ROBERT KOCH INSTITUT
Statistisches Bundesamt

Schwerpunktbericht der
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

Migration und Gesundheit

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Schwerpunktbericht der
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

Migration und Gesundheit

Autorinnen und Autoren: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Uta Meesmann,
Liane Schenk, Maren Bredehorst,
Patrick Brzoska, Tanja Dercks, Susanne Glodny,
Björn Menkhaus, Ramazan Salman,
Anke-Christine Saß, Ralf Ulrich

unter Mitarbeit von:
Hannelore Neuhauser, Ursula Brucks (†)

Robert Koch-Institut, Berlin 2008

Inhaltsverzeichnis

1	**Einleitung**	**7**
2	**Migration und Gesundheit in der Gesundheitsberichterstattung (GBE)**	**9**
2.1	»Migration« und »Menschen mit Migrationshintergrund«	9
2.1.1	Begriffsbestimmung	9
2.1.2	Schwierigkeiten bei der Begriffsbestimmung	10
2.2	Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland	12
2.2.1	Formen der Zuwanderung nach Deutschland	12
2.2.2	Bevölkerungsentwicklung	12
2.2.3	Aufenthaltsdauer	15
2.2.4	Alters- und Geschlechtsstruktur	16
2.3	Zusammenhänge zwischen Migration, sozialer Lage und Gesundheit	16
2.3.1	Bildung und Ausbildung	17
2.3.2	Erwerbsbeteiligung und Arbeitslosigkeit	18
2.3.3	Bezug von Sozialhilfeleistungen	19
2.3.4	Wohnsituation	21
2.3.5	Wirtschaftliche Situation	21
2.3.6	Fremdenfeindlichkeit	22
2.4	Analyse von Daten für die GBE für Menschen mit Migrationshintergrund	23
2.4.1	Schwierigkeiten bei der Interpretation von Daten	23
2.4.2	Schwierigkeiten bei der Wahl von Vergleichsgruppen	23
2.4.3	Möglichkeiten und Probleme bei der Sekundäranalyse	24
2.4.4	Datengrundlagen für den vorliegenden Bericht	25
3	**Gesundheitliche Lage und migrationsspezifische Belastungen**	**31**
3.1	Sterblichkeit der ausländischen Bevölkerung in Deutschland	31
3.1.1	Mütter- und Säuglingssterblichkeit	33
3.1.2	Unfallsterblichkeit im Straßenverkehr	35
3.1.3	Suizid	36
3.1.4	Todesfälle in Folge von Rauschgiftkonsum	37
3.1.5	Vergleiche zum Herkunftsland	37
3.2	Morbidität der ausländischen Bevölkerung in Deutschland	38
3.2.1	Infektionskrankheiten	38
3.2.2	Krankheitsspektrum in der ambulanten Versorgung und Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen	42
3.2.3	Krankenstand laut Mikrozensus	45
3.2.4	Unfallverletzungen laut Mikrozensus	46
3.2.5	Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten	47
3.2.6	Behinderung und Frühinvalidität	49
3.2.7	Subjektive Gesundheit	50
3.3	Risiko- und Gesundheitsverhalten von Menschen mit Migrationshintergrund	52
3.3.1	Übergewicht	52
3.3.2	Suchtmittelgebrauch und Suchterkrankungen	54
3.4	Migrationsspezifische Gesundheitsbelastungen	59
3.4.1	Posttraumatische Belastungsstörungen als Folge von Verfolgung und Flucht	59
3.4.2	Gesundheit bei der Einreise und Anpassungsreaktionen in der Anfangsphase der Migration	60
3.4.3	Bilanzierungskrisen im mittleren Lebensalter und Rückkehrmigration	60
3.4.4	Gesundheitsprobleme von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus	62

4	**Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund**	**69**
4.1	Demografischer Hintergrund	69
4.2	Datenlage zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund	70
4.3	Sterblichkeit, Erkrankungen und Gesundheitsverhalten	71
4.3.1	Sterblichkeit	71
4.3.2	Chronische Erkrankung, Behinderung und Krankheitshäufigkeit	73
4.3.3.	Verletzungen	74
4.3.4	Tuberkulose	76
4.3.5	Erbliche Erkrankungen	76
4.3.6	Allergien	77
4.3.7	Übergewicht und Adipositas	78
4.3.8	Mundgesundheit und Mundgesundheitsverhalten	81
4.3.9	Schmerzen	83
4.3.10	Psychosoziales Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit	84
4.3.11	Selbst eingeschätzte Gesundheit	86
4.3.12	Impfverhalten	87
4.3.13	Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen	88
4.3.14	Zusammenfassung	89
5	**Gesundheit von älteren Menschen mit Migrationshintergrund**	**95**
5.1	Definition von Alter	95
5.2	Demografische Situation	95
5.3	Lebenslagen älterer Menschen mit Migrationshintergrund	97
5.3.1	Materielle Situation	97
5.3.2	Lebenszufriedenheit	97
5.3.3	Kultur	98
5.3.4	Familiäre Situation	99
5.3.5	Wohnsituation	99
5.3.6	(Frühere) Arbeitsbedingungen	100
5.4	Gesundheitszustand	100
5.5	Vorstellungen über Pflege und Versorgung im Alter	102
6	**Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund**	**107**
6.1	Determinanten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	107
6.1.1	Versicherungsstatus	107
6.1.2	Kommunikationsprobleme	109
6.1.3	Unterschiedliches Krankheitsverständnis	110
6.1.4	Unterschiedliches Nutzungsverhalten	110
6.1.5	Migrationsspezifische Erfahrungen	111
6.2	Ressourcen der sprachlichen und kulturellen Verständigung	111
6.2.1	Muttersprachliches Personal	112
6.2.2	Sprachhilfen und Dolmetscherdienste	112
6.3	Öffentlicher Gesundheitsdienst	115
6.4	Spezialisierte Einrichtungen	116
6.5	Hilfen für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus	117

7 Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund 121

7.1 Zugangsbarrieren zur Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund 121
7.2 Präventionsprojekte in Deutschland 122
7.3 Präventionsprojekte in der Datenbank »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« 122
7.3.1 Zielgruppen und regionale Verteilung der Projekte 122
7.3.2 Ziele, Maßnahmen und Angebotsarten in den Präventionsprojekten 123
7.3.3 Projektträger, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren 124
7.3.4 Evaluation der Projekte 124
7.4 Das »MiMi-Projekt – Mit Migranten für Migranten« 125
7.5 Schlussfolgerung: Stand der Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund 126

8 Zusammenfassung und Ausblick 129

8.1 Migration und Gesundheit in Deutschland 129
8.1.1 Die Bedeutung des Themas Migration und Gesundheit 129
8.1.2 Unterschiede in Gesundheit und Gesundheitsverhalten 129
8.1.3 Menschen mit Migrationshintergrund, die spezielle Gesundheitsprobleme haben 130
8.1.4 Aspekte der Versorgung und Prävention 130
8.2 Forschungsbedarf und Perspektiven 131
8.2.1 Probleme in der Gesundheitsberichterstattung 131
8.2.2 »Healthy-migrant«-Effekt 131
8.2.3 Selektive Rückkehr 131
8.2.4 Sozioökonomischer Status vs. Migrationsstatus 132
8.2.5 Perspektiven für die Praxis 132

1 Einleitung

Deutschland ist ein Zuwanderungsland geworden – das stellte die unabhängige Kommission »Zuwanderung« (Süssmuth-Kommission) im Jahr 2001 fest [1]. Die Zuwanderung von ausländischen Staatsangehörigen setzte bereits Mitte der 1950er-Jahre mit dem ersten Anwerbeabkommen für »Gastarbeiter« aus Italien ein. Seither wanderten Männer, Frauen und Kinder aus vielen Ländern für längere Zeit oder sogar auf Dauer nach Deutschland. Im Jahr 2005 hatte fast ein Fünftel (19 %) der in Deutschland ansässigen Menschen einen Migrationshintergrund. Diese Menschen sind entweder selbst zugewandert oder sie sind Kinder bzw. Enkel von zugewanderten Personen und selbst nicht migriert [2].

Es wird angenommen, dass ein Migrationshintergrund Einfluss auf die Gesundheit der Betroffenen hat: Er kann sich einerseits auf das Risiko auswirken, zu erkranken. So sind beispielsweise Frauen mit Migrationshintergrund oft Mehrfachbelastungen (etwa durch ungünstige Arbeitsbedingungen, Anforderungen durch die Familie und Anpassung an eine fremde Kultur) ausgesetzt, die zu erhöhter gesundheitlicher Belastung führen können. Andererseits kann ein Migrationshintergrund die Chance beeinträchtigen, eine adäquate Therapie zu erhalten (etwa, wenn Probleme mit der deutschen Sprache bestehen). Menschen mit Migrationshintergrund verfügen aber auch über gesundheitliche und soziale Ressourcen, wie beispielsweise soziale Netzwerke, die sich positiv auf ihren Gesundheitszustand auswirken können [3].

Der vorliegende Bericht trägt nicht nur einer vermuteten Vulnerabilität (Anfälligkeit gegenüber Krankheiten) der Menschen mit Migrationshintergrund Rechnung. Seine Notwendigkeit begründet sich auch aus dem wachsenden Bevölkerungsanteil und der steigenden Aufenthaltsdauer dieser Zielgruppe. Menschen mit Migrationshintergrund erlangen zunehmende Bedeutung als Nutzer der Gesundheitsdienste in Deutschland – einerseits aufgrund von möglicherweise erhöhten Gesundheitsrisiken, andererseits durch den hohen Anteil von Kindern und die steigende Zahl von Personen in den höheren Altersgruppen. Der vorliegende, gesundheitsbezogene Bericht ergänzt den breiter gefassten, regelmäßig aktualisierten »Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland« [4].

Viele Menschen mit Migrationshintergrund hatten zum Zeitpunkt der Zuwanderung nur einen vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland geplant. Oft wird daraus aber eine langfristige oder dauerhafte Verlagerung des Lebensmittelpunktes nach Deutschland. Die Auswirkungen einer Migration können auch noch in den folgenden Generationen spürbar sein. Daher schließt dieser Bericht nicht nur Menschen mit eigener Migrationserfahrung ein, sondern auch ihre Kinder und Enkel, die oft gar nicht migriert sind. Dieses Verständnis der Zielgruppe birgt jedoch praktische Schwierigkeiten. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes baut auf bereits vorhandenen Datenquellen auf, die oft keine oder nur unzureichende Informationen zum Migrationshintergrund enthalten oder bestimmte Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund gar nicht einschließen. Dieses Problem und seine Auswirkungen werden in Kapitel 2 diskutiert. Dort wird auch erläutert, welche Teilgruppen von Menschen mit Migrationshintergrund in den jeweiligen Datenquellen berücksichtigt sind.

Im Mittelpunkt dieses Berichts steht die Frage, worin die besonderen Gesundheitsbelastungen der Menschen mit Migrationshintergrund bestehen und wie sie sich von denen der Mehrheitsbevölkerung ohne Migrationshintergrund unterscheiden. Wichtige Determinanten der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von Menschen mit Migrationshintergrund liegen beispielsweise in ihrer besonderen sozialen und sozialrechtlichen Lage begründet (vgl. ebenfalls Kapitel 2). Hierzu gehört auch die Stellung der Frauen mit Migrationshintergrund in der Gesellschaft und speziell in ihren Familien. Arbeits- und Lebensbedingungen in Deutschland sowie gesundheitliche Risiken im Herkunftsland spielen ebenfalls eine Rolle. Im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung lassen sich z. B. eine größere Verbreitung bestimmter Infektionskrankheiten, häufigere und längere Arbeitsunfähigkeit sowie erhöhte Unfallrisiken feststellen (Kapitel 3). Auch der Anteil regelmäßiger Raucher oder Übergewichtiger ist in bestimmen Gruppen

von Menschen mit Migrationshintergrund hoch. Besondere Belastungen im Zusammenhang mit dem Migrationsprozess oder den Motiven für die Migration können zu Bilanzierungskrisen, Anpassungsreaktionen oder posttraumatische Belastungsstörungen führen (vgl. ebenfalls Kapitel 3). Migration bedeutet jedoch auch die Chance auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage, wobei die speziellen Ressourcen zugewanderter Personen eine wichtige Rolle spielen.

Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund hat eine vergleichsweise junge Altersstruktur. Daher legt der Bericht im Kapitel 4 einen Schwerpunkt auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Andererseits bleiben ehemalige Arbeitsmigrantinnen und -migranten nach Abschluss ihres Erwerbslebens zunehmend in Deutschland – sei es, um ihrer hier ansässigen Familie näher zu sein oder um bei Bedarf die hiesige Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen zu können. Die besonderen gesundheitlichen Probleme der Gruppe älterer Menschen mit Migrationshintergrund stehen im anschließenden Kapitel 5 im Mittelpunkt.

Das Gesundheitssystem in Deutschland versucht, sich auf den gesundheitlichen Bedarf und mögliche besondere Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund einzustellen. Sprachliche und kulturelle Barrieren können die Inanspruchnahme von Angeboten der gesundheitlichen Versorgung erschweren. In Kapitel 6 werden Zugangsbarrieren in den Gesundheits- und Sozialdiensten sowie Strategien zu ihrem Abbau beschrieben. Menschen mit Migrationshintergrund haben insgesamt ein ähnliches Krankheitsspektrum wie die Mehrheitsbevölkerung, auch wenn die Krankheiten in den Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlicher Häufigkeit auftreten. Einige (meist seltene, erblich bedingte) Krankheitsbilder treten aber fast ausschließlich bei Menschen auf, die aus bestimmten Regionen stammen. Es wird diskutiert, inwieweit sich hier Ansatzpunkte für mögliche Veränderungen in der klinischen Praxis ergeben. Gleichberechtigt zur medizinischen Versorgung werden Ansätze für gezielte präventive Interventionen bei Menschen mit Migrationshintergrund beschrieben (Kapitel 7).

Der vorliegende Bericht versucht, Antworten auf zentrale Fragen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland zu geben, z. B. ob sie höheren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind als die Mehrheitsbevölkerung, ob sie an anderen Krankheiten leiden und ob sie – etwa aufgrund sprachlicher oder kultureller Barrieren – einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung haben. Der Bericht orientiert sich dabei, soweit möglich, am Bedarf und den vermuteten Bedürfnissen der Zielgruppe, jedoch müssen große Einschränkungen aufgrund der unzureichenden Datenlage gemacht werden. Um ein adäquates Bild vom Gesundheitszustand der Menschen mit Migrationshintergrund, ihrem Gesundheitsverhalten, der Verbreitung von Risikofaktoren und der Inanspruchnahme von Leistungen zeichnen zu können, wären vielfach spezifischere Daten sowie eine genauere Erhebung des Migrationsstatus nötig.

Quellenverzeichnis

1. Bundesministerium des Innern (Hrsg) (2001) Zuwanderung gestalten – Integration fördern. Bericht der unabhängigen Kommission »Zuwanderung« (Süssmuth-Kommission), 4. Juli 2001. Berlin http://www.bmi.bund.de (Stand: 21.02.2005)
2. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2007) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden
3. Razum O, Geiger I, Zeeb H et al. (2004) Gesundheitsversorgung von Migranten. Deutsches Ärzteblatt 101 (43): A2882–A2887
4. Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration (2005) Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin

2 Migration und Gesundheit in der Gesundheitsberichterstattung (GBE)

Menschen mit Migrationshintergrund sind keine einheitliche und leicht zu definierende Gruppe. Sie kommen aus verschiedenen Herkunftsländern oder sind bereits in Deutschland zur Welt gekommen, entstammen aber einer zugewanderten Familie. Diejenigen, die selbst migriert sind, hatten ganz unterschiedliche Motive für die Migration. Schließlich unterscheiden sich Menschen mit Migrationshintergrund auch noch hinsichtlich ihres Rechtsstatus und damit ihrer Repräsentanz in amtlichen und sonstigen gesundheitsbezogenen Statistiken. Um diese Vielfalt und ihre Konsequenzen für Gesundheit und Gesundheitsberichterstattung näher zu beleuchten, wird im Folgenden eine Begriffsbestimmung für »Migration« sowie »Menschen mit Migrationshintergrund« vorgenommen. Anschließend wird ein Überblick über Faktoren gegeben, welche die Gesundheit dieser Menschen beeinflussen. Hierfür werden zunächst die Formen der Zuwanderung nach Deutschland und die Bevölkerungsentwicklung der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland skizziert. Ein spezielles Augenmerk wird dann auf ihren sozioökonomischen Status gerichtet, der maßgeblich die Gesundheit beeinflusst. Bei der Beschreibung des Zusammenhanges von Migration und Gesundheit ergeben sich methodische Probleme, die die Analyse und Interpretation der vorhandenen Daten erschweren. Auch auf sie wird im Rahmen dieses Kapitels eingegangen. Das Kapitel schließt mit einer Übersicht der für diesen Bericht verwendeten Datenquellen.

2.1 »Migration« und »Menschen mit Migrationshintergrund«

2.1.1 Begriffsbestimmung

Im Migrationsbericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2005) wird folgende Definition von »Migration« vorgeschlagen:

»Von Migration spricht man, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt räumlich verlegt. Von internationaler Migration spricht man dann, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht.« [1]

Das Motiv und die Dauer dieser Verlegung sind dabei von Bedeutung – so werden Pendeln, Reisen und räumliche Bewegungen im Zusammenhang mit Freizeitbeschäftigungen (Tourismus) nicht zur Migration gerechnet [2]. Die Unabhängige Kommission »Zuwanderung« (Süssmuth-Kommission) versteht unter Zuwanderung alle Arten der Migration, auch diejenigen, die nur vorübergehenden Charakter haben, unter Einwanderung hingegen die dauerhafte Niederlassung in Deutschland [3]. Zu diesen Definitionen ist kritisch anzumerken, dass eine zunächst als Zuwanderung geplante Migration letztendlich zu einer Einwanderung werden kann. Ob dies der Fall sein wird, lässt sich bei vielen zugewanderten Personen heute noch nicht entscheiden (siehe Kapitel 5). Eine Abgrenzung zwischen Zuwanderern und Einwanderern scheint also im Rahmen dieses Berichtes wenig sinnvoll.

Im täglichen Sprachgebrauch wird häufig das Begriffspaar »Migrantinnen und Migranten« verwendet. Streng genommen sind damit aber auch nur Menschen mit eigener Migrationserfahrung gemeint. Wenn es um gesundheitliche Folgen von Migration geht, wäre die Zielgruppe dieses Berichtes damit zu eng gefasst. Heute wird empfohlen, in diese Zielgruppe nicht nur Menschen mit eigener Migrationserfahrung einzubeziehen, sondern auch Menschen, deren Eltern migriert sind, die also nicht selbst zugewandert sind [4, 5]. Auch für Kinder und sogar Enkelkinder von zugewanderten Personen kann der Migrationshintergrund noch prägend sein, z. B. wenn sie über eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit verfügen und sich so durch ihre rechtliche Situation von Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit unterscheiden. Das Statistische Bundesamt hat dem erstmals im Mikrozensus 2005 Rechnung getragen [6]. Es verwendet den Begriff »Menschen mit Migrationshintergrund« und zählt darunter »alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil« [6].

In diesem Bericht wird als Oberbegriff »Menschen mit Migrationshintergrund« verwendet, wenn diese »erweiterte« Gruppe gemeint ist. Beziehen sich Angaben ausdrücklich nur auf Menschen mit eigener Migrationserfahrung, so wird der Begriff »zugewanderte Personen« benutzt (»Zuwanderer« wird nur im Zusammenhang mit einer bestimmten Datenquelle verwendet, dem Sozio-oekonomischen Panel, s. u.). Der Begriff »Menschen mit Migrationshintergrund« hingegen bezieht Nachkommen von Migrantinnen und Migranten ohne eigene Migrationserfahrung mit ein.

2.1.2 Schwierigkeiten bei der Begriffsbestimmung

Für fundierte Aussagen zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland wäre eine eindeutige und in allen Datenquellen einheitliche Definition der Zielgruppe eigentlich unverzichtbar. Andernfalls besteht die Gefahr, dass beispielsweise Krankheits- bzw. Todesfälle nicht korrekt zugeordnet werden und/oder die Bezugsbevölkerung für die Berechnung von Erkrankungs- oder Sterberaten ungenau bestimmt wird. Daraus können erhebliche Verzerrungen der berechneten Erkrankungs- bzw. Sterberaten resultieren. Bedauerlicherweise stehen aber nur in wenigen Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung ausreichend Informationen zur Verfügung, um Menschen mit Migrationshintergrund eindeutig und einheitlich identifizieren zu können. In der amtlichen Statistik stützt sich die Definition der Zielgruppe häufig nur auf die Staatsangehörigkeit. Hierbei wird zunächst unterschieden zwischen »deutsch« und »nichtdeutsch« bzw. »ausländisch«. Teilweise wird eine weitere Untergliederung nach einzelnen Staatsangehörigkeiten oder Ländergruppen (z. B. EU-Mitgliedsstaaten) vorgenommen. Dies ist beispielsweise in der Todesursachenstatistik der Fall.

In anderen Datenquellen stehen neben (oder statt) der Nationalität Informationen wie Geburtsland, Migrationsstatus (selbst migriert oder nicht selbst migriert) oder Aufenthaltsstatus zur Verfügung. Abbildung 2.1.2.1 verdeutlicht, dass keine dieser Variablen für sich alleine genommen die Zielgruppe »Menschen mit Migrationshintergrund« eindeutig und vollständig abbilden kann. So umfasst die Gruppe der Personen, die selbst migriert sind, sowohl deutsche als auch ausländische Staatsangehörige: Einige zugewanderte Personen werden in der amtlichen Statistik nicht mehr als Ausländerinnen und Ausländer ausgewiesen, weil sie die deutsche Staatsangehörigkeit angenommen haben. Aussiedlerinnen und Aussiedler (ab 1993 Spätaussiedlerinnen und -aussiedler) sind migriert, werden in der amtlichen Statistik jedoch als Deutsche geführt. Die Gruppe der in Deutschland ansässigen Ausländerinnen und Ausländer (nach Staatsangehörigkeit) umfasst zugewanderte Personen (oft als »erste Generation« bezeichnet) sowie Teile der Folgegenerationen ihrer hier geborenen und/oder aufwachsenden Kinder und Enkel.

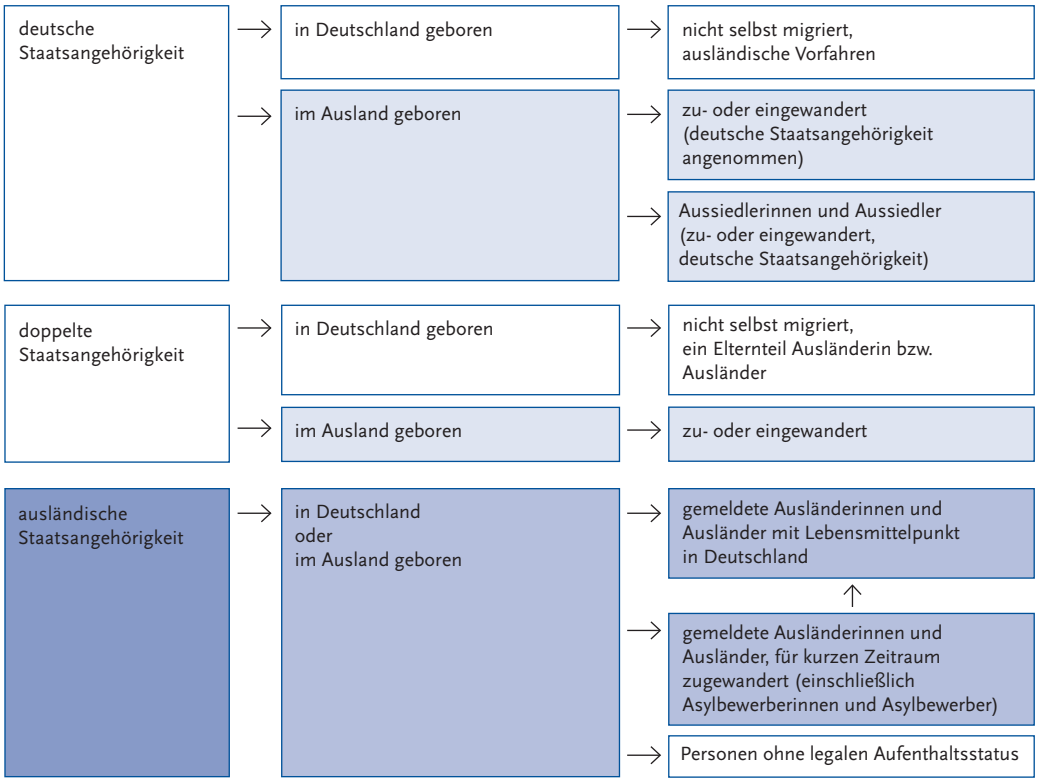
Eine Person kann nicht nur ihre Staatsangehörigkeit wechseln, auch die zu Grunde liegende Gesetzessituation ändert sich. Bis Ende 1999 waren deutsche Vorfahren ausschlaggebend für die Zuschreibung deutscher Staatsangehörigkeit, nicht der Geburtsort Deutschland. Die Änderung des Staatsangehörigkeitsrechtes im Jahr 2000 sowie die Einführung der – wenn auch zeitlich begrenzten – Möglichkeit, dass Kinder ausländischer Eltern mit der Geburt in Deutschland neben der Staatsangehörigkeit der Eltern auch die deutsche Staatsangehörigkeit erwerben, verkomplizieren die Auswertung der vorliegenden Daten weiter.

Die meisten gesundheitlichen Angaben im vorliegenden Bericht beziehen sich daher auf einzelne Teilgruppen der »Menschen mit Migrationshintergrund«. Es ist nicht möglich, eine einheitliche Definition und einen einheitlichen, sachlich korrekten Begriff für die jeweiligen Teilgruppen zu finden, da sie nicht vergleichbar sind. Notgedrungen müssen also die jeweiligen Definitionen aus den zu Grunde liegenden Datenquellen übernommen werden. Um dies zu verdeutlichen, wird jeweils auch die Terminologie der betreffenden Datenquelle benutzt. Die in diesem Bericht in den folgenden Kapiteln am häufigsten verwendeten Begriffe für bestimmte Teilgruppen von Menschen mit Migrationshintergrund sind:

- »Ausländische Staatsangehörige«, »ausländische Bevölkerung«, »Ausländerinnen und Ausländer«, »nichtdeutsche Frauen und Männer«: Personen mit ausschließlich nichtdeutscher Staatsangehörigkeit.
  Datenquelle: Amtliche Statistik

- »Menschen mit Migrationshintergrund«:
  Personen, die entweder selbst aus einem anderen Land nach Deutschland zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder deren beide Elternteile zugewandert oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sind (siehe auch Abschnitt 2.1.1).
  Datenquelle: Mikrozensus 2005
- »Kinder mit Migrationshintergrund«:
  Kinder, die entweder selbst aus einem anderen Land nach Deutschland zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder deren beide Elternteile zugewandert oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sind.
  Datenquelle: Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)
- »Zuwanderer«:
  Personen, die nicht in Deutschland geboren, aber hier gemeldet sind, unabhängig von der augenblicklichen Staatsangehörigkeit (in Sonderfällen können auch Kinder aus Zuwandererhaushalten gemeint sein, unabhängig davon, ob sie selbst migriert sind).
  Datenquelle: Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)
- »Zugewanderte Personen«:
  Ausschließlich Menschen mit eigener Migrationserfahrung.
  Datenquelle: unabhängig von bestimmter Datenquelle.

Abbildung 2.1.2.1
Personengruppen mit Migrationshintergrund, aufgegliedert nach Staatsangehörigkeit, Geburtsland und eigenem Migrations- bzw. Aufenthaltsstatus



Zuwanderer oder Einwanderer (hellblau unterlegt): nicht in Deutschland geboren (Migration im Sinne der Definition der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2005) [1].

Ausländerinnen und Ausländer (dunkelblau unterlegt): Person mit ausschließlich nichtdeutscher Staatsangehörigkeit, als »ausländische Bevölkerung« oder »Ausländer/-innen« in der amtlichen Statistik erfasst.

Insbesondere in den Kapiteln 3 und 4 wird auf die hier erläuterten Begriffe immer wieder Bezug genommen.

Selbst wenn Daten für eine klar definierte Untergruppe von Menschen mit Migrationshintergrund vorhanden sind, ist die Interpretation nicht immer einfach. So wurde beispielsweise angenommen, die Erhebung und Auswertung nach Staatsangehörigkeit erlaube es, direkt oder indirekt Aussagen zum rechtlichen Aufenthaltsstatus der betreffenden Gruppe, zur ethnischen Herkunft sowie zum gesellschaftlichen, ökonomischen und gesundheitlichen Entwicklungsstand zu machen [7]. Dies ist nicht wirklich der Fall. Innerhalb von Gruppen gleicher Staatsangehörigkeit kann bezüglich der genannten Variablen eine große Heterogenität bestehen. »Gleiche Staatsangehörigkeit« bedeutet nicht immer »gleiche Ethnie« im Sinne einer Volksgruppe mit gemeinsamer Sprache und Kultur, wie das Beispiel der Kurdinnen und Kurden mit türkischer Staatsangehörigkeit in der Türkei zeigt. Genauso wenig bedeutet sie gleiche gesundheitliche Voraussetzungen, da in vielen Herkunftsländern von zugewanderten Personen innerhalb der Bevölkerung große Unterschiede hinsichtlich gesundheitsrelevanter Faktoren und Zugang zu den Gesundheitsdiensten bestehen. Eine Betrachtung allein nach einem Kriterium wie beispielsweise Staatsangehörigkeit erlaubt daher immer nur eine erste Annäherung an den Komplex »Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund«.

2.2 Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland

2.2.1 Formen der Zuwanderung nach Deutschland

Die Gründe für eine Zuwanderung nach Deutschland haben sich während der letzten Jahrzehnte deutlich verändert. Seit Mitte der 1950er-Jahre, vor allem aber in den 1960er-Jahren kamen Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten als so genannte Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter nach Deutschland. Sie stammten vornehmlich aus Mittelmeeranrainerstaaten wie z. B. der Türkei, Italien, Spanien und Griechenland, aber auch aus Korea und den Philippinen. Später folgten ihre Ehepartnerinnen bzw. Ehepartner und Familienangehörigen nach. Insbesondere aus der ehemaligen Sowjetunion, Polen und Rumänien kamen Aussiedlerinnen und Aussiedler (darunter ab 1993 sog. Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler lt. §4 des Bundesvertriebenengesetzes) sowie ihre Ehepartner und Familienangehörigen [1]. Abhängig von der weltpolitischen Lage und dem aktuellen rechtlichen Rahmen befinden sich Asylsuchende und Flüchtlinge in unterschiedlicher Zahl in Deutschland. Die drei am stärksten vertretenen Herkunftsländer der Asylsuchenden waren im Zeitraum von Januar bis April 2007 Serbien, der Irak und die Türkei [8]. Nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion kamen jüdische Zuwanderer aus deren ehemaligen Staatsgebiet nach Deutschland (seit 1990). Als Bildungsausländerinnen und -ausländer werden ausländische Studentinnen und Studenten bezeichnet, die ausschließlich zum Studium nach Deutschland einreisen und ihre Hochschulberechtigung im Ausland erworben haben [9]. Aufgrund eines Mangels an IT-Fachkräften bestand von August 2000 bis Dezember 2004 für ausländische Fachkräfte die Möglichkeit, eine Arbeitserlaubnis (Green Card) zu bekommen, die einen befristeten Aufenthalt in Deutschland erlaubt [1]. Ausländische Saisonarbeitnehmerinnen und -arbeitnehmer und Schaustellergehilfinnen und -gehilfen können eine auf mehrere Monate begrenzte Arbeitserlaubnis beantragen [9].

Hinzu kommen als weitere Formen der Migration die EU-Binnenmigration von Bürgerinnen und Bürgern aus EU-Mitgliedsländern sowie die Rückkehr deutscher Staatsangehöriger aus dem Ausland. Außerdem hält sich eine unbekannte Zahl von Ausländerinnen und Ausländern ohne die erforderlichen Papiere oder durch Überschreitung der zugelassenen Aufenthaltsdauer unrechtmäßig in Deutschland auf. Sie sind im rechtlichen Sinne keine Migrantinnen und Migranten, werden aber häufig als sog. »irreguläre«, »illegale«, oder »illegalisierte« Migrantinnen und Migranten bezeichnet [10].

2.2.2 Bevölkerungsentwicklung

Grundlage für vergleichende Aussagen zur Gesundheit einer Bevölkerung ist deren Größe und die Veränderung über die Zeit (demografische

Entwicklung). Bei der Bestimmung der Größe der Bevölkerung mit Migrationshintergrund gelten dieselben methodischen Einschränkungen, die in Unterkapitel 2.1 beschrieben wurden.

Eine offizielle Schätzung der Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund hat das Statistische Bundesamt erstmals anhand von Ergebnissen des Mikrozensus 2005 vorgelegt [11]. Danach lebten im Jahr 2005 in Deutschland 15,3 Mio. Personen mit Migrationshintergrund – fast jeder fünfte Einwohner Deutschlands. Die quantitativ bedeutsamste Gruppe sind Ausländerinnen und Ausländer. Für die Menschen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit, die sich nicht nur vorübergehend in Deutschland aufhalten, gibt das Ausländerzentralregister (AZR) jährlich Bestandsstatistiken heraus. Größe und Struktur der ausländischen Bevölkerung sind daraus erkennbar. Aus diesen Statistiken geht hervor, dass sich die ausländische Bevölkerung Deutschlands in den letzten 40 Jahren mehr als verdreifacht hat. Die Zahl der Ausländerinnen und Ausländer betrug im Jahr 2005 7,3 Mio. Personen, entsprechend 8,9 % der Bevölkerung. Während die ausländische Bevölkerung noch in den 1980er-Jahren mit jährlichen Wachstumsraten von teilweise über 5 % zunahm, stagniert ihre Größe seit Ende der 1990er-Jahre [9] (vgl. Tabelle 2.2.2.1).

Tabelle 2.2.2.1
Entwicklung der ausländischen Bevölkerung in Deutschland, 1980 bis 2005
Daten: Statistisches Bundesamt [12], eigene Berechnung

Jahr	in 1.000	Anteil an der Gesamtbev.	Veränderungen gegenüber dem Vorjahr
1980	4.566,2	7,4 %	7,4 %
1985	4.481,6	7,3 %	1,7 %
1990	5.582,4	7,0 %	11,5 %
1995	7.342,8	9,0 %	3,2 %
1996	7.491,7	9,1 %	2,0 %
1997	7.419,0	9,0 %	-1,0 %
1998	7.308,5	8,9 %	-1,5 %
1999	7.336,1	8,9 %	0,4 %
2000	7.267,6	8,8 %	-0,9 %
2001	7.318,3	8,9 %	0,7 %
2002	7.348,0	8,9 %	0,4 %
2003	7.341,8	8,9 %	-0,1 %
2004	7.290,0	8,8 %	-0,7 %
2005	7.316,8	8,9 %	0,4 %

Insgesamt sind von 1960 bis 2005 28,5 Mio. ausländische Staatsangehörige nach Deutschland zugezogen und 21,4 Mio. fortgezogen. Für die Zunahme der Bevölkerung mit ausländischer Staatsangehörigkeit ist vor allem der Saldo aus Zuzügen und Fortzügen (Netto-Zuwanderung) relevant. Er betrug in diesem Zeitraum dementsprechend plus 7,1 Mio. Personen.

In der zurückliegenden Dekade lag die durchschnittliche Netto-Zuwanderung bei etwa 200.000 Ausländerinnen und Ausländern pro Jahr. Die jährlichen Wanderungsbewegungen waren in den letzten Jahrzehnten aber starken Schwankungen unterworfen [1, 9]. Sie spiegelten einerseits konjunkturelle Entwicklungen und die damit verbundene zeitweise oder dauerhafte Rückwanderung von ausländischen Staatsangehörigen wider. Andererseits hatten aber auch einmalige Ereignisse wie die Krisen in Bosnien oder dem Kosovo Einfluss auf die jährliche Zahl der Zuzüge. Umgekehrt wirkte sich die Rückführung der Bosnien-Flüchtlinge auf die Zahl der Fortzüge aus.

Die Bilanzierung der Zu- und Fortzüge verdeutlicht auch, dass die ausländische Bevölkerung in Deutschland keineswegs statisch ist. So änderte sich die Gesamtzahl der türkischen Staatsangehörigen in Deutschland zwischen 2001 und 2006 im Mittel nur um ca. 9.500 Personen pro Jahr (bei einer Gesamtzahl von rund 1,8 Mio.). Dahinter verbergen sich aber ein Zuzug von durchschnittlich 45.320 Personen und ein Fortzug von durchschnittlich 35.850 Personen pro Jahr ([13], eigene Berechungen).

Die ausländischen Staatsangehörigkeitsgruppen, die in Deutschland zahlenmäßig am stärksten vertreten sind, weist Tabelle 2.2.2.2 aus. Die rund 1,8 Mio. Türkinnen und Türken stellen die größte Gruppe – mehr als ein Viertel der ausländischen Bevölkerung. An zweiter Stelle stehen Ausländerinnen und Ausländer mit italienischer Staatsangehörigkeit (541.000 Personen). Neben Staatsangehörigen aus weiteren klassischen Anwerbeländern (Griechenland, Spanien, Portugal, die Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien) sind auch aus Polen, der Russischen Föderation und der Ukraine zugewanderte Personen zu zahlenmäßig bedeutenden Gruppen von Ausländerinnen und Ausländern in Deutschland geworden. Insgesamt kommen fast 80 % der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland aus anderen

Tabelle 2.2.2.2
Die ausländische Bevölkerung in Deutschland nach Staatsangehörigkeit, 31.12.2005
Daten: Statistisches Bundesamt [12], eigene Berechnung

Staatsangehörigkeit	in 1.000	Anteil an der ausländischen Bevölkerung
Türkei	1.764,0	26,1%
Italien	540,8	8,0%
Polen	326,6	4,8%
Griechenland	309,8	4,6%
Serbien und Montenegro/ BR Jugoslawien [1]	493,9	7,3%
Kroatien [1]	228,9	3,4%
Russische Föderation	185,9	2,8%
Österreich	174,8	2,6%
Bosnien-Herzegowina [1]	156,9	2,3%
Ukraine	130,7	1,9%
Niederlande	118,6	1,8%
Portugal	115,6	1,7%
Spanien	107,8	1,6%
Frankreich	102,2	1,5%
Vereinigte Staaten	97,9	1,4%
Mazedonien [1]	62,1	0,9%
Slowenien [1]	21,2	0,3%
Europa	5.375,2	79,6%
darunter: EU-Staaten	2.144,6	31,7%
Asien	826,4	12,2%
Afrika	274,9	4,1%
Amerika	208,2	3,1%
Australien und Ozeanien	10,2	0,2%
gesamt [2]	**6.755,8**	**100,0%**

1 Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens
2 In der Gesamtzahl sind auch Personen ungeklärter Staatsangehörigkeit, Staatenlose und Sonstige enthalten.

europäischen Staaten, davon 32% aus anderen EU-Staaten. Nur 16% stammen aus Asien oder Afrika.

Bei der Bevölkerungsentwicklung ergibt sich ein anderes Bild als beim Bevölkerungsbestand. Der Anteil türkischer Staatsangehöriger an den Wanderungsgewinnen von Ausländerinnen und Ausländern nahm in den letzten Jahren ab. Demgegenüber stieg der Anteil polnischer Staatsangehöriger von 4% auf über 20% des Wanderungsgewinns. Auch Staatsangehörige aus der Russischen Föderation spielen heute eine zahlenmäßig deutlich größere Rolle als in den 1990er-Jahren. Staatsangehörige aus nichteuropäischen Staaten waren bisher bei der Zuwanderung nach Deutschland zahlenmäßig eher gering vertreten. Ihr Anteil an der ausländischen Bevölkerung liegt unter 20% (siehe auch [14]). In den letzten Jahren hat diese Gruppe für die Zuwanderung nach Deutschland jedoch deutlich an Gewicht gewonnen. In den 1990er-Jahren lag ihr Anteil am Wanderungsgewinn bei 33%. In den Jahren 2001 und 2002 hatte dagegen mehr als jede zweite, nach Deutschland zugewanderte Person die Staatsangehörigkeit eines außereuropäischen Staates.

Deutlich verringert hat sich der Zuzug von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern. Von 1990 bis 2005 kamen insgesamt 2,48 Mio. (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler nach Deutschland. Die jährlichen Zuzüge schwankten jedoch stark. Im Jahr 1990 erreichte der Zuzug mit 397.073 Aussiedlerinnen und Aussiedlern seinen Höhepunkt und ging seitdem kontinuierlich zurück [15], bis auf 35.522 Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler im Jahr 2005 und hat sich im Jahr 2006 weiter auf 7.747 Personen verringert. In den ersten zehn Monaten des Jahres 2007 zogen gut 17% weniger Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern als im selben Vorjahreszeitraum nach Deutschland [16]. Zu dieser Entwicklung hat einerseits das allmählich abnehmende Potenzial von Personen beigetragen, die die Kriterien der deutschen Volkszugehörigkeit erfüllen. Zum anderen hat die Einführung von Sprachtests vor der Ausreise zum Rückgang dieser Form des Zuzugs beigetragen.

