostiziert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p>	<p>Psychische Gesundheit</p>
<p>9a Leben Sie mit einer Behinderung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p> <p>9b Haben Sie eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem? Damit gemeint sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die mindestens 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p> <p>9c Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p>	<p>Körperliche Gesundheit und Behinderung</p>

Nun geht es um das Thema Diskriminierung. Diskriminierung bedeutet, dass eine Person aus bestimmten Gründen schlechter behandelt wird als andere Menschen, ohne dass es dafür eine sachliche Rechtfertigung gibt. Diskriminierung kann auf sehr unterschiedliche Weisen ausgeübt werden, etwa durch Beleidigung, Ausgrenzung, sexuelle Belästigung bis hin zu Gewalt. Es handelt sich aber auch um Diskriminierung, wenn Menschen durch Regeln und Gesetze benachteiligt werden.

10 Sind Sie persönlich in den letzten 24 Monaten [in/am Ort/Institution] aus den folgenden Gründen diskriminiert worden? (Mehrfachauswahl möglich)

- Aufgrund zu hohen Alters
- Ja Nein
- Aufgrund zu niedrigen Alters
- Ja Nein
- Aufgrund des Geschlechts
- Ja Nein
- Aufgrund eines niedrigen Bildungsstandes
- Ja Nein
- Aufgrund eines geringen Einkommens
- Ja Nein
- Aufgrund von außerberuflichen Betreuungs- oder Pflegeaufgaben
- Ja Nein
- Aufgrund der sexuellen Orientierung (z.B. schwul, lesbisch, bisexuell)
- Ja Nein
- Aus rassistischen Gründen, wegen der Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe oder der Herkunft aus einem anderen Land
- Ja Nein
- Aufgrund der Religion oder Weltanschauung
- Ja Nein
- Aufgrund einer psychischen Erkrankung
- Ja Nein
- Aufgrund einer Behinderung
- Ja Nein
- Aufgrund einer chronischen Krankheit
- Ja Nein
- Aus einem anderen Grund: _____
- Ja Nein
- Keine Diskriminierungserfahrung in den letzten 24 Monaten
- Keine Angabe

wahrgenommene Diskriminierung

Tabelle: Diversity Minimal Items Set (DiMIS); Stadler, Gertraud & Chesaniuk, Marie & Haering, Stephanie & Roseman, Julia & Straßburger, Vera & Schraudner, Martina & Lazaridou, Felicia & Group, Diversity. (2023). Diversified innovations in the health sciences: Proposal for a Diversity Minimal Item Set (DiMIS). 33. 101072.