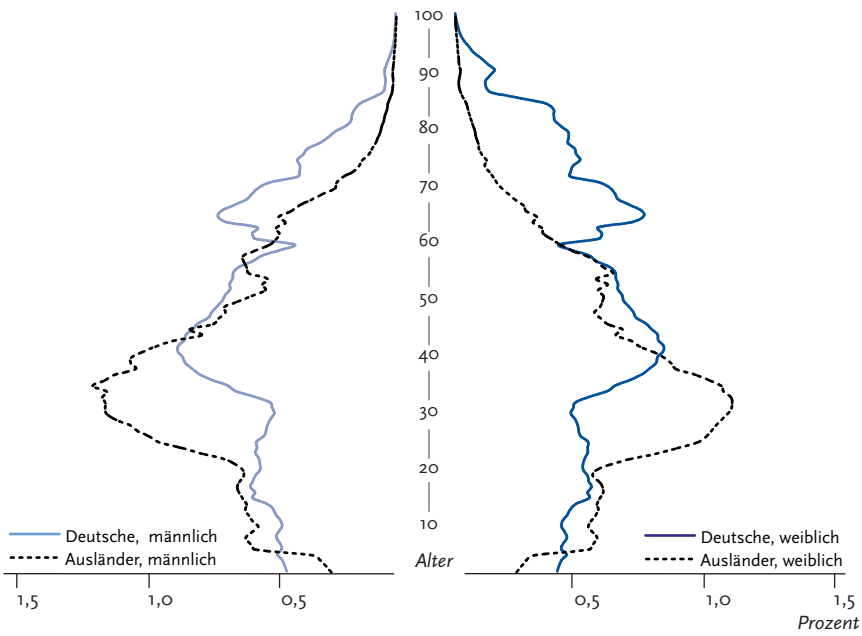
Die Größe der ausländischen Bevölkerung ist nicht nur von Wanderungen abhängig, sondern auch von Geburten und Sterbefällen. Im Jahr 2006 entfielen 120.669 der 672.724 Lebendgeburten in Deutschland auf ausländische Mütter (17,9%) [17]. Unbekannt ist die Zahl der Geburten von Frauen mit Migrationshintergrund, die die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. Im Jahr 2005 gab es bei der ausländischen Bevölkerung einen Geburtenüberschuss von 13.534 Personen – dies steht in einem Kontrast zu dem Geburtendefizit der deutschen Bevölkerung von 157.966 Personen [18] (eigene Berechnungen). Zu den Geburten, die auf die Größe der ausländischen Bevölkerung Einfluss nehmen, zählen jedoch nicht alle Geburten

von Müttern mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Zur Größe der ausländischen Bevölkerung tragen vielmehr nur jene Lebendgeborenen bei, die selbst keine deutsche Staatsangehörigkeit haben. Mit der Veränderung des Staatsangehörigkeitsrechts trifft dies nur noch auf einen Teil der Lebendgeborenen ausländischer Mütter zu. Auch bei der Mortalität (Sterblichkeit) ist die genaue Größe für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund nicht bekannt. Im Jahre 2005 entfielen nur 16.727 von insgesamt 830.227 Sterbefällen in Deutschland auf die ausländische Bevölkerung (2,0 %) [18] (eigene Berechnungen). Dieser geringe Anteil erklärt sich nur zum Teil aus dem heute noch geringen Anteil älterer Menschen in der Altersstruktur der ausländischen Bevölkerung. Details finden sich in Kapitel 3.1.

2.2.3 Aufenthaltsdauer

Die ab Mitte der 1950er-Jahre betriebene Anwerbung von Arbeitskräften aus Südeuropa für den deutschen Arbeitsmarkt orientierte sich am Rotationsprinzip (Rückkehr nach zwei bis drei Jahren), um deren dauerhaften Aufenthalt zu vermeiden. Viele der heute in Deutschland lebenden ehemals sog. »Gastarbeiter« und deren Familien kamen zunächst mit einer kurz- oder mittelfristigen Aufenthaltsperspektive nach Deutschland und hielten an dieser auch längere Zeit fest (»Rückkehrillusion«). Doch im Laufe der letzten Jahrzehnte erwies sich ihr Aufenthalt in Deutschland zunehmend als langfristig. Statistisch tragfähige Aussagen über die Aufenthaltsdauer lassen sich wiederum nur nach Staatsangehörigkeit treffen. Ende 2005 waren über 62 % der hier lebenden Ausländerinnen und Ausländer bereits seit mindestens 10 Jahren in Deutschland, darunter 34 % länger als 20 Jahre und 21 % länger als 30 Jahre ([12], eigene Berechnung). Ihre durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag bei 16,8 Jahren; darin sind auch die in Deutschland geborenen Kinder und Jugendlichen mit ausländischer Staatsangehörigkeit enthalten.

Abbildung 2.2.4.1
Altersstruktur der ausländischen und deutschen Bevölkerung, 31.12.2003
Daten: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnung



2.2.4 Alters- und Geschlechtsstruktur

Bevölkerungen mit Migrationshintergrund haben fast immer eine andere Alters- und Geschlechtsstruktur als die Bevölkerung der Herkunfts- und Zielländer der Zuwanderung. In der ersten Phase der Arbeitsmigration nach Deutschland wurden überwiegend Männer im Alter von 20 bis 30 Jahren angeworben [19]. Mit dem Anwerbestopp 1973 und der Verstärkung des Familiennachzuges in den folgenden Jahren kamen zunehmend mehr Frauen, Kinder und teilweise auch ältere Familienangehörige nach Deutschland. Die Alters- und Geschlechtsstruktur der ausländischen Bevölkerung weicht aber bis heute noch stark von jener der deutschen Bevölkerung ab. Abbildung 2.2.4.1 zeigt die Altersstruktur der ausländischen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung. In diesen »Bevölkerungspyramiden« sind die jeweiligen Anteile abgetragen, welche Personen eines bestimmten Alters an der Gesamtbevölkerung einnehmen, nicht die absolute Zahl der Personen. Vor allem Kinder und Jugendliche, aber auch die Altersgruppe 20 bis 49 Jahre sind in der ausländischen Bevölkerung anteilsmäßig stärker vertreten als in der deutschen Bevölkerung. Aus den Unterschieden der Altersstruktur ergibt sich ein sehr differenziertes Bild des Anteils von Ausländerinnen und Ausländern in den verschiedenen Altersgruppen. Während der Ausländerinnen- und Ausländeranteil insgesamt für 2003 mit 8,9 % angegeben wurde, lag er in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen bei 17,6 %, bei Kindern und Jugendlichen über 10 %. Deutlich geringer ist der Anteil von Ausländerinnen und Ausländern bei Älteren. Diese Situation wird sich in den kommenden Jahrzehnten voraussichtlich verändern, wenn die heute 40- bis 60-jährigen Ausländerinnen und Ausländer das Rentenalter erreichen und in Deutschland bleiben (siehe Kapitel 5).

2.3 Zusammenhänge zwischen Migration, sozialer Lage und Gesundheit

Migration ist ein Lebensereignis, das die individuelle Biografie und die Familienentwicklung über mehrere Generationen prägt. Migration beinhaltet Chancen und Risiken, nicht nur in sozialer und ökonomischer, sondern auch in gesundheitlicher Hinsicht. Dazu tragen bereits die Lebensbedingungen im Herkunftsland einschließlich des dort herrschenden Risikos von Infektionskrankheiten bei, der genetische sowie der kulturelle und sprachliche Hintergrund der zugewanderten Menschen und ihrer Familien. Sodann können migrationsbedingte psychosoziale Belastungen wie z. B. Familientrennung, unklare rechtliche Rahmenbedingungen sowie nicht selten auch Verfolgung und Folter zu gesundheitlichen Belastungen führen [20, 21]. Die soziale Lebenslage eines großen Teils der Menschen mit Migrationshintergrund ist im Zielland der Migration durch zahlreiche Nachteile gekennzeichnet.

Menschen mit Migrationshintergrund sind zum einen den gleichen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt wie Deutsche mit vergleichbarem Sozialstatus. Männer und Frauen, die über ein niedriges Einkommen oder über einen geringen Bildungsstand bzw. beruflichen Status verfügen, weisen eine erhöhte Erkrankungshäufigkeit (Morbidität) und Sterblichkeit (Mortalität; durchschnittliche Anzahl der Todesfälle pro 1.000 Personen pro Jahr) auf [22]. Dies wird auf Risikofaktoren wie z. B. Schichtarbeit, Arbeitslosigkeit und eine hohe Raucherquote zurückgeführt. Die soziale Lage ist also von großer Bedeutung für die Gesundheit. Aus diesem Grund wird in den folgenden Abschnitten die soziale Lage von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland anhand der Indikatoren Bildung und Ausbildung, Erwerbsbeteiligung und Arbeitslosigkeit, Bezug von Sozialhilfeleistungen, Wohnsituation sowie wirtschaftlicher Situation beschrieben. Eine ausführlichere Darstellung findet sich in Kapitel IX des 2. Armuts- und Reichtumsberichtes der Bundesregierung, 2005. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, dass für Menschen mit Migrationshintergrund der Zugang zur Gesundheitsversorgung erschwert ist, aufgrund von Sprachbarrieren, Informationslücken und kulturellen Unterschieden im Gesundheits- und Krankheitsverständnis. Schließlich sind sie, insbesondere, wenn sie sich in Aussehen und Sprache von der Mehrheitsbevölkerung unterscheiden, nicht selten einer Benachteiligung, verstecktem oder sogar offenem Rassismus ausgesetzt. Gesundheitlich kann dies direkte (durch Gewalt) oder indirekte (durch psychische Belastung) negative Auswirkungen haben [20]. Diesem Thema widmet sich der letzte Abschnitt des Kapitels 2.3.

2.3.1 Bildung und Ausbildung

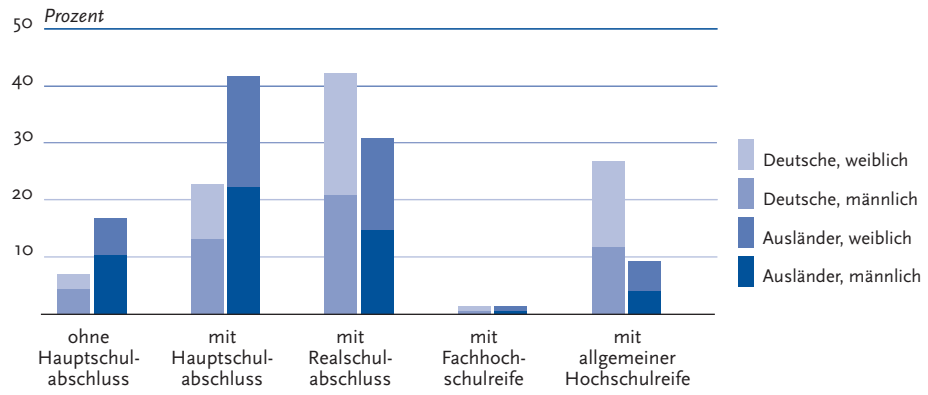
Schulbildung

An deutschen Schulen hatten im Schuljahr 2006/2007 9,6 % aller Schülerinnen und Schüler eine ausländische Staatsangehörigkeit [23]. Der Anteil der 15-jährigen Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund, d. h. mit mindestens einem Elternteil, der im Ausland geboren ist, betrug laut PISA-Studie 2000 im alten Bundesgebiet sogar 26,6 %. Ausländische Jugendliche weisen im Durchschnitt eine deutlich schlechtere Schulbildung auf als deutsche und haben somit schlechtere Teilhabe- und Verwirklichungschancen [24]. Selbst bei gleichen Leistungen ist das Schulsystem für sie weniger durchlässig als für Schülerinnen und Schüler ohne Migrationshintergrund. Laut Statistischem Bundesamt besuchten im Schuljahr 2006/2007 rund 27,7 % aller deutschen Schülerinnen und Schüler ein Gymnasium, wohingegen lediglich 11,7 % der Schülerinnen und Schüler mit ausländischer Staatsangehörigkeit in dieser Schulart vertreten waren. Gegenüber den Vorjahren hat der Anteil der ausländischen Staatsangehörigen in Gymnasien und Realschulen leicht zugenommen (1992: 10,0 % bzw. 8,9 %; 2006: 11,7 % bzw. 11,2 %). Allerdings hat sich ebenfalls der Anteil der ausländischen Schülerinnen und Schüler in den Sonderschulen erhöht [23]. Abbildung 2.3.1.1 zeigt die Verteilung deutscher und ausländischer Schulabsolventen/Abgänger (männlich und weiblich) im Jahr 2006 nach Abschlussart.

Auffallend ist ein deutlicher Schwerpunkt der Hauptschulabschlüsse bzw. Schulabgänge ohne Hauptschulabschluss (zusammen 58,4 %) bei den ausländischen Jugendlichen. Im Vergleich dazu machen diese Abschlussarten bei den deutschen Schülern zusammen lediglich 29,7 % aus. Realschulabschlüsse sind mit 30,8 % bei den ausländischen Staatsangehörigen seltener als bei den Deutschen (42,1 %). Noch deutlicher wird die niedrigere Schulbildung der ausländischen Jugendlichen bei der Erlangung der allgemeinen Hochschulreife (Deutsche 26,7 %; ausländische Staatsangehörige 9,3 %). Nur geringe Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Staatsangehörigen bestehen dagegen im Anteil von Mädchen und Frauen an den jeweiligen Abschlussarten.

Die Bildungsunterschiede abhängig von der Herkunft werden bereits beim Übergang von der Grundschule in den Sekundarbereich I deutlich. Wie der Bildungsbericht 2006 auf Basis der PISA-Daten zeigt, wechselt unter Kindern mit mindestens einem im Ausland geborenen Elternteil ein höherer Anteil von der Grundschule in die Hauptschule als bei Kindern mit zwei in Deutschland geborenen Elternteilen, wobei die Übergangsentscheidung später auch seltener korrigiert wird. Grundschulkinder mit Migrationshintergrund haben darüber hinaus ein bis zu vierfach höheres Risiko eine Klasse wiederholen zu müssen und weisen auch unter anderem dadurch häufiger Verzögerungen in ihrer Schullaufbahn auf [25].

Abbildung 2.3.1.1
Deutsche und ausländische Absolventinnen und Absolventen/Abgängerinnen und Abgänger 2006 nach Geschlecht und Abschlussarten
Daten: Statistisches Bundesamt [23]



Hochschulbildung
Ausländische Schülerinnen und Schüler, die in Deutschland zur Schule gehen, erwerben vergleichsweise seltener als Deutsche die allgemeine Hochschulreife. Daher ist diese Gruppe, die als »Bildungsinländer« bezeichnet wird, unter den Studierenden an deutschen Hochschulen deutlich unterrepräsentiert [24]. Ein Vergleich der SOEP-Daten von 1996 und 2003 lässt allerdings eine Verbesserung des allgemeinen Bildungsstandes für die meisten ausländischen Gruppen vermuten. Dazu gehören eine starke Zunahme der türkischen Frauen mit Abitur und akademischem Abschluss sowie ein hoher Anteil von Akademikerinnen unter den Zuwanderern aus der EU und den (Spät-)Aussiedlerinnen (fast doppelt so hoch wie der unter deutschen Frauen).

Durch die »Vorselektion« im Sekundarbereich ist der Anteil Studienberechtigter, die auf eine Hochschule wechseln, bei den Personen mit Migrationshintergrund höher als bei den Personen ohne Migrationshintergrund (75 % vs. 70 %). Dies wird auf einen ausgeprägten »Wille[n] zum Bildungsaufstieg« zurückgeführt: »Wer es so weit geschafft hat, will dann auch studieren« [25].

Berufliche Bildung
Im Bereich der beruflichen Ausbildungen ist der Anteil der ausländischen Auszubildenden in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken. Im Jahr 1995 betrug er 9,7 %, 2002 hingegen nur noch 6,5 % und im Jahr 2004 5,6 % aller Auszubildenden in Westdeutschland [25]. Bei der Ausbildungsquote (Anteil der Auszubildenden an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe) unter den ausländischen Jugendlichen sind Vergleiche über die Zeit nur eingeschränkt möglich, da seit 2002 eine andere Berechnungsweise zu Grunde liegt, die zu niedrigeren Quoten führt. Dennoch ist von einem Rückgang seit Mitte der 1990er-Jahre auszugehen (44,0 % im Jahr 1994, 27,1 % im Jahr 2003). Die Ausbildungsquote unter deutschen Jugendlichen ist im vergleichbaren Zeitraum deutlich schwächer gesunken (69,7 % im Jahr 1994, 63,5 % im Jahr 2002) [24]. Allerdings ist der Anteil der Frauen unter den ausländischen Auszubildenden in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen (44,5 % im Jahr 2003) und übertrifft mittlerweile sogar die entsprechende Quote unter Deutschen (40,4 % Frauen) im Jahr 2003 [26].

Deutsche Sprachkenntnisse
Im Rahmen des SOEP wurde 1996 und 2004 die Selbsteinschätzung der deutschen Sprachkenntnisse in Wort und Schrift abgefragt, dabei zeigte sich in der Gruppe der türkischen Zuwanderer das deutlich niedrigste Niveau. Im Jahr 2004 gaben 54 % der türkischen Befragten an, gute deutsche Sprachkenntnisse zu haben; lediglich 43 % berichteten gute schriftliche Kenntnisse. Die Gruppe der Zuwanderer aus dem ehemaligen Jugoslawien schätzte ihre Deutschkenntnisse etwas besser ein (Sprache: 67 %, Schrift: 50 %). Gute Sprachkenntnisse wurden am häufigsten von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern angegeben (Sprache: 80 %, Schrift: 69 %). Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zeigte sich im Vergleich der SOEP-Daten von 1996 und 2004 eine Verbesserung der Sprach- und Schreibkenntnisse bei allen untersuchten Gruppen, außer bei den Zuwanderern aus der Türkei (SOEP 1996 und 2004 in [27]). Alle Analysen beziehen sich auf die alten Bundesländer, da die große Mehrheit der Zuwanderer dort lebt.

2.3.2 Erwerbsbeteiligung und Arbeitslosigkeit

Erwerbsbeteiligung
Entsprechend der Zunahme der ausländischen Bevölkerung im alten Bundesgebiet stieg auch die Zahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten ausländischen Staatsangehörigen bis 1993 auf 2,17 Mio. Beschäftigte an. In den darauf folgenden Jahren sank diese Zahl parallel zur allgemeinen Arbeitsmarktentwicklung auf 1,87 Mio. (Juni 2003) [24]. Die Erwerbsquote (Anteil der Erwerbspersonen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe) der ausländischen Bevölkerung lag im Mai 2004 mit 51,9 % leicht über jener der Deutschen (49,0 %) [28]. Die Erwerbsquote ausländischer Männer liegt im Jahre 2004 mit 61,7 % deutlich über der Erwerbsquote deutscher Männer (55,3 %). Demgegenüber ist sie für ausländische Frauen mit 41,3 % etwas niedriger als die Erwerbsquote für deutsche Frauen (43,0 %) [28]. Bei genauerer Betrachtung fällt jedoch auf, dass die Erwerbsquote der deutschen Staatsangehörigen bis zum Alter von 60 Jahren höher und erst anschließend niedriger als jene der Erwerbstätigen mit ausländischer Staatsangehörigkeit ist [28]. Ein

anderes Bild als bei der Erwerbsquote bietet sich bei der Beschäftigungsquote. Sie weist den Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten an der Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren aus. Im September 2006 lag die Beschäftigungsquote der ausländischen Staatsangehörigen mit 31,4 % um ca. 20 Prozentpunkte niedriger als die der Deutschen [29].

Im Mikrozensus 2005, in dem eine Aufgliederung nach Migrationshintergrund erfolgt, stellen sich die Werte für die Erwerbsquote etwas anders dar als in der Aufgliederung nach Staatsangehörigkeit weiter oben. Laut Mikrozensus 2005 beteiligen sich nur 39,6 % aller Menschen mit Migrationshintergrund am Erwerbsleben, während es bei den Personen ohne Migrationshintergrund 45,5 % sind. Die Erwerbsquote der Männer mit Migrationshintergrund liegt mit 45,3 % unter der Quote der Männer ohne Migrationshintergrund (51,1 %). Auch bei Frauen unterscheidet sich die Quote von der Auswertung nach Staatsangehörigkeit. Sie liegt bei 33,8 % für Frauen mit und bei 40,1 % für Frauen ohne Migrationshintergrund [6].

Beschäftigungsstruktur

Der Anteil der ausländischen Staatsangehörigen ist 2004 vor allem in den Fertigungsberufen wie z. B. in Bau- und Baunebenberufen (12,7 % aller Erwerbstätigen in dieser Berufsgruppe) und in Bergbau/Mineralgewinnung (12,5 % aller hier Beschäftigten) besonders hoch. Demgegenüber sind ausländische Staatsangehörige in technischen Berufen bzw. in der Land-, Tier- und Forstwirtschaft mit nur 4,7 % bzw. 4,2 % am geringsten vertreten. Im Bereich der Dienstleistungsberufe sind 7,1 % der Beschäftigten ausländische Staatsangehörige, wobei sie verstärkt in Berufsgruppen mit relativ geringer Qualifikation eingesetzt werden. Ausländische Beschäftigte erreichen Anteile von über 23,6 % in den Reinigungs- und Entsorgungsberufen und über 22,9 % in den Hotel- und Gaststättenberufen [28] (eigene Berechnungen). In Studien zeigten sich erhebliche gesundheitliche Unterschiede in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit [22]. Personen mit einem niedrigen beruflichen Status waren beispielsweise öfter erkrankt und schätzten ihre Gesundheit auch subjektiv schlechter ein. Außerdem weicht ihr Krankheitsspektrum von dem hoch Qualifizierter ab. Die für ausländische Beschäftigte ungünstigere Beschäftigungsstruktur könnte ihren Gesundheitszustand beeinträchtigen.

Arbeitslosigkeit

Dass Arbeitslosigkeit einen negativen Einfluss auf die Gesundheit hat, ist vielfach belegt. Sowohl bei der Selbsteinschätzung der Gesundheit als auch beim Risiko für verschiedene Erkrankungen und im Gesundheitsverhalten unterscheiden sich Arbeitslose und Personen, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen [30, 31].

Entsprechend der allgemeinen Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt sank von 1998 bis 2002 die Zahl der ausländischen Arbeitslosen von 534.000 auf 505.000. Sie erreichte allerdings 2004 einen erneuten Höchststand von 550.000 Personen. Im Jahr 2004 war die Arbeitslosenquote der ausländischen Bevölkerung mit 20,4 % nach wie vor etwa doppelt so hoch wie die allgemeine Arbeitslosenquote von 11,7 % [24]. Allerdings liegt der Anteil der Langzeitarbeitslosen (Personen, die seit mehr als einem Jahr arbeitslos sind) bei den ausländischen Staatsangehörigen (33,4 %) niedriger als der Anteil der Langzeitarbeitslosen an allen Arbeitslosen (36,4 %; September 2003). Laut dem 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung könnte dies darauf deuten, dass ausländische Staatsangehörige zwar häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen sind als die Bevölkerung insgesamt, aber zwischenzeitlich auch immer wieder Arbeit finden. Gründe für diese Situation sieht der Bericht in einer überdurchschnittlichen Instabilität der Arbeitsverhältnisse von ausländischen Staatsangehörigen sowie einer größeren Flexibilität ausländischer Erwerbstätiger, welche wiederum dazu führt, dass sie schneller wieder Arbeit aufnehmen als Deutsche. Als primäre Ursachen für höhere Arbeitslosenquoten der ausländischen Staatsangehörigen werden vor allem Defizite im Bereich der deutschen Sprachkenntnisse und in der schulischen bzw. beruflichen Qualifikation gesehen [24].

2.3.3 Bezug von Sozialhilfeleistungen

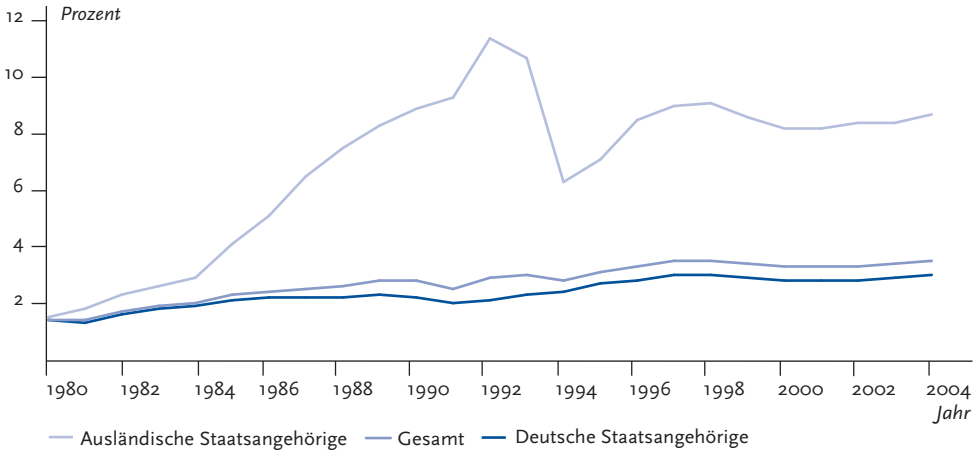
Von 1980 bis 1992 stieg der Anteil der ausländischen Empfängerinnen und Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von

Einrichtungen (d. h. ohne stationär untergebrachte pflegebedürftige Menschen in Alters-, Pflege- oder Behindertenheimen, Asylbewerberinnen und -bewerber und Personen in Übergangswohnheimen) deutlich von 1,5 % auf 11,4 %. Die entsprechende Sozialhilfequote (Anteil der Sozialhilfeempfängerinnen und Sozialhilfeempfänger) unter der deutschen Bevölkerung stieg von 1,4 % lediglich auf 2,1 %. Durch die Einführung des Asylbewerberleistungsgesetzes am 1. November 1993 sank die Zahl der ausländischen Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger und pendelte sich in den letzten Jahren mit leichten Schwankungen auf das Niveau von 8,7 % (2004) ein (vergleiche Abbildung 2.3.3.1). Laut Daten der Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes bezogen im Jahr 2004 635.021 ausländische Staatsangehörige laufende Hilfe zum Lebensunterhalt (außerhalb von Einrichtungen). Der Anteil ausländischer Staatsangehöriger unter den Sozialhilfeempfängerinnen und -empfängern blieb mit gut einem Fünftel in den letzten Jahren nahezu konstant [28, 32].

Im Jahr 2004 lagen sowohl bei den deutschen als auch bei den ausländischen Staatsangehörigen die Sozialhilfequoten der Frauen über jenen der Männer (ausländischen Frauen: 9,6 %; ausländische Männer: 7,9 %). Ausländische Kinder und Jugendliche wiesen mit 16,1 % eine mehr als doppelt so hohe Sozialhilfequote auf wie deutsche (6,7 %). Ebenso groß ist der Unterschied in der Gruppe der älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger. Unter ausländischen Staatsangehörigen im Alter ab 65 Jahren betrug die Sozialhilfequote im Jahr 2004 4,8 %, wohingegen die vergleichbare deutsche Altersgruppe eine Quote von lediglich 0,4 % aufwies [28]. Gründe für die vergleichsweise hohen Sozialhilfequoten älterer ausländischer Staatsangehöriger könnten in deren niedrigen Rentenansprüchen liegen, die meist migrationsbedingt durch kürzere Erwerbszeiten sowie niedrigere Einkommen entstanden sind [24].

Im Jahr 2005 wurde eine grundlegende strukturelle Änderung bei der Sozialhilfe vollzogen. Erwerbsfähige Sozialhilfeempfänger erhalten seit diesem Zeitpunkt Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach Sozialgesetzbuch (SGB) II. »Sozialhilfe« in der bisherigen Form gibt es seither in Deutschland nicht mehr. Die Zahlen der Sozialhilfestatistik ab 2005 sind daher mit den Daten bis 2004 nicht ohne Weiteres zu vergleichen.

Abbildung 2.3.3.1
Sozialhilfequoten von deutschen und ausländischen Staatsangehörigen im Vergleich 1980 bis 2004 (außerhalb von Einrichtungen)*
Datenbasis: Statistisches Bundesamt [28], [32]



* 1. November 1993: Einführung des Asylbewerberleistungsgesetztes

2.3.4 Wohnsituation

Die Unterschiede zwischen Menschen mit Migrationshintergrund gegenüber Deutschen in Bezug auf die Wohnsituation haben sich zwar in den letzten Jahren verringert, sind allerdings nach wie vor klar erkennbar. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes [33] verfügen deutsche Haushalte durchschnittlich über eine Wohnfläche von 88,2 m² und ausländische Haushalte lediglich über 71,8 m². Noch deutlicher wird der Wohnflächenunterschied, wenn man die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen berücksichtigt. Dann ergibt sich im Bundesdurchschnitt eine Wohnfläche pro Person von 40,4 m² bei den Deutschen im Gegensatz zu 25,0 m² bei den ausländischen Staatsangehörigen [33]. Die Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) von 2004 ergaben die in Tabelle 2.3.4.1 dargestellten, hiervon leicht abweichenden Durchschnittswerte. Zuwanderer aus der Türkei wiesen die größte Personenanzahl pro Haushalt auf und die kleinste zur Verfügung stehende Wohnfläche pro Person. Sie ist mit 24,0 m² nur halb so groß wie die im SOEP ermittelte Durchschnittswohnfläche pro Person in deutschen Haushalten [27].

Die Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes von 2001 [33] ergab zudem, dass ausländische Staatsangehörige durchschnittlich einen etwas höheren Mietpreis bezahlen als Deutsche (11,51 DM pro m² gegenüber 10,69 DM pro m²). Der Grund dafür liegt laut Bericht vor allem in den höheren Quadratmeterpreisen, die in der Regel für kleine Wohnungen verlangt werden und sich somit im Preis für die durchschnittlich geringere Wohnfläche der ausländischen Bevölkerung widerspiegeln. Die so genannte »Mietbelastungsquote«, d. h. der Anteil des zur Verfügung stehenden Einkommens, der für »Wohnen« ausgegeben wird, betrug für ausländische Staatsangehörige 25,4 %, dagegen für Deutsche nur 23,1 %. Die Sonderauswertung zeigte auch, dass ausländische Staatsangehörige im Durchschnitt kürzere Zeiträume in einer Wohnung leben als Deutsche, seltener Wohneigentum besitzen (1998 lebten 42,0 % der Deutschen, aber nur 12,2 % der ausländischen Staatsangehörigen in Wohnungen bzw. Häusern, die ihnen selbst gehörten) und häufiger in Mehrfamilienhäusern wohnen (80,4 % der ausländischen Staatsangehörigen gegenüber 51,6 % der Deutschen) [33]. Ein Teil der beobachteten Unterschiede könnte sich daraus erklären, dass ausländische Staatsangehörige im Vergleich zu Deutschen vermehrt in städtischen Gebieten wohnen, in denen das Wohnen teurer ist.

2.3.5 Wirtschaftliche Situation

Einkommen

Tabelle 2.3.5.1 zeigt, dass alle befragten Zuwanderergruppen des SOEP ein im Durchschnitt geringeres monatliches Haushaltsäquivalenzeinkommen (d. h. Haushaltseinkommen unter Berücksichtigung von Anzahl und Alter der Personen im Haushalt) haben als Deutsche. Es lag im Jahr 2004 unter Deutschen im Durchschnitt bei 1.360 Euro, unter Zuwanderern aus Südwesteuropa bei 1.110 Euro, unter (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern bei 940 Euro, unter Zuwanderern aus dem ehemaligen Jugoslawien bei 870 Euro und unter türkischen Zuwanderern nur bei 850 Euro. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes sind in fast allen untersuchten Zu-

Tabelle 2.3.4.1
Haushaltsgröße und Wohnfläche pro Person von Deutschen und Zuwanderern in Westdeutschland 2004
Datenbasis: SOEP 2004; Quelle: Statistisches Bundesamt 2006 [27]

	Deutsche	Zuwanderer aus ...			(Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler
		der Türkei	Südwesteuropa	dem ehemaligen Jugoslawien	
Durchschnittliche Haushaltsgröße (Personen)	2,5	3,8	3,2	3,0	3,3
Durchschnittliche Wohnfläche pro Person (m²)	49,0	24,0	32,0	31,0	33,0

Tabelle 2.3.5.1
Monatliches Haushaltsäquivalenzeinkommen von Deutschen und Zuwanderern in Westdeutschland
Datenbasis: SOEP 1996 und 2004; Quelle: Statistisches Bundesamt [27]

	Deutsche		Zuwanderer aus ...						(Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler	
			der Türkei		Südwesteuropa		dem ehemaligen Jugoslawien			
	1996	2004	1996	2004	1996	2004	1996	2004	1996	2004
Monatliches Haushaltsäquivalenzeinkommen*	1.140	1.360	630	850	870	1.110	750	870	810	940

* Haushaltseinkommen unter Berücksichtigung von Anzahl und Alter der Personen im Haushalt; Mittelwerte in Euro

wanderergruppen in den letzten Jahren Einkommenssteigerungen zu beobachten [27].

Armutsrisiko

Einem Armutsrisiko unterliegt der Anteil der Bürgerinnen und Bürger, denen ein Einkommen unterhalb der so genannten »Armutsrisikogrenze« zur Verfügung steht. Die Armutsrisikogrenze wurde von der Europäischen Union mit 60 % des landesüblichen Durchschnittseinkommens festgelegt, in Deutschland waren das im Jahr 2003 938 Euro pro Monat. Laut dem 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung ist die Armutsrisikoquote unter Zuwanderern zwischen 1998 und 2003 von 19,6 % auf 24,0 % gestiegen. Sie lag damit im Jahr 2003 um sechs bzw. beinahe zwölf Prozentpunkte höher als die Armutsrisikoquote der Deutschen (diese betrug 18,0 % in den neuen und 12,4 % in den alten Bundesländern). Von dem Anstieg der Armutsrisikoquote bei Zuwanderern waren Neuankömmlinge, Junge und Alte sowie Frauen überdurchschnittlich stark betroffen. Zuwanderer, die bereits länger in Deutschland leben sowie Personen aus binationalen Haushalten waren hingegen weniger von Armut bedroht. Betrachtet man das Herkunftsland, so fällt auf, dass Zuwanderer aus westlichen Ländern häufig in höheren Einkommensschichten zu finden sind, wohingegen die Zuwanderer aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien am stärksten und längsten von Armut betroffen waren. Von den (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern war im Jahr 2003 über ein Viertel einem Armutsrisiko ausgesetzt [24].

Angaben zum Armutsrisiko von Personen mit Migrationshintergrund stehen erstmals aus dem Mikrozensus 2005 zur Verfügung. Demnach leben in Deutschland 14,8 % der Bevölkerung von einem Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze. Bei Personen mit Migrationshintergrund liegt dieser Anteil mit über 28,2 % fast doppelt so hoch (Personen ohne Migrationshintergrund: 11,6 %). Der Vergleich der Migrationsgruppen zeigt beträchtliche Unterschiede: Während 34,3 % der ausländischen Bevölkerung einem Armutsrisiko unterliegen, sind es bei den Eingebürgerten bzw. als Deutsche Geborenen 24,7 % und bei den (Spät-)Aussiedlerinnen/-aussiedlern lediglich 20,7 % [34].

2.3.6 Fremdenfeindlichkeit

Viele Menschen mit Migrationshintergrund bewerten das Leben in Deutschland und das Zusammenleben mit der deutschen Bevölkerung als überwiegend positiv. Sie berichten aber immer wieder über Situationen, in denen sie Fremdenfeindlichkeit erlebten. Solche Erlebnisse führen zu Stress und stellen psychische und in der Folge auch allgemein-gesundheitliche Belastungen dar. Betroffen sind keineswegs nur Menschen mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit. Auch Deutsche, die sich von ihrem Aussehen her von der Mehrheitsbevölkerung unterscheiden, werden angefeindet. Darüber hinaus sind auch deutsche Familienangehörige und andere nahe stehende Personen mittelbar betroffen.

Über Fremdenfeindlichkeit lässt sich nur schwer eine aussagekräftige Statistik führen. Sie kann sich auf unterschiedliche Weise und an allen Orten des Zusammenlebens (potenziell auch im Gesundheitswesen, siehe Abschnitt 6.1.5) äußern.

Fremdenfeindlichkeit reicht von empfundener Missachtung bis hin zu offener Diskriminierung, von abfälligen Bemerkungen über rassistische Schmierereien und Beleidigungen bis hin zu gewaltsamen Übergriffen, Brandstiftung und Tötungsdelikten. Insbesondere von den erstgenannten Delikten wird nur ein Bruchteil zur Anzeige gebracht.

Als ein Indikator für die Fremdenfeindlichkeit, der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland ausgesetzt sind, kann auch die Zahl der Gewalttaten mit fremdenfeindlichem Hintergrund herangezogen werden. Der Verfassungsschutzbericht 2006 führt insgesamt 511 politisch rechts motivierte Gewalttaten mit fremdenfeindlichem Hintergrund im Jahr 2006 auf (basierend auf Daten des Bundeskriminalamtes) [35]. In jedem Falle stellt diese Zahl nur die »Spitze des Eisberges« der Fremdenfeindlichkeit insgesamt dar. Der Bielefelder Konflikt- und Gewaltforscher Wilhelm Heitmeyer argumentiert, dass sie das wirkliche Ausmaß von Ausgrenzung und Diskriminierung sogar eher verdeckt. Er beobachtet ein »Syndrom von feindseligen Mentalitäten« in der deutschen Gesellschaft: In seinen repräsentativen Umfragen äußerten beispielsweise fast 60 % der Befragten die Ansicht, dass »zu viele Ausländer in Deutschland leben« [36]. Ein solcher Befund spiegelt die erlebte und empfundene Ablehnung, der sich Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland im Alltag oft gegenübersehen, treffender wider als die Zahl fremdenfeindlicher Gewalttaten allein. Aus dem Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration geht hervor, dass fremdenfeindliche Einstellungen in Ost- und Westdeutschland von 2002 bis 2004 zugenommen haben [26].

2.4 Analyse von Daten für die GBE für Menschen mit Migrationshintergrund

2.4.1 Schwierigkeiten bei der Interpretation von Daten

Aus England und den USA ist bekannt, dass Angehörige von Minderheiten eine höhere Sterblichkeit haben als die Mehrheitsbevölkerung. Entsprechendes könnte man auch für die ausländische Bevölkerung in Deutschland erwarten. Dies konnte jedoch bislang nicht belegt werden [20], ein zunächst erstaunlicher Befund. Aber auch in einigen anderen Ländern liegt die beobachtete Sterblichkeit von zugewanderten Personen (und in einigen Fällen auch ihre Erkrankungshäufigkeit) niedriger als die der Mehrheitsbevölkerung [37]. Man bezeichnet dieses Phänomen als »Healthy-migrant«-Effekt und vermutet Auswahleffekte bei der Migration als Ursache. Der »Healthy-migrant«-Effekt kann über viele Jahre anhalten und über bestehende gesundheitsrelevante Probleme wie z. B. Sprachbarrieren bei der Nutzung von Gesundheitsdiensten oder psychische Folgen von Feindlichkeit gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund hinwegtäuschen. Er erschwert daher die Interpretation von Morbiditäts- und Mortalitätsdaten (siehe Unterkapitel 3.1).

2.4.2 Schwierigkeiten bei der Wahl von Vergleichsgruppen

Der Gesundheitsstatus einer Gruppe ist (von Extremfällen abgesehen) nicht aus gemessenen Absolutwerten ablesbar; vielmehr werden erhobene Messwerte in aller Regel erst durch Vergleiche mit den entsprechenden Werten in anderen Bevölkerungsgruppen interpretierbar. Im Kontext der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund stellt sich die Frage, welches der geeignete Standard für Vergleiche sein soll: Gesundheitsdaten aus dem Herkunftsland oder aus Deutschland? Menschen aus dem Osten der Türkei haben durchschnittlich niedrigere HDL-Cholesterinwerte (»gutes« Cholesterin mit schützender Wirkung) als Deutschstämmige, dadurch ist ihr Risiko einer ischämischen Herzerkrankung wahrscheinlich höher [38]. Ein gleiches Risiko wie bei Deutschen kann in diesem Falle kaum erreicht werden, daher eignen sich die Erkrankungs- und Sterberaten an Herzinfarkt bei Deutschen nicht als Maßstab für Versorgungsgerechtigkeit. Eine bessere Vergleichsgruppe wäre die Bevölkerung im Herkunftsland Türkei.

Durch die Wahl des Herkunftslandes als Vergleich besteht aber die Gefahr, in Deutschland bestehende gesundheitliche Ungleichheiten zu relativieren: Türkische Frauen in Deutschland haben nur ein Zehntel bis ein Zwanzigstel des Risikos eines mütterlichen Todesfalles im Vergleich zu Frauen in

der Türkei [39]. Eine Migration nach Deutschland geht also mit einem messbaren deutlichen Gesundheitsgewinn in diesem Bereich einher – für ärmere Länder gilt das in noch stärkerem Maße als für die Türkei. Gleichzeitig haben ausländische Frauen in Deutschland jedoch ein fast doppelt so hohes altersadjustiertes (d. h. für bestehende Altersunterschiede korrigiertes) Risiko eines mütterlichen Todesfalles wie deutsche Frauen [40].

Wählt man dagegen entsprechende Daten aus Deutschland zum Vergleich, so stellt sich die Frage, ob man Vergleichswerte aus dem Bevölkerungsmittel oder vielmehr aus solchen sozialen Statusgruppen heranziehen sollte, die von Einkommen und Ausbildung her den Menschen mit Migrationshintergrund vergleichbar sind. In letzterem Falle würden viele gesundheitliche Unterschiede zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und Deutschen wahrscheinlich geringer ausfallen oder nicht mehr nachweisbar sein. Insbesondere Datenquellen zur Mortalität, aber auch jene zur Morbidität bieten allerdings selten die Möglichkeit einer solchen Stratifizierung, also zu einer Aufgliederung in Schichten entsprechend der sozialen Lage. Im vorliegenden Bericht erfolgt der Vergleich, falls nicht anders angegeben, mit der deutschen Bevölkerung insgesamt bzw. mit den gleichen Alters- und Geschlechtsgruppen.

2.4.3 Möglichkeiten und Probleme bei der Sekundäranalyse

Zahlreiche Gesundheitsdaten werden nicht in speziellen Studien oder Surveys, sondern routinemäßig erhoben, z. B. von den Sozialversicherungsträgern im Rahmen von Versicherungsprozessen. Die Analyse dieser sog. Routinedaten für wissenschaftliche Untersuchungen wird als »Sekundäranalyse« bezeichnet, da die Daten häufig mit einer anderen Zielstellung erhoben wurden. Die Sekundäranalyse von Routinedaten bietet Vorteile [41, 42, 43], wenn Menschen mit Migrationshintergrund die Zielgruppe sind [44]:

- ausreichend große Zahlen von Bezugsbevölkerung und Ereignissen, um Analysen auch in Untergruppen und hinsichtlich des Auftretens seltener Ereignisse (z. B. Tod oder spezielle Krankheit) durchführen zu können
- weitgehender Ausschluss von non-response (Ablehnung der Teilnahme), der insbesondere bei Studien unter Menschen mit Migrationshintergrund ein Problem darstellen kann.

Die Sekundäranalyse von Daten zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund unterliegt aber auch deutlichen Einschränkungen:

- vorhandene Daten entsprechen oft nicht den spezifischen Erfordernissen für Aussagen zu dieser Zielgruppe, da Menschen mit Migrationshintergrund häufig nicht repräsentativ in den Datenquellen vertreten oder nicht als solche identifizierbar sind
- Merkmale wie Geburtsort, sozioökonomischer Status und Aufenthaltsdauer werden in der Regel nicht berichtet, wären aber für die Analyse wichtig
- der Grad der Aufgliederung vieler Routinedaten ist sehr gering, z. B. hinsichtlich Altersgruppe, Staatsangehörigkeit, Wohnort.

Der letzte Punkt stellt ein grundlegendes Problem der GBE auf der Basis von bundesweiten Daten dar: Menschen mit Migrationshintergrund sind regional sehr unterschiedlich stark in der Bevölkerung vertreten. Es ist also davon auszugehen, dass auch Gesundheitsprobleme von Menschen mit Migrationshintergrund und Zugangsbarrieren zu Gesundheitsdiensten lokal bzw. regional sehr unterschiedlich sind. Eine Analyse, die sich allein auf bundesweite Daten stützt, kann daher zur Identifikation und Lösung lokaler Probleme wenig beitragen. Ferner besteht die Gefahr, dass Aussagen über Mehrheiten in der sehr heterogenen Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund für Minderheiten in der Gruppe nicht zutreffend sind. Der Datenschutz in Deutschland setzt jedoch einer Desaggregation, also einer detaillierten Aufgliederung nach Staatsangehörigkeit und Wohnort, vielfach enge Grenzen.

2.4.4 Datengrundlagen für den vorliegenden Bericht

Für die Erstellung des vorliegenden Berichtes wurden vor allem die amtliche Statistik, Daten der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung, repräsentative Studien sowie Wiederholungserhebungen (Mikrozensus, Panels) herangezogen, darunter:

- Bevölkerungsstatistik
- Statistik der Bevölkerungsbewegung
- Todesursachenstatistik
- Mikrozensus
- Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)
- Studie »Health Behaviour in School-aged Children« (HBSC-Studie)
- Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)
- Arbeitsunfallstatistik
- Sozialhilfestatistik.

Diese Datenquellen stellen weitgehend repräsentative und regelmäßig erhobene Daten zum Gesundheits- und Migrationsstatus der Bevölkerung oder einzelnen Untergruppen bereit. Das erlaubt es, Trends bzw. Veränderungen über die Zeit im Sinne eines fortlaufenden Monitorings in der Zielgruppe zu beobachten. Eine Übersicht der verfügbaren Quellen mit zusätzlichen Informationen, wie Menschen mit Migrationshintergrund abgebildet werden und welche sozioökonomischen und gesundheitlichen Aspekte berücksichtigt werden, gibt Tabelle A.1 auf Seite 26 ff. Die meisten Datenquellen lassen nur grobe und unpräzise Unterteilungen der eingeschlossenen Personen hinsichtlich ihres Migrationsstatus zu (wie z. B. deutsche vs. ausländische Nationalität). Detailliertere Angaben zum Migrationshintergrund werden im SOEP erhoben. Seit Inkrafttreten des neuen Mikrozensusgesetzes am 1.1.2005 wird auch im Mikrozensus nicht mehr nur die aktuelle eigene Staatsangehörigkeit erfasst, sondern zusätzlich eine eventuelle frühere sowie die Staatsangehörigkeit der Eltern. Bei zugewanderten Personen wird zudem das Zuzugsjahr erfragt. So lassen sich Menschen mit Migrationshintergrund aus der zweiten Generation im Mikrozensus zukünftig auch dann identifizieren, wenn sie die deutsche Staatsangehörigkeit angenommen haben.

Lokale bzw. zeitlich begrenzte Forschungsprojekte zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund liefern ebenfalls wichtige Informationen. Sie können aber Kriterien wie regelmäßige Bereitstellung von Daten und Repräsentativität meist nicht erfüllen. Daher wurden sie nur berücksichtigt, wenn entsprechende Informationen aus anderen Datenquellen nicht zur Verfügung standen.

Tabelle A.1
Auswahl von Datenquellen mit Bezug zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund

Quelle	Indikatoren der sozialen Lage	Migrationsstatus	Gesundheitsdaten
Basis: Gesamtbevölkerung			
Bevölkerungsstatistik: Statistik der Bevölkerungsbewegung/Fortschreibung des Bevölkerungsbestandes	Geschlecht, Alter, Erwerbstätigkeit bei Sterbefällen und bei Eltern der Geborenen	Staatsangehörigkeit	Geburten und Sterbefälle
Todesursachenstatistik	Geschlecht, Alter	Nur auf Länderebene: Staatsangehörigkeit	Todesursachen: auf Bundesebene: alters- und ursachenspezifische Sterberaten für Deutsche und Nichtdeutsche zusammen
Ausländerzentralregister (AZR)	Geschlecht, Alter, Familienstand, letzter Wohnort im Herkunftsland, Religionszugehörigkeit, Aufenthaltserlaubnis zum Zweck der Ausbildung (Studium, Sprachkurs, Schulbesuch)	Staatsangehörigkeit, Staatsangehörigkeit des Ehegatten/Lebenspartners, Aufenthaltsstatus	Geburten und Sterbefälle, soweit sie in Deutschland stattfinden
Basis: repräsentative Stichprobe aus der Gesamtbevölkerung			
Mikrozensus (jährliche Erhebung, 1 % Stichprobe der Bevölkerung)	Geschlecht, Alter, Bildung, Beruf, Einkommen, Erwerbsstatus	Bis 2004: Staatsangehörigkeit, freiwillig: seit wann in Deutschland; ab 1.1.2005: frühere Staatsangehörigkeit sowie die der Eltern	In vierjährigem Abstand Zusatzerhebungen zu Rauchen, Größe, Gewicht, Krankheiten, Verletzungen, Behinderungen, Größe, Gewicht
Sozio-oekonomisches Panel SOEP (jährlich seit 1984)	Geschlecht, Alter, standardisiertes Pro-Kopf-Einkommen, Wohnfläche pro Kopf, Arbeitslosigkeit	Staatsangehörigkeit, Geburtsland, Einreisezeitpunkt, zu Hause gesprochene Sprache, Bindung an Deutschland/Herkunftsland, Migrationsstatus	Subjektive Gesundheit, Inanspruchnahme von Arzt und Krankenhaus, Krankschreibungen, Behinderungen, Gesundheitsverhalten (Rauchen, aktiv Sport treiben)
Bundes-Gesundheitssurvey 1998	Geschlecht, Alter, weitere soziodemografische Daten, Einkommen, berufliche Situation, Erwerbstatus, Bildung, Familienstatus	Staatsangehörigkeit, Geburtsland, Einreisejahr	Medizinische Untersuchung, Fragebogen, ärztliche Befragung zur Morbidität und Gesundheitsvorsorge, Labordiagnostik. Zusatzmodule: Arzneimittelsurvey, Ernährungssurvey, Folsäureversorgung, Umweltsurvey, Psychische Störungen
Deutsche Mundgesundheitsstudien III und IV (1997, 2005)	Geschlecht, Alter, weitere soziodemografische Daten	Deutsche Staatsangehörigkeit als Zugangskriterium	Zahnstatus, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen
Health Behaviour in School-aged Children	Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status (Wohlstandsindex)	Herkunftsländer der Eltern	Subjektive Gesundheit, chronische Erkrankung und Behinderung, Essverhalten, Substanzkonsum, Allergien, körperliche Aktivität, Größe, Gewicht
Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)	Geschlecht, Alter, Sozio-demografie, soziale Ungleichheit, soziale Kontakte, Familie, Lebensumfeld	Staatsangehörigkeit und Geburtsland der Eltern und des Kindes, Einreisejahr der Eltern, Einreisealter des Kindes, zu Hause gesprochene Sprache, Migrationsgruppenzugehörigkeit	Befragung bzw. medizinische Untersuchung zu körperlicher Gesundheit, psychischer Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsrisiken, gesundheitlicher Versorgung

Quelle	Indikatoren der sozialen Lage	Migrationsstatus	Gesundheitsdaten
weiter **Basis: repräsentative Stichprobe aus der Gesamtbevölkerung**			
Ausländersurvey (AS) des Deutschen Jugendinstituts 1997	Geschlecht, Alter, Familienstruktur, Befragungsgebiet, Verstädterungsgrad	Staatsangehörigkeit, Migrationsstatus: Jugendliche und junge Erwachsene (Alter: 14 bis 25 Jahre) türkischer, griechischer und italienischer Herkunft	Subjektive Gesundheit; Index psychosozialer Belastungen
Basis: weitere Daten der Gesundheits- und Sozialberichterstattung			
Meldepflichtige Infektionskrankheiten	Geschlecht, Alter	Keine Angaben zum Migrationsstatus. Nur bei Tuberkulose: Geburtsland und Staatsangehörigkeit. Bei HIV: Herkunftsland, d. h. Land, in dem sich die Betroffenen den überwiegenden Teil ihres Lebens aufgehalten haben	AIDS-Fallregister Tuberkulose sonstige meldepflichtige Infektionen
Krankenhausdiagnosestatistik	Geschlecht, Geburtsjahr, Geburtsmonat, Behandlungsort, Wohnort	Staatsangehörigkeit nur bei Personen mit festem Wohnsitz im Ausland	Hauptentlassungsdiagnose nach ICD
Gesetzliche Krankenversicherung	Geschlecht, Alter, Versichertenstatus, Stellung im Erwerbsleben	Keine Angaben	Krankheitsart (dreistellige ICD-Codierung), Behandlungsart und -dauer, Arbeitsunfähigkeit, krankheitsbedingter Pflegebedarf, verordnete Pharmaka, Heil- und Hilfsmittel
Dokumentation schulärztlicher und schulzahnärztlicher Untersuchungen	Geschlecht, Alter	Nach Bundesländern unterschiedlich: Staatsangehörigkeit, Geburtsland, Muttersprache der Eltern	Störungen der Sinnesorgane und der Sprache, Gewicht, Anomalitäten des Bewegungssystems, ausgewählte chronische Erkrankungen, Zustand des Gebisses
Statistiken des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)	Geschlecht, Alter, Berufsausbildung, ausgeübte Tätigkeit, Erwerbsstatus, Einkommen	Staatsangehörigkeit	Inanspruchnahme von Rehabilitation und Rente
Arbeitsunfallstatistik des Hauptverbundes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG)	Beruf, Alter, Geschlecht	Staatsangehörigkeit	Tod oder Berentung aufgrund Arbeits- und Berufskrankheit
Gesetzliche Schülerunfallversicherung (Statistik des Bundesverbandes der Unfallkassen)	Geschlecht (nur teilweise), Schulart	Keine Angaben	Schulform, wann der Unfall erfolgte (Freizeit/Unterricht), in welchem Unterricht, bei welcher Sportart etc.
Arbeitsunfallstatistik im öffentlichen Dienst vom Bundesverband der Unfallkassen	Beruf, Alter, Geschlecht	Staatsangehörigkeit	Tod oder Berentung aufgrund Arbeits- und Berufskrankheit
Gesundheits-Check gem. § 25 SGB V	Geschlecht, Alter	Staatsangehörigkeit	Herz-Kreislauferkrankungen und Risikofaktoren
Statistik der Schwerbehinderten	Geschlecht, Alter	Staatsangehörigkeit	Art, Ursache und Grad der Behinderung
Pflegestatistik	Empfänger von Pflegeleistungen: Alter, Geschlecht, Wohnort (PLZ), Grad der Pflegebedürftigkeit, Art der Pflegeleistung	Keine Angaben	Ursache, Grad und Dauer der Pflegebedürftigkeit

Quelle	Indikatoren der sozialen Lage	Migrationsstatus	Gesundheitsdaten
Basis: weitere Daten der Gesundheits- und Sozialberichterstattung			
Sozialhilfestatistik	Geschlecht, Alter, Bildung, Beruf, Einkommen, Erwerbsstatus, Entwicklung der Erwerbstätigkeit/Erwerbslosigkeit	Staatsangehörigkeit	Indirekt über Hilfebedarf: Hilfe zur Pflege Eingliederungshilfen für Behinderte
Asylbewerberleistungsstatistik	Geschlecht, Alter	Staatsangehörigkeit	Keine
Basis: regionale Bevölkerung			
Perinatalstudie	Alter, Beruf, Tätigkeit	Herkunftsland (in zusammengefassten Ländergruppen)	Risikofaktoren unter Schwangeren, Geburtsverlauf, frühkindliche Morbidität und Mortalität, Geburtsgewicht
Krebsregister der Länder	Geschlecht, Alter	Keine vollständigen und gesichert validen Angaben zur Staatsangehörigkeit	Inzidenz von Krebserkrankungen Krebstodesfälle
Herzinfarktregister Augsburg	Geschlecht, Alter, Beruf, Einkommen	Staatsangehörigkeit, Geburtsland (seit 1999)	Herzinfarkte im Registerbereich
Schlaganfallregister Erlangen	Geschlecht, Alter, Beruf, Einkommen	Staatsangehörigkeit, Geburtsland	Schlaganfälle im Registerbereich

Die Angabe der »Staatsangehörigkeit« beschränkt sich vielfach nur auf die Unterscheidung »deutsch« versus »nichtdeutsch«.

Tabelle zusammengestellt nach:

Bardehle D, Blettner M, Laaser U (2001) Gesundheits- und soziodemographische (sozialepidemiologische) Indikatoren in der Gesundheits- und Sozialberichterstattung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47: 762–770

Razum O (2000) Gesundheitsberichterstattung für Migranten in Deutschland. Abschlussbericht. Expertise im Auftrag des Robert Koch-Institutes

Schenk L (2002) Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey. Gesundheitswesen 64 Suppl 1: 59–68

http://www.unfallkassen.de/files/510/Statistik-Info_2003.pdf (Stand: 26.07.05)

http://www.destatis.de/themen/d/thm_mikrozen.php (Stand: 16.05.06)

Quellenverzeichnis

1. Bundesministerium des Innern, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg) (2005) Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2005. Berlin http://www.bmi.bund.de/Internet/Content/Common/Anlagen/Broschueren/2006/Migrationsbericht__2005,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Migrationsbericht_2005.pdf
2. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg) (1999) Migrationsbericht. Zu- und Abwanderung nach und aus Deutschland. Berlin
3. Bundesministerium des Innern (Hrsg) (2001) Zuwanderung gestalten – Integration fördern. Bericht der unabhängigen Kommission »Zuwanderung« (Süssmuth-Kommission), 4. Juli 2001. Berlin http://www.bmi.bund.de (Stand: 21.02.2005)
4. Schenk L (2002) Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey. Gesundheitswesen 64 Suppl 1: 59–68
5. Schenk L, Bau AM, Borde T et al. (2006) Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49: 853–860
6. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2007) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden
7. Jöckel KH, Babitsch B, Bellach BM et al. (1998) Empfehlungen der Arbeitsgruppe »Epidemiologische Methoden« der DAE, GMDS und DGSMP zur Messung und Quantifizierung soziodemographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. In: Ahrens W, Bellach BM, Jöckel KH (Hrsg) Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. MMV Medizin Verlag, München, S 7–38
8. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg) (2007) Migration, Asyl und Integration in Zahlen. Teilstatistik »Aktuelle Zahlen zu Asyl«. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg
9. Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration (Hrsg) (2005) Daten – Fakten – Trends, Migrationsgeschehen. http://www.integrationsbeauftragte.de/download/Modul_1_Migrationsgeschehen.pdf (Stand: 17.02.2005)
10. Braun T, Brzank P, Würflinger W (2003) Gesundheitsversorgung illegalisierter Migrantinnen und Migranten – ein europäischer Vergleich. In: Borde T, David M (Hrsg) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S 119–141
11. Hahlen J (2006) Statement zur Pressekonferenz »Leben in Deutschland – Ergebnisse des Mikrozensus 2005«, am 6.Juni 2006 in Berlin http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2006/Mikrozensus2005_Statement_Hahlen.pdf (Stand: 18.10.2006)
12. Statistisches Bundesamt (2006) Fachserie 1: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Reihe 2: Ausländische Bevölkerung sowie Einbürgerungen 2005. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
13. Statistisches Bundesamt (2006) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Wanderungen. Fachserie 1, Reihe 1.2 (Berichte 2001–2006). Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
14. Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration (2004) Migration und Integration – Erfahrungen nutzen, Neues wagen. Jahresgutachten 2004 des Sachverständigenrates für Zuwanderung und Integration. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg
15. Bundesministerium des Innern (2005) Jahresstatistik 2004. Übersicht Spätaussiedler und Angehörige Registrierungen und Antragseingang im Vergleich zu den Vorjahren. http://www.bmi.bund.de/cln_028/nn_121574/Internet/Navigation/DE/Themen/Vertriebene__Spaetaussiedler/Statistiken/statistiken__node.html (Stand: 15.12.2005)
16. Bundesverwaltungsamt (2007) Aussiedler und deren Angehörige. Schriftliches und mündliches Verfahren. Monatsstatistik. Bundesverwaltungsamt, Köln
17. Statistisches Bundesamt (2007) GENESIS-Online Lebendgeborene: Deutschland, Jahr, Staatsangehörigkeit der Frau
18. Statistisches Bundesamt (2007) Statistisches Jahrbuch 2007 für die Bundesrepublik Deutschland. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
19. Münz R, Seifert W, Ulrich RE (1999) Zuwanderung nach Deutschland – Strukturen, Wirkungen, Perspektiven. 2. Ausg. Campus Verlag, Frankfurt/Main, New York
20. Razum O, Geiger I, Zeeb H et al. (2004) Gesundheitsversorgung von Migranten. Deutsches Ärzteblatt 101 (43): A2882–A2887
21. Geiger I, Razum O (2006) Migration: Herausforderung für die Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K, Laaser U, Razum O (Hrsg) Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa, Weinheim, S 724–757
22. Lampert T, Saß A, Häfelinger M et al. (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Gesundheitsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin

23. Statistisches Bundesamt (2007) Bildung und Kultur. Allgemeinbildende Schulen. Fachserie 11, Reihe 1. Wiesbaden
24. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg) (2005) Lebenslagen in Deutschland – Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A333.pdf (Stand: 27.04.2005)
25. Konsortium Bildungsberichterstattung (2006) Bildung in Deutschland. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration. Bertelsmann Verlag, Bielefeld
26. Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration (2005) 6. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin
27. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2006) Datenreport 2006. Zahlen und Fakten für die Bundesrepublik Deutschland. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
28. Statistisches Bundesamt (2006) Strukturdaten zur Migration in Deutschland 2004. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
29. Bundesagentur für Arbeit (2007) Analyse des Arbeitsmarktes für Ausländer. April 2007. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
30. Mielck A (2005) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Verlag Hans Huber, Göttingen
31. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13. Robert Koch-Institut, Berlin
32. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg) (2005) Lebenslagen in Deutschland – Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Anhang http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A332-Anhaenge210405.pdf (Stand: 04.2005)
33. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2001) Ausländische Bevölkerung in Deutschland. Metzler-Poeschel, Stuttgart http://www.destatis.de (Stand: 08.06.2005)
34. Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration (2007) 7. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin
35. Bundesministerium des Inneren (2007) Bundesinnenministerium legt Zahlen zur politisch motivierten Kriminalität im Jahr 2006 vor. Pressemitteilung 30.03.2007
36. Heitmeyer W (2007) Gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit. Die theoretische Konzeption und erste empirische Ergebnisse. In: Heitmeyer W (Hrsg) Deutsche Zustände. Folge 5. Suhrkamp Verlag, Frankfurt, S 15–36
37. Razum O, Twardella D (2002) Time travel with Oliver Twist – towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. Trop Med Int Health 7 (1): 4–10
38. Porsch-Oezcueruemez M, Bilgin Y, Wollny M et al. (1999) Prevalence of risk factors of coronary heart disease in Turks living in Germany: The Giessen study. Atherosclerosis 144 (1): 185–198
39. Razum O, Zeeb H (2004) Inequity, acculturation and the 'Mediterranean paradox'. Int J Epidemiol 33 (6): 1411-1412
40. Razum O, Jahn A, Blettner M et al. (1999) Trends in maternal mortality ratio among women of German and non-German nationality in West Germany, 1980 to 1996. Int J Epidemiol 28 (5): 919–924
41. von Ferber C, Behrens J (Hrsg) (1997) Public Health Forschung mit Gesundheits- und Sozialdaten – Stand und Perspektiven. Asgard Verlag, Sankt Augustin
42. Sorensen HT, Sabroe S, Olsen J (1996) A framework for evaluation of secondary data sources for epidemiological research. Int J Epidemiol 25 (2): 435–442
43. 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 München, S 225–266
44. Razum O (2000) Gesundheitsberichterstattung für Migranten in Deutschland. Expertise im Auftrag des Robert Koch-Institutes. (unveröffentlicht)

3 Gesundheitliche Lage und migrationsspezifische Belastungen

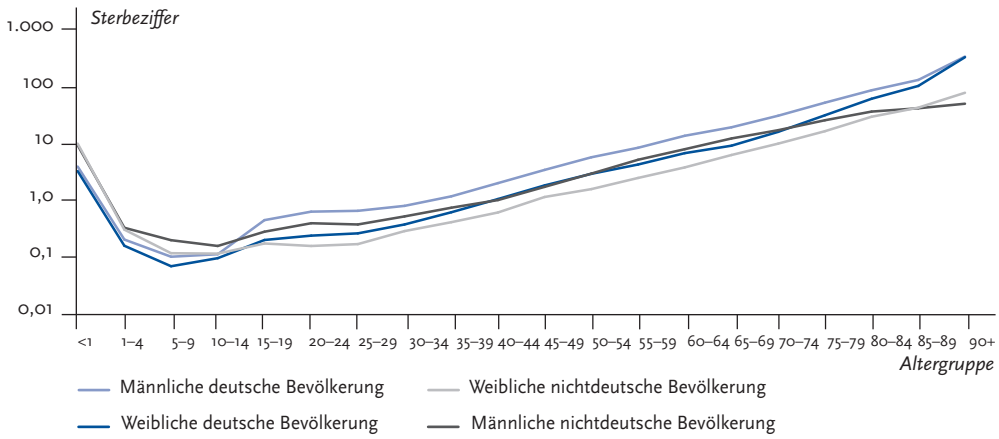
In diesem Kapitel wird die gesundheitliche Lage der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland dargestellt. Neben der Sterblichkeit (Mortalität) und der Erkrankungshäufigkeit (Morbidität) werden auch besondere gesundheitliche Belastungen berichtet, die mit der Migration in Zusammenhang stehen. Bereits im vorangehenden Kapitel 2 wurde erläutert, dass die verschiedenen Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung jeweils nur Informationen zu Teilgruppen der Bevölkerung mit Migrationshintergrund enthalten (z. B. ausländische Staatsangehörige). Daher können im Folgenden meist nur Aussagen über Teilgruppen und nicht über die gesamte Bevölkerung mit Migrationshintergrund gemacht werden. Nähere Informationen zu den am häufigsten verwendeten Begriffen für bestimmte Teilgruppen von Menschen mit Migrationshintergrund finden sich in Abschnitt 2.1.2.

3.1 Sterblichkeit der ausländischen Bevölkerung in Deutschland

Es ist schwer zu beurteilen, ob sich die Migration auf die Lebenserwartung auswirkt. Ein auffälliges Phänomen in der Todesursachenstatistik, die nur eine Differenzierung nach der Staatsangehörigkeit zum Zeitpunkt des Todes zulässt, ist die niedrigere Sterblichkeit von in Deutschland lebenden nichtdeutschen Personen gegenüber Deutschen. Inwieweit dieser Unterschied auch durch Besonderheiten und Probleme bei der Erfassung von Todesfällen Nichtdeutscher bedingt sein kann, wird im Verlauf dieses Kapitels diskutiert.

Abbildung 3.1.1 zeigt die Sterbeziffern für das Jahr 2006 (Todesfälle je 1.000 Personen der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe), separat für die deutsche Bevölkerung und für die nichtdeutsche Bevölkerung (ausländische Staatsangehörige, Staatenlose und Personen unbekannter Staatsangehörigkeit). Da der Wertebereich für die Sterbeziffer mehrere Größenordnungen umfasst, wurde eine logarithmische Darstellung gewählt, um auch die niedrigen Sterberaten in den jungen Altersgruppen sichtbar zu machen.

Abbildung 3.1.1
Altersspezifische Sterbeziffern* der deutschen Bevölkerung und der nichtdeutschen Bevölkerung, jeweils nach Geschlecht, Deutschland 2006
Datenbasis: Statistisches Bundesamt (www.gbe-bund.de) alterspezifische Sterbefälle 2006, eigene Berechnungen



* Gestorbene je 1.000 Personen der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppen im Jahresdurchschnitt (logarithmische Darstellung)

Die Säuglingssterblichkeit der nichtdeutschen Kinder ist leicht erhöht (zu den Berechnungsproblemen siehe Abschnitt 3.1.1). Im Alter bis 15 Jahre liegen die Sterberaten der nichtdeutschen Mädchen und Jungen leicht über der jeweiligen altersspezifischen Sterberate der deutschen Bevölkerung (siehe auch Kapitel 4 zur Erläuterung). Ab dem Alter von 15 Jahren verlaufen die Sterberaten der Nichtdeutschen beiderlei Geschlechts parallel zu der jeweiligen deutschen Vergleichsgruppe, aber auf deutlich niedrigerem Niveau. Der Abstand vergrößert sich in den Altersgruppen 80 Jahre und älter sehr stark. In der Gruppe der 80- bis 84-Jährigen ist die Sterberate für Deutsche 2,5-mal so hoch wie für Nichtdeutsche, bei den über 90-jährigen Männern sogar 6,7-mal so hoch (Frauen: 4,2). Aufgrund der geringen Gesamtzahlen bei den Nichtdeutschen in den hohen Altersklassen sind diese Unterschiede aber zurückhaltend zu interpretieren.

Staatsangehörigkeitsspezifische Auswertungen der Sterblichkeit (Mortalität) liegen lediglich für erwachsene türkische Staatsangehörige in Deutschland für die Jahre 1980 bis 1997 aus wissenschaftlichen Studien vor. Sowohl für Herz-Kreislauf- als auch für Krebserkrankungen hatten türkische Staatsangehörige beiderlei Geschlechts in diesem Zeitraum eine deutlich niedrigere Mortalität als die deutsche Vergleichsbevölkerung. Für einzelne Krebstodesursachen war bei türkischen Frauen und Männern ein Anstieg der altersstandardisierten Mortalitätsrate zwischen 1980 und 1997 nachweisbar, allerdings von niedrigem Niveau ausgehend. Im Vergleich war die Mortalität aufgrund dieser Krebserkrankungen bei Deutschen stabil oder nahm leicht ab, so dass sich die Raten der türkischen Staatsangehörigen und der Deutschen aufeinander zu bewegten. Die führenden Krebstodesursachen – Lungenkrebs bei den Männern und Brustkrebs bei den Frauen – unterschieden sich nicht zwischen der türkischen und der deutschen Bevölkerungsgruppe. Die untersuchten Altersgruppen schlossen allerdings keine Personen im Alter über 65 Jahren ein [1, 2, 3].

Die Ergebnisse zur Sterblichkeit der ausländischen Bevölkerung in Deutschland lassen den gleichen Trend erkennen, der aus internationalen Daten bekannt ist: Zugewanderte Personen weisen bei der Gesamtsterblichkeit und auch bei einzelnen Todesursachen häufig niedrigere Raten als die Bevölkerungen des Zuzugslandes auf. In den USA wird seit vielen Jahren das »hispanic paradox« beobachtet, wonach zugewanderte US-Amerikaner hispanischer Herkunft trotz durchschnittlich niedrigerem sozioökonomischen Status ein günstigeres Morbiditäts- und Mortalitätsprofil aufweisen als weiße Amerikaner [4]. Ein ähnliches Phänomen ist auch bei zugewanderten Personen aus bestimmten Herkunftsländern in England und Frankreich zu beobachten [5, 6]. Möglicherweise ist ein Teil dieser erniedrigten Sterblichkeit durch Auswahlprozesse im Rahmen der Migration zu erklären, denn es sind vor allem gesunde und aktive Menschen, die auswandern (sog. »Healthy-migrant«-Effekt, vgl. Abschnitt 2.4.1) [7, 8]. Auch eine gesündere »mediterrane« Ernährung mag protektiv wirken. Dafür spricht die im Vergleich zu Deutschland höhere Lebenserwartung in den Herkunftsländern Italien, Griechenland und Spanien [8, 9]. Allerdings ist gerade in diese Länder die Rückkehrmigration der Älteren sehr stark (80 % der italienischen Rentnerinnen und Rentner, die von einer deutschen Rentenversicherung Renten erhalten, leben überwiegend in Italien [10]) und dies kann zu Artefakten in der Todesursachenstatistik in Deutschland beitragen, wie im Folgenden erläutert wird.

Dass die Sterblichkeit der ausländischen Staatsangehörigen besonders aus solchen Ländern niedriger erscheint, zu denen sich Muster einer transnationalen Migration (siehe Unterkapitel 4.1 und Abschnitt 5.3.4) herausgebildet haben, legt nahe, dass Erklärungen für diesen Effekt auch in der Datenerfassung zu suchen sind. Bei der Berechnung der Sterbeziffern können Fehler u. a. an folgenden Stellen auftreten:

- Der Zähler, d. h. die Zahl der gemeldeten Todesfälle, ist niedriger, als es der Realität entspricht. Insbesondere unter älteren ausländischen Staatsangehörigen entwickelt sich ein transnationales Lebensmuster: Sie behalten ihren deutschen Wohnsitz bei, verbringen aber einen größeren Teil des Jahres im Herkunftsland. Besonders die Nicht-EU-Angehörigen vermeiden es, ihren Wohnsitz dauerhaft ins Ausland zu verlegen, um die Option zur Rückkehr nach Deutschland nicht zu verlieren. Wenn sie während ihres Aufenthalts im Ausland sterben, werden sie möglicherweise, ähnlich wie im

Auslandsurlaub verstorbene Deutsche, nicht als verstorben gemeldet [11].

- Der zugrunde gelegte Nenner, d. h. die Bevölkerungszahl in einer Altersgruppe, ist infolge eines Fortschreibungsfehlers größer, als es der Realität entspricht. Dieser Fortschreibungsfehler entsteht, da die Veränderung der Bevölkerungszahl nicht erhoben, sondern u. a. anhand der Entwicklung der Vorjahre abgeschätzt wird. So lag 1987 die auf der Basis der Volkszählung 1970 fortgeschriebene Anzahl der ausländischen Staatsangehörigen in Deutschland um 390.000 Personen (9,4 %) über der Zahl, die durch die neue Volkszählung 1987 ermittelt wurde [12]. Allerdings ist das Ausmaß der Überschätzung von der Staatsangehörigkeit abhängig: Sie betrug bei Menschen türkischer Staatsangehörigkeit nur 1,9 % (27.661 Personen). Da es seit 1987 keine erneute Volkszählung gegeben hat, ist nicht sicher zu beurteilen, ob und in welcher Höhe sich erneut ein Fortschreibungsfehler aufgebaut hat.

Insgesamt ist daher davon auszugehen, dass die Sterblichkeit von ausländischen Staatsangehörigen aufgrund der Probleme der Datenerfassung zumindest in den höheren Altersgruppen nicht zutreffend abgebildet wird. Eine nach Herkunftsländern aufgeschlüsselte Statistik würde die tatsächliche Lage genauer zeigen. Angesichts der aus vielen anderen Ländern vorliegenden konsistenten Hinweise auf eine niedrige Mortalität unter zugewanderten Personen können technische Aspekte aber nur einen Teil der Mortalitätsunterschiede erklären. Die Suche nach weitergehenden Erklärungen, die die Komplexität der Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren, Auswahlmechanismen und Mortalität genauer fassen, bleibt daher eine Aufgabe für die epidemiologische Migrationsforschung.

3.1.1 Mütter- und Säuglingssterblichkeit

Unterschiede in der Mütter- und Säuglingssterblichkeit zwischen einer Minorität und der Mehrheitsbevölkerung gelten als empfindliches Maß für soziale Ungleichheit. Auch unterliegen beide Messgrößen geringeren Problemen bei der Bestimmung des Nenners als andere Mortalitätsmaße, da die Bezugsgröße jeweils die Zahl der Lebendgeborenen pro Jahr ist.

Die Müttersterblichkeit ist zwischen 1980 und 2000 in Deutschland insgesamt stark gesunken. Dies trifft besonders auf ausländische Frauen zu. Deren Sterbeziffer sank von 13,0 mütterlichen Sterbefällen pro 100.000 Lebendgeborene im Zeitraum 1980 bis 1988 über 5,8 im Zeitraum 1996 bis 2000 auf 3,2 im Zeitraum 2001 bis 2004 (eigene Berechnung auf Datenbasis des Statistisches Bundesamtes). Das relative Risiko ausländischer Schwangerer/Mütter gegenüber Schwangeren/Müttern deutscher Herkunft verringerte sich von 1,9 im Jahr 1991 auf 1,1 im Jahr 2000. Das bedeutet, die Wahrscheinlichkeit ausländischer Schwangerer, in Folge von Geburtskomplikationen zu sterben, war noch 1991 fast doppelt so hoch wie die Wahrscheinlichkeit für deutsche Schwangere zu sterben. Im Jahr 2000 war das relative Risiko nur noch geringfügig höher. In den Folgejahren lag der Wert mehrfach unter 1, was ein niedrigeres Risiko von ausländischen im Vergleich zu deutschen Schwangeren/Müttern anzeigt (vgl. Tabelle 3.1.1.1). Eine Erklärung für diesen Trend kann darin liegen, dass deutsche Schwangere/Mütter durchschnittlicher älter sind als ausländische Schwangere/Mütter. Zudem sind sie aufgrund der durchschnittlich niedrigeren Kinderzahl pro Frau zu einem größeren Teil Erstgebärende. In einer die Jahre 1980 bis 1996 umfassenden Studie blieb allerdings bei Berücksichtigung von Alter und Familienstand (Adjustierung) für ausländische Schwangere/Mütter ein gegenüber deutschen Schwangeren/Müttern signifikantes und unverändert um ca. 60 % erhöhtes relatives Risiko bestehen [13]. Trotz möglicherweise noch geringer verbleibender Unterschiede zwischen ausländischen und deutschen Schwangeren/Müttern kann die Entwicklung der Müttersterblichkeit in Deutschland insgesamt als Hinweis auf eine Verminderung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit gewertet werden. Für einen Vergleich der Müttersterblichkeit mit dem Herkunftsland siehe Abschnitt 3.1.5.

Eine insgesamt positive Entwicklung zeigt auch die Säuglingssterblichkeit in Deutschland (vgl. Abbildung 3.1.1.1). 1988 lag die Sterbeziffer für Kinder ausländischer Mütter bei 8,8 Sterbefällen im ersten Lebensjahr auf 1.000 Lebendgeborene, für deutsche Kinder nur bei 7,4. Seitdem

Tabelle 3.1.1.1
Müttersterblichkeit nach Staatsangehörigkeit 1991 bis 2004
Müttersterbefälle auf 100.000 Lebendgeborene
Datenbasis: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnung

Jahr	Müttersterbefälle auf 100.000 Lebendgeborene		relatives Risiko ausländischer Mütter**
	Deutsche	Nichtdeutsche*	
1991	7,76	14,82	1,91
1992	5,94	10,95	1,84
1993	5,63	3,25	0,58
1994	4,79	7,35	1,54
1995	4,99	7,28	1,46
1996	6,34	6,75	1,06
1997	6,37	4,39	0,69
1998	5,51	5,34	0,97
1999	4,51	6,26	1,39
2000	5,49	6,15	1,12
2001	3,93	2,43	0,62
2002	3,02	2,42	0,80
2003	4,64	2,41	0,52
2004	5,16	5,62	1,09
Mittelwerte			
1991 – 1995	5,82	8,73	1,50
1996 – 2000	5,64	5,78	1,02
2001 – 2004	4,19	3,22	0,76

* keine deutsche Staatsangehörigkeit
**Sterberisiko (Müttersterblichkeit) nichtdeutscher im Vergleich zu deutschen Frauen

sind nochmals beachtliche Fortschritte bei der Senkung der Säuglingssterblichkeit gemacht worden: 2000 verstarben im ersten Lebensjahr insgesamt 4,4 von 1.000 Lebendgeborenen. An diesem Erfolg haben auch die in Deutschland geborenen Kinder ausländischer Mütter Anteil.

Mittlerweile wird eine statistische Untersuchung dieser Entwicklungen durch die Tatsache erschwert, dass die Zahl der Fälle zunimmt, in denen Mutter und Kind eine unterschiedliche Staatsangehörigkeit haben (siehe Abschnitt 2.2.2). Abbildung 3.1.1.1 zeigt zwei deutlich unterschiedliche Sterbeziffern für die ausländischen Säuglinge, je nachdem, ob man die auftretenden Sterbefälle auf 1.000 ausländische Lebendgeborene (d. h. das neugeborene Kind hat eine ausländische Staatsangehörigkeit) oder auf 1.000 Lebendgeborene ausländischer Mütter bezieht. Die Differenz ist besonders hoch für das Jahr 2000, weil seit dem 1. Januar 2000 Neugeborene ausländischer Eltern die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten, wenn ein Elternteil seit mindestens acht Jahren rechtmäßig in Deutschland lebt. Diese Regelung hat die Zahl der Lebendgeborenen mit ausländischer Staatsangehörigkeit statistisch gesehen nahezu halbiert (von 95.216 im Jahr 1999 auf 49.776 im Jahr 2000), sich aber nicht im gleichen Maße auf die Zahl verstorbener ausländischer Säuglinge ausgewirkt. Dies liegt daran, dass in die Zahl verstorbener ausländischer Säuglinge eine größere Zahl von Sterbefällen eingeht, die noch im Vorjahr 1999 – bei Bestehen der alten Regelung – geboren waren. Entsprechend bleibt die Zahl der verstorbenen ausländischen Säuglinge in 2000 noch recht nahe an der Zahl für 1999, die Bezugsbevölkerung »ausländische Lebendgeborene« ist aber gegenüber 1999 aufgrund der oben beschriebenen Änderung der Regelung deutlich geschrumpft. So steigt die Sterbeziffer der ausländischen Säuglinge im Jahr 2000 bezogen auf die ausländischen Lebendgeborenen auf 10,2 je 1.000, bezogen auf die Lebendgeborenen ausländischer Mütter sinkt

sie jedoch auf 3,98. Allerdings ist festzustellen, dass der hohe Wert auch in den Folgejahren erhalten bleibt. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass für diejenigen Säuglinge, die aufgrund kürzerer Aufenthaltszeiten ihrer Eltern in Deutschland nicht unter die Neuregelung fallen, tatsächlich ein erhöhtes Sterberisiko besteht. Ein Monitoring der Säuglingssterblichkeit unter neugeborenen Kindern kürzlich zugewanderter Personen könnte zur Beantwortung dieser Frage beitragen.

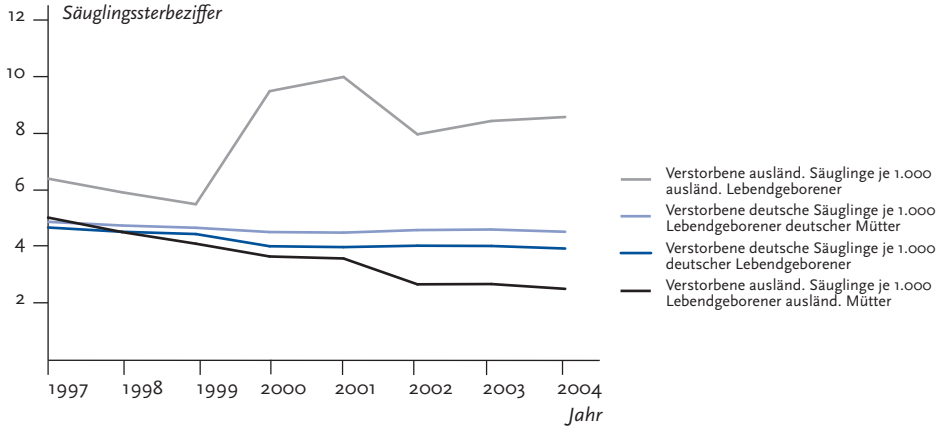
Bei der Interpretation der Säuglingssterbeziffern spielt außerdem eine Rolle, dass die Zahl ausländischer Neugeborener auch in den Jahren vor der Gesetzesnovelle und trotz einer zunehmenden Zahl ausländischer Mütter gesunken ist. Das erklärt sich durch den steigenden Anteil von Kindern aus Ehen zwischen deutschen und ausländischen Staatsangehörigen, die bei der Geburt die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten. Dabei handelt es sich in der Mehrzahl um Ehen zwischen Partnern aus demselben Herkunftsland, von denen sich einer in Deutschland einbürgern ließ [14].

Insgesamt spricht die Tendenz der Mütter- und Säuglingssterblichkeit für eine positive Entwicklung in Richtung der niedrigeren Sterbezahlen der deutschen Frauen und ihrer Neugeborenen. Es zeichnet sich ab, dass sich die Benachteiligung der ausländischen Mütter und Kinder verringert. Die in den 1980-er Jahren noch beobachteten Nachteile fallen nicht mehr primär als Probleme der ausländischen Schwangeren auf, sondern entwickeln sich zu einem schichtspezifischen Problem, das unabhängig von der Staatsangehörigkeit der betroffenen Frauen besteht [15], auch wenn Migrantinnen noch immer relativ häufiger sozial benachteiligten Gruppen angehören [13]. Razum et al. konnten zudem zeigen, dass der Rückgang der Müttersterblichkeit unter den nichtdeutschen Frauen vor allem mit einer Abnahme der Todesfälle in Folge von Fehlgeburten einherging. Dies deutet nach Ansicht der Autoren auf einen verbesserten Zugang zum Gesundheitssystem für nichtdeutsche schwangere Frauen hin [13]. Unterstützungsbedarf besteht demgemäß bei Müttern in einer schwierigen sozialen Lage, unabhängig von deren Herkunft. Sozialraumanalysen bestätigen, dass sich auch die Säuglingssterblichkeit nach der sozialen Lage unterscheidet. In sozial benachteiligten Wohngebieten werden einerseits mehr Kinder geboren, andererseits ist die Sterblichkeit erhöht [16, 17].

3.1.2 Unfallsterblichkeit im Straßenverkehr

Die Zahl der Todesfälle im Straßenverkehr in Deutschland nimmt zwar seit vielen Jahren ab, dennoch gehören Unfälle im Straßenverkehr weiterhin für einzelne Altersgruppen zu den häufigsten Todesursachen. Die Analyse spezifischer Todes-

Abbildung 3.1.1.1
Säuglingssterbeziffern 1997 bis 2004 auf 1.000 Lebendgeborene nach Staatsangehörigkeit der Mutter bzw. des Kindes
Datenbasis: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnung



ursachen, getrennt für ausländische und deutsche Staatsangehörige, unterliegt methodischen Einschränkungen (siehe Abschnitt 3.1), ergibt jedoch für die meisten Todesursachen Hinweise auf eine niedrigere Sterblichkeit der ausländischen Staatsangehörigen im Vergleich zu Deutschen. Dies gilt nicht für tödliche Verkehrsunfälle. Hier liegen die Sterberaten von Deutschen und ausländischen Staatsangehörigen nahe beieinander, wobei in beiden Gruppen das Unfallrisiko der jungen Männer zwischen 15 und 25 Jahren besonders hoch ist [7]. Daten zur Unfallbeteiligung ausländischer Kinder (siehe Abschnitt 4.3.3) legen nahe, dass sich ein ähnliches Sterblichkeitsmuster auch im Vergleich ausländischer und deutscher Kinder findet. Detaillierte Daten liegen aber nicht vor, da aufgrund der unterschiedlichen Altersgruppierungen in den Unfall- bzw. Bevölkerungsstatistiken eine Darstellung dieser Unfalldaten nach Staatsangehörigkeit bisher nicht möglich gewesen ist. Zusammenfassend gibt es derzeit keine gesicherten Hinweise darauf, dass ausländische Staatsangehörige in Deutschland von tödlichen Verkehrsunfällen deutlich stärker betroffen sind als Deutsche. Weitere Analysen nach einzelnen Staatsangehörigkeiten und Altersgruppen sind jedoch notwendig. Für Unfälle bei Autoreisen in die Herkunftsländer liegen bislang keine Daten vor.

3.1.3 Suizid

Suizid ist nach Unfällen die häufigste Todesursache im Jugendalter (14 bis 18 Jahre), wobei regionale Daten nahe legen, dass eine nicht bekannte Zahl von Unfällen ebenfalls einen suizidalen Hintergrund hat [18]. Die Sterblichkeit durch Suizid je 100.000 Personen (Mortalitätsrate) lag in den Altersgruppen unter 45 Jahren in Nordrhein-Westfalen 1990 bis 1994 bei deutschen Staatsangehörigen fast ausnahmslos höher als bei ausländischen Staatsangehörigen [19]. Eine Studie zu Suiziden bei türkischen Staatsangehörigen in Deutschland (1980 bis 1997) zeigte insgesamt eine niedrigere Suizidsterblichkeit als bei Deutschen. Unter Berücksichtigung der Unsicherheit von Aussagen bei kleinen Fallzahlen ergab die Untersuchung jedoch Hinweise auf eine erhöhte Gefährdung von türkischen jungen Frauen unter 18 Jahren. Sie haben eine fast doppelt so hohe Suizidrate wie ihre deutschen Altersgenossinnen (relatives Risiko: 1,8), ihre Rate liegt zudem deutlich über der Rate männlicher türkischer Jugendlicher [20]. Die übrigen relativen Risiken für Suizid der türkischen Staatsangehörigen liegen jeweils unter dem Wert 1, d. h. das Risiko ist geringer als das Risiko Deutscher. Die ermittelten Unterschiede sind statistisch bedeutsam (signifikant) (siehe Tabelle 3.1.3.1). Bei der Berechnung der Risiken wurde die unterschiedliche Altersstruktur der verglichenen Gruppen berücksichtigt (Altersadjustierung).

Die Beurteilung der Suizidsterblichkeit wird durch die Tatsache erschwert, dass für ausländische Staatsangehörige im Alter ab 65 Jahre derzeit keine nach Altersgruppen aufgeschlüsselten Vergleichsdaten vorliegen. Die wenigen vorhandenen Informationen legen nahe, dass das Suizidrisiko unter ausländischen Staatsangehörigen in Deutschland insgesamt eher geringer als das der Deutschen ist. Eine Ausnahme bilden möglicherweise junge türkische Frauen. Um weitere Erkenntnisse zu gewinnen, müssten kürzer zurückliegende Zeiträume, andere Staatsangehörigkeiten sowie Einzelfälle untersucht werden.

Tabelle 3.1.3.1
Altersspezifische Suizidraten pro 100.000 türkische und deutsche Staatsangehörige sowie relative Risiken, 1980 bis 1997
Quelle: Razum et al. [20], eigene Auswertung

Altersgruppe	Männlich					Weiblich				
	Türkisch		Deutsch		RR*	Türkisch		Deutsch		RR*
	Anzahl	Rate**	Anzahl	Rate**		Anzahl	Rate**	Anzahl	Rate**	
10–17 Jahre	58	1,60	3.352	6,11	0,34	74	3,41	991	1,90	1,79
18–64 Jahre	757	7,08	100.494	26,98	0,27	297	3,62	38.481	10,49	0,41

* Altersadjustiertes relatives Risiko von türkischen vs. deutschen Staatsangehörigen, 11 alte Bundesländer
** pro 100.000 türkische bzw. deutsche Staatsangehörige

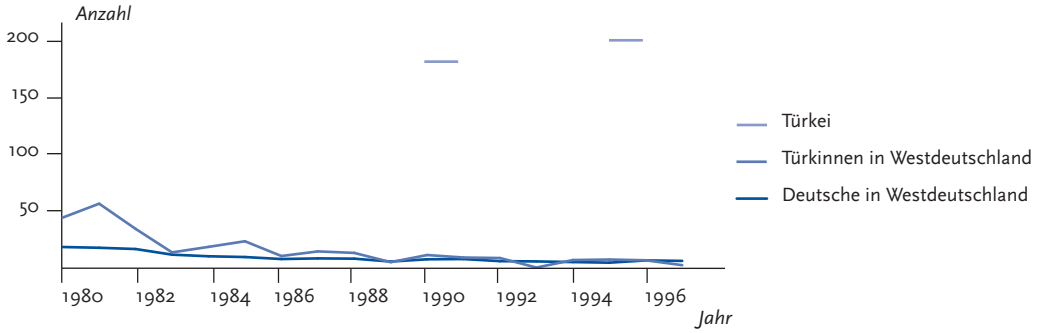
3.1.4 Todesfälle in Folge von Rauschgiftkonsum

Als Todesfälle in Folge von Rauschgiftkonsum gelten alle Todesfälle, die in einem kausalen Zusammenhang mit dem missbräuchlichen Konsum von Betäubungs- oder Ausweichmitteln (Mittel, auf die ausgewichen wird, weil das eigentliche Betäubungsmittel nicht verfügbar ist, z. B. Lösungsmittel) stehen. Darunter fallen insbesondere Sterbefälle infolge von Überdosierung und nach langzeitigem Missbrauch sowie Selbsttötungen aus Verzweiflung über die Lebensumstände oder unter der Einwirkung von Entzugserscheinungen. Im Jahr 2003 verstarben in Deutschland insgesamt 1.477 Personen an den Folgen ihres Rauschgiftkonsums, dies entspricht einer Rate von 1,8 Drogentoten je 100.000 Einwohner [21]. Von 1.451 (98,2 %) der registrierten Drogentoten lagen Angaben zur Staatsangehörigkeit vor. Im Jahr 2003 waren 90 % der Toten deutsche Staatsangehörige. Das Verhältnis von deutschen zu ausländischen Rauschgifttoten von etwa 9 zu 1 ist seit Jahren unverändert geblieben. Bei insgesamt kleinen Zahlen machen türkische Staatsangehörige den größten Anteil der ausländischen Drogentoten aus, gefolgt von Staatsangehörigen aus Italien und aus dem ehemaligen Jugoslawien [21]. Eine Erfassung des Merkmals »Aussiedlerin bzw. Aussiedler« (einschließlich Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler) erfolgt in der Falldatei Rauschgift (FDR) erst seit Beginn des Jahres 2000. Im Jahr 2005 stellten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler 12 % aller registrierten Rauschgifttoten. Damit ist die absolute Zahl (n = 154) gegenüber 2004 um 25 % gestiegen [22]. Auffallend ist das niedrige Durchschnittsalter (2003: 27,4 Jahre) der durch Rauschgiftkonsum verstorbenen (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler (Durchschnittsalter aller registrierten Drogentoten 2003: 33,8 Jahre) [21].

3.1.5 Vergleiche zum Herkunftsland

Vergleiche mit den Daten des Herkunftslandes können wichtige Hinweise zur Interpretation der Mortalität von ausländischen Staatsangehörigen in Deutschland geben (siehe Abschnitt 2.4.2). Leider ist die Todesursachenstatistik in einigen wichtigen Herkunftsländern nicht ausreichend entwickelt, so dass verlässliche Vergleichsdaten nicht zur Verfügung stehen. Internationale Studien zeigen, dass sich das Mortalitätsprofil von zugewanderten Personen nach der Migration von dem des Herkunftslandes entfernt und sich allmählich dem Muster des Ziellandes nähert [23]. Hierbei spielen verschiedene Faktoren eine Rolle, darunter auch die oft unterschiedlichen Lebensbedingungen, die sich z. B. in der Zunahme der Mortalität an chronischen Krankheiten äußern können. Die in manchen Herkunftsländern noch relativ hohe Sterblichkeit infolge von Infektionskrankheiten nimmt in der zugewanderten Bevölkerung ab, ebenso wie die Sterblichkeit an Ursachen, die stark mit dem Ausbau und der Zugänglichkeit des Gesundheitswesens assoziiert sind [24]. Dies lässt sich an Daten zur Müttersterblichkeit aus der Türkei und Deutschland demonstrieren. In der Türkei lag und liegt die Müttersterblichkeit (gemessen als mütterliche Todesfälle je 100.000 Lebendgeborene, siehe Abschnitt 3.1.1) deutlich höher als in Deutschland. Bereits in den frühen Jahren der Migrationsgeschichte hatten türkische Frauen in Deutschland eine im Vergleich zur Türkei deutlich niedrigere Müttersterblichkeit, die allerdings höher als die unter deutschen Frauen war. Mit zunehmender Dauer der Etablierung der türkischen Bevölkerung in Deutschland näherte sich die Müttersterblichkeit derjenigen unter deutschen Frauen; der Rückgang in der Türkei war in gleichem Zeitraum weniger stark ausgeprägt (vgl. Abbildung 3.1.5.1). Türkische Frauen haben demnach durch die Migration nach Deutschland einen erheblichen Teil ihres mütterlichen Risikos in ihrem Herkunftsland »zurückgelassen«. Für die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen ergibt sich ein umgekehrtes Bild: Die Herzinfarktmortalität ist in Bevölkerungen aus dem südlichen Mittelmeerraum deutlich niedriger als in Deutschland [8]. Internationale Studien zeigen, dass »mitgebrachte« niedrige Mortalitätsraten an Herzinfarkt vergleichsweise langsam ansteigen [25, 26, 27].

Abbildung 3.1.5.1
Müttersterblichkeitsquote von deutschen und türkischen Frauen in Westdeutschland sowie Schätzungen für die Türkei
Mütterliche Todesfälle je 100.000 Lebendgeborenen
Quelle: Razum et al. [28]



3.2 Morbidität der ausländischen Bevölkerung in Deutschland

3.2.1 Infektionskrankheiten

Infektionskrankheiten prägen in vielen Herkunftsländern von zugewanderten Personen das Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen in der Bevölkerung. Daten zu Infektionskrankheiten bei zugewanderten Personen geben einerseits Aufschluss darüber, ob und inwieweit Infektionskrankheiten »importiert« werden. Andererseits helfen sie bei der Prävention und bei der Behandlung von erkrankten Personen. Staatsangehörigkeits- bzw. herkunftsspezifische epidemiologische Daten liegen nur für wenige Infektionskrankheiten vor. Daher konzentriert sich die folgende Darstellung auf die Erkrankungen Tuberkulose und HIV/AIDS, die einer gesetzlichen Meldepflicht unterliegen. Ergänzend werden Erkenntnisse zur Infektion mit dem Hepatitis-B-Virus (dem Erreger einer virusbedingten Leberentzündung) sowie dem Bakterium *Helicobacter pylori* erläutert.

Tuberkulose

Die Zahl der Tuberkuloseneuerkrankungen ist in Deutschland seit vielen Jahren rückläufig. Im Jahr 2006 wurden ca. 5.400 neu auftretende Fälle registriert, dabei lag die Neuinfektionsrate bei Männern knapp 1,5-mal so hoch wie bei Frauen. Der Anteil der in Deutschland registrierten Tuberkulosepatientinnen und -patienten mit ausländischer Staatsangehörigkeit lag im Jahr 2006 bei 33,8 % der registrierten Fälle, zu denen Angaben zur Staatsangehörigkeit vorlagen [29]. Dieser hohe Anteil an den Erkrankten macht deutlich, dass ausländische Staatsangehörige überproportional von der Erkrankung betroffen sind, denn ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung ist deutlich geringer (2005: 8,9 %, vgl. Tabelle 2.2.2.1, Unterkapitel 2.2.1). Mit dem neuen Infektionsschutzgesetz wurde im Jahr 2001 eine Untersuchungspflicht für Spätaussiedlerinnen und -aussiedler, Asylsuchende und Flüchtlinge in Gemeinschaftsunterkünften eingeführt. Für Spätaussiedlerinnen und -aussiedler liegen aus den Gesundheitsuntersuchungen in Grenzdurchgangslagern erste Informationen zur Häufigkeit (Prävalenz) vor. Im Jahr 2003 wurden dem für das Grenzdurchgangslager Friedland zuständigen Gesundheitsamt Göttingen 221 Tuberkulosefälle (unter 73.080 Neuzugängen) gemeldet. Hieraus ergibt sich eine Prävalenz von 302 Fällen auf 100.000 Personen [30]. Vergleichende Angaben zur Tuberkuloseprävalenz stehen für die Bevölkerung deutscher Staatsangehörigkeit nicht zur Verfügung. Eine Annäherung erlaubt die Schätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die für das Jahr 2003 die Prävalenz für die Bundesrepublik Deutschland mit 7 Tuberkulosefällen je 100.000 Einwohner angibt. Für Herkunftsländer von Spätaussiedlerinnen und -aussiedler liegen die Angaben deutlich höher. So lag die Prävalenz im Jahr 2005 in der Ukraine bei 135, in der russischen Föderation bei 160 und in Kasachstan bei 153 Tuberkulosefällen je 100.000 Einwohner [31].

Da Tuberkulose eine meldepflichtige Erkrankung ist, lassen sich aus den gemeldeten Erkrankungsfällen Inzidenzen (Raten der Neuerkrankungen innerhalb eines Jahres) berechnen, die regelmäßig vom Robert Koch-Institut (RKI) veröffentlicht werden. Im Jahr 2006 wurden 5.402 Tuberkuloseerkrankungen gemäß Referenzdefinition [29] registriert. Dies entspricht einer Inzidenz von 6,6 Tuberkulosefällen pro 100.000 Einwohner [29]. Die Tuberkuloseinzidenz ausländischer Staatsangehöriger lag mit 24,2 neuen Fällen pro 100.000 Einwohner rund 5,3-mal so hoch wie die der deutschen Staatsangehörigen [29]. Dieser Unterschied im Erkrankungsrisiko ist gegenüber dem Vorjahr (Faktor 5,4) etwa gleich geblieben. Auffallend sind Unterschiede in der Altersverteilung bei deutschen und ausländischen Staatsangehörigen. So weisen die aus dem Ausland stammenden Erkrankten eine wesentlich jüngere Altersstruktur auf als die Deutschen (Altersmedian: 34 Jahre vs. 56 Jahre). Die Abbildungen 3.2.1.1 und 3.2.1.2 stellen die alters- und geschlechtsspezifischen Inzidenzen unter ausländischen und deutschen Staatsangehörigen vergleichend dar.

Für die Neuerkrankungen an Tuberkulose stehen auch Informationen zum Geburtsland der Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Im Jahr 2006 waren die Türkei (6,7 % aller Neuerkrankten mit Angaben zum Geburtsland), die Russische Föderation (4,0 %) und Serbien (2,5 %) die häufigsten Geburtsländer ausländischer Tuberkulosepatientinnen und -patienten. Das Risiko, an Tuberkulose zu erkranken, ist wahrscheinlich auch unter bereits vor längerer Zeit eingewanderten Arbeitsmigrantinnen und -migranten erhöht. Von den Tuberkulosepatientinnen und -patienten, die im europäischen Ausland und der Türkei geboren und im Jahr 2000 als neu erkrankt gemeldet wurden, lebten deutlich mehr als die Hälfte schon länger als 10 Jahre in Deutschland (Ausnahme: ehemaliges Jugoslawien) [32]. Verschiedene Faktoren wirken hier vermutlich zusammen: Eine Erstinfektion, die möglicherweise bereits in der Kindheit erfolgte, und die soziale Lage, die z. B. durch beengte Wohnverhältnis und qualitativ mangelhafte Ernährung das Infektionsrisiko erhöht und die allgemeine Abwehrlage schwächt. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sowohl die Prävalenz der Tuberkulose als auch das Neuerkrankungsrisiko bei ausländischen Staatsangehörigen sowie bei Spätaussiedlerinnen und -aussiedlern deutlich höher als in der einheimischen Bevölkerung ist. Zudem ist bedeutsam, dass unter im Ausland geborenen Patientinnen

Abbildung 3.2.1.1
Tuberkulose-Inzidenz pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und Geschlecht bei deutscher Staatsangehörigkeit 2006 (n = 3.442)
Quelle: Robert Koch-Institut [29]

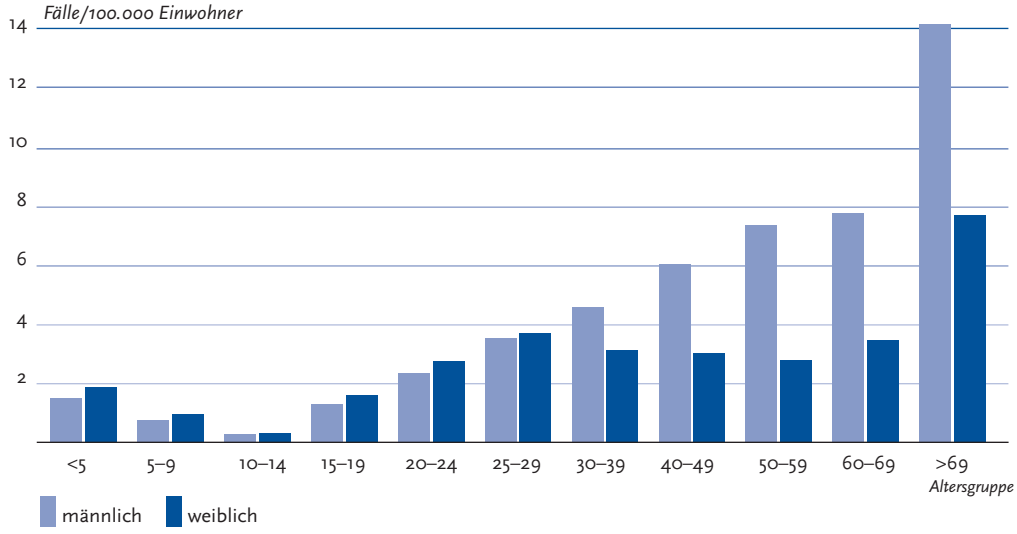
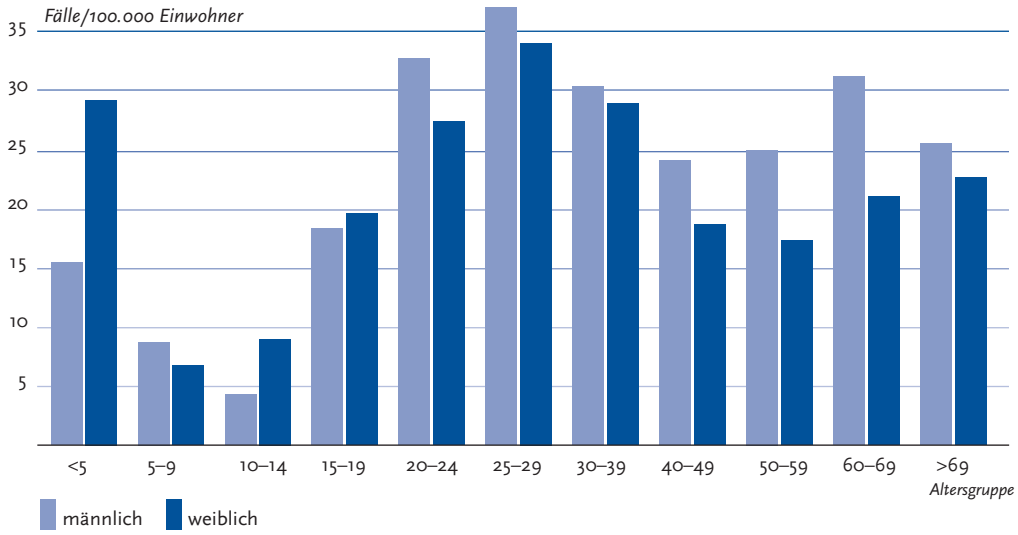


Abbildung 3.2.1.2
Tuberkulose-Inzidenz pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und Geschlecht bei ausländischer Staatsangehörigkeit 2006 (n = 1.754)
Quelle: Robert Koch-Institut [29]



und Patienten deutlich häufiger Resistenzen gegen Tuberkulosemedikamente beobachtet werden als bei deutschen Erkrankten [29]. Dabei ist insbesondere die alarmierende Resistenzentwicklung in Osteuropa aufgrund der geografischen Nähe zu Deutschland und der Zuwanderung aus dieser Region bedeutsam. Das deutlich höhere Erkrankungsrisiko sowie die besonderen Aspekte des Krankheitsverlaufs bei Menschen mit Migrationshintergrund legen nahe, dass sie auch in Zukunft eine wichtige Zielgruppe für Aktivitäten der Gesundheitsdienste zur Kontrolle der Tuberkulose sein werden.

HIV/AIDS

Seit 1982 werden Berichte über AIDS-Erkrankungs- und Todesfälle von Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland in einem zentralen Fallregister am RKI zusammengetragen und ausgewertet. Bei diesen Berichten handelt es sich um freiwillige Meldungen durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Aufgrund der verbesserten antiretroviralen Therapien kommt es seit 1996 zu einer immer späteren Manifestation der Erkrankungen, die für AIDS typisch sind. Der Wert der freiwilligen AIDS-Fallmeldungen zur Abschätzung des aktuellen epidemiologischen Geschehens der HIV/AIDS-Epidemie in Deutschland ist daher etwas eingeschränkt. Sie liefern aber eine gute Grundlage zur Bewertung der medizinischen Versorgungssituation HIV-positiver Menschen, da Personen mit klinischen Manifestationen erfasst werden. Die Gesamtzahl der AIDS-Fälle von den ersten Erkrankungs- und Todesfällen bis zum Ende des Jahres 2006 wird vom RKI auf insgesamt 32.500 geschätzt [33]. Die dem Fallregister gemeldeten AIDS-Fälle verteilen sich jeweils auf ca. 130 verschiedene Staatsangehörigkeiten. Insgesamt sind 26,1 % der in den Jahren 2001 bis 2006 gemeldeten AIDS-Erkrankten nichtdeutscher Nationalität.

Neben dem Fallregister existiert ein weiteres wichtiges Instrument zur Überwachung der HIV/AIDS-Epidemie, die HIV-Labormeldepflicht. Seit 1987 muss die Diagnose einer HIV-Infektion gemäß Labormeldepflicht bzw. seit 2001 gemäß Infektionsschutzgesetz §7 (3) von dem diagnostizierenden Labor anonym an das RKI gemeldet werden. Als migrationsspezifische Merkmale werden dabei das Herkunftsland der Patientin bzw. des Patienten sowie das vermutete Infektionsland erhoben. Unter den in den Jahren 2001 bis 2006 neu mit HIV diagnostizierten Personen sind 34,1 % nichtdeutscher Herkunft. Wie sich der Anteil der Personen ausländischer

Herkunft an den in Deutschland diagnostizierten HIV-Infizierten im Laufe der Jahre entwickelt hat, lässt sich aufgrund methodischer Probleme nicht genau beziffern.

Im Hinblick auf ein möglicherweise bestehendes spezielles Infektionsrisiko wird im Rahmen der Meldung von HIV-Neudiagnosen auch erhoben, ob die gemeldete Person aus einem Hochprävalenzland (HPL; über 1% der Allgemeinbevölkerung ist HIV-infiziert) stammt. Der Anteil der Personen aus HPL an den HIV-Neudiagnosen sank vom Jahr 2002 an kontinuierlich von 20,4% auf 11,7% im Jahr 2006. Dies ist hauptsächlich auf einen Anstieg der Gesamtzahl der HIV-Neudiagnosen in diesem Zeitraum zurückzuführen, der vorwiegend in der Risikogruppe von Männern stattfand, die Sex mit Männern haben (MSM). Die absoluten Zahlen von Neudiagnosen bei Personen aus HPL bewegen sich auf annähernd gleich bleibendem Niveau von etwa 350 Fällen pro Jahr. Mit Blick auf alle im Jahr 2006 in Deutschland lebenden Personen mit HIV/AIDS (geschätzte 56.000 Personen [33]) betrug der Anteil von Personen aus HPL ca. 13,4%.

Bei der Einschätzung der HIV-Neudiagnosen bei Menschen mit Migrationshintergrund ist zu berücksichtigen, dass sie möglicherweise nicht in gleichem Maße wie Deutsche ohne Migrationshintergrund Zugang zur HIV-Testung haben bzw. Gebrauch von dieser machen. Gründe dafür können kulturelle Unterschiede im Krankheits- und Gesundheitsverhalten sowie spezifische Muster der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sein. Aufgrund dessen ist anzunehmen, dass ein Teil der Menschen mit Migrationshintergrund erst in fortgeschrittenem Erkrankungsstadium von ihrer HIV-Infektion erfährt. Obwohl die Mehrzahl der HIV-Infektionen bei Personen aus HPL mit hoher Wahrscheinlichkeit in den Herkunftsländern erworben wurde, werden auch in Deutschland in dieser Gruppe neue HIV-Infektionen in einer unbekannten Größenordnung übertragen. Unbekannt ist auch, wie groß der Anteil der in Deutschland mit HIV diagnostizierten Personen ausländischer Herkunft ist, die Deutschland nach ihrer HIV-Diagnose wieder verlassen.

Vor dem Hintergrund der berichteten Daten steht die HIV/AIDS-Prävention vor der Aufgabe, Menschen mit Migrationshintergrund intensiver über die Präventions- und Therapiemöglichkeiten von HIV und AIDS zu informieren und präventive Angebote auf primärer wie sekundärer Ebene auf ihre speziellen Bedürfnisse abzustimmen.

Hepatitis B

Die virusbedingte Leberentzündung (Hepatitis) vom Typ B wird durch Blut und andere Körperflüssigkeiten übertragen und kann zu chronischen Verläufen sowie zu Leberkrebs führen. In Deutschland haben 5% bis 8% der Gesamtbevölkerung eine Hepatitis-B-Infektion durchgemacht, 0,4% bis 0,8% sind Virusträger. In vielen Herkunftsländern von zugewanderten Personen ist die Infektion mit dem Hepatitis-B-Virus stärker verbreitet [34]. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die an das Robert Koch-Institut gemeldeten Neuerkrankungen eine Untererfassung darstellen, weil die Erkrankung symptomarm verlaufen kann. Laborwerte aus größeren Studien (seroepidemiologische Daten) als Basis für Aussagen zur Prävalenz in einzelnen Bevölkerungsgruppen stehen in Deutschland nicht zur Verfügung. Aufgrund der höheren Hepatitisrisiken in den Herkunftsländern von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern sowie anderen zugewanderten Personen liegt es nahe, von einem überproportionalen Anteil dieser Gruppen an den infizierten Personen insgesamt auszugehen [35].

Helicobacter pylori

Eine Infektion mit dem Bakterium *Helicobacter pylori (H. pylori)* führt zu chronischer Magenentzündung (Gastritis), zu Geschwürsbildungen (Ulkuserkrankungen) und ist mit Krebserkrankungen des Magens assoziiert. Die Prävalenz der Infektion bei Erwachsenen weist weltweit je nach Hygienestatus erhebliche Schwankungen auf. In manchen weniger entwickelten Ländern sind über 80% der Erwachsenen mit *H. pylori* infiziert [36]. In Deutschland fanden Rothenbacher et al. 1996 und 1997 in Ulm unter türkischen Vorschulkindern und solchen aus osteuropäischen Ländern eine *H. pylori*-Prävalenz von über 40%. Ihre Eltern wiesen noch wesentlich höhere Prävalenzwerte auf (55% bis 86%). Die Prävalenz bei deutschen Kindern lag hingegen deutlich niedriger (5% bis 6%), bei den deutschen Eltern betrug sie ca. ein Viertel [37]. Somit muss in betroffenen Gruppen mit einer erhöhten Erkrankungshäufigkeit für Gastritis und Magenkrebs gerechnet werden.

3.2.2 Krankheitsspektrum in der ambulanten Versorgung und Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen

Regelmäßig erhobene Statistiken über das Krankheitsspektrum in der ambulanten Versorgung, die eine Unterscheidung nach Migrationshintergrund der Patientinnen und Patienten bzw. Versicherten treffen, stehen nicht zur Verfügung. Aus den wenigen vorliegenden neueren Erhebungen, die eine solche Unterscheidung zulassen, werden hier hauptsächlich drei umfassende Untersuchungen herangezogen, die einen Überblick über die Thematik ermöglichen:

- die Statistik der Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen des BKK-Bundesverbandes [38], die 2.218.628 deutsche und 231.279 nichtdeutsche beschäftigte Pflichtmitglieder umfasst
- eine Auswertung der Begutachtungen zur Arbeitseinsatzfähigkeit nach dem Bundessozialhilfegesetz [39] des Gesundheitsamtes Bremen 2002–2004, bei der 97 Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und 171 in Deutschland geborene Patientinnen und Patienten verglichen wurden
- die Praxisstudie »Besuchsanlässe des Hausarztes« [40], die 637 deutsche und 253 türkische Patientinnen und Patienten im Alter unter 60 Jahre einbezog.

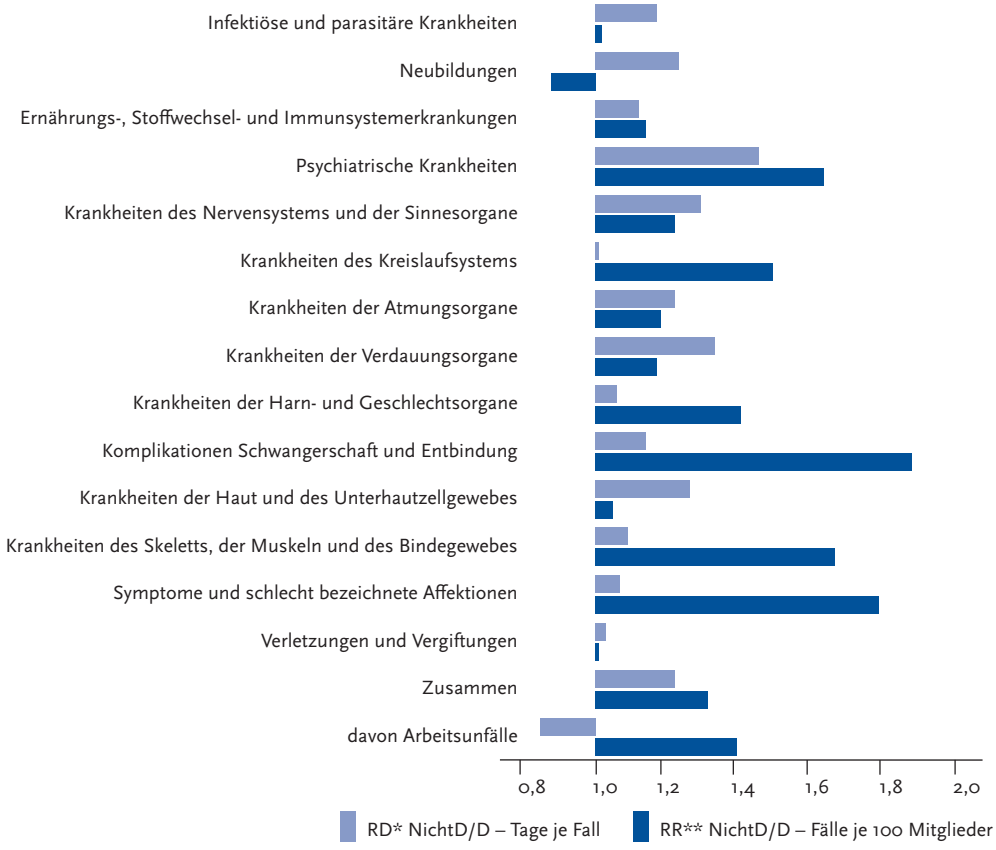
An erster Stelle der Diagnosen stehen in der BKK-Statistik und der Praxisstudie sowohl für ausländische als auch für deutsche Staatsangehörige die Krankheiten der Atmungsorgane, gefolgt von Krankheiten des Bewegungsapparates und der Verdauungsorgane. In der Hausarztstudie klagen türkische Patientinnen und Patienten signifikant häufiger über Schmerzen, speziell Kopfschmerzen, als deutsche [40]. In einer neueren Studie in Notfallambulanzen Berlins gaben deutlich mehr ausländische als deutsche Patientinnen und Patienten eine hohe Zahl von Schmerzregionen (mehr als fünf) an, und auch die Schmerzstärke war bei den ausländischen Patientinnen und Patienten höher (Ausnahme: Frauen unter 50 Jahre) [41]. Bei den Begutachtungen des Gesundheitsamtes Bremen standen Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes an erster Stelle der Diagnosen in beiden Patientengruppen, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen bei den deutschen Patientinnen und Patienten. Bezüglich der für diese Auswertung untersuchten Personen ist allerdings anzumerken, dass es sich um eine ausgewählte Gruppe von Patientinnen und Patienten handelte, die Hilfe zum Lebensunterhalt erhielten und in diesem Zusammenhang amtsärztlich begutachtet wurden [39].

1997 verglich der Bundesverband der Betriebskrankenkassen in einer Sonderauswertung die Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU-Daten) der versicherten Mitglieder nach Staatsangehörigkeit. Auf je 100 deutsche Mitglieder entfielen (standardisiert auf Vollzeitbeschäftigte) 118,9 AU-Fälle mit durchschnittlich 14,2 AU-Tagen je Fall, während für Nichtdeutsche 157,7 Fälle mit durchschnittlich 16,7 AU-Tagen je Fall verzeichnet wurden [38]. Hinsichtlich der Verteilung nach Wirtschaftszweigen sind die Unterschiede nach Staatsangehörigkeit bei den qualifizierten Dienstleistungen (Banken, Versicherungen, fachliche Dienstleistungen) gering; sie sind besonders hoch in den öffentlichen Verwaltungsbetrieben, während die verarbeitenden Branchen im Mittelfeld liegen. Bezogen auf die einzelnen Berufe ist die höchste AU-Häufigkeit bei den Deutschen für Reinigungsberufe und für Bauhilfsarbeiter, bei den Nichtdeutschen für alle Bauberufe, die Ernährungs- und die Reinigungsberufe festzustellen [38]. In allen Berufen bleibt jeweils ein Abstand zu Ungunsten der nichtdeutschen Versicherten erhalten.

Die Krankheitslast (gemessen als Arbeitsunfähigkeitstage) liegt bei nichtdeutschen Versicherten bezüglich bestimmter Diagnosegruppen deutlich höher als bei deutschen Versicherten. Zu den betreffenden Diagnosegruppen gehören Krankheiten des Skelettsystems, der Muskeln und des Bindegewebes, psychiatrische Erkrankungen, unklar bezeichnete Krankheiten, aber auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt (vgl. Abbildung 3.2.2.1 und 3.2.2.2). Die größten Unterschiede bei den Arbeitsunfähigkeitstagen pro Fall finden sich bei den psychiatrischen Erkrankungen im Vergleich zwischen nichtdeutschen und deutschen Frauen. Bei den Männern sind die Unterschiede am deutlichsten ausgeprägt für die Erkrankungen des Verdauungssystems sowie die Störungen des

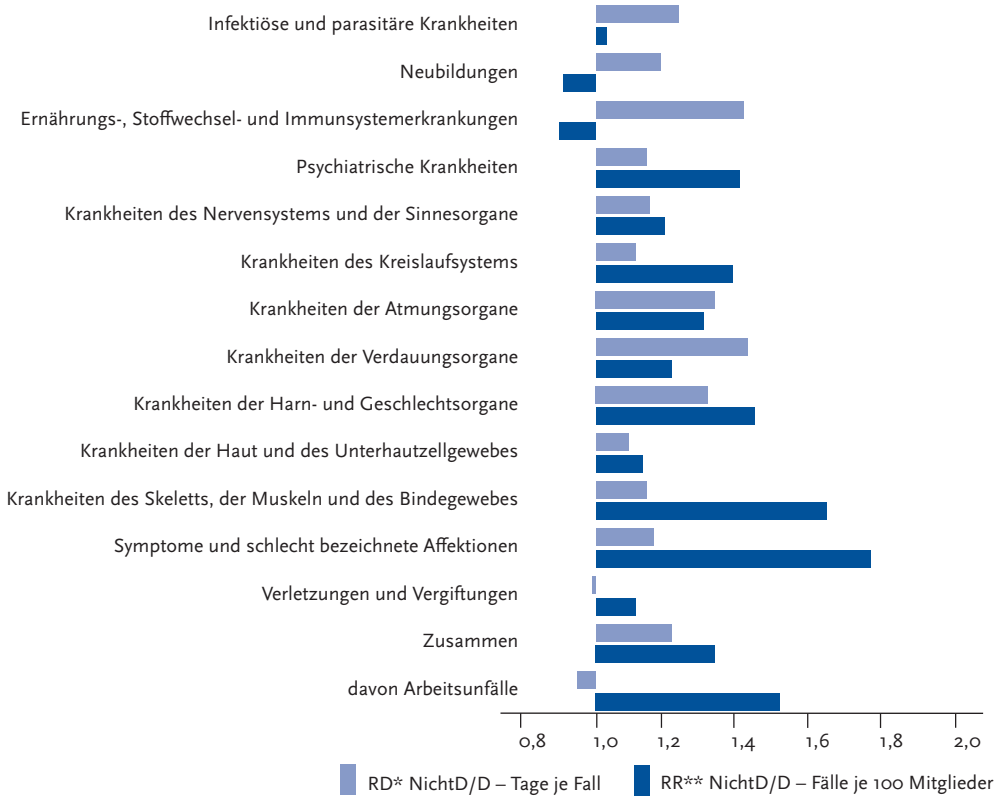
Ernährungs-, Stoffwechsel- und Immunsystems. Umfassende Erklärungsansätze hierfür liegen nicht vor, ein Zusammenspiel von kulturell bedingten Faktoren und solchen, die mit dem Versorgungssystem zusammenhängen, erscheint jedoch wahrscheinlich. Neubildungen werden bei nichtdeutschen Versicherten seltener als Ursache für eine Arbeitsunfähigkeit registriert. Arbeitsunfälle hingegen sind bei ihnen eine häufigere Ursache (siehe dazu Abschnitt 3.2.5).

Abbildung 3.2.2.1
Relatives Risiko einer Arbeitsunfähigkeit (RR) und relative Dauer einer Arbeitsunfähigkeit (RD) der nichtdeutschen verglichen mit deutschen beschäftigten Pflichtversicherten der BKK nach Diagnosegruppen, Frauen, 1997
Quelle: Bundesverband der Betriebskrankenkassen 1997 [38], eigene Auswertung



* berechnet als Quote der durchschnittlichen AU-Dauer in Tagen bei nichtdeutschen (NichtD) im Vergleich zu deutschen (D) Pflichtversicherten
** berechnet als Quote der AU-Fälle je 100 Mitglieder pro Jahr bei nichtdeutschen (NichtD) im Vergleich zu deutschen (D) Pflichtversicherten

Abbildung 3.2.2.2
Relatives Risiko einer Arbeitsunfähigkeit (RR) und relative Dauer einer Arbeitsunfähigkeit (RD) der nichtdeutschen verglichen mit deutschen beschäftigten Pflichtversicherten der BKK nach Diagnosegruppen, Männer, 1997
Quelle: Bundesverband der Betriebskrankenkassen 1997 [38], eigene Auswertung



* berechnet als Quote der durchschnittlichen AU-Dauer in Tagen bei nichtdeutschen (NichtD) im Vergleich zu deutschen (D) Pflichtversicherten
** berechnet als Quote der AU-Fälle je 100 Mitglieder pro Jahr bei nichtdeutschen (NichtD) im Vergleich zu deutschen (D) Pflichtversicherten

3.2.3 Krankenstand laut Mikrozensus

Einen Vergleich des Krankenstandes von deutschen und nichtdeutschen Staatsangehörigen ermöglicht der Mikrozensus. Diese jährliche, bundesweit repräsentative Stichprobe von 1% aller Haushalte liefert Daten zu erwerbsstatistischen und soziodemografischen Merkmalen der 18-jährigen und älteren Bevölkerung in Deutschland. Fragen zur Gesundheit werden alle vier Jahre gestellt. Gegenwärtig nehmen ca. 830.000 Personen in 390.000 Haushalten teil. Für die folgenden Analysen wurden Daten aus den Jahren 1995, 1999, 2003 und 2005 verwendet. Im Mikrozensus wird erfragt, ob in den letzten vier Wochen vor der Befragung eine Krankheit auftrat. Der berechnete Krankenstand stützt sich also auf Selbstangaben der Befragten. Die Ergebnisse zeigen, dass der Anteil der Kranken an allen Befragten (Krankenquote) der nichtdeutschen Bevölkerung sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen fast durchweg unter dem der Deutschen liegt. Bei den deutschen Frauen ist die mittlere Krankenquote (2005: 13,1%) höher als die der Männer (2005: 11,6%). Die Krankenquote der nichtdeutschen Frauen liegt hingegen mit 10,2% (2005) nahe an der Quote der nichtdeutschen Männer (9,7%). Bei Aufschlüsselung nach Altersgruppen – bedeutsam wegen der bekannten Zunahme des Krankenstandes mit steigendem Alter – werden Abweichungen von diesem Muster deutlich, wie Tabelle 3.2.3.1 zeigt.

Tabelle 3.2.3.1
Krankenquote nach Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeit 1995, 1999, 2003 und 2005
Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 1995, 1999, 2003 und 2005, eigene Auswertung

Befragungsjahr		Männer		Frauen	
	Altersgruppe	Deutsche	Nichtdeutsche*	Deutsche	Nichtdeutsche*
1995					
	< 15 Jahre	6,6%	5,2%	5,9%	4,6%
	15–39 Jahre	6,4%	6,7%	7,3%	6,6%
	40–64 Jahre	12,2%	14,9%	12,0%	13,1%
	65 und älter	23,0%	–	25,3%	–
	gesamt	**10,7%**	**9,0%**	**12,5%**	**8,4%**
1999					
	< 15 Jahre	4,7%	–	4,5%	–
	15–39 Jahre	5,4%	5,5%	5,9%	–
	40–64 Jahre	10,7%	12,1%	10,5%	10,6%
	65 und älter	21,5%	–	22,3%	–
	gesamt	**9,6%**	**7,4%**	**10,8%**	**6,9%**
2003					
	< 15 Jahre	5,0%	–	4,3%	–
	15–39 Jahre	5,3%	–	6,4%	–
	40–64 Jahre	10,8%	12,9%	10,6%	13,5%
	65 und älter	21,1%	–	22,8%	–
	gesamt	**9,9%**	**8,3%**	**11,3%**	**8,0%**
2005					
	< 15 Jahre	9,9%	–	9,6%	–
	15–39 Jahre	7,6%	6,9%	8,8%	6,9%
	40–64 Jahre	11,2%	13,4%	11,4%	14,8%
	65 und älter	20,5%	18,6%	22,6%	23,8%
	gesamt	**11,6%**	**9,7%**	**13,1%**	**10,2%**

* keine deutsche Staatsangehörigkeit
– keine Angaben, da Zahlenwerte statistisch nicht sicher genug

Das in den früheren Jahren überwiegende Muster einer niedrigeren Krankenquote bei nichtdeutschen Frauen gegenüber nichtdeutschen Männern zeigt sich im Mikrozensus 2005 (in der mittleren Altersgruppe schon seit 2003) nicht mehr: Nichtdeutsche Frauen haben in allen Altersgruppen gleich hohe oder höhere Krankenquoten als nichtdeutsche Männer. Die Krankenquoten der nichtdeutschen Frauen und Männer in der Altersgruppe der 40- bis 64-Jährigen liegen in allen, in Tabelle 3.2.3.1 aufgeführten Jahren über denen der deutschen Frauen und Männer. Mögliche Erklärungen für diese erhöhte Krankenquote der nichtdeutschen Personen im erwerbstätigen Alter liegen in einer erhöhten Arbeitsbelastung oder einem erhöhten Unfallrisiko am Arbeitsplatz (siehe Abschnitt 3.2.5).

Ein ähnliches Muster ergibt sich, wenn anhand der Daten des Mikrozensus 2005 nach dem Migrationsstatus differenziert wird. Personen mit Migrationshintergrund waren in den letzten vier Wochen vor der Befragung zu einem geringeren Anteil krank als Personen ohne Migrationshintergrund (10,3 % vs. 12,5 %). In beiden Gruppen haben Frauen im Mittel eine höhere Krankenquote als Männer, wobei der Unterschied mit 1,6 Prozentpunkten bei der Gruppe ohne Migrationshintergrund größer ausfällt als bei der Gruppe mit Migrationshintergrund (0,7 Prozentpunkte). Nach Altersgruppen stratifiziert wird deutlich, dass der geringere Krankenstand bei Menschen mit Migrationshintergrund durch die verhältnismäßig große Gruppe der Personen unter 45 Jahren zu Stande kommt, die zu geringeren Anteilen krank sind als Menschen ohne Migrationshintergrund aus der gleichen Altersgruppe. Die Werte kehren sich – analog zum obigen Vergleich nach Staatsangehörigkeit – in der Gruppe der 45- bis 64-Jährigen wieder um. Der Krankenstand von Menschen mit Migrationshintergrund ist hier höher als bei Menschen ohne Migrationshintergrund [42].

3.2.4 Unfallverletzungen laut Mikrozensus

Unfälle tragen in einigen Altersgruppen erheblich zur Krankheitslast bei. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sind dabei besondere Risikogruppen [43]. Speziell für Verkehrsunfälle erscheinen höhere Unfallrisiken bei Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund der Wohnsituation in verkehrsreichen Innenstädten plausibel (vgl. Abschnitt 3.1.2), belastbare Daten für eine differenzierte Betrachtung fehlten bisher jedoch. Eine vergleichende Darstellung der Unfallquoten (Anteil der Verunfallten an allen Befragten) von Deutschen und Nichtdeutschen nach Geschlecht ist auf der Basis der Daten der Mikrozensen 1995, 1999, 2003 und 2005 möglich. Im Mikrozensus werden Unfälle analog zu Erkrankungen erhoben, es handelt sich also um Selbstangaben zu Unfallverletzungen in den letzten vier Wochen vor der Befragung. Tabelle 3.2.4.1 stellt die Angaben zu Unfallverletzungen für alle Altersgruppen gemeinsam dar. Die Unfallquote ist insgesamt rückläufig. Während deutsche und nichtdeutsche Männer in etwa vergleichbar hohe Unfallquoten aufweisen, liegen die Werte der nichtdeutschen Frauen generell niedriger als die der deutschen Frauen. Frauen geben unabhängig von der Staatsangehörigkeit weniger Unfallverletzungen als Männer an.

Ein generell höheres Risiko für Unfallverletzungen bei nichtdeutschen Staatsangehörigen lässt sich aus den Daten des Mikrozensus nicht ableiten. Weitere Vergleiche zwischen ausländi-

Tabelle 3.2.4.1
Unfallquote nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit 1995, 1999, 2003 und 2005
Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 1995, 1999, 2003 und 2005, eigene Auswertung

Befragungsjahr	Männer		Frauen	
	Deutsche	Nichtdeutsche*	Deutsche	Nichtdeutsche*
1995	1,2 %	1,2 %	0,8 %	0,4 %
1999	0,8 %	0,6 %	0,6 %	0,3 %
2003	0,8 %	0,7 %	0,6 %	0,4 %
2005	0,7 %	0,6 %	0,5 %	0,2 %

* keine deutsche Staatsangehörigkeit

schen Staatsangehörigen und Deutschen, z. B. nach sozioökonomischem Status oder Altersgruppen, liegen derzeit nicht vor. Betrachtet man die Unfallquoten aus dem Mikrozensus 2005 nicht differenziert nach Staatsangehörigkeit, sondern für Menschen mit vs. Menschen ohne Migrationshintergrund, so zeigen sich ähnliche Ergebnisse wie in Tabelle 3.2.4.1 [42].

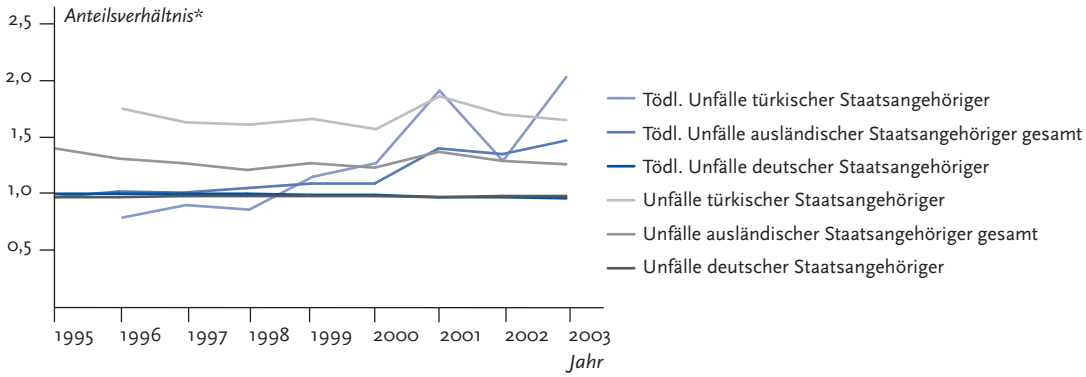
3.2.5 Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

Daten zu Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten können als Indikatoren einer berufsbedingten gesundheitlichen Belastung interpretiert werden. Hierzu liegen Angaben aus der Arbeitsunfallstatistik des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung sowie die im Abschnitt 3.2.2 verwendete Sonderauswertung des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen von 1997 vor [38].

Die Arbeitsunfallstatistik des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung deutet auf ein erhöhtes Arbeitsunfallrisiko für ausländische Beschäftigte hin. Dies gilt insbesondere für türkische Staatsangehörige. Grundlage für diese Aussage sind vergleichende Betrachtungen des Anteils der verschiedenen Bevölkerungsgruppen (deutsche, nichtdeutsche und türkische Staatsangehörige) an den bei Berufsgenossenschaften gemeldeten Arbeitsunfällen mit dem Anteil der jeweiligen Bevölkerungsgruppe an den insgesamt sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Die statistische Basis der Registrierung ist allerdings nicht identisch. Die Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten umfasst nur versicherungspflichtige Arbeiter und Angestellte in den gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherungen sowie Beitragspflichtige nach dem Arbeitsförderungsgesetz, nicht aber Beamtinnen/Beamte, Selbstständige und mithelfende Familienangehörige. Letztere können jedoch Mitglied der berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherung sein und somit zur Zahl der berichteten Arbeitsunfälle beitragen. Die Erwerbstätigenstatistik als mögliche alternative Vergleichsgröße erfasst zwar Selbstständige und mithelfende Familienangehörige, jedoch sind nicht alle Erwerbstätigen Mitglieder der berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherung. Darüber hinaus liegen nicht zu allen untersuchten Bevölkerungsgruppen Daten zur Erwerbstätigkeit vor.

Um einen genaueren Überblick über die Verteilung der Arbeitsunfälle in den genannten Bevölkerungsgruppen zu erhalten, wurden für die Abbildung 3.2.5.1 die Anteilsverhältnisse der Bevölkerungsgruppen an den Arbeitsunfällen und den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten für die Jahre 1995 bis 2003 berechnet. Ein Anteilsverhältnis mit einem Wert über 1 bedeutet, dass diese Bevölkerungsgruppe überproportional betroffen ist. Die Wahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten anstatt der Erwerbstätigen als Vergleichsgröße (s. o.) führt zu einer geringen Erhö-

Abbildung 3.2.5.1
Anteilsverhältnis der jeweiligen Bevölkerungsgruppe an Arbeitsunfällen, 1995 bis 2003
Datenbasis: [44, 45, 46], eigene Auswertung



* Anteil der Unfälle bzw. tödlichen Unfälle einer Bevölkerungsgruppe geteilt durch den Anteil der jeweiligen Bevölkerungsgruppe an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

hung der Anteilsverhältnisse der ausländischen Staatsangehörigen.

Ausländische, und darunter in besonderem Maße türkische Beschäftigte, sind demnach deutlich stärker von Arbeitsunfällen betroffen als deutsche Beschäftigte. Allerdings nehmen die Anteilsverhältnisse bei beiden Gruppen von 1995 bis 2000 tendenziell ab. Tödliche Arbeitunfälle finden sich bei den ausländischen Beschäftigten insgesamt und bei der Untergruppe der türkischen Beschäftigten bis 1998 nicht mit überproportionaler Häufung. Für die Jahre 1999 und 2000 finden sich allerdings Hinweise auf eine Häufung von tödlichen Arbeitsunfällen bei türkischen Beschäftigten.

Auch die Sonderauswertung der Betriebskrankenkassen von 1997 bestätigt, dass ausländische Versicherte, und darunter insbesondere türkische Staatsangehörige, eine höhere Arbeitsunfallrate haben als Deutsche [38]. Allerdings ist die Krankheitsdauer pro Fall bei Nichtdeutschen kürzer als bei deutschen Staatsangehörigen (vgl. Tabelle 3.2.5.1).

Ausländische Beschäftigte verrichten häufiger Tätigkeiten, die ein erhöhtes Unfallrisiko aufweisen. Das Unfallrisiko ist besonders hoch bei körperlichen Tätigkeiten mit beweglichen Arbeitsgeräten, z. B. im Baugewerbe, in der Landwirtschaft, bei Hilfs- und Nebentätigkeiten für den Verkehr sowie bei gering qualifizierten Tätigkeiten in der verarbeitenden Industrie [47]. In diesen Bereichen ist der Anteil der ausländischen Staatsangehörigen höher als im Durchschnitt aller Wirtschaftszweige. Er beträgt z. B. 13 % in der Landwirtschaft und im Bauhauptgewerbe, 11 % im gesamten verarbeitenden Gewerbe, aber 14 % in der Eisen- und Stahlerzeugung und 21 % in Gießereien [48]. Einzelanalysen des Unfallhergangs weisen auf mangelnde Verständigung als eine wichtige Unfallursache hin. Damit sind nicht nur geringe Deutsch- oder Technikkenntnisse gemeint, die dazu führen, dass gefährdete Personen warnende Zurufe falsch oder zu spät verstehen, sondern auch die mangelnde Unterrichtung über Gefahren und über Arbeitsschutzmittel. Auch eine unzureichende Einweisung in die Arbeitstätigkeit und die Handhabung der Arbeitsgeräte oder risikoreiche Arbeitsaufträge und Anordnungen können zu erhöhten Unfallrisiken beitragen. Insbesondere fachlich nicht ausgebildete Arbeiter, die erst seit kurzer Zeit an dem Arbeitsplatz tätig sind, haben ein höheres Unfallrisiko [27, 49].

Türkische Beschäftigte sind überproportional von berufsbedingten Krankheiten betroffen. Dies zeigen Daten der Berufsgenossenschaften zu anerkannten Berufserkrankungen. Analog zur Abbildung 3.2.5.1 stellt Abbildung 3.2.5.2 das Anteilsverhältnis der Bevölkerungsgruppen an den Berufskrankheiten und den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten für die Jahre 1995 bis 2000 dar.

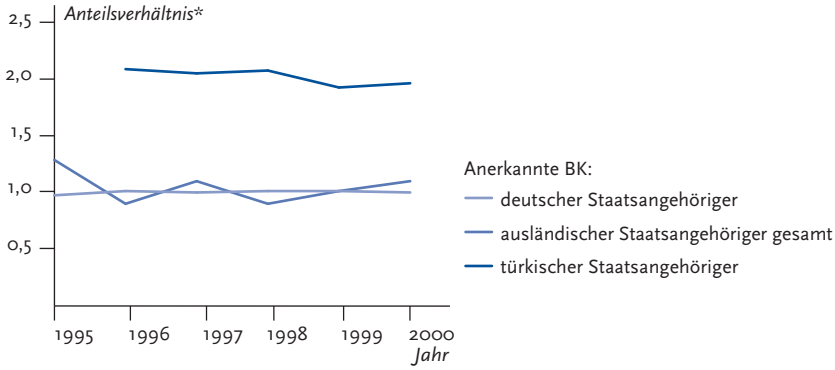
Bei den anerkannten Berufskrankheiten schwankt das Anteilsverhältnis bei den ausländ-

Tabelle 3.2.5.1
Arbeitsunfähigkeit durch Arbeitsunfälle bei Versicherten der BKK nach Staatsangehörigkeit, 1997
Quelle: Bundesverband der Betriebskrankenkassen 1997 [38], eigene Auswertung

	Deutsche	Nichtdeutsche*	Türkisch
absolute Fallzahlen			
Männer	82.051	14.642	7.540
Frauen	18.899	1.949	685
gesamt	**100.950**	**16.591**	**8.225**
Fälle je 100 Mitglieder			
Männer	5,9	8,6	9,7
Frauen	2,3	3,2	3,6
gesamt	**4,6**	**7,2**	**8,5**
Krankheitstage je Fall			
Männer	18,2	17,2	16,3
Frauen	20,9	17,7	18,2
gesamt	**18,7**	**17,3**	**16,4**

* keine deutsche Staatsangehörigkeit (inklusive türkische Staatsangehörige)

Abbildung 3.2.5.2
Anteilsverhältnis der jeweiligen Bevölkerungsgruppe an anerkannten Berufskrankheiten (BK), 1995 bis 2000
Datenbasis: [44, 46], eigene Auswertung



* Anteil der anerkannten Berufskrankheiten einer Bevölkerungsgruppe geteilt durch den Anteil der jeweiligen Bevölkerungsgruppe an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

dischen Beschäftigten insgesamt zwischen 1995 und 2000 um den Referenzwert 1. Türkische Beschäftigte sind jedoch deutlich überrepräsentiert: Ihr Anteil an den anerkannten Berufskrankheiten ist etwa doppelt so hoch wie ihr Anteil an den Beschäftigten (vgl. Abbildung 3.2.5.2). Geschlechtsspezifische Unterschiede können mit den vorhandenen Daten nicht untersucht werden.

Im Unterschied zu Arbeitsunfällen sind Berufskrankheiten eine Spätfolge von gesundheitlich belastenden Arbeitsbedingungen. Die lange Latenzzeit und die oft erforderliche lang andauernde Einwirkung schädlicher Substanzen oder Bedingungen (Expositionsdauer) bei diesen Krankheiten führen dazu, dass sie zumeist erst nach langjähriger Beschäftigung oder in höherem Alter auftreten. Eine durchschnittlich geringere Zahl von Berufsjahren der ausländischen Arbeitnehmer sowie die Beseitigung von Schadstoffen, welche die Arbeitsbedingungen in den 1950er-Jahren prägten (z. B. Asbest) könnten eine Erklärung dafür sein, dass ausländische Arbeitnehmer insgesamt von Berufskrankheiten nicht überproportional betroffen sind und deutlich seltener als Deutsche an einer Berufskrankheit versterben. Eine Ausnahme stellen jedoch die türkischen Beschäftigten dar (vgl. Abbildung 3.2.5.2). Somit liegt der Schluss nahe, dass türkische Arbeitnehmerinnen und Arbeitsnehmer in Deutschland höheren Gesundheitsbelastungen ausgesetzt sind als Beschäftigte anderer Herkunft.

3.2.6 Behinderung und Frühinvalidität

Behinderung und Frühinvalidität sind Indikatoren bleibender gesundheitlicher Beeinträchtigung. Die Schwerbehindertenstatistik erfasst anerkannte Fälle von Schwerbehinderung, bei welcher der Grad der Behinderung mindestens 50 % beträgt. Im Jahr 2003 lag danach der Anteil der schwerbehinderten Menschen unter den in Deutschland lebenden ausländischen Staatsangehörigen bei insgesamt 3,7 %, gegenüber 8,5 % bei deutschen Staatsangehörigen. Bei den 65-Jährigen und Älteren nennt die Schwerbehindertenstatistik 2003 für deutsche Männer eine Quote von 28,4 %, bei den ausländischen Staatsangehörigen 17,6 %. Der Anteil schwerbehinderter deutscher Frauen in dieser Altersgruppe wird mit 20,0 % angegeben, derjenige nichtdeutscher Frauen mit 10,1 %. Dabei ist zu beachten, dass der Anteil sehr alter Menschen in der Gruppe der 65-jährigen und älteren Deutschen höher liegt als unter den 65-jährigen und älteren ausländischen Staatsangehörigen. Unabhängig von der Staatsangehörigkeit und dem Migrationsstatus geben Männer häufiger als Frauen an, schwerbehindert zu sein (siehe Tabelle 3.2.6.1) [50].

Insgesamt liegen die Schwerbehindertenquoten (Anteil der schwerbehinderten Menschen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe) der Nichtdeutschen meist unter denen der Deutschen. Dies trifft allerdings nicht für Männer im Alter von

Tabelle 3.2.6.1
Schwerbehindertenquote* nach Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeit, 2003
Quellen: Statistisches Bundesamt [50], eigene Auswertung

Altersgruppe	Männer		Frauen	
	Deutsche	Nichtdeutsche**	Deutsche	Nichtdeutsche**
<4 Jahre	0,6 %	0,4 %	0,5 %	0,4 %
4–5 Jahre	1,1 %	1,0 %	0,8 %	0,7 %
6–14 Jahre	1,4 %	1,4 %	1,1 %	1,0 %
15–17 Jahre	1,6 %	1,3 %	1,2 %	1,0 %
18–24 Jahre	1,9 %	1,1 %	1,4 %	0,8 %
25–34 Jahre	2,4 %	1,2 %	2,0 %	0,8 %
35–44 Jahre	3,7 %	2,0 %	3,3 %	1,5 %
45–54 Jahre	7,2 %	5,0 %	6,4 %	5,0 %
55–59 Jahre	14,5 %	14,2 %	11,4 %	9,9 %
60–64 Jahre	20,3 %	20,4 %	13,4 %	12,4 %
65 und älter	28,4 %	17,6 %	20,0 %	10,1 %
gesamt	**9,1 %**	**4,4 %**	**7,9 %**	**2,9 %**

* Anteil der schwerbehinderten Menschen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe, Bevölkerungsstand 31.12.2003
** keine deutsche Staatsangehörigkeit

55 bis 64 Jahren zu. Hier weisen Deutsche und Nichtdeutsche vergleichbar hohe Schwerbehindertenquoten auf. Schwerbehinderung ist unter Kindern und Jugendlichen relativ selten. In den Altersgruppen unter 18 Jahren zeigt die Statistik der schwerbehinderten Menschen etwas niedrigere Quoten bei Nichtdeutschen als bei Deutschen.

Nach den vorliegenden Informationen sind ausländische Staatsangehörige in Deutschland tendenziell in geringerem Maße von Schwerbehinderung betroffen als Deutsche.

Daten des Mikrozensus 2005 ergeben bei detaillierterer Erfassung des Migrationsstatus (siehe Kapitel 2.1.1) ein vergleichbares Bild, dem zu Folge Personen mit Migrationshintergrund unter den Personen mit amtlich festgestellter Schwerbehinderung unterrepräsentiert sind. Der Anteil der Personen mit Behinderungsgrad von mindestens 50 % betrug hiernach bei Personen ohne Migrationshintergrund 7,3 %, bei Personen mit Migrationshintergrund 3,6 %. Angaben zu einzelnen Altersgruppen bzw. nach Geschlecht liegen nicht vor [42].

Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass die Anerkennung einer Schwerbehinderung ein oft langwieriger Prozess ist. Ausländische Staatsangehörige und andere Personen mit Migrationshintergrund, die weniger gut mit dem Versorgungssystem und mit der deutschen Sprache vertraut sind, durchlaufen ihn möglicherweise anders als Deutsche. Insofern ist nicht auszuschließen, dass die Daten auf eine Benachteiligung in der Anerkennung eines Schwerbehindertenstatus und nicht auf tatsächlich niedrigere Risiken für Schwerbehinderungen unter ausländischen Staatsangehörigen hindeuten.

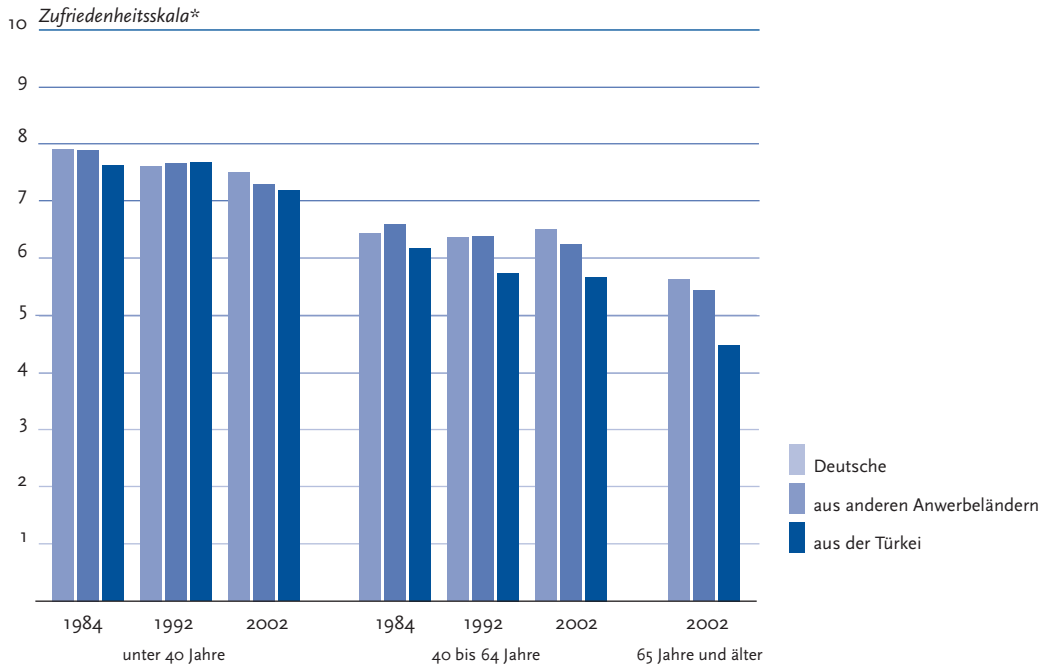
3.2.7 Subjektive Gesundheit

Das Konzept der subjektiven Gesundheit beinhaltet eine individuelle Bewertung des Gesundheitszustandes unter dem Aspekt der Lebensqualität, anders als die zumeist auf medizinischen Untersuchungen beruhenden Angaben zur Krankheitshäufigkeit. In Selbstangaben zur subjektiven Gesundheit gehen die kulturell geprägte Wahrnehmung von Symptomen, eine Einschätzung des Wohlbefindens, der Funktionsfähigkeit und der Anfälligkeit für Krankheiten (Vulnerabilität) ein [51]. Subjektive Gesundheitsparameter stimmen jedoch recht gut mit »objektiv« erhobenen Gesundheitsindikatoren wie der Mortalität überein [52] und sind auch in unterschiedlichen ethnischen Gruppen zuverlässig (valide) [53]. Angaben zur subjektiven Gesundheit komplettieren und

erweitern somit das aufgrund von Mortalitäts- und Morbiditätsdaten erstellte Bild des Gesundheitszustandes von Menschen mit Migrationshintergrund.

Die seit 1984 jährlich erhobenen Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) ermöglichen es, die Entwicklung des subjektiven Gesundheitszustands bei Zuwanderern über die Zeit zu verfolgen. In der vorliegenden Auswertung von Daten der Jahre 1984, 1992 und 2002 werden Zuwanderer aus der Türkei, aus sonstigen Anwerbeländern für Arbeitsmigrantinnen und -migranten (Griechenland, Italien, Spanien, Portugal) und deutsche Befragte gegenübergestellt. Wegen der kleinen Zahl von älteren Zuwanderern in den früheren Befragungsjahren wurde die Gruppe der 65-Jährigen und Älteren nur für das Jahr 2002 ausgewertet. Aus Abbildung 3.2.7.1 wird deutlich, dass die im Panel auf einer Skala von null bis zehn erhobene Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit in erster Linie vom Alter abhängt. In allen drei ausgewählten Befragungsjahren und Befragtengruppen ist die jüngste Altersgruppe mit ihrer Gesundheit deutlich zufriedener als die mittlere, und diese ist im Vergleich für das Jahr 2002 zufriedener als die älteste Gruppe. Der Vergleich zwischen Deutschen und Zuwanderern zeigt in allen Befragungsjahren nur geringe Unterschiede für die jüngste Altersgruppe. In der mittleren Altersgruppe finden sich im Vergleich der Gruppen zunehmende Unterschiede in der Gesundheitszufriedenheit. Die türkischen Zuwanderer in der Altersgruppe der 40- bis 64-Jährigen waren schon 1992 deutlich unzufriedener mit ihrer Gesundheit als die gleichaltrigen Deutschen. Im Jahr 2002 sind alle Zuwanderergruppen in den Altersgruppen der 40-Jährigen und Älteren unzufriedener mit ihrer Gesundheit als die deutschen Befragten. In der Altersgruppe ab 65 Jahre sind die türkischen Zuwanderer erheblich unzufriedener als die anderen Zuwanderer und die Deutschen. Diese Muster finden sich in vergleichbarer Weise bei Frauen und Männern, so dass auf eine getrennte

Abbildung 3.2.7.1
Zufriedenheit mit der Gesundheit (Skala 0 = sehr unzufrieden bis 10 = sehr zufrieden), Mittelwerte der Zuwanderungsgruppen nach Alter und Befragungsjahr im Vergleich
Quelle: SOEP 1984, 1992, 2002, eigene Auswertung



* Zufriedenheit mit der Gesundheit; Skala 0 = sehr unzufrieden bis 10 = sehr zufrieden

Darstellung verzichtet wurde. Bei Frauen liegen die Zufriedenheitswerte aber insgesamt leicht unter denen der Männer. In Abschnitt 3.4.3 sowie in Kapitel 5 wird näher auf die Gesundheit älterer Menschen mit Migrationshintergrund eingegangen.

Neben dem Alter und dem Geschlecht beeinflussen Bildungsstatus, Einkommen und andere sozioökonomische Faktoren die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit. Die im SOEP ermittelten zunehmenden Unterschiede in der Gesundheitszufriedenheit zwischen Zuwanderern und Deutschen können daher nur mittelbar mit dem Migrationsstatus in Verbindung gebracht werden. Unterschiedlich starke Veränderungen der sozialen Lage von Zuwanderern und Deutschen, insbesondere im mittleren und höheren Alter, können ebenfalls zur zunehmenden Differenz in der subjektiven Gesundheit beitragen und sich zudem geschlechtsspezifisch auswirken. Hierzu werden derzeit weitere Auswertungen des SOEP durchgeführt, in denen die unterschiedlichen Einflussfaktoren gemeinsam betrachtet werden. Bei (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern ist dies bereits untersucht worden: Ihre Gesundheitszufriedenheit sinkt über die Zeit stärker als bei Deutschen, obwohl sich ihr sozioökonomischer Status verbessert [54].

3.3 Risiko- und Gesundheitsverhalten von Menschen mit Migrationshintergrund

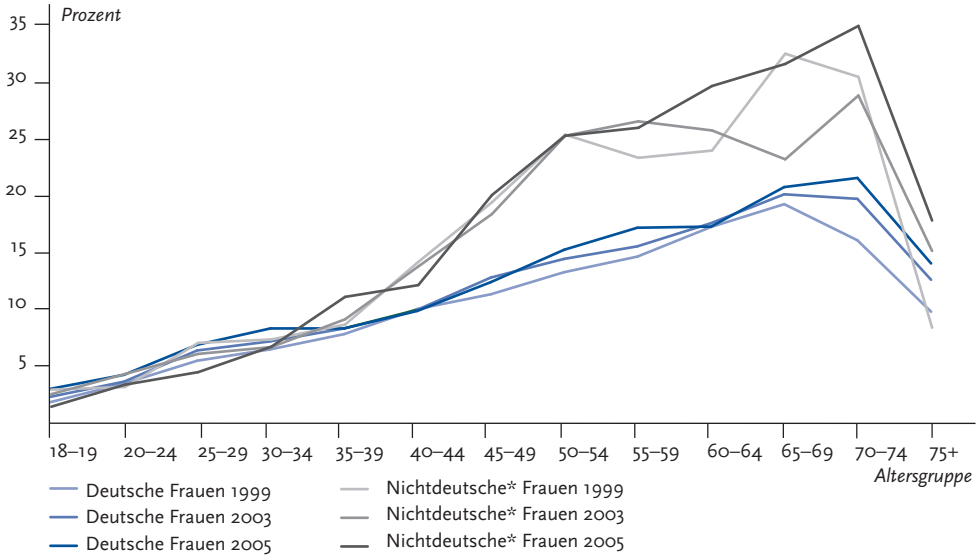
3.3.1 Übergewicht

Übergewicht und Adipositas gehen mit einem erhöhten Risiko für Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit (KHK), Typ-2-Diabetes und orthopädische Erkrankungen einher [55]. Mit Hilfe des Body Mass Index (BMI), der als Quotient aus dem Körpergewicht (in kg) und der Körpergröße (in m zum Quadrat) berechnet wird, lässt sich ein erhöhtes Gewicht vom Normalgewicht abgrenzen (Übergewicht: BMI 25 – < 30 kg/m²; Adipositas: BMI ≥ 30 kg/m²). Weltweit gesehen trägt auch Untergewicht (BMI < 18,5 kg/m²) zur Krankheitslast bei [56]. Internationale Studien [57, 58] sowie Daten aus Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland [59, 60, 61, 62, 63] deuten darauf hin, dass manche Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund, darunter insbesondere Kinder, eine erhöhte Prävalenz des Übergewichts aufweisen (auf Übergewicht bei Kindern wird ausführlich im Abschnitt 4.3.7 eingegangen). Repräsentative Daten zum BMI von erwachsenen Menschen mit Migrationshintergrund liegen in zwei Untergliederungen vor: nach Staatsangehörigkeit über eine mehrjährige Periode sowie nach Migrationshintergrund für das Jahr 2005. In beiden Fällen dient der Mikrozensus als Datenquelle. Dessen Stärke liegt in der Größe und Repräsentativität der Stichprobe. Körpergröße und Körpergewicht, die zur Berechnung des BMI dienen, werden aber nicht gemessen, sondern nur erfragt. Solche Selbstangaben sind weniger zuverlässig als Messungen durch geschultes Personal und können systematischen Fehleinschätzungen unterliegen [64]. So geben z. B. übergewichtige Menschen tendenziell niedrigere Gewichtswerte an als normal- bzw. untergewichtige Personen [65]. Dies kann zu einer systematischen Unterschätzung der Bevölkerungsanteile mit einem hohen BMI führen. Möglich ist auch, dass kulturell unterschiedliche Schönheitsideale zu systematischen Verzerrungen der BMI-Angaben in Abhängigkeit von der Herkunft führen; Untersuchungen hierzu stehen aus.

Die Auswertung der Mikrozensusdaten der Jahre 1999, 2003 und 2005 nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht zeigt, dass bei Frauen mittleren und höheren Alters die mittleren BMI-Werte der nichtdeutschen Frauen deutlich über denen der deutschen Frauen liegen (siehe Tabelle 3.3.1.1). Der Anteil der stark Übergewichtigen (Adipositas, BMI ≥ 30 kg/m²) unterscheidet sich in einigen Altersgruppen auffällig zwischen den deutschen Frauen und den Frauen nichtdeutscher Staatsangehörigkeit. Ab einem Alter von 40 Jahren weisen nichtdeutsche Frauen eine deutlich höhere Adipositasprävalenz als deutsche Frauen auf. In der Altersgruppe der über 75-Jährigen ist dieser Unterschied allerdings nicht mehr zu beobachten (siehe Abbildung 3.3.1.1). Wird bei der Analyse des Body Mass Index nach Migrationshintergrund statt nach Staatsangehörigkeit aufgegliedert, so ergibt sich ein weitgehend ähnliches Bild [42].

Ähnliche Ergebnisse zeigt auch der Vergleich des BMI von türkischen Frauen in der Türkei mit dem BMI von deutschen Frauen [66]. Niederländische Studien deuten ebenfalls auf eine erhöhte Prävalenz von Übergewicht unter zugewanderten Frauen hin [57]. Gründe hierfür liegen

Abbildung 3.3.1.1
Anteil stark übergewichtiger Frauen (Adipositas: BMI ≥ 30 kg/m²) nach Alter und Staatsangehörigkeit, 1999, 2003 und 2005
Quellen: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 1999, 2003 und 2005; eigene Auswertung



* keine deutsche Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.3.1.1
Mittlerer BMI, Untergewicht und Adipositas von Frauen nach Alter und Staatsangehörigkeit, Befragungsjahre 1999, 2003 und 2005
Quellen: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 1999, 2003 und 2005; eigene Auswertung

	Deutsche			Nichtdeutsche*		
	Durchschnitt	<18,5	≥30	Durchschnitt	<18,5	≥30
	kg/m²		Anteil**	kg/m²		Anteil**
1999						
18–39 Jahre	22,9	7,2 %	5,7 %	23,1	6,9 %	6,3 %
40–64 Jahre	25,3	2,1 %	13,2 %	26,3	1,7 %	20,2 %
65 und älter	25,6	2,7 %	13,8 %	26,3	–	23,4 %
gesamt	**24,6**	**3,9 %**	**10,9 %**	**24,4**	**4,9 %**	**12,1 %**
2003						
18–39 Jahre	23,0	6,8 %	6,2 %	22,9	7,5 %	6,3 %
40–64 Jahre	25,3	2,1 %	13,8 %	26,3	2,1 %	21,0 %
65 und älter	25,9	2,4 %	16,3 %	27,1	1,2 %	21,8 %
gesamt	**24,8**	**3,6 %**	**12,2 %**	**24,5**	**5,0 %**	**13,0 %**
2005						
18–39 Jahre	23,0	7,0 %	6,6 %	23,0	7,6 %	6,2 %
40–64 Jahre	25,2	2,2 %	13,8 %	26,3	1,9 %	21,1 %
65 und älter	26,1	2,3 %	17,6 %	27,5	–	28,1 %
gesamt	**24,8**	**3,6 %**	**12,8 %**	**24,5**	**5,0 %**	**13,4 %**

* keine deutsche Staatsangehörigkeit
** Anteil der Antwortenden mit Untergewicht (BMI < 18,5 kg/m²) bzw. Adipositas (BMI ≥ 30 kg/m²)
– keine Angaben, da Zahlenwerte statistisch nicht sicher genug

Tabelle 3.3.1.2
Mittlerer BMI, Untergewicht und Adipositas von Männern nach Alter und Staatsangehörigkeit, Befragungsjahre 1999, 2003 und 2005
Quellen: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 1999, 2003 und 2005, eigene Auswertung

	Deutsche			Nichtdeutsche*		
	Durchschnitt	<18,5	≥30	Durchschnitt	<18,5	≥30
	kg/m²		Anteil**	kg/m²		Anteil**
1999						
18–39 Jahre	24,7	1,5 %	6,8 %	24,7	1,2 %	6,7 %
40–64 Jahre	26,7	–	15,8 %	26,7	–	16,5 %
65 und älter	26,5	0,9 %	14,3 %	26,4	–	16,1 %
gesamt	**25,9**	**0,9 %**	**12,2 %**	**25,6**	**0,9 %**	**11,0 %**
2003						
18–39 Jahre	24,7	1,7 %	7,9 %	24,9	1,1 %	8,0 %
40–64 Jahre	26,8	0,4 %	16,6 %	26,7	0,7 %	18,0 %
65 und älter	26,8	0,7 %	16,8 %	27,0	1,3 %	17,5 %
gesamt	**26,0**	**0,9 %**	**13,7 %**	**25,8**	**1,0 %**	**12,7 %**
2005						
18–39 Jahre	24,7	1,7 %	7,9 %	25,1	1,2 %	8,6 %
40–64 Jahre	26,8	0,4 %	17,6 %	26,9	–	19,2 %
65 und älter	27,0	0,6 %	18,0 %	26,9	–	19,7 %
gesamt	**26,1**	**0,9 %**	**14,4 %**	**26,0**	**0,9 %**	**13,7 %**

* keine deutsche Staatsangehörigkeit
** Anteil der Antwortenden mit Untergewicht (BMI <18,5 kg/m²) bzw. Adipositas (BMI ≥30 kg/m²)
– keine Angaben, da Zahlenwerte statistisch nicht sicher genug

möglicherweise in einem unterschiedlichem Gewichtsbewusstsein und Körperbild sowie einer geringeren körperlichen Aktivität bei zugewanderten Frauen im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung [57, 58, 67]. Bei den Männern sind hingegen kaum Unterschiede zwischen Nichtdeutschen und Deutschen festzustellen (siehe Tabelle 3.3.1.2). In beiden Gruppen ist über alle Altersgruppen hinweg ein leichter Anstieg des BMI zwischen 1999 und 2005 zu verzeichnen.

Neben der Unterteilung in deutsche bzw. nichtdeutsche Personen und Altersgruppen können die Mikrozensusdaten nach Schulabschluss, Haushaltsgröße und monatlichem Haushaltseinkommen ausgewertet werden. Allerdings lassen sich dann wegen zu kleiner Fallzahlen keine geschlechtsspezifischen Vergleiche der BMI-Werte mehr durchführen. Da sich BMI-Werte je nach Geschlecht jedoch deutlich unterscheiden, könnten eventuelle Trends auch auf Verschiebungen der jeweiligen Geschlechteranteile in den Untersuchungsgruppen zurückzuführen sein. Eine Detailanalyse nach den genannten Variablen erscheint daher nicht sinnvoll.

Für Teile der Bevölkerung mit Migrationshintergrund könnte ein hoher BMI ein besonderes Risiko für koronare Herzkrankheit darstellen, weil er in dieser Gruppe häufiger mit anderen Risikofaktoren kombiniert ist. So weisen Menschen mit türkischem Migrationshintergrund – wie auch die Bevölkerung in der Türkei – einen im Durchschnitt niedrigeren HDL-Wert (»gutes« Cholesterin) auf als die deutsche Bevölkerung [66, 68].

Die vorliegenden Daten zum BMI bei Menschen mit Migrationshintergrund könnten durch Messungen von Körpergröße und -gewicht aussagekräftiger werden. Das derzeitige Bild deutet auf eine erhöhte Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Frauen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit wie auch insgesamt bei Frauen mit Migrationshintergrund hin.

3.3.2 Suchtmittelgebrauch und Suchterkrankungen

Suchtmittelassoziierte Erkrankungen tragen in erheblichem Maße zur Krankheitslast in Deutschland bei. Beim Suchtmittelgebrauch ist zwischen

legalen Suchtmitteln (Nikotin, Alkohol), abhängig machenden Medikamenten und illegalen Suchtmitteln (zusammengefasst unter den Begriffen Drogen oder Rauschgift) zu unterscheiden. Wegen der besonderen Bedeutung der jüngeren Altersgruppen für die Prävention wird hier der Suchtmittelgebrauch in erster Linie für Jugendliche dargestellt. Für diese Altersgruppe stehen auch differenzierte Studien zur Beteiligung von nichtdeutschen Jugendlichen zur Verfügung. Wo es die Datenlage erlaubt, werden geschlechtsspezifische Angaben gemacht.

Tabakkonsum

Rauchen ist das am weitesten verbreitete Risikoverhalten von Jugendlichen. In München wurden 1998 an sieben Berufsschulen 5.800 Jugendliche im Alter von 15 bis 24 Jahren befragt [69]. Unter den Befragten hatten 2.200 einen Migrationshintergrund. Es rauchten fast 60 % der jungen Frauen und Männer, wobei der Anteil bei den Jugendlichen mit Migrationshintergrund niedriger lag als bei den Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (54 % zu 60 % bei den Frauen und 50 % zu 62 % bei den Männern). Jugendliche mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind, rauchten am meisten, und hier wieder besonders die jungen Frauen [69].

Zum Vergleich des Rauchverhaltens von deutschen und nichtdeutschen Staatsangehörigen aller Altersgruppen können die Daten des Mikrozensus genutzt werden. In der Mikrozensuserhebung werden mehrere Variablen zum Raucherverhalten abgefragt, deren Beantwortung freiwillig ist. Für

Tabelle 3.3.2.1
Angaben zum Rauchverhalten nach Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeit, Befragungsjahre 2003 und 2005
Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2003 und 2005, eigene Auswertung

	Deutsche			Nichtdeutsche*		
	Antworten	N-Raucher**	R-Raucher***	Antworten	N-Raucher**	R-Raucher***
	Anzahl in 1.000		Anteil	Anzahl in 1.000		Anteil
2003			**männlich**			**männlich**
15–39 Jahre	9.850	60,1 %	35,3 %	1.376	54,7 %	41,5 %
40–64 Jahre	11.371	65,9 %	30,9 %	962	57,6 %	39,2 %
65 und älter	5.386	85,3 %	12,8 %	161	79,7 %	–
gesamt	**26.606**	**67,7 %**	**28,9 %**	**2.499**	**57,4 %**	**39,2 %**
			weiblich			**weiblich**
15–39 Jahre	9.532	68,5 %	27,0 %	1.301	73,1 %	22,6 %
40–64 Jahre	11.496	75,4 %	21,7 %	871	77,2 %	19,4 %
65 und älter	7.724	94,1 %	5,0 %	134	93,1 %	–
gesamt	**28.752**	**78,1 %**	**19,0 %**	**2.306**	**75,8 %**	**20,3 %**
2005			**männlich**			**männlich**
15–39 Jahre	9.747	61,4 %	33,0 %	1.392	56,8 %	38,3 %
40–64 Jahre	10.981	65,7 %	30,2 %	1.008	58,6 %	37,0 %
65 und älter	5.672	86,9 %	11,1 %	195	80,0 %	17,4 %
gesamt	**26.400**	**68,6 %**	**27,1 %**	**2.594**	**59,3 %**	**36,3 %**
			weiblich			**weiblich**
15–39 Jahre	9.294	69,2 %	25,5 %	1.352	74,9 %	20,3 %
40–64 Jahre	11.256	73,4 %	22,7 %	907	76,8 %	19,5 %
65 und älter	7.849	93,6 %	5,1 %	150	92,0 %	6,7 %
gesamt	**28.398**	**77,6 %**	**18,8 %**	**2.408**	**76,7 %**	**19,1 %**

* keine deutsche Staatsangehörigkeit
** Nichtraucher zum Zeitpunkt der Befragung
*** gegenwärtig regelmäßige Raucher
– keine Angaben, da Zahlenwerte statistisch nicht sicher genug
Die jeweilige Differenz zu 100 % aus der Summe der N-Rauchern und R-Rauchern setzt sich zusammen aus Gelegenheitsrauchern und Zahlenwerten, die nicht angeben sind, da sie statistisch nicht sicher genug sind.

eine nach Nichtdeutschen und Deutschen differenzierende Sonderauswertung eignen sich die Angaben zu Nichraucherinnen/Nichtrauchern, gegenwärtig regelmäßigen Raucherinnen/Rauchern (siehe Tabelle 3.3.2.1) und dem Durchschnittsalter bei Rauchbeginn. Andere Variablen weisen große Datenlücken auf.

Bei den Männern findet sich in den Jahren 2003 und 2005 ein höherer Anteil von Rauchern unter den Nichtdeutschen als unter den Deutschen (plus 9 % bis 10 %). Der Unterschied zur Berufsschulstudie von Dill [69] liegt dabei vermutlich in den unterschiedlichen Altersgruppen begründet. Der Anteil der regelmäßigen Raucherinnen liegt unter den nichtdeutschen Frauen in den Altersgruppen unter 65 Jahren stets niedriger als unter den deutschen Frauen. Nichtdeutsche Frauen weisen nur deshalb einen insgesamt höheren Anteil regelmäßiger Raucherinnen auf, weil in dieser Gruppe anteilig mehr junge Frauen befragt wurden als bei den deutschen Frauen. Im Vergleich der Daten zur Rauchprävalenz im Mikrozensus 1999 (Daten nicht gezeigt) ist in der Altersgruppe der 40- bis 64-jährigen deutschen Frauen eine Zunahme der regelmäßigen Raucherinnen bzw. Raucher zu beobachten, ansonsten scheinen in allen Gruppen die regelmäßigen Raucherinnen bzw. Raucher abzunehmen.

Eine Sonderauswertung der Mikrozensusdaten zum Rauchverhalten nach Schulabschlüssen und Altersgruppen ist möglich, allerdings lässt sich diese zusätzliche Auswertung wegen zu geringer Fallzahlen nicht geschlechtsspezifisch durchführen. Aus diesem Grunde wird auf eine detaillierte Darstellung verzichtet. In der Tendenz bestätigen die Mikrozensusdaten die Beobachtung, dass mit steigendem Bildungsgrad der Anteil der Raucherinnen bzw. Raucher abnimmt [70]. Diese Beobachtung gilt sowohl für deutsche als auch für nichtdeutsche Staatsangehörige. Da sich Tabakkonsummuster auch zwischen Migrantengruppen verschiedener Herkunft erheblich unterscheiden können, wäre die Ergänzung zukünftiger Erhebungen in Deutschland um entsprechend differenzierte Daten sinnvoll.

Wertet man die Daten des Mikrozensus 2005 nach Migrationshintergrund (statt wie oben nach Staatsangehörigkeit) aus, so zeigt sich analog zu Tabelle 3.3.2.1 sowohl bei Männern als auch bei Frauen ein Rückgang des Tabakkonsums mit zunehmendem Alter [42]. Anders als beim Vergleich »deutsch« vs. »nichtdeutsch« zählen Frauen mit Migrationshintergrund aber häufiger zu den Nichtraucherinnen als Frauen ohne Migrationshintergrund (79,2 vs. 77,3 %) [42]. Dieser Unterschied zur Auswertung nach Staatsangehörigkeit kann nicht allein durch eine unterschiedliche Altersverteilung erklärt werden, sondern spiegelt wirkliche Unterschiede wider.

Medikamentenabhängigkeit

Zur Frage der Verbreitung von Medikamentennutzung und -abhängigkeit bei Menschen mit Migrationshintergrund stehen derzeit keine aussagekräftigen Informationen zur Verfügung. Es wird geschätzt, dass in Deutschland ca. 1,4 Millionen Personen medikamentabhängig sind [71]. Versuche, aus dem ausländischen Bevölkerungsanteil auf die vermutliche Zahl von betroffenen ausländischen Staatsangehörigen zu schließen, sind wissenschaftlich kaum haltbar. Hier sind zunächst weitere Studien erforderlich.

Alkoholkonsum

Alkohol ist ein gesellschaftlich weitgehend akzeptiertes Suchtmittel. Dies steht im Kontrast zu den ausgeprägten gesundheitlichen und sozialen Folgen eines ständigen oder exzessiven Konsums. Stärker als der Tabakkonsum wird der Alkoholkonsum auch von religiösen Vorschriften erfasst. So finden sich beim Alkoholkonsum je nach Religionszugehörigkeit erhebliche Unterschiede bei Jugendlichen. Gemäß der allerdings nicht repräsentativen Studie von Dill konsumieren nur 37 % der islamischen Jugendlichen gegenüber 62 % der Jugendlichen mit anderer Religionszugehörigkeit Alkohol [69]. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland nimmt die Häufigkeit des Alkoholkonsums zu. Menschen mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind, trinken häufiger alkoholische Getränke als Jugendliche, die erst nach 1990 nach Deutschland gezogen sind. Es scheint, dass eine hohe soziale Integration in die Peergroup (Gruppe von Gleichaltrigen) den Alkoholkonsum von türkischen Jugendlichen begünstigt, während bei deutschen Jugendlichen eher ein psychosomatischer Beschwerdedruck den Alkoholkonsum fördert [72]. Weder der durchschnittlich niedrigere Konsum noch seine absehbare Angleichung an

das höhere inländische Niveau lässt Rückschlüsse auf das Potenzial für Suchterkrankungen zu.

Spezifischere Hinweise auf das Risiko von alkoholbedingten Suchterkrankungen kann man aus Diagnosen der stationären Rehabilitation gewinnen. Eine Auswertung von Daten zur Teilnahme an der Rehabilitation für das Jahr 2000 in Nordrhein-Westfalen zeigt, dass bei den Männern ausländische Staatsangehörige im Vergleich zu Deutschen seltener wegen Alkoholfolgen (ICD-10: F10), aber häufiger wegen Erkrankungen in Folge des Gebrauchs psychotroper Substanzen (ICD-10: F11–19) an einer Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen (bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur). Psychotrope Substanzen, z. B. Kokain, wirken auf das Nervensystem und beeinflussen dadurch psychische Prozesse. Bei den Frauen werden ausländische Staatsangehörige seltener wegen Suchterkrankungen behandelt als Deutsche [73]. Eine Auswertung der Diagnoseverteilungen in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus im Zeitraum 1990 bis 1996 (7.222 deutsche und 287 (Spät-)Aussiedler-Patientinnen und -Patienten) zeigt für beide Gruppen gleiche Behandlungsanteile für Psychosen (ICD 9: 295, 296, 303) und Alkoholabhängigkeit. Deutlich mehr (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler werden wegen Medikamenten- bzw. Drogenabhängigkeit behandelt (ICD 9: 303). Dabei ist besonders auffällig, dass die Drogenabhängigkeit vorwiegend junge Menschen betrifft, die erst nach der Übersiedlung nach Deutschland mit Drogen in Kontakt kommen und abhängig werden. Sie bilden auch in sozialer Hinsicht eine Problemgruppe: Die Hälfte dieser Patientinnen und Patienten hat keine abgeschlossene Berufsausbildung und 40 % sind erwerbslos [74].

Konsum illegaler Drogen

Zu den illegalen Drogen gehören in Deutschland neben Heroin, Kokain und den Amphetaminen auch Cannabis und Marihuana und die so genannten »Partydrogen« wie Ecstasy. Suchtpotenzial und gesundheitliche Folgeschäden unterscheiden sich erheblich zwischen den verschiedenen Typen illegaler Drogen [75]. Die Untersuchung von Dill et al. [69] bei Münchener Berufsschülerinnen und -schülern gibt Hinweise auf Unterschiede im Konsum zwischen Deutschen und Menschen mit Migrationshintergrund. Deutsche Berufsschülerinnen und -schüler geben demnach häufiger an, illegale Drogen konsumiert zu haben als Berufsschülerinnen und -schüler mit Migrationshintergrund. Bei Letzteren ist der größte Teil der regelmäßigen Konsumenten illegaler Drogen in Deutschland geboren und aufgewachsen (vgl. Tabelle 3.3.2.2). Im Unterschied zu deutschen Jugendlichen mit regelmäßigem Drogenkonsum leben solche mit Migrationshintergrund häufiger im Elternhaus und haben mit den Eltern keine auffällig schlechten Beziehungen. Dill et al. [69] interpretieren den Drogenkonsum deshalb auch eher als Ausdruck eines kulturellen Konflikts: Die Jugendlichen leben in jugendspezifischen Subkulturen und entfernen sich dadurch von ihrer Herkunftskultur, ohne dass ein konflikthaftes Verhältnis zu den Eltern als Motiv wirkt. Diese vor allem den kulturellen Konflikt betonende Interpretation wird allerdings dadurch in Frage gestellt, dass für die Therapieprognose auch andere soziale Faktoren eine zentrale Rolle spielen. So erweist sich z. B. eine intakte Familienstruktur als günstig; ungünstig hingegen ist der Zusammenhang mit der sozialen Desintegration, insbesondere einer fehlenden Ausbildung und Arbeitslosigkeit [76].

Weitere Aussagen zum Konsum illegaler Drogen lassen sich aus der Kriminalitätsstatistik ableiten. Die Aussagekraft von Kriminalstatistiken für

Tabelle 3.3.2.2
Drogenerfahrung Münchner Berufsschüler im Alter 15 bis 24 Jahren nach Geschlecht und Migrationshintergrund (2.199 Männer, 3.415 Frauen)
Anteil mit Migrationshintergrund insgesamt = 38,9 %
Quelle: Dill et al. 2002 [69]

	Erfahrungen mit illegalen Drogen		regelmäßiger Konsum illegaler Drogen	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Deutsche	37,5 %	43,2 %	11,2 %	20,3 %
Migrantinnen/Migranten	18,8 %	24,1 %	5,2 %	15,5 %

die Gesundheitsberichterstattung ist allerdings eingeschränkt, da sie vom Fahndungsverhalten der Polizei abhängig sind und fahndungspolitische Entscheidungen einen starken Einfluss auf die Datenlage haben können. Bei den in der Kriminalitätsstatistik verfügbaren Daten zur Häufigkeit des illegalen Drogengebrauchs handelt es sich um Schätzungen. Sie werden auf der Basis der polizeilich registrierten Erstkonsumenten harter Drogen und der registrierten Drogentoten errechnet (zum Verfahren siehe [77]). Für das Jahr 2001 wird die Zahl der Konsumentinnen und Konsumenten harter Drogen bundesweit auf 349.000 bis 395.000 geschätzt [78]. Im Berichtsjahr 2001 machten die nichtdeutschen Konsumenten harter Drogen, die zum ersten Mal bei der Polizei wegen ihres Konsums auffällig wurden, einen Anteil von 19,6 % aus. Dies bedeutet gegenüber dem Jahr 2000 einen deutlichen Rückgang um 4,8 %. Dieser Rückgang gilt für alle Drogenarten außer Kokain und LSD. Ein Anteil von knapp 20 % liegt zwar über dem Bevölkerungsanteil der ausländischen Staatsangehörigen an der entsprechenden Altersgruppe, eine Einbeziehung von Stadt-Land-Unterschieden in Drogenkonsum und Bevölkerungsanteilen würde diesen Unterschied jedoch relativieren. Bezogen auf die einzelnen Staatsangehörigkeiten sind unter den nichtdeutschen Erstauffälligen bei harten Drogen türkische Staatsangehörige mit 22,7 % am stärksten vertreten. Danach folgen italienische Staatsangehörige mit 11,5 % sowie Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Im Verhältnis zu ihrem Wohnbevölkerungsanteil weisen russische und kasachische Staatsangehörige die mit Abstand höchste so genannte Belastungszahl auf (Anzahl der Tatverdächtigen, d. h. polizeilich erstauffällige Konsumenten harter Drogen, je 100.000 Einwohner der jeweiligen Bevölkerungsgruppe in Deutschland, siehe Tabelle 3.3.2.3). Bei diesen beiden Bevölkerungsgruppen konsumiert der überwiegende Teil der Erstauffälligen Heroin (Kasachen über 91 %, russische Staatsangehörige über 75 %). Bei der Bewertung der Belastungszahlen ist zu beachten, dass Kasachen und Russen in vielen Fällen zu der Gruppe der Spätaussiedlerinnen und -aussiedler gehören. Sie erhalten mit ihrer Aufnahme und der Begründung eines ständigen Wohnsitzes im Bundesgebiet die Rechtsstellung eines Deutschen (Statusdeutscher). Wenn das Bundesverwaltungsamt die Spätaussiedlereigenschaft bescheinigt hat, erwerben sie kraft Gesetzes die deutsche Staatsangehörigkeit. Dies trifft auch für Ehegatten und weitere Familienmitglieder zu, die in den Aufnahmebescheid einbezogen werden.

Tabelle 3.3.2.3
Belastungszahlen von erstauffälligen Konsumenten harter Drogen nach Staatsangehörigkeiten, 2001
Quelle: INPOL nach Bundeskriminalamt 2001 [78]

Staatsangehörigkeit	Belastungszahl*
Kasachisch	226,5
Russisch	137,2
Italienisch	81,3
Österreichisch	68,2
Polnisch	54,1
Türkisch	49,5
aus den Staaten des ehemaligen Jugoslawiens	43,3
zum Vergleich: Deutsch	23,9

* Anzahl der Tatverdächtigen, d. h. polizeilich erstauffällige Konsumenten harter Drogen, je 100.000 Einwohner der jeweiligen Bevölkerungsgruppe in Deutschland

Wenn die jungen Erwachsenen nicht zu den in einen Aufnahmebescheid einbezogenen Familienangehörigen gehören, bleiben sie bei der Aufnahme in Deutschland zunächst Ausländer. Sie können dann nach allgemeinen staatsangehörigkeitsrechtlichen Vorschriften eingebürgert werden. Die Bezugsbevölkerung für die Berechnung der Belastungszahl wäre also bei Berücksichtigung aller aus Russland und Kasachstan Zugewanderten größer, wodurch sich die Belastungszahl verringern würde.

Aussagen bezüglich der Drogenproblematik bei (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern lassen sich auf der Grundlage der bereits erwähnten Daten zu Rauschgifttoten aus der Falldatei Rauschgift (siehe Abschnitt 3.1.4) treffen. Diese Statistik deutet auf ein erhöhtes Risiko für junge männliche (Spät-)Aussiedler hin, in Folge ihres Rauschgiftkonsums zu sterben [21].

Insgesamt ergeben die vorliegenden Daten Hinweise auf Unterschiede im Suchtmittelgebrauch zwischen deutschen und nichtdeutschen Staatsangehörigen bzw. bei Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Der Tabakkonsum ist bei männlichen Ausländern bzw. Männern mit Migrationshintergrund stärker verbreitet als bei deutschen Männern bzw. Männern ohne Migra-

tionshintergrund. Frauen ohne Migrationshintergrund rauchen hingegen zu größeren Anteilen als Frauen mit Migrationshintergrund. Ob die seit mehreren Jahren beobachtete Zunahme der Rauchprävalenz bei jüngeren Frauen auch Frauen mit Migrationshintergrund einschließt, ist nicht klar. Der Alkoholkonsum wie auch der Konsum illegaler Drogen scheint mit zunehmender Aufenthaltsdauer bzw. bei Kindern und Enkeln zugewanderter Personen zuzunehmen, ist aber meist unter Deutschen weiter verbreitet als unter altersgleichen ausländischen Staatsangehörigen. Informationen zum Suchtmittelkonsum in höheren Altersgruppen fehlen bisher ebenso wie Daten, die bezüglich der Herkunft stärker differenzieren. Sie liegen nur für einzelne Problembereiche vor.

Die Daten zu Suchterkrankungen basieren überwiegend auf Behandlungs- und Kriminalitätsstatistiken mit eingeschränkter Aussagekraft. So kann über die Frage, ob unter Menschen mit Migrationshintergrund höhere Erkrankungshäufigkeiten für bestimmte Suchterkrankungen vorliegen als unter Deutschen, derzeit nur spekuliert werden. Allerdings unterstreichen die Daten aus der Diagnosestatistik des psychiatrischen Landeskrankenhauses (s. o.) bzw. aus der Falldatei Rauschgift die Notwendigkeit einer Aufarbeitung dieser Thematik.

3.4 Migrationsspezifische Gesundheitsbelastungen

3.4.1 Posttraumatische Belastungsstörungen als Folge von Verfolgung und Flucht

Migration kann ein lebensrettender Schritt sein, wenn sie dazu dient, Verfolgung, Vertreibung oder Krieg zu entkommen. Damit zusammenhängende Erfahrungen organisierter Gewalt bleiben auch dann nicht ohne Folgen, wenn die Betroffenen ein Asylland erreicht haben, in dem sie vor unmittelbarer Bedrohung geschützt sind. Die psychologischen Folgen der durchlebten Belastungen können in eine »posttraumatische Belastungsstörung« (PTBS) münden. Eine posttraumatische Belastungsstörung ist definiert als »Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde« (ICD-10: F43.1 und »Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen« DSM-IV: 309.81). Aus der Literatur ist bekannt, dass posttraumatische Belastungsstörungen die Suizidgefahr signifikant erhöhen [79].

Wegen des breiten Spektrums potenziell traumatisierender Ereignisse und wegen der uneinheitlichen Verwendung des Begriffs PTBS ist eine Schätzung der Häufigkeit schwierig. 1986 interviewten psychologische Mitarbeiter des Dänischen Roten Kreuzes 3.200 Asylsuchende kurz nach deren Eintreffen in einer dänischen Sammelunterkunft für Flüchtlinge. Sie schlossen, dass mindestens 20 % der Befragten gefoltert worden waren [80]. Folter kann körperliche und psychische Langzeitfolgen haben, die über die unmittelbaren Folgen von Flucht und Vertreibung hinausreichen [81, 82, 83].

Einen Einblick in die Situation von Asylsuchenden in Deutschland geben die erweiterten Erstuntersuchungen, die das Gesundheitsamt Bremen seit mehreren Jahren durchführt [84, 85]. Aus methodischen Gründen sind die Befunde allerdings kaum mit denen aus anderen Datenquellen vergleichbar: Es steht nicht die Frage nach PTBS im Vordergrund, vielmehr hat das Gesundheitsamt die nach dem Asylverfahrensgesetz vorgesehene Erstuntersuchung zu einer allgemeinen Gesundheitsuntersuchung und -beratung erweitert. Bei 14 % der im Jahr 1999 untersuchten Personen wurden psychische und Verhaltensstörungen diagnostiziert, bei weiteren 15 % »unklare Symptome«, überwiegend Kopfschmerzen ungeklärter Ursache [84, 85].

Zur Situation von Flüchtlingen in Deutschland kann eine von den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege, der Arbeitsgemeinschaft Pro Asyl und dem Hohen Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen (UNHCR) herausgegebenen Studie herangezogen werden. Danach lebten 1999 8.000 bosnische Flüchtlinge in Deutschland, deren Traumatisierung von behördlicher Seite als so schwerwiegend anerkannt wurde, dass sie und ihre Familienangehörigen ein vorläufiges Aufenthaltsrecht erhielten [46]. Das entspricht bei insgesamt 50.000 bosnischen Flüchtlingen, die 1999 in Deutschland lebten, einem Anteil von 16 %. Nationale und internationale Studien legen nahe, dass bei ehemaligen politischen Häftlingen der

Anteil psychisch Erkrankter bei 30 % bis 40 % liegt [86, 87, 88].

Die Diagnose PTBS unterstellt ein Abklingen der Symptome im Zeitverlauf. Es gibt jedoch Hinweise auf bleibende und zunehmende Beschwerden, die durch fehlende oder unzureichende Behandlung mit verursacht werden [89, 90, 91]. Erschwerend und die Symptomatik verstärkend wirken die Trennung von Familienangehörigen, die Unsicherheit über deren Schicksal sowie Isolation, Zukunftsunsicherheit in Bezug auf das Aufenthaltsrecht, fehlender Zugang zu Arbeit und Bildung, Leben in Gemeinschaftsunterkünften und die Erfahrung von Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit im Asylland [92, 93, 94, 95, 96].

3.4.2 Gesundheit bei der Einreise und Anpassungsreaktionen in der Anfangsphase der Migration

Die Phase der Ankunft im Zielland ist besonders für Flüchtlinge, aber auch für andere zugewanderte Personen mit einem Verlusterlebnis und einer hohen existenziellen Verunsicherung verbunden. Aussagefähige Daten über die Bedingungen, die eine Adaptation in der ersten Phase nach der Zuwanderung begünstigen oder erschweren, gibt es in Deutschland nicht. Auch ist die Bedeutung dieser Phase für spätere Erkrankungsrisiken unzureichend untersucht. Medizinische Untersuchungen bei der Einreise wurden bzw. werden primär mit dem Ziel durchgeführt, ansteckende Krankheiten wie z. B. Tuberkulose zu entdecken, um die einheimische Bevölkerung zu schützen und Erkrankte zu behandeln. Ein Grund hierfür wird in den erhöhten Erkrankungsrisiken in vielen Herkunftsländern von (Spät)Aussiedlerinnen/(Spät)Aussiedlern und Asylsuchenden gesehen (siehe Abschnitt 3.2.1).

Die medizinischen Untersuchungen in den Herkunftsländern der Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten, welche die Anwerbekommissionen der Bundesanstalt für Arbeit in den 1950er- und 1960er-Jahren durchführten, waren hingegen vorrangig als betriebsmedizinische Eignungsuntersuchungen gedacht. Zudem sollten Personen mit infektiösen oder parasitären Erkrankungen von der Rekrutierung ausgeschlossen werden [97]. Der Erfahrungsbericht der Bundesanstalt für Arbeit aus dem Jahr 1962 teilt über die Untersuchungen der Kommission in der Türkei mit, dass ein Zehntel der Bewerber aus gesundheitlichen Gründen abgelehnt wurde (zitiert in [97]). Fast einem Viertel der Ablehnungen (23,6 %) lagen Röntgenbefunde der Lunge zugrunde. Die hohe Zahl der Lungenbefunde kann aber nicht allein auf Tuberkulose zurückgeführt werden, da eine Aufschlüsselung nach Diagnosen nicht vorliegt. Weitere Ablehnungsgründe waren Störungen der Sinnesorgane (19,4 %) oder des Herz-Kreislauf-Systems (12,8 %) sowie ein »schwächlicher Allgemeinzustand« (7,6 %) [97]. Nicht alle potenziellen Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten unterzogen sich allerdings einer Gesundheitsuntersuchung. Zeitweilig reisten zwei Drittel der italienischen und ca. 20 % der türkischen Arbeitnehmer ohne eine solche Untersuchung ein [97].

Migration und der damit verbundene Verlust vertrauter Beziehungen und Lebensgewohnheiten werden auch bei körperlicher Gesundheit als psychische Belastung erlebt. In einer 1977 veröffentlichten Studie unter 200 männlichen Arbeitern aus Mittelanatolien wiesen drei Monate nach ihrer Ankunft 20 % der Befragten depressive Symptome auf. Nach einem ein- bis zweijährigen Aufenthalt wurde eine Symptomverschiebung in Richtung psychosomatischer Symptome, insbesondere Magenbeschwerden sowie Kopf- und Rückenschmerzen, festgestellt [98]. Eine neuere Befragung von 300 Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern kommt zu vergleichbaren Ergebnissen. Im Mittel berichteten sie signifikant mehr körperliche Beschwerden als eine deutsche Vergleichsgruppe, wobei insbesondere Kopfschmerzen, Mattigkeit und Erschöpfbarkeit häufiger genannt wurden. Hingegen zeigten sich keine Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit von Krankheiten, die zu einem Arztbesuch führten [99].

3.4.3 Bilanzierungskrisen im mittleren Lebensalter und Rückkehrmigration

Zugewanderte Personen stehen immer wieder vor der Frage, ob ihre Entscheidung zu migrieren richtig war und wo langfristig ihr Lebensmittelpunkt sein soll. Sie haben mit der Migration einen Schritt getan, der sie von traditionellen Bindungen

befreit, mit dem sie aber auch ein höheres Maß an Verantwortung für ihr weiteres Lebensschicksal übernommen haben. Im mittleren und höheren Lebensalter kann es daher verstärkt zu »Bilanzierungskrisen« kommen, in denen die mit der Migration verbundenen Hoffnungen, Wünsche und Illusionen an der Realität des Erreichten gemessen werden (siehe auch Unterkapitel 5.3). Zur Beantwortung der Frage, ob sich diese Bilanzierungskrisen verstärkt in psychischen Störungen oder psychiatrischen Erkrankungen ausdrücken, kann als eine Datenquelle die Statistik der Rentenversicherer zu Rehabilitationsmaßnahmen herangezogen werden.

Eine Aufschlüsselung nach Altersgruppen liegt für Patienten in Nordrhein-Westfalen vor, die im Jahr 2000 als Mitglieder der gesetzlichen Rentenversicherung an einer stationären psychiatrischen/psychotherapeutischen Rehabilitation teilnahmen (ausgewertet von [73]). Unter 11.750 Frauen, davon 950 nichtdeutsch, und 11.840 Männern, davon 1.240 nichtdeutsch, finden sich keine Unterschiede im Anteil der psychisch indizierten Rehabilitation an der Gesamtheit der Rehabilitationsmaßnahmen. Dieser Anteil liegt für Frauen bei 19 % und für Männer bei 14 %. Unterschiede zeigen sich jedoch im Altersspektrum: 60 % der für ausländische Staatsangehörige veranlassten Rehabilitationsmaßnahmen betreffen die Altersgruppe der 40- bis 54-Jährigen. Von den deutschen Teilnehmerinnen und Teilnehmern an Rehabilitationsmaßnahmen sind nur 50 % in diesem Alter. Zu bedenken ist hier aber, dass sich die Altersstrukturen der ausländischen und der deutschen Bevölkerung unterscheiden; in ersterer sind die jüngeren Altersgruppen anteilig stärker vertreten.

Hinsichtlich der Diagnosen fallen besonders die somatoformen Störungen (ICD-10: F45) bei den nichtdeutschen Frauen der mittleren Altersgruppe auf. Sie sind bei ihnen fast dreimal so häufig wie bei deutschen Frauen der Grund für eine Rehabilitationsmaßnahme. Depressive und schmerzbetonte körperliche Reaktionen werden meist als Ausdruck einer Überforderung der individuellen Bewältigungskapazitäten verstanden und die Diagnose »somatoforme Störung« als dem körpernahen Beschwerdenausdruck der ausländischen Frauen entsprechend angesehen. Zwar steigt das Risiko psychischer Erkrankungen im mittleren Lebensalter generell an, es liegen jedoch Hinweise vor, dass nichtdeutsche Frauen dieser Altersgruppe besonders stark betroffen sind.

Zu den Lebensplänen der Arbeitsmigrantinnen und -migranten der ersten Generation gehörte in der Regel die Rückkehr in das Herkunftsland, sobald das ersparte Geld oder die Rente reichen würden, um dort eine gesicherte Existenzgrundlage zu schaffen oder zu erhalten. In der Repräsentativbefragung zur Situation der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2001 [100] haben von den Antwortenden mit konkreten Rückkehrplänen mehr als die Hälfte einen Ruhestand im Herkunftsland vor Augen (Personen aus der Türkei 55,0 %, aus dem ehemaligen Jugoslawien 48,3 %, aus Italien 52,9 % und aus Griechenland 69,2 %). Die Entscheidung für eine förmliche Verlegung des Wohnsitzes wird noch immer von aufenthaltsrechtlichen Bestimmungen beeinflusst. Menschen, die noch nicht im Rentenalter und keine EU-Bürger sind, müssen befürchten, keine erneute Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis zu bekommen, wenn sie Deutschland einmal verlassen haben. In der o. g. Repräsentativbefragung berichten zwischen 9 % und 14 % der Befragten, dass sie seit ihrer ersten Einreise ihren Aufenthalt in Deutschland einmal oder mehrmals für länger als sechs Monate unterbrochen haben. Die Unterbrechung des Deutschlandaufenthalts hatte für mehr als 5 % der Betroffenen aufenthaltsrechtliche Konsequenzen, am stärksten für Befragte ab 45 Jahren (11,9 %) [100]. Man kann vermuten, dass ein Teil dieser verlängerten Aufenthalte auf Pläne zur permanenten Rückkehr ins Herkunftsland zurückzuführen ist, die sich bei genauerer Prüfung als nicht durchführbar erwiesen.

Das wichtigste Motiv dafür, auch im Alter in Deutschland zu bleiben, sind hier lebende Kinder und Enkelkinder (siehe Unterkapitel 5.3). An zweiter Stelle steht vor allem für die älteren Menschen mit Migrationshintergrund aus der Türkei die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Besonders deutlich wird dies bei den Empfängern von Renten wegen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit (EU/BU), die in der Regel einen höheren Bedarf gesundheitlicher Versorgung anzeigen. Zwei Drittel der ausländischen EU/BU-Rentner leben in Deutschland, nur ein Drittel hat seinen Wohnort im Ausland. Bei den Frauen beträgt das Verhältnis

sogar 80 % zu 20 %. Bei den Altersrentnerinnen und -rentnern sieht es genau umgekehrt aus: Hier sind es jeweils ein Drittel der ausländischen Rentnerinnen und Rentner, die ihre Rente in Deutschland erhalten, und zwei Drittel, die im Ausland leben [10].

In einer qualitativen Studie wurden in die Türkei zurückgekehrte, männliche Arbeitsmigranten nach ihren Beweggründen für die Rückkehrmigration befragt [101]. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass die Entscheidung für eine Rückkehr nicht alleine von wirtschaftlichen oder gesundheitlichen Aspekten abhängig ist. Emotionale Beweggründe, wie z. B. die Bedeutung des Wohnsitzes im Heimatland und die Bindung an die Familie, Kultur- und Traditionsbewusstsein oder auch der Wunsch im Heimatland zu sterben, beeinflussen die Entscheidung zur Rückkehrmigration [101]. Es gibt Hinweise, dass vor allem die älteren Menschen mit Migrationshintergrund ein Lebensmuster verwirklichen, das soziologisch als »transnationale Migration« bezeichnet wird. Transnationale Migration ist durch soziale Strukturen bzw. Räume gekennzeichnet, die von Menschen mit Migrationshintergrund zwischen ihrem Herkunfts- und ihrem Zuwanderungsland gebildet werden. Praktisch bedeutet dies eine grenzübergreifende doppelte Wohnsitzführung. Dieses neue Lebensmuster fügt sich nicht ein in die Zielsetzung der dauerhaften Niederlassung, die durch die Einbürgerung gefördert werden soll. Die älteren Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere aus der nicht zur EU gehörenden Türkei, werden dadurch zu einer Art »Pioniere wider Willen«, indem sie unter rechtlichen und meistens auch finanziell einengenden Bedingungen versuchen, ihre Bindungen an beide Länder aufrecht zu erhalten. Es wäre wert, genauer zu untersuchen, welche gesundheitlichen Belastungen und welche Nutzungsmuster des Gesundheitssystems mit dieser Lebensform verbunden sind, zumal sie nicht nur Menschen mit Migrationshintergrund, sondern auch eine erhebliche Zahl älterer Deutscher mit einem temporären Wohnsitz in zumeist südlichen Ländern betrifft.

3.4.4 Gesundheitsprobleme von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus

Gesicherte Erkenntnisse zur gesundheitlichen Lage von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus (sog. »illegal« Aufhältige) sind in Deutschland kaum verfügbar, denn verlässliches Zahlenmaterial dazu gibt es bislang nicht. Es existieren lediglich einzelne, nicht repräsentative Untersuchungen, die darauf hindeuten, dass sich das Morbiditätsspektrum in dieser Gruppe wie bei anderen Menschen mit Migrationshintergrund aus dem Krankheitsspektrum der Herkunftsländer und dem des Aufnahmelandes zusammensetzt. Ähnlich wie Menschen mit Migrationshintergrund mit gültigem Einreise- und Aufenthaltspapieren sind Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus zum Zeitpunkt der Migration vermutlich vergleichsweise gesund, da dies die Chance auf einen Erfolg der Migration erhöht. Allerdings wird angenommen, dass die unsichere Lebenssituation und der erschwerte Zugang zur medizinischen Versorgung zu einem spezifischen Risikoprofil führen. Lindert [102] fasst in ihrem Beitrag zu gesundheitlichen Problemen in der »Illegalität« folgende Risikofaktoren zusammen:

- psychische Belastung durch den unsicheren Rechtsstatus und die andauernde Bedrohung, entdeckt zu werden
- teils gefährliche Arbeitsbedingungen, da die Absprachen keiner arbeitsrechtlichen Grundlage entsprechen und somit z. B. Arbeitszeitbegrenzungen, fristgerechte Lohnzahlung oder Arbeitsschutzverordnungen nicht eingehalten werden
- allgemein schlechte Lebensbedingungen, z. B. hinsichtlich der Unterbringung und der Ernährung
- erhöhte Prävalenz von Krankheiten, die in den Herkunftsländern verbreitet sind, wie z. B. Tuberkulose, Infektionskrankheiten und Traumata
- erhöhtes Risiko für sexuell übertragbare Erkrankungen bei manchen Gruppen.

Es gibt zudem Hinweise darauf, dass die Rechtlosigkeit von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus ihr Risiko erhöht, Opfer von Übergriffen und kriminellen Handlungen zu werden. Hierzu

können sexuelle Misshandlungen oder Verwicklungen in illegalen Drogenkonsum gehören, mit potenziell erheblichen gesundheitsrelevanten Folgen [102, 103].

Die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. Sie ist meist von Ausführungsverordnungen der Länder sowie von privaten und meist örtlich begrenzten Hilfsinitiativen abhängig [102] (siehe Unterkapitel 6.5). Menschen ohne rechtlich gültigen Aufenthaltsstatus wenden sich im Falle des Hilfebedarfs u. a. an Beratungsstellen für Menschen ohne Krankenversicherung. Die Statistik einer solchen Beratungsstelle in Berlin weist aus, dass 80 % der Hilfesuchenden keinen legalen Aufenthaltsstatus haben. An erster Stelle der Gründe für einen Beratungsbedarf stehen Schwangerschaften, gefolgt von internistischen Problemen, darunter auch chronische Krankheiten wie Hepatitis B/C, Diabetes mellitus oder Hypertonie sowie Zahnerkrankungen [104]. Als besonders drängende Gesundheitsprobleme werden in der Fachöffentlichkeit die folgenden Punkte diskutiert:

- Eine Schwangerschaftsvorsorge ist auf Grund der unsicheren Aufenthaltssituation in der Regel nicht möglich. Medizinische Gefahrensituationen und Risiken für Mutter und Kind können daher nicht diagnostiziert und behandelt werden. Darüber hinaus besteht eine zusätzliche psychosoziale Belastung durch die Unsicherheit, die Angst vor Abschiebung und die materiell schwierige Lebenssituation [103]. Eine Schwangerschaft in der Illegalität ist daher als Risikoschwangerschaft zu betrachten, die einer besonders sorgfältigen Betreuung durch Ärztinnen bzw. Ärzte und Hebammen bedarf [105].
- Darüber hinaus stellt die Beantragung einer Geburtsurkunde ein Problem dar, da Menschen ohne legalen Aufenthaltstatus dabei ihre Illegalität preisgeben müssen. Ohne Geburtsurkunde kann bei einem Aufgreifen nicht bewiesen werden, dass es sich tatsächlich um das eigene Kind handelt, somit entsteht zusätzlich die Gefahr der Trennung von Mutter und Kind [106, 107].
- Da allgemein der Zugang zu medizinischer Versorgung für Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus schwierig ist, wird oft erst bei ernsten oder schon chronischen Beschwerden medizinische Hilfe gesucht [103]. Akute Erkrankungen und Verletzungen sind dann oft weiter fortgeschritten und schlechter behandelbar, als sie es in einem früheren Stadium gewesen wären. Die Behandlung wird dadurch aufwändiger und teurer.
- Chronische Krankheiten wie HIV/AIDS oder Hepatitis B/C stellen sowohl wegen der hohen Kosten für die Therapie als auch wegen der ungesicherten Behandlungskontinuität auch engagierte Ärztinnen und Ärzte vor große Probleme. Im Falle einer Tuberkuloseerkrankung oder sexuell übertragbarer Krankheiten bieten die meisten Gesundheitsämter Beratung und Untersuchung an. Die Kosten einer Behandlung müssen bei »Nachweis eines (finanziellen) Unvermögens (der Person) …« von den Gesundheitsämtern getragen werden (§ 19 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz). Die Praxis bezüglich der Datenübermittlung an die jeweiligen Ausländerbehörden durch die Gesundheitsämter gemäß § 87 AufenthG ist in den Bundesländern unterschiedlich. In der Regel hat die Datenübermittlung jedoch die Abschiebung zur Folge [103, 108].

Insgesamt gibt es für diese schwer zugängliche Personengruppe zurzeit keine gesicherte und deutschlandweit verfügbare Gesundheitsversorgung. Medizinische Hilfe für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus wird bisher oft nur durch das Engagement einzelner Personen und Organisationen ermöglicht (siehe Unterkapitel 6.5).

Quellenverzeichnis

1. Razum O, Zeeb H, Akgün HS et al. (1998) Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into second generation: merely a healthy migrant effect? Trop Med Int Health 3 (4): 297–303
2. Razum O, Zeeb H, Gerhardus A (1998) Cardiovascular mortality of Turkish nationals residing in West Germany. Ann Epidemiol 8 (5): 334–341
3. Zeeb H, Razum O (2003) Krebshäufigkeit bei türkischen Staatsbürgern in Deutschland. Erste epidemiologische Erkenntnisse. FORUM Deutsche Krebsgesellschaft 2: 42–45
4. Franzini L, Ribble JC, Keddie AM (2001) Understanding the Hispanic paradox. Ethn Dis 11 (3): 496–518
5. Balarajan R (1995) Ethnicity and variations in the nation's health. Health Trends 27 (4): 114–119
6. Darmon N, Khlat M (2001) An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices. Public Health Nutr 4 (2): 163–172
7. Altenhofen L, Weber I (1993) Mortalität der ausländischen und der einheimischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Soz Präventivmed 38 (4): 222–230
8. Razum O, Rohrmann S (2002) Der Healthy-migrant-Effekt: Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-entry-Bias. Das Gesundheitswesen 64 (2): 82–88
9. Wiesner G (2001) Der Lebensverlängerungsprozess in Deutschland, Stand – Entwicklung – Folgen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
10. Verband der Rentenversicherungsträger Referat Statistisches Berichtswesen (Hrsg) (2002) Tabelle 013.00 G RV: Rentenbestand am 31.12.2002. Würzburg
11. Neumann G (1991) Todesursachenstatistik – Sterbetafeln. Deutsches Ärzteblatt 88 (15): 722–723
12. Fleischer H (1989) Entwicklung der Ausländerzahl seit 1987. Wirtschaft und Statistik 9: 594–599
13. Razum O, Jahn A, Blettner M et al. (1999) Trends in maternal mortality ratio among women of German and non-German nationality in West Germany, 1980 to 1996. Int J Epidemiol 28 (5): 919–924
14. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2002) Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 2002. Wiesbaden
15. Razum O, Jahn A (2000) Marital status and maternal mortality. Lancet 355 (9221): 2169
16. Hansestadt Lübeck Gesundheitsamt (Hrsg) (2000) Lübecker Kindergesundheitsbericht. Lübeck
17. Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg) (2001) Stadtdiagnose, 2. Zweiter Gesundheitsbericht für Hamburg
18. Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg) (1995) Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg. Zwischenbilanz 1994
19. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg) (2000) Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen: Sonderbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
20. Razum O, Zeeb H (2004) Suizidsterblichkeit unter Türkinnen und Türken in Deutschland. Der Nervenarzt 75 (11): 1092–1098
21. Bundeskriminalamt (Hrsg) (2004) Bundeslagebild Rauschgift 2003. Wiesbaden
22. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2006) Drogen- und Suchtbericht 2006. BMG, Berlin
23. Marmot MG (1993) Changing places changing risks: The study of migrants. Public Health Rev 21 (3–4): 185–195
24. Razum O, Twardella D (2002) Time travel with Oliver Twist – towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. Trop Med Int Health 7 (1): 4–10
25. Benfante R (1992) Studies of cardiovascular disease and cause-specific mortality trends in Japanese-American men living in Hawaii and risk factor comparisons with other Japanese populations in the Pacific region: a review. Hum Biol 64 (6): 791–805
26. Levy D, Kannel WB (2000) Searching for answers to ethnic disparities in cardiovascular risk. Lancet 356 (9226): 266–267
27. Ansay EM (1980) Krankheits- und Arbeitsunfallursachen türkischer Arbeitnehmer im Heimatland und in der Bundesrepublik Deutschland. Dissertation. Universität Hamburg
28. Razum O, Zeeb H (2004) Inequity, acculturation and the 'Mediterranean paradox'. Int J Epidemiol 33 (6): 1411–1412
29. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2006. Robert Koch-Institut, Berlin
30. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2004) Epidemiologisches Bulletin Nr. 12: 95–104
31. World Health Organisation (Hrsg) (2005) WHO report 2005. Annex 2: Country data by WHO region. Global Tuberculosis Control., S 149–215 www.who.int/tb/publications/global_report/2005/pdf/EUR.pdf (Stand: 08.06.2005)
32. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2002) Epidemiologisches Bulletin Nr. 11: 85–96
33. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2006) Epidemiologisches Bulletin Nr. 47

34. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2006) Epidemiologisches Bulletin Nr. 46
35. Prüfer-Krämer L, Krämer A (2004) Infektionskrankheiten bei Migrantinnen und Migranten. In: Krämer A, Prüfer-Krämer L (Hrsg) Gesundheit von Migranten – Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven. Gesundheitsforschung. Juventa-Verlag, Weinheim München, S 142–156
36. Suerbaum S, Michetti P (2002) Helicobacter pylori infection. N Engl J Med 347 (15): 1175–1186
37. Rothenbacher D, Bode G, Gonser T et al. (2001) Helicobacter-pylori-Infektionen bei Kindern. Deutsches Ärzteblatt 98 (15): A986–A989
38. Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) (1997) Arbeitsunfähigkeitsstatistik 1997. Essen
39. Korporal J, Dangel B (2004) Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten als Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit im Alter. Expertise für den 5. Altenbericht der Bundesregierung. BMFSFJ, Berlin
40. von Ferber L, Köster I, Celayir-Erdogan N (2003) Türkische und deutsche Hausarztpatienten – Erkrankungen, Arzneimittelerwartungen und Verordnungen. Das Gesundheitswesen 65 (5): 304–311
41. Borde T, Braun T, David M (2003) Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patient/innen und Migrant/innen. Schlussbericht http://www.asfh-berlin.de/hsl/freedocs/132/berlinernotfallambulanzstudie2003.pdf (Stand: 24.06.2006)
42. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2007) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden
43. World Health Organisation (Hrsg) (2003) World Health Report 2003. Shaping the Future. Geneva http://www.who.int/whr/2003/en/whr03.en.pdf (Stand: 09.06.2005)
44. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg) (2001) Statistisches Taschenbuch. BMAS, Berlin Bonn
45. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2007) Statistisches Taschenbuch 2007. Arbeits- und Sozialstatistik. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bonn
46. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg) (2002) Bericht über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland gemäß § 91c Abs.2 Ausländergesetz. Berlin Bonn http://www.integrationsbeauftragte.de/download/lage5.pdf (Stand: 03.2005)
47. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg) (2001) Unfallverhütungsbericht Arbeit. Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2000. Berlin Bonn
48. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg) (2002) Daten und Fakten zur Ausländersituation, 20. Auflage. Berlin Bonn
49. Henter A, Hermanns D, Wittig P (2002) Tödliche Arbeitsunfälle 1998–2000. Statistische Analyse nach einer Erhebung der Gewerbeaufsicht. Forschungsberichte der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Fb 936. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven
50. Pfaff H (2005) Schwerbehinderte Menschen 2003. Wirtschaft und Statistik 11/2005: 1209–1216
51. Bjorner JB, Kirstensen TS, Orth-Gomér K et al. (1996) Self-rated health – a useful concept in research, prevention and clinical medicine. Ord & Form AB, Uppsala
52. Idler EL, Benyamini Y (1997) Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behaviour 38 (1): 21–37
53. Chandola T, Jenkinson C (2000) Validating self-rated health in different ethnic groups. Ethnicity and Health 5 (2): 151–159
54. Ronellenfitsch U, Razum O (2004) Deteriorating health satisfaction among immigrants from Eastern Europe to Germany. Int J Equity Health 3 (1): 4
55. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
56. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A et al. (2002) Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Lancet 360 (9343): 1347–1360
57. Brussaard JH, Erp-Baart MA, Brants HA et al. (2001) Nutrition and health among migrants in The Netherlands. Public Health Nutr 4 (2B): 659–664
58. Landman J, Cruickshank JK (2001) A review of ethnicity, health and nutrition-related diseases in relation to migration in the United Kingdom. Public Health Nutr 4 (2B): 647–657
59. Winkler G (2003) Ernährungssituation von Migranten in Deutschland – was ist bekannt? Teil 1: Gesundheits- und Ernährungssituation. Ernährungs-Umschau 50 (5): 170–175
60. Winkler G (2003) Ernährungssituation von Migranten in Deutschland – was ist bekannt? Teil 2: Ernährungsverhalten. Ernährungs-Umschau 50 (6): 219–221
61. Delekat D (2003) Zur Gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Spezialbericht 2003–2. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin
62. Erb J, Winkler G (2004) Role of nationality in overweight and obesity in preschool children in Germany. Monatsschrift Kinderheilkunde 152 (3): 291–298

63. Will B, Zeeb H, Baune BT (2005) Overweight and obesity at school entry among migrant and German children: a cross-sectional study. BMC Public Health 5 (1): 45 http://www.biomedcentral.com/1471–2458/5/45
64. Wang Z, Patterson CM, Hills AP (2002) A comparison of self-reported and measured height, weight and BMI in Australian adolescents. Aust N Z J Public Health 26 (5): 473–478
65. van der Wilk EA, Jansen J (2005) Lifestyle-related risks: Are trends in Europe converging? Public Health 119 (1): 55–66
66. Tezcan S, Altintas H, Sönmez R et al. (2003) Cardiovascular risk factor levels in a lower middle-class community in Ankara, Turkey. Trop Med Int Health 8 (7): 660–667
67. Bush HM, Williams RG, Lean ME et al. (2001) Body image and weight consciousness among South Asian, Italian and general population women in Britain. Appetite 37 (3): 207–215
68. Porsch-Oezcueruemez M, Bilgin Y, Wollny M et al. (1999) Prevalence of risk factors of coronary heart disease in Turks living in Germany: The Giessen study. Atherosclerosis 144 (1): 185–198
69. Dill H, Frick U, Höfer R et al. (2002) Risikoverhalten junger Migrantinnen und Migranten. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 141/I. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
70. Lampert T, Burger M (2005) Verbreitung und Strukturen des Tabakkonsums in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 48 (11): 1231–1241
71. Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (2005) www.dhs.de (Stand: 10.01.2005)
72. Surall D, Siefen RG (2002) Prävalenz und Risikofaktoren des Drogenkonsums von türkischen und Aussiedlerjugendlichen im Vergleich zu deutschen Jugendlichen. Eine Dunkelfelderhebung bei Schulen der Stadt Marl. Migration und Sucht. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 141/II. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, S 152–225
73. Weilandt C, Rommel A, Raven U (2003) Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW. Enquêtekommission »Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW«. (unveröffentlicht)
74. Riecken A (2001) Psychiatrische Erkrankungen im Migrations- und Integrationsprozess. Aussiedler im Niedersächsischen Krankenhaus Osnabrück. In: Marschalck P, Wiedl KH (Hrsg) Migration und Krankheit. Universitätsverlag Rasch, Osnabrück
75. Schmidbauer W, vom Scheidt J (2004) Handbuch der Rauschdrogen. Fischer TB Verlag, Frankfurt am Main
76. Haasen C, Tropak MA, Yagdiran O et al. (2001) Psychosoziale Aspekte der Sucht. Suchttherapie 2 (3): 161–166
77. Institut für Therapieforschung (Hrsg) (1993) Expertise über Schätzverfahren zum Umfang der Drogenproblematik in Deutschland. München
78. Bundeskriminalamt (Hrsg) (2001) Rauschgiftjahresbericht. Wiesbaden
79. Ferrada-Noli M, Asberg M, Ormstad K et al. (1998) Suicidal behavior after severe trauma. Part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessments of suicidal behavior. J Trauma Stress 11 (1): 103–112
80. Agger I, Buus Jensen S (1993) The Psychosexual Trauma of Torture. In: Wilson JP, Raphael B (Hrsg) International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. Plenum Press, New York, S 684–702
81. Basoglu M, Paker M, Paker O et al. (1994) Psychological effects of torture: a comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey. Am J Psychiatry 151 (1): 76–81
82. Petersen HD, Abildgaard U, Daugaard G et al. (1985) Psychological and physical long-term effects of torture. A follow-up examination of 22 Greek persons exposed to torture 1967–1974. Scand J Soc Med 13 (3): 89–93
83. Holtz TH (1998) Refugee trauma versus torture trauma: a retrospective controlled cohort study of Tibetan refugees. J Nerv Ment Dis 186 (1): 24–34
84. Mohammadzadeh Z (1995) Das Bremer Erstuntersuchungsprogramm für Asylsuchende (I). Gesundheitswesen 57 (8–9): 457–461
85. Mohammadzadeh Z (1995) Das Bremer Erstuntersuchungsprogramm für Asylsuchende (II). Gesundheitswesen 57 (8–9): 462–466
86. Bauer M, Priebe S, Haring B et al. (1993) Long-term mental sequelae of political imprisonment in East Germany. J Nerv Ment Dis 181 (4): 257–262
87. el Sarraj E, Punamaki RL, Salmi S et al. (1996) Experiences of torture and ill-treatment and post-traumatic stress disorder symptoms among Palestinian political prisoners. J Trauma Stress 9 (3): 595–606
88. Maercker A, Schutzwohl M (1997) Long-term effects of political imprisonment: a group comparison study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 32 (8): 435–442
89. Hauff E, Vaglum P (1995) Organised violence and the stress of exile. Predictors of mental health in a community cohort of Vietnamese refugees three years after resettlement. Br J Psychiatry 166 (3): 360–367

90. Kinzie JD, Boehnlein JK, Leung PK et al. (1990) The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees. Am J Psychiatry 147 (7): 913–917
91. Mollica RF, McInnes K, Pham T et al. (1998) The dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms in Vietnamese ex-political detainees and a comparison group. J Nerv Ment Dis 186 (9): 543–553
92. Kroll J, Habenicht M, Mackenzie T et al. (1989) Depression and posttraumatic stress disorder in Southeast Asian refugees. Am J Psychiatry 146 (12): 1592–1597
93. Gorst-Unsworth C, Goldenberg E (1998) Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile. Br J Psychiatry 172: 90–94
94. Grimberg B, Moschner B (1996) Folteropfer als Flüchtlinge in Deutschland. Ergebnisse einer qualitativen Studie. Zeitschrift für Politische Psychologie 4 (2): 183–191
95. Silove D, Sinnerbrink I, Field A et al. (1997) Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. Br J Psychiatry 170: 351–357
96. Burnett A, Peel M (2001) Health needs of asylum seekers and refugees. Br Med J 322 (7285): 544–547
97. Yano H (2001) Anwerbung und ärztliche Untersuchung von 'Gastarbeitern' zwischen 1955 und 1965. In: Marschalck P, Wiedl KH (Hrsg) Migration und Krankheit. IMIS Schriften, Band 10. Universitätsverlag Rasch, Osnabrück, S 65–83
98. Häfner H, Moschel G, Ozek M (1977) Psychische Störungen bei türkischen Gastarbeitern. Eine prospektiv-epidemiologische Studie zur Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung und partielle Anpassung. Nervenarzt 48 (5): 268–275
99. Wittig U, Merbach M, Siefen RG et al. (2004) Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. Gesundheitswesen 66 (2): 85–92
100. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg) (2002) Situation der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen in der Bundesrepublik Deutschland – Repräsentativuntersuchung 2001. BMAS, Berlin
101. Razum O, Sahin-Hodoglugil N, Polit K (2005) Health, wealth, or family ties? Why Turkish work migrants return from Germany. Qualitative study with re-migrants in Turkey. J Ethn Migr Stud 31 (4): 615–638
102. Lindert J (2003) Krankheit kennt keine Papiere. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migranten Flüchtlinge und Integration (Hrsg) Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003. Berlin Bonn, S 143–147
103. Groß J (2005) Möglichkeiten und Grenzen der Medizinischen Versorgung von Patienten und Patientinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Flüchtlingsrat Berlin http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Medizin_fuer_Statuslose.pdf (Stand: 27.10.2005)
104. Franz A (2003) Medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung. In: Borde T, David M (Hrsg) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S 143–152
105. Bell U (1999) Erfahrungen bei der Versorgung schwangerer Frauen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus. In: Franke M, Geene R, Luber E (Hrsg) Armut und Gesundheit. Materialen zur Gesundheitsförderung, Band 1, Berlin, S 64–67
106. Groß J (2002) Keine Schwangerschaft ist illegal – Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung von Patientinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Pro Familia Familienplanungsrundbrief 04/2002: 3–11
107. Groß J (2002) Illegal - Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Berliner Ärzte 2/2002: 12–16 www.aerztekammer-berlin.de/10_aktuelles/18_berliner_aerzte/baeinhaltsverz/inhalt0202.html (Stand: 07.06.2005)
108. Bundesministerium für Jugend, Familie, Senioren und Frauen (Hrsg) (1999) Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. BMJFSF, Berlin, S 514

4 Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Mehr als ein Viertel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland kommt laut aktuellem Mikrozensus (2005) aus Familien mit Migrationshintergrund [1]. Vielfach verfügen diese Kinder und Jugendlichen nicht mehr über eine eigene Migrationserfahrung, sie sind hier in der zweiten oder dritten Generation einer zugewanderten Familie geboren. Deshalb wird auch von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund gesprochen. Nicht nur die zahlenmäßige Präsenz begründet ein eigenständiges Kapitel zur Gesundheit dieser Kinder, ihr Leben ist oft auch durch einen Minderheitenstatus geprägt. Ihre soziale Benachteiligung und insbesondere die überwiegend ungünstige Bildungssituation der nachwachsenden Generationen verringern ihre Startchancen für eine berufliche Integration und für ein gesundes Leben. Im Vergleich zur Erwachsenengeneration stellt der Migrationsprozess zudem besondere Anforderungen an die Kinder und Jugendlichen. Die Zuwanderung ist oftmals mit einer Übernahme von Erwachsenenfunktionen im Kindesalter verknüpft. Kinder mit Migrationshintergrund erfahren sich häufig auf eine sehr widersprüchliche Weise als Wanderer zwischen verschiedenen kulturellen Welten. Der Umgang mit dem Migrationsereignis wie auch die Balance zwischen den Kulturen kann Krankheitsrisiken und Gesundheitsressourcen zugleich einschließen.

4.1 Demografischer Hintergrund

Einen Migrationshintergrund weisen nicht nur Kinder und Jugendliche mit einer nichtdeutschen Staatsangehörigkeit auf, sondern auch Eingebürgerte, (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler sowie deren Familienangehörige und die hier geborenen Kinder ausländischer Eltern, die mit der Geburt neben der Staatsangehörigkeit der Eltern auch die deutsche erworben haben. Derzeit leben in Deutschland 1,34 Mio. Kinder und Jugendliche im Alter unter 18 Jahren mit einem ausländischen Pass, das sind 8,8 % dieser Altersgruppe [2]. Vor allem in Folge der Neuregelung des Staatsangehörigkeitsrechts und der Erleichterung von Einbürgerungen ist der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit rückläufig. Besonders deutlich wird dieser Rückgang, wenn nur die in Deutschland geborenen Ausländerinnen und Ausländer betrachtet werden. Ihr Anteil verringerte sich in vier Jahren um mehr als die Hälfte, von 12,4 % im Jahre 1999 auf 5,6 % im Jahre 2003 (Statistisches Bundesamt, Lebendgeborene nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht, 1999 bis 2003). Im Jahre 2006 betrug dieser Anteil nur noch 4,3 % (Statistisches Bundesamt, Ausländische Bevölkerung im Bundesgebiet nach Altersgruppen; Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre). Das Merkmal der nichtdeutschen Staatsangehörigkeit ist daher immer weniger geeignet, um Aussagen über die Zahl der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu treffen. Im Zeitraum zwischen 1994 und 2003 wanderten beispielsweise 506.117 Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler unter 18 Jahren nach Deutschland ein [3]. Spätaussiedlerinnen und -aussiedler erhalten mit ihrer Aufnahme und der Begründung eines ständigen Wohnsitzes im Bundesgebiet die Rechtsstellung eines Deutschen (Statusdeutscher). Wenn das Bundesverwaltungsamt die Spätaussiedlereigenschaft bescheinigt hat, erwerben sie kraft Gesetzes die deutsche Staatsangehörigkeit. Dies trifft auch für Ehegatten und weitere Familienmitglieder, beispielsweise Kinder, zu, die in den Aufnahmebescheid einbezogen werden. Allein im Jahre 2003 wurden weitere 32.039 Kinder und Jugendliche dieser Altersgruppe mit Migrationshintergrund eingebürgert (Statistisches Bundesamt, Eingebürgerte Personen nach bisheriger Staatsangehörigkeit und Altersgruppen, 2003).

Der Mikrozensus erfasste 2005 erstmals detaillierte Informationen zum Migrationshintergrund und berücksichtigte neben diesen Gruppen auch die zweite und teilweise die dritte Generation zugewanderter Familien [1]. Danach wiesen 28,6 % der Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 0 und 18 Jahren einen Migrationshintergrund auf, verfügten also über eine eigene Migrationserfahrung und/oder hatten eine ausländische Staatsangehörigkeit, oder aber mindestens ein Elternteil war zugewandert, eingebürgert beziehungsweise nichtdeutscher Staatsangehörigkeit. In einigen

Großstädten wird der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund auf bis zu 40 % beziffert [4]. Dieser hohe Anteil unter den Kindern und Jugendlichen ist auf eine vergleichsweise hohe Geburtenrate und eine jüngere Altersstruktur der Bevölkerung mit Migrationshintergrund zurückzuführen.

4.2 Datenlage zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Für eine Analyse des Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund bestehen ähnliche Schwierigkeiten bezüglich der Datenlage wie generell bei Menschen mit Migrationshintergrund (vgl. Unterkapitel 2.1). Vor dem Hintergrund der Reform des Staatsangehörigkeitsrechts werden Daten der amtlichen Statistik, die lediglich nach dem Merkmal der Staatsangehörigkeit differenzieren, zunehmend weniger Kinder mit Migrationshintergrund identifizieren können und damit perspektivisch gerade für diese Gruppe eine untaugliche Datenbasis darstellen. Repräsentative bundesweite Surveydaten zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit Migrationshintergrund fehlten bislang. Empirische Studien beschränken sich auf einzelne Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund, auf bestimmte Regionen oder auf ausgewählte Aspekte der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens. Eine wichtige Datenquelle sind Schuleingangsuntersuchungen, aber auch hier wird der Migrationshintergrund uneinheitlich und in vielen Bundesländern gar nicht erfasst, so dass eine Vergleichbarkeit der verschiedenen Datensätze kaum möglich ist.

Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS), in dessen Rahmen das Robert Koch-Institut über einen Zeitraum von drei Jahren bis Mai 2006 bundesweit 17.642 Kinder und Jugendliche zu ihrem Gesundheitszustand untersuchte, können nunmehr auch aussagekräftige Daten für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund bereitgestellt werden. Es wurden besondere Bemühungen unternommen, um diese Gruppe entsprechend ihres Anteils in der Bevölkerung an der Studie zu beteiligen [5, 6]. So weisen 17,1 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen einen beidseitigen Migrationshintergrund auf, d. h. beide Elternteile sind in einem anderen Land als Deutschland geboren und/oder haben eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit bzw. das Kind ist selbst zugewandert mit mindestens einem nicht in Deutschland geborenen Elternteil. Weitere 8,3 % der Kinder und Jugendlichen verfügen über einen einseitigen (d. h. nur einen Elternteil betreffenden) Migrationshintergrund [7]. Im Fragebogen wurden umfassende Informationen zum Migrationshintergrund erfasst, so dass Kinder und Jugendliche der ersten und zweiten Einwanderergeneration unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit identifiziert werden können. Es kann darüber hinaus nach Aufenthaltsdauer, Einreisealter und verfestigtem/unsicherem Aufenthaltsstatus differenziert werden. Erste Ergebnisse aus dem KiGGS liegen in publizierter Form vor und werden im Folgenden berücksichtigt. In diesen Publikationen wird, entsprechend der für KiGGS-Analysen zugrunde gelegten Auswertungsroutinen, zwischen Kindern mit (beidseitigem) Migrationshintergrund und Kindern ohne Migrationshintergrund unterschieden. Die Gruppe der Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund wird im Sinne eines maximal kontrastierenden Vergleichs und aufgrund der teilweise zu kleinen Fallzahlen nicht extra ausgewiesen, sondern unter »ohne Migrationshintergrund« eingruppiert. Für die Zukunft sind Vergleiche zwischen allen drei Gruppen geplant.

Weiterhin werden Daten der amtlichen Statistik sowie publizierte Daten aus Schuleingangsuntersuchungen und anderen Studien herangezogen. Außerdem wird auf Daten des internationalen WHO-Jugendgesundheitssurveys »Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)« zurückgegriffen. Im Rahmen des HBSC-Surveys wurden im Jahre 2002 auch in mehreren Regionen in Deutschland Daten gewonnen und Jugendliche im Alter von 11, 13 und 15 Jahren in Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen und Berlin befragt [8]. Die gewonnenen Informationen über die Kinder und Jugendlichen basieren hier auf einer Selbstauskunft. Zum Migrationshintergrund machten die Kinder und Jugendlichen die Angabe, aus welchem Land Mutter und Vater stammen. Danach kommen 16,0 % der insgesamt 23.111 befragten Jugendlichen aus Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund und weitere 7,7 % aus binati-

onalen Familien mit einem Elternteil deutscher und einem Elternteil nichtdeutscher Herkunft (einseitiger Migrationshintergrund). Sofern die in dem folgenden Kapitel berichteten Daten auf der WHO-Studie oder KiGGS beruhen, werden somit auch (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler, eingebürgerte Kinder sowie nachfolgende Generationen der Zuwanderer berücksichtigt. Amtliche Statistiken unterschieden hingegen nur zwischen deutscher und nichtdeutscher (ausländischer) Staatsangehörigkeit. In diesem Falle wird von Kindern mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit bzw. ausländischen Kindern gesprochen.

4.3 Sterblichkeit, Erkrankungen und Gesundheitsverhalten

4.3.1 Sterblichkeit

Im Kindes- und Jugendalter führen Unfälle die Statistik der Todesursachen an. Von den 1.168 im Jahre 2004 tödlich verunglückten Kindern und Jugendlichen waren 73 (6,3 %) nichtdeutscher Staatsangehörigkeit. Auch für die vorangegangenen Jahre zeigt die Todesursachenstatistik, dass der Anteil ausländischer Kinder und Jugendlicher an den Verunglückten nicht überproportional hoch, sondern sogar etwas niedriger war.

Der in der Tabelle 4.3.1.2 dokumentierte anteilige Rückgang ist dabei auf das veränderte Staatsangehörigkeitsrecht und nicht auf eine Reduktion der Unfallzahlen bei Kindern nichtdeutscher Staatsangehörigkeit zurückzuführen. Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit deutscher und mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit lassen sich in der Verteilung der Unfallarten finden: Ausländische Kinder verunglücken beispielsweise anteilig häufiger infolge häuslicher Unfälle, während Kinder mit deutscher Staatsangehörigkeit anteilig häufiger Opfer von Verkehrsunfällen sind (Tabelle 4.3.1.1, Tabelle 4.3.1.2).

Das Unfallgeschehen variiert stark je nach Altersgruppe. Daher empfehlen sich altersbezogene Betrachtungen. In den Tabellen 4.3.1.1 und 4.3.1.2 wurden dennoch Zusammenfassungen vorgenommen, da ansonsten die Fahlzahlen zu klein gewesen wären für differenzierte Analyse nach Unfallart. Die Tabelle 4.3.1.3 demonstriert, dass Kinder mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit in keiner Altersgruppe überproportional zu den Verunglückten gehören. Allerdings zeigt sich auch hier, dass die infolge des veränderten Staatsangehörigkeitsrechts zurückgehenden Zahlen künftig keine Aussagen über den Einfluss eines Migrationshintergrunds mehr zulassen werden.

Suizid ist nach dem Unfalltod die zweithäufigste Todesursache im Jugendalter. Ein beson-

Tabelle 4.3.1.1
Verunglückte unter 20 Jahren mit deutscher Staatsangehörigkeit 1999 bis 2004
Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Todesursachenstatistik 1999 bis 2004

Unfallart	1999		2000		2001		2002		2003		2004	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Arbeitsunfall	9	0,5 %	16	1,0 %	8	0,6 %	14	1,0 %	9	0,7 %	10	0,9 %
Schulunfall	10	0,6 %	6	0,4 %	3	0,2 %	3	0,2 %	2	0,2 %	2	0,2 %
Verkehrsunfall	1.275	77,0 %	1.173	76,1 %	1.014	74,5 %	1.023	75,0 %	956	74,1 %	812	74,2 %
häuslicher Unfall	151	9,1 %	130	8,4 %	125	9,2 %	120	8,8 %	121	9,4 %	87	7,9 %
Sport-, Spielunfall	54	3,3 %	45	2,9 %	47	3,5 %	48	3,5 %	40	3,1 %	32	2,9 %
sonstiger Unfall	156	9,4 %	172	11,2 %	164	12,1 %	157	11,5 %	162	12,6 %	152	13,9 %
gesamt	**1.655**	**100,0 %**	**1.542**	**100,0 %**	**1.361**	**100,0 %**	**1.365**	**100,0 %**	**1.290**	**100,0 %**	**1.095**	**100,0 %**

Tabelle 4.3.1.2
Verunglückte unter 20 Jahren mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit 1999 bis 2004
Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Todesursachenstatistik 1999 bis 2004

	1999		2000		2001		2002		2003		2004	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Arbeitsunfall	3	2,1%	3	2,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%
Schulunfall	1	0,7%	0	0,0%	1	1,0%	2	2,0%	0	0,0%	0	0,0%
Verkehrsunfall	89	61,8%	64	56,6%	68	67,3%	61	61,6%	48	58,5%	46	63,0%
häuslicher Unfall	21	14,6%	17	15,0%	12	11,9%	8	8,1%	13	15,9%	12	16,4%
Sport-, Spielunfall	5	3,5%	9	8,0%	1	1,0%	11	11,1%	4	4,9%	6	8,2%
sonstiger Unfall	25	17,4%	20	17,7%	19	18,8%	17	17,2%	17	20,7%	8	11,0%
gesamt	**144**	**100,0%**	**113**	**100,0%**	**101**	**100,0%**	**99**	**100,0%**	**82**	**100,0%**	**73**	**100,0%**
Anteil der Kinder nichtdt. Staatsangeh. an allen Unf.		8,0%		6,8%		6,9%		6,8%		6,0%		6,3%

Tabelle 4.3.1.3
Unfallgeschehen bei nichtdeutschen Kindern nach Altersgruppen
Anzahl der Sterbefälle/Sterbeziffer je 100.000 nichtdeutsche Einwohner der Altersgruppe
Quelle: www.gbe-bund.de, Todesursachenstatistik 1998 bis 2003, eigene Berechnung

		unter 1 Jahr		Kinder von 1 bis 4 Jahren		Kinder von 5 bis 14 Jahren		Kinder von 0 bis 14 Jahren	
Unfälle (ohne Spätfolgen) ICD-10: V01–X59	Jahr	Anzahl	je 100.000	Anzahl	je 100.000	Anzahl	je 100.000	Anzahl	je 100.000
	1998	8	8,1	29	7,2	41	4,2	78	5,3
	1999	10	10,5	36	9,1	38	3,9	84	5,8
	2000	4	9,7	32	8,5	24	2,6	60	4,4
	2001	3	7,0	12	3,8	29	3,2	44	3,4
	2002	4	9,7	17	6,3	31	3,4	52	4,3
	2003	1	2,6	12	5,4	22	2,5	35	3,1
Mittel 2001 bis 2003									
nichtdeutsche Kinder		2,7	6,5	13,7	5,1	27,3	3,0	43,7	3,6
deutsche Kinder			6,0		5,1		3,2		3,9

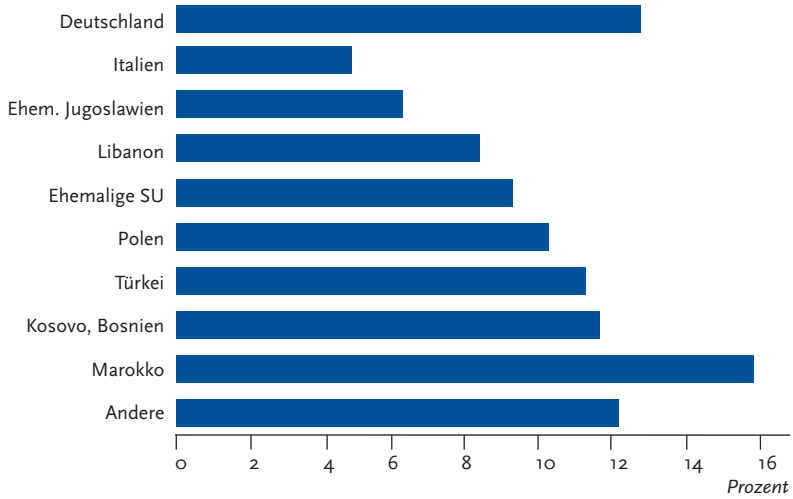
ders hohes Suizidrisiko scheinen Mädchen und junge Frauen türkischer Staatsangehörigkeit zu tragen (vgl. Kapitel 3.1.3). Hinweise darauf gibt die Untersuchung eines stationären Kollektivs von jugendlichen mediterranen und deutschen psychiatrischen Patientinnen [9]. Hier lautete die Einweisungsdiagnose bei Mädchen und jungen Frauen aus dem Mittelmeerraum häufiger Parasuizid (Suizidversuch) als bei den deutschen Mädchen und jungen Frauen dieser Altersgruppe. Diese Tendenz bestätigt eine Analyse der Suizidraten auf Basis einer Sonderauswertung der Todesursachenstatistik: In der Altersgruppe der 10- bis 17-Jährigen haben türkische Mädchen und junge Frauen eine fast doppelt so hohe Suizidsterblichkeit wie ihre deutschen Altersgenossinnen. Ihr Suizidrisiko ist auch deutlich erhöht im Vergleich zu den männlichen türkischen und deutschen Gleichaltrigen [10]. Eine mögliche Ursache für diese Gefährdung kann darin liegen, dass sich die erfahrene Diskrepanz zwischen tradierten Rollenerwartungen der Familie und den kulturellen Praktiken der Mehrheitsgesellschaft in dieser Gruppe besonders zuspitzt und teilweise als unauflösbar erlebt wird [11]. Andererseits kann diese Kulturkonflikttheorie durchaus kritisch gesehen werden,

was unter anderem auf der 34. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) im März 2006 diskutiert wurde. Es wurde konstatiert, dass weniger kulturelle Faktoren für eine erhöhte Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund verantwortlich seien, sondern vielmehr soziale Einflüsse, wie geringere Bildungschancen, Arbeitslosigkeit, aber auch inner- und außerfamiliäre Gewalterfahrungen [12]. Diese Belastungen sowie allgemeine migrationsspezifische Herausforderungen können in Depressionen münden. Brucks grenzt im Zusammenhang mit Migration drei Phasen ab, die besonders anfällig für psychische Krisen bei Menschen mit Migrationshintergrund sind, vor allem, wenn sie selber eine Migrationserfahrung besitzen. Für Jugendliche ist dies die Phase der Pubertät, die in Kombination mit Migrationsprozessen zu Überforderung im Entwicklungsprozess führen kann [13]. Krisen und Depressionen können wiederum die Folge sein [14]. Da das Erleben von Depressionen kulturell verschieden und von unterschiedlichen Formen geprägt sein kann [14], hat das Deutsche Bündnis gegen Depressionen e.V. das Thema »Depression und Migration« zu einem seiner inhaltlichen Schwerpunkte gemacht. So startete z. B. im Jahr 2006 in Nürnberg eine Informationskampagne zum Thema »Depression bei Ausländern«, die zum Ziel hat, sowohl bei im Gesundheitswesen Tätigen migrationsspezifische Besonderheiten des Themas hervorzuheben als auch in der türkischen Bevölkerung die Krankheit sowie Therapiemöglichkeiten publik zu machen (www.buendnis-depression.de).

4.3.2 Chronische Erkrankung, Behinderung und Krankheitshäufigkeit

Trotz eines niedrigeren sozioökonomischen Status ihrer Herkunftsfamilien sind gemäß einer Analyse der Mikrozensusdaten von 1995 Kinder und Jugendliche nichtdeutscher Staatsangehörigkeit seltener krank als deutsche Kinder. Nach Auskunft jeweils eines Haushaltsmitglieds waren 5,7 % der bis 18-jährigen deutschen Kinder und Jugendlichen zum Zeitpunkt der Untersuchung oder vier Wochen zuvor krank und nur 4,8 % der ausländischen Kinder und Jugendlichen [15]. Mikrozensusdaten von 1999, 2003 und 2005 bestätigen diesen Trend (1999: 4,2 % vs. 3,1 %; 2003: 4,4 % vs. 2,9 %; 2005: 8,9 % vs. 5,7 %). Einschränkend muss formuliert werden, dass die Angaben im Mikrozensus auf einer Selbsteinschätzung ohne objektivierbare Kriterien basieren und die Unterschiede auch Ausdruck einer kulturspezifischen Interpretation

Abbildung 4.3.2.1
Chronische Erkrankung und Behinderung bei Kindern und Jugendlichen nach Herkunftsland der Mutter
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Deutschland (n=23.111), eigene Auswertung



von Kranksein sein könnten. Dies trifft auch auf weitere, hier verwendete Datenquellen zu, z. B. die Befragungen im Rahmen des internationalen WHO-Jugendgesundheitssurveys (HBSC). Diese Daten deuten in die gleiche Richtung: Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund leiden seltener (10,5 %) an einer chronischen Erkrankung oder Behinderung als Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund bzw. binationaler Herkunft (12,6 % bzw. 12,9 %). Deutliche Unterschiede zeigen sich zwischen den Herkunftsländern, aber bis auf eine Ausnahme (Marokko) liegen alle Länder in ihren Anteilen an chronisch Erkrankten bzw. Behinderten unter Deutschland (Abbildung 4.3.2.1). Eine mögliche Erklärung für eine niedrigere Erkrankungsrate ist das familiale Netzwerk von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, welches als gesundheitsfördernde Ressource und protektiver Faktor wirken und die soziale Benachteiligung dieser Personengruppe ausgleichen kann [16].

4.3.3 Verletzungen

Unfälle sind nicht nur häufigste Todesursache, Verletzungen durch Unfälle stehen außerdem im Krankheitsgeschehen der Kinder und Jugendlichen nach vollendetem erstem Lebensjahr an erster Position [17]. Mikrozensusdaten bieten die Möglichkeit einer nach Staatsangehörigkeit differenzierenden Betrachtung der Unfallverletzungen. Die Analyse der Daten von 1995 erbrachte keine Unterschiede zwischen den Befragten deutscher und nichtdeutscher Staatsangehörigkeit [15]. Die Fallzahlen von 2003 erweisen sich als zu gering, um Hochrechnungen für nichtdeutsche Kinder und Jugendliche vornehmen zu können. Hier macht sich wiederum die im Zuge des veränderten Staatsangehörigkeitsrechts geringer werdende Zahl von Kindern mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit bemerkbar. Einzelne unfallanalytische Forschungsarbeiten liefern dennoch Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und Unfallwahrscheinlichkeit. Neueren Zahlen aus Hamburg zufolge werden Kinder in dicht besiedelten Innenstadtteilen mit hohem Ausländeranteil häufiger Opfer von Verkehrsunfällen [18]. Ein bevölkerungsbezogenes Unfallmonitoring in einer deutschen Gemeinde ergab weiterhin, dass die unfallbedingte Verletzungsrate bei den 5- bis 15-jährigen ausländischen Jungen fast doppelt so hoch und bei den unter 5-jährigen Jungen sogar 3,3-mal so hoch wie bei den deutschen Jungen war. Bei den Mädchen fiel diese Differenz ebenfalls deutlich, wenn auch nicht ganz so drastisch aus: das 2,3-fache bei den unter 5-jährigen und das 1,1-fache bei den 5- bis 15-jährigen Mädchen [19]. Erfasst wurden die verletzten Kinder in städtischen Kliniken und Notfallambulanzen. Obwohl Untersuchungen darauf hinweisen, dass Personen ausländischer Herkunft Notfallambulanzen tendenziell häufiger in Anspruch nehmen als Personen deutscher Herkunft [20, 21], schließen die Autoren aber eine alleinige Erklärung der erhöhten Verletzungsraten durch einen möglichen Einfluss dieses Faktors aus. Vielmehr wird auf analoge Ergebnisse in internationalen Studien verwiesen, in denen eine größere Gefährdung auf die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit sowie auf einen niedrigeren Sozialstatus zurückgeführt wird.

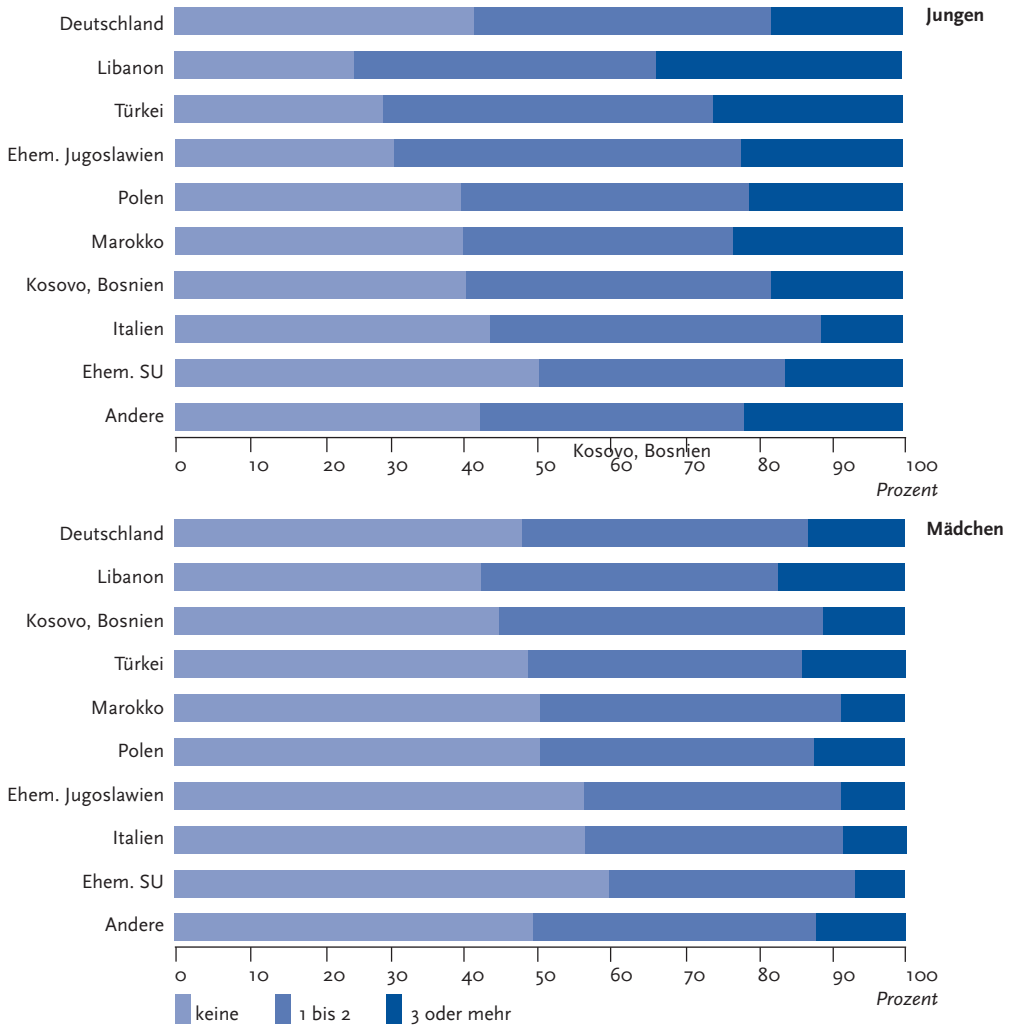
Auch die ersten KiGGS-Ergebnisse zeigen höhere Verletzungsraten bei Jungen mit Migrationshintergrund im Kleinkindalter. Im Vergleich zu ihren Altersgenossen (14,5 %) erlitten 19,8 % Verletzungen durch Unfälle. Mädchen mit Migrationshintergrund weisen hingegen in allen Altersgruppen niedrigere Verletzungsraten auf als jene ohne Migrationshintergrund [22].

Eine Analyse der Daten der WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002 zeigt ebenfalls, dass eine differenzierte Betrachtung des Unfallgeschehens bei Kindern und Jugendlichen das Herkunftsland des Kindes bzw. der Familie sowie das Geschlecht berücksichtigen muss. Ein Vergleich von Kindern und Jugendlichen nach Migrationshintergrund fördert zunächst keine nennenswerten Unterschiede in der Häufigkeit der behandelten Verletzungen zutage. Erst eine nach Herkunftsland und Geschlecht differenzierende Analyse dokumentiert deutliche Unterschiede: Besonders gefährdet sind Jungen aus dem Libanon und der Türkei (Abbildung 4.3.3.1). Am seltensten verletzen sich Jungen aus den Ländern der früheren Sowjetunion. Mädchen tragen generell ein geringeres Verletzungsrisiko. Im Vergleich zu den deutschen Mädchen verstärkt sich dieser geschlechtsspezifische Effekt bei den meisten Herkunftsländern. Verhaltensmuster, die zu einer geringeren Verletzungshäufigkeit führen,

sind vermutlich nicht nur geschlechtstypisch, sondern auch kulturspezifisch geprägt.

Besorgnis erregend sind aktuelle Zahlen aus dem KiGGS, die bundesweit deutlich geringere Helmtragequoten beim Fahrradfahren und Inlineskaten sowie einen geringeren Schutz durch Protektoren (Arm- und Knieschoner beim Skaten) unter Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund berichten. So tragen drei Viertel der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund Protektoren, bei jenen mit beidseitigem Migrationshintergrund beträgt dieser Anteil lediglich 57,9 % [22].

Abbildung 4.3.3.1
Häufigkeit der Verletzungen in den letzten 12 Monaten bei Kindern und Jugendlichen nach Herkunftsland der Mutter und Geschlecht
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Deutschland (n=23.111), eigene Auswertung



4.3.4 Tuberkulose

Seit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes im Januar 2001 werden für jeden Tuberkulosefall epidemiologisch relevante Merkmale erfasst und vom Gesundheitsamt anonymisiert an die jeweilige Landesstelle und das Robert Koch-Institut übermittelt. Die jährlich erscheinenden Berichte geben Aufschluss über die Verbreitung, Ursachen und Folgen (Epidemiologie) der Tuberkulose in Deutschland und beinhalten u. a. eine differenzierte Betrachtung nach Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Geburtsland [23, 24]. Das Risiko, an einer Tuberkulose zu erkranken, war für Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit im Jahre 2004 deutlich höher als bei deutschen Kindern. Diese Differenz fällt weitaus deutlicher aus als im Erwachsenenalter. Mit einer Inzidenz (Anzahl der Neuerkrankungen) von 21,7 pro 100.000 sind im Kindesalter die unter 5-jährigen Ausländerinnen und Ausländer am häufigsten von einer Neuerkrankung betroffen. Die Inzidenz bei Deutschen in der gleichen Altersgruppe liegt bei 2,8 pro 100.000. Bei den 5- bis 9-Jährigen betrug die Inzidenz der ausländischen Kinder 9,2; bei den 10- bis 14-Jährigen 4,6 je 100.000 gleichaltrige Kinder (Tabelle 4.3.4.1). Ein Teil der 2004 erkrankten Kinder mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit wurde in Deutschland geboren. Das verdeutlicht, dass ein erhöhtes Erkrankungsrisiko auch nach der Migration für die zweite Einwanderergeneration bestehen bleibt.

4.3.5 Erbliche Erkrankungen

Einige genetische Krankheiten treten gehäuft in Populationen aus bestimmten geografischen Regionen auf. Das häufigere Auftreten kann Ausdruck einer besseren Anpassung an lokale Umweltbedingungen sein. So verbreiteten sich Hämoglobin-S-Mutationen, die zu einer Sichelzellenanämie (Erkrankung mit Durchblutungsstörungen und Organschäden als Folge einer Verformung und Funktionsstörung der roten Blutkörperchen) führen können, vorzugsweise in tropischen Regionen Afrikas, im Mittleren Osten und im Mittelmeerraum (Sizilien, Südost-Türkei, Griechenland), wo auch Malaria häufig vorkommt bzw. vorkam. Die Mutation geht mit einem Überlebensvorteil ihrer Anlageträger gegenüber Malaria einher. Etwa 4 Mio. der in Deutschland lebenden ausländischen Staatsangehörigen stammen aus Ländern, in denen Sichelzellerkrankungen auftreten [25, 26]. Derzeit leben ca. 500 Sichelzellpatientinnen und -patienten aus der Türkei, Süditalien, Griechenland, dem Mittleren Osten, Nord- und Zentralafrika sowie Asien in Deutschland [27]. Zwei Drittel von ihnen sind Kinder. Die Lebenserwartung der Patientinnen und Patienten hat sich deutlich verlängert, vorausgesetzt, die Krankheit wird nach neuestem medizinischen Stand behandelt. Aufgrund des seltenen Auftretens in Deutschland bestehen allerdings Diagnoseprobleme. Erschwerend wirkt weiterhin für einen Teil vor allem der afrikanischen Sichelzellpatientinnen und -patienten, dass sie mit ungesichertem Aufenthaltsstatus und den damit verknüpften sozialen und psychischen Konsequenzen in Deutschland leben.

Tabelle 4.3.4.1
Tuberkulose bei Kindern, Anzahl der Neuerkrankungen und Neuerkrankungen je 100.000 (Inzidenz), nach Altersgruppe und Staatsangehörigkeit, 2004
Quelle: Robert Koch-Institut 2006 [24]

Altersgruppe	Anzahl				Inzidenz			
	gesamt	Deutschland	Ausland	unbekannte Staatsangeh.	gesamt	Deutschland	Ausland	Faktor
< 5 Jahre	149	97	46	6	4,1	2,8	21,7	7,7
5 – 9 Jahre	70	30	39	1	1,8	0,8	9,2	10,9
10 – 14 Jahre	50	25	20	5	1,2	0,6	4,6	7,0
alle	**269**	**152**	**105**	**12**	**2,3**	**1,3**	**9,8**	**7,7**

Mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen werden weitere genetische Erkrankungen gehäuft bei türkischstämmigen Kindern, aber auch bei Kindern aus dem Mittleren und Nahen Osten und aus Nordafrika (Marokko) beobachtet. So waren 2004 in einem pädiatrischen Stoffwechselzentrum Düsseldorfs rund 20 % der betreuten Patientinnen und Patienten türkischer bzw. kurdischer Herkunft [28]. Eine Ursache für diese überproportionale Betroffenheit wird in tradiert häufigeren konsanguinen Eheschließungen (Verwandtenehen) gesehen. Konsanguinität als Risikofaktor für eine erhöhte Morbidität und Mortalität von Kindern konnten Studien in der Türkei sowie im Mittleren und Nahen Osten nachweisen [29, 30].

Als problematisch erweist sich bei Kindern mit Migrationhintergrund der Umgang mit chronischen Krankheiten, die eine hohe Compliance (Mitarbeit des Patienten) erfordern. In einem Wiener Stoffwechselzentrum waren bei türkischen Kindern mit Phenylketonurie (Stoffwechselkrankheit, die eine konsequente Behandlung und Diät erfordert) ab dem 2. Lebensjahr die Stoffwechselwerte deutlich über den empfohlenen und den der österreichischen Patientinnen und Patienten [28]. Ein analoger Trend wurde in zwei deutschen Kinderkliniken im Umgang mit Diabetes festgestellt. Die HbA1c-Werte (Werte, die über den Kohlenhydratstoffwechsel der letzten ein bis drei Monate Auskunft geben) der untersuchten Diabetespatientinnen und -patienten ausländischer Herkunft waren hier signifikant höher als die der deutschen Patientinnen und Patienten [31]. Die geringere Compliance der Kinder und Jugendlichen nichtdeutscher Herkunft wird u. a. auf andere Ernährungsgewohnheiten, den Glauben an die Schicksalhaftigkeit des Krankheitsverlaufs und ein geringeres Wissen über Erkrankung bzw. auf fehlende migrationssensible Schulungs- und Therapieangebote zurückgeführt.

4.3.6 Allergien

Als Allergie wird eine Überreaktivität des Immunsystems gegenüber körperfremden Substanzen bezeichnet. Die Ursachen für das Auftreten der meisten Allergieformen sind nicht ausreichend geklärt, es wird aber von einem multifaktoriellen Ursachengefüge, bestehend aus einer erblichen Anlage (genetische Disposition), Umweltfaktoren sowie bestimmten Lebensstilen, ausgegangen. Leitlinien zur Verhinderung bzw. Vermeidung einer Verschlimmerung allergischer Erkrankungen und zur Minimierung von Folgeschäden wurden im Rahmen des »Aktionsbündnisses Allergieprävention« erarbeitet [32]. Danach sollten vor allem Kinder mit erhöhtem Risiko (z. B. mit Allergieerkrankungen in der Familie) in den ersten Lebensmonaten ausschließlich gestillt werden und keinem Tabakrauch ausgesetzt sein. Im Haushalt sollten keine Haustiere mit Fell gehalten werden, und es ist auf ein Innenraumklima zu achten, das Hausstaubmilben und Schimmelpilzen das Wachstum erschwert.

Für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund scheint sich die Verbreitung von Allergien relativ günstig darzustellen. In KiGGS wurden Informationen zu atopischen Erkrankungen (Überempfindlichkeit, z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Asthma) durch eine standardisierte ärztliche Befragung erhoben. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund hatten statistisch signifikant seltener die Arztdiagnose wenigstens einer atopischen Erkrankung (17,7 %) und litten auch seltener unter einer aktuellen atopischen Erkrankung (12,7 %) als Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund (23,9 % bzw. 16,8 %) [33]. Unterschiede ergaben sich weiterhin in der Lebenszeitprävalenz eines allergischen Kontaktekzems (Hauterkrankung): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund waren mit 7,3 % seltener als jene ohne Migrationshintergrund jemals in ihrem Leben von einem allergischen Kontaktekzem betroffen (10,4 %).

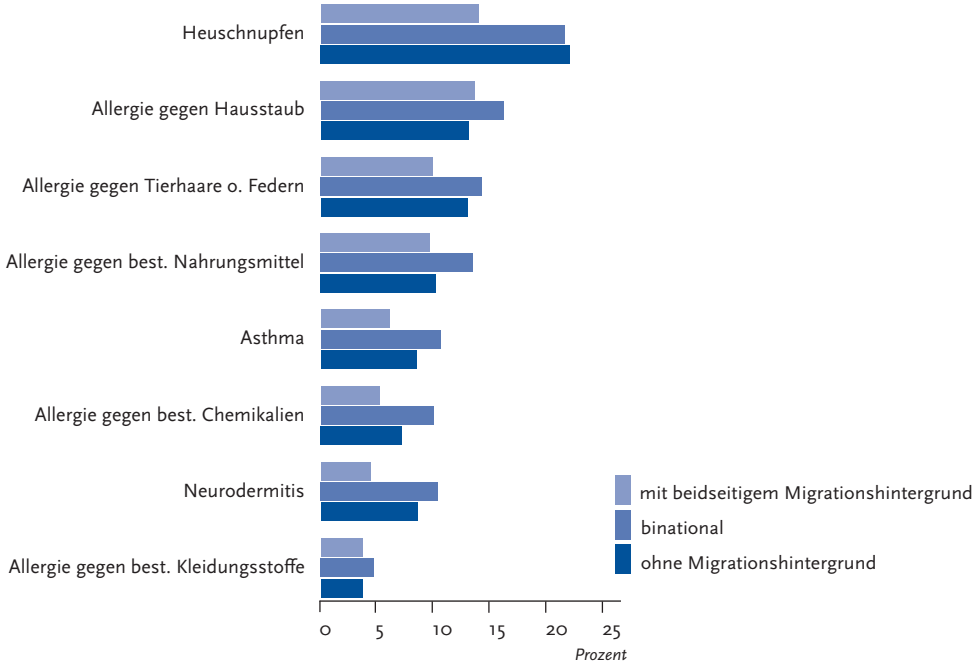
In der WHO-Jugendgesundheitsstudie für Deutschland gaben 27,4 % der Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund an, an einer Allergie zu leiden. Bei Jugendlichen ohne Migrationshintergrund waren es 38,9 %, bei jenen aus binationalen Familien sogar 40,4 %. Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund wussten vergleichsweise häufig nicht, ob sie eine Allergie haben oder nicht. Der Gesundheitsvorteil bleibt aber auch dann bestehen, wenn die unsichere Antwortkategorie »weiß nicht« als Krankheitsangabe interpretiert wird. Von den allergischen Erkrankungen sind es vor allem die Atopien, wie Heuschnupfen, Asthma und Neurodermitis, von denen Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshin-

tergrund deutlich seltener betroffen sind als jene mit deutscher oder binationaler Herkunft (Abbildung 4.3.6.1). Schuleingangsuntersuchungen in Berlin, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen bestätigen dies. Danach hatten Kinder mit Migrationshintergrund seltener ein atopisches Ekzem und waren in geringerem Maße Asthmatiker [34, 35, 36]. In der WHO-Jugendgesundheitsstudie wurde aus mehreren Merkmalen, die die materielle Situation einer Familie widerspiegeln (z. B. der Besitz eines Autos und mindestens zweier Computer), ein Wohlstandsindex gebildet. Wie bei den Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund kann eine stärkere Betroffenheit der Mädchen und der Jungen des obersten Wohlstandsniveaus gegenüber jenen aus Familien mit einem geringeren Lebensstandard festgestellt werden (35,9 % vs. 24,8 %). Die selbst berichtete Prävalenz von Allergien liegt bei den Mädchen und Jungen mit beidseitigem Migrationshintergrund aber immer unter der Erkrankungshäufigkeit der jeweiligen Gruppe der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund mit vergleichbarem Wohlstandsniveau. Die Untersuchung von Berliner Schulanfängern ergab weiterhin, dass die Häufigkeit von Asthma und allergischer Sensibilisierung mit der Akkulturation, d. h. mit der Anpassung an die hiesige Kultur, bei Kindern mit Migrationshintergrund ansteigt [36]. Dies deutet darauf hin, dass für den besseren Schutz vor atopischen Erkrankungen weniger genetische Faktoren, sondern vielmehr bestimmte Lebensgewohnheiten verantwortlich sind.

4.3.7 Übergewicht und Adipositas

Übergewicht zählt zu den größten gesundheitspolitischen Herausforderungen im Kindes- und Jugendalter. Ein zu hohes Körpergewicht beeinträchtigt nicht nur die aktuelle Gesundheit und Lebensqualität, sondern erhöht auch die Gefahr für spätere chronische Krankheiten. In Deutschland berichten immer mehr Schuleingangsuntersu-

Abbildung 4.3.6.1
Häufigkeiten selbstberichteter spezifischer Allergien bei Kindern und Jugendlichen nach Migrationshintergrund
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Deutschland (n=23.111), eigene Auswertung

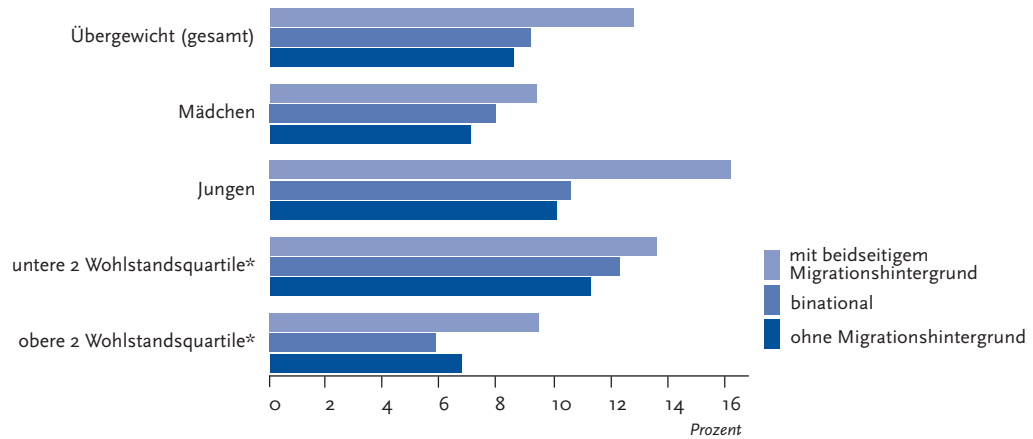


chungen eine stärkere Betroffenheit von Übergewicht und Adipositas (Fettsucht) bei Kindern mit Migrationshintergrund [37, 38, 39, 40, 41, 42, 43]. Auch die KiGGS-Daten, welche ebenso wie die Schuleingangsuntersuchungen auf Körpermessungen basieren, belegen ein höheres Risiko von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund [44]. Während Kinder ohne und mit einseitigem Migrationshintergrund in ihren Anteilen an Übergewichtigen kaum voneinander abweichen (14,1 % bzw. 13,7 %), sind Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund zu einem deutlich höheren Anteil übergewichtig (19,5 %). Mit 8,8 % ist auch die Quote der adipösen Kinder und Jugendlichen unter den Migrantenkindern signifikant erhöht (ohne Migrationshintergrund: 5,9 %, einseitiger Migrationshintergrund: 4,9 %; eigene Berechnungen).

In der WHO-Jugendgesundheitsstudie war eine Körpermessung nicht möglich, so dass Körpergröße und -gewicht auf den Selbstangaben der Kinder und Jugendlichen beruhen. Die Daten bestätigen aber ebenfalls diesen Trend für das Kinder- und Jugendalter: Der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher mit beidseitigem Migrationshintergrund liegt nach dem zugrunde gelegten Referenzsystem von Kromeyer-Hauschild [45] mit 12,7 % über dem der Jugendlichen aus Familien ohne Migrationshintergrund (8,5 %) und aus binationalen Familien (9,1 %). Etwas deutlicher fällt die Differenz bei Betrachtung der als adipös einzustufenden Jugendlichen aus: 4,2 % derjenigen mit beidseitigem Migrationshintergrund sind adipös im Vergleich zu jeweils 2,6 % der Jugendlichen ohne Migrationshintergrund bzw. aus binationalem Elternhaus. Auffällig ist der Einfluss des Geschlechts auf das Überwicht: Jungen sind häufiger übergewichtig als Mädchen, wobei diese Differenz bei Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund besonders groß ist (16,1 % vs. 9,3 %) (vgl. Abbildung 4.3.7.1).

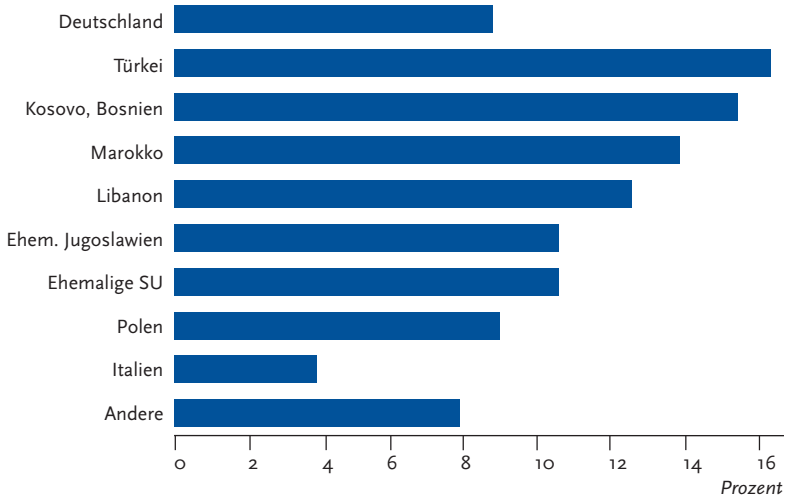
Über die Ursachen einer ungleichen Verteilung von Übergewicht und Adipositas in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund liegen kaum Erkenntnisse vor. Gegen einen dominierenden genetischen Einfluss sprechen Daten, wonach Kinder ausländischer Herkunft, die in Deutschland geboren wurden, häufiger übergewichtig sind als solche, die in ihrem Herkunftsland geboren wurden oder dort leben [39, 46]. In diese Richtung weisen auch Ergebnisse, die eine lange Aufenthaltsdauer der Eltern als einen Risikofaktor für Übergewicht von Kindern mit Migrationshintergrund identifizieren und eine Veränderung gesundheitsrelevanter Lebensgewohnheiten im

Abbildung 4.3.7.1
Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen nach Migrationshintergrund, Geschlecht und sozialem Status (Selbstangaben)
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Deutschland (n=23.111), eigene Auswertung



* Zuordnung der Kinder und Jugendlichen entlang des sozioökonomischen Status ihrer Familie zu vier Gruppen

Abbildung 4.3.7.2
Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen nach Herkunftsland der Mutter (Selbstangaben)
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Deutschland (n=23.111), eigene Auswertung



Laufe des Lebens in Deutschland nahe legen [43]. Unterschiede im sozialen Status können die Ungleichheit zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund ebenfalls nicht (allein) erklären. Für die deutschen Kinder ist ein Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Übergewicht bekannt: Je ungünstiger die soziale Lage der Familie, desto höher ist das Risiko für Übergewicht. Dieser Zusammenhang kann im HBSC-Datensatz auch für Jugendliche mit Migrationshintergrund nachgewiesen werden. Gleichzeitig sind Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund aber häufiger von Übergewicht betroffen, auch wenn sie über den gleichen Bildungsgrad oder Wohlstandsindex wie ihre deutschen Altersgenossen verfügen (Abbildung 4.3.7.1). Die Daten der Bielefelder und Berliner Schuleingangsuntersuchungen zeigten in Familien mit Migrationshintergrund sogar eine höhere Prävalenz von Übergewicht mit steigendem sozioökonomischen Status [38, 43]. Differenzen je nach Herkunftsland verweisen vor allem auf ethnische und migrationsbedingte Einflüsse. Das größte Risiko übergewichtig zu sein, tragen in der WHO-Jugendgesundheitsstudie Jugendliche, deren Mutter aus der Türkei, Kosovo oder Bosnien, Marokko, dem Libanon, der ehemaligen Sowjetunion oder dem ehemaligen Jugoslawien stammt. Den geringsten Anteil an Übergewichtigen weisen mit 3,9 % italienischstämmige Kinder und Jugendliche auf (Abbildung 4.3.7.2). Bei den Stuttgarter Vorschulkindern waren wiederum gerade italienischstämmige Jungen besonders gefährdet [39]. Das deutet auf regionale und altersbezogene Unterschiede hin.

Ein möglicher Erklärungsfaktor für die ethnische Ungleichheit von Übergewicht ist ein kulturspezifisch geprägtes Körperbild. So finden sich in der WHO-Jugendgesundheitsstudie übergewichtige Kinder und Jugendliche, deren Mütter aus der Türkei, der ehemaligen Sowjetunion und aus dem Libanon stammen, weitaus seltener »zu dick« als übergewichtige Jugendliche aus anderen Ländern. Sie schätzen ihren Körper eher als »genau richtig« ein. Eine weitere Erklärung liefern die Ergebnisse einer Studie in Berlin, nach der ein höherer Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund ein ungünstiges Ernährungsmuster aufweist [47, 48]. Negativ sind dabei nicht die tradierten Ernährungsgewohnheiten – Kinder mit Migrationshintergrund ernähren sich im Mittel entsprechend den Empfehlungen der »Optimierten Mischkost«. Abweichungen von den Empfehlungen traten bei einigen wenigen Lebensmittelgruppen auf: Problematisch sind der häufigere Verzehr von Fast-Food-Produkten, Süßigkeiten, Knabberartikeln und zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken.

Kuepper-Nybelen et al. [42] ermitteln die weiteren bekannten Risikofaktoren wie Bildung der Mutter und hoher Fernsehkonsum auch für Kinder mit Migrationshintergrund.

4.3.8 Mundgesundheit und Mundgesundheitsverhalten

Karies gilt heute weitgehend als vermeidbar. Eine aktive Erhaltung der Mundgesundheit ist bereits im Kindes- und Jugendalter von großer Bedeutung, da Karies bleibende Schäden hinterlässt. Vorbeugende Aktivitäten schließen eine optimale Mundhygiene, zahngesunde Ernährung, ausreichende Fluoridierung sowie eine regelmäßige Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeleistungen ein. Der Mundgesundheitszustand der deutschen Kinder und Jugendlichen hat sich in den letzten Jahren deutlich gebessert. Allerdings polarisiert sich der Kariesbefall zunehmend, d. h. eine immer kleinere Gruppe Kinder und Jugendlicher vereinigt den größten Teil der erkrankten Zähne auf sich. Diese Aussagen trifft u. a. die Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV), welche die derzeit umfassendsten Daten zum Mundgesundheitszustand und Mundgesundheitsverhalten in Deutschland liefert [49]. Danach waren 2005 61,1 % aller Karieserkrankungen auf 10,2 % aller untersuchten Kinder im Alter von 12 Jahren verteilt, während 1997 die gleiche Krankheitslast noch von ca. 22 % aller Kinder getragen wurde. Die Studie zeigt ferner, dass sich die Mundgesundheit mit zunehmendem Bildungsniveau der Eltern verbessert. In die Studie wurden jedoch nur Probandinnen und Probanden deutscher Nationalität einbezogen. Einzelne regionale Studien belegen aber, dass die »Schieflage der Kariesverteilung« nicht nur sozial, sondern auch migrationsbedingt und ethnisch geprägt ist. Eine Longitudinalstudie (Langzeituntersuchung) von 69 ausländischen und 300 deutschen Kindern im westfälischen Ennepe-Ruhr-Kreis ergab, dass ausländische Kinder seltener ein kariesfreies Wechselgebiss (Phase des Wechsels vom Milchgebiss zum bleibenden Gebiss, etwa vom 6. bis 13. Lebensjahr) aufweisen und von einem höheren Kariesbefall betroffen sind als die deutschen Kinder [50]. In Reihenuntersuchungen des jugendzahnärztlichen Dienstes einer Ruhrgebietsstadt hatten türkische Erst- und Sechstklässler im Durchschnitt doppelt so viele kariesgeschädigte Milch- bzw. bleibende Zähne (4,8 bzw. 2,8) wie ihre Mitschüler mit deutscher Staatsangehörigkeit (2,4 bzw. 1,4). Bei den Viertklässlern betrug der Faktor sogar 2,6 (1,5 vs. 0,6). Nach den Kriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) mussten mehr als die Hälfte der türkischen Erstklässler (51,7 %) zu Kindern mit einem hohen Kariesrisiko gezählt werden. Bei den deutschen Gleichaltrigen machte diese Gruppe nur 20,1 % aus [51]. Ähnlich gefährdet sind (Spät-)Aussiedlerkinder bzw. Kinder aus Osteuropa [52, 53]. So hatte nur die Hälfte von in Niedersachsen untersuchten 3-jährigen (Spät-)Aussiedlerkindern ein naturgesundes Gebiss, hingegen waren es 85,7 % der einheimischen Gleichaltrigen [52].

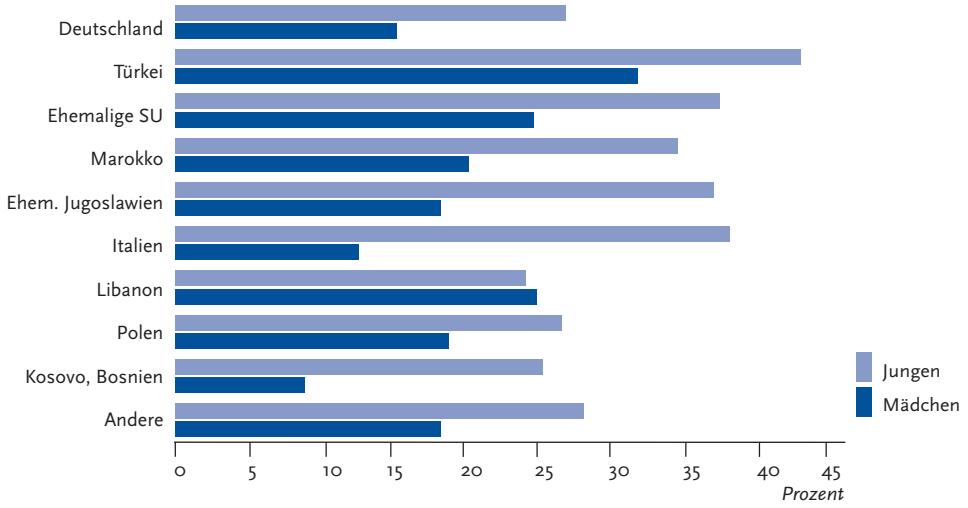
Die Berliner HBSC-Studie, an der sich 9.704 Schüler beteiligten, enthält im Vergleich zum deutschlandweiten HBSC-Datensatz einige zusätzliche Fragen wie die zur Selbsteinschätzung der Zahngesundheit [54]. In der subjektiv eingeschätzten Zahngesundheit spiegeln sich die angeführten Unterschiede wider. Sowohl die Mädchen als auch die Jungen mit beidseitigem Migrationshintergrund schätzten ihre Zahngesundheit schlechter ein als jene ohne Migrationshintergrund oder aus binationalem Elternhaus. Die Beurteilung der eigenen Zahngesundheit variiert dabei stark je nach Herkunftsland: Am seltensten bewerten Jugendliche, deren Mütter aus der ehemaligen Sowjetunion, der Türkei und dem Libanon stammen, ihren Zahnstatus als sehr gut.

Ähnliche Trends zeigen sich beim Mundgesundheitsverhalten, das im KiGGS erfragt wurde. Während sich laut der KiGGS-Daten nur 26,1 % der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund seltener als zweimal am Tag die Zähne putzen, beträgt dieser Anteil unter den Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund 45,0 %. Diese gaben auch zu einem höheren Anteil an, weniger als einmal im Jahr eine Zahnarztkontrolle aufzusuchen (16,4 % vs. 6,1 %). Im Unterschied zu Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (8,4 %) wenden jene mit Migrationshintergrund zudem seltener Arzneimittel zur Kariesprophylaxe an (5,3 %) [55]. Eine vergleichende Untersuchung des Mundgesundheitsverhaltens von türkischen und deutschen Kindern im Rems-Murr-Kreis zeigte, dass viermal

so viele türkische wie deutsche Kinder sich nicht täglich die Zähne putzen, nur ein geringer Teil der türkischen Eltern bereits vor dem zweiten Lebensjahr der Kinder mit dem Nachputzen beginnt, türkische Kinder erst später und seltener zum Zahnarzt gehen und türkische Familien weitaus seltener fluoridhaltiges Speisesalz verwenden [56]. Kühnisch et al. [50] wiesen nach, dass ausländische Kinder in geringerem Maße über eine Fissurenversieglung (Versiegelung der Kauflächen mit einer dünnen Kunststoffschicht zur Karriesprophylaxe) verfügen als die deutschen Kinder. Auch die HBSC-Daten dokumentieren eine riskantere Mundhygiene der Kinder und Jugendlichen nichtdeutscher Herkunft: Jedes/r dritte Kind bzw. Jugendlicher mit beidseitigem Migrationshintergrund putzt nur einmal am Tag oder seltener die Zähne, bei jenen ohne Migrationshintergrund bzw. binationaler Herkunft ist es jeder fünfte Jugendliche. Deutliche Differenzen zeigen sich zwischen den verschiedenen Herkunftsländern, aber auch zwischen Mädchen und Jungen (Abbildung 4.3.8.1). Wie bei den Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund unterscheidet sich das Mundgesundheitsverhalten darüber hinaus in Abhängigkeit vom Bildungshintergrund: Unter Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund, die kein Gymnasium besuchen, findet sich ein größerer Anteil mit ungünstiger Mundhygiene als unter Gymnasiasten (32,0 % vs. 24,4 %).

Die besondere Gefährdung der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund kann aber auch hier nicht allein auf den vergleichsweise niedrigeren Bildungsstand bzw. Sozialstatus zurückgeführt werden. Unterschiede in der Mundhygiene lassen sich auch dann finden, wenn nur die Gymnasiastinnen und Gymnasiasten (mit und ohne Migrationshintergrund) betrachtet werden. Ähnliche Ergebnisse erbrachte die Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys [57]. Kulturspezifische Besonderheiten, die Mundhygiene und zahnmedizinischen Prophylaxe beeinflussen, sind z. B. durch weniger Zucker geprägte Ernährungsgewohnheiten in den Herkunftsländern und damit einhergehend ein fehlendes Problembewusstsein für die Karies fördernde (kariogene) Wirkung von Zucker, andere Putztechniken oder Unterschiede in den Konzepten von Krankheit und Gesundheit [58, 59]. Hürden bei der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen können aus sprach-

Abbildung 4.3.8.1
Anteil der Kinder und Jugendlichen mit ungünstiger Mundhygiene nach Geschlecht und Herkunftsland der Mutter
Prozentangabe für Zähneputzen einmal am Tag und weniger
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Deutschland (n=22.583), eigene Auswertung



lichen Verständigungsschwierigkeiten zwischen Zahnärztin bzw. Zahnarzt und Patientin/Patient, aus Informationsdefiziten über Prophylaxemöglichkeiten, vor allem, wenn sich die Gesundheitssysteme von Herkunfts- und Aufnahmeland stark unterscheiden, aber auch aus einer auf Deutsche konzentrierten (ethnozentristischen) Angebotsausrichtung resultieren. Fehlendes Verständnis für andere Ernährungs- und Hygienegewohnheiten kann die Angst vor der Zahnärztin bzw. dem Zahnarzt vergrößern, Schamgefühle auslösen und deshalb zu einer geringeren Inanspruchnahme führen (Van Steenkiste 2004) [60].

4.3.9 Schmerzen

Schmerz ist bei Kindern und Jugendlichen ein häufig auftretendes Phänomen. Über Verbreitung und Verlauf von Schmerzerkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist indes nur wenig bekannt. In der WHO-Jugendgesundheitsstudie wurden Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und Rückenschmerzen erfasst, indem die Kinder und Jugendlichen gebeten wurden anzugeben, wie oft sie die genannten Symptome in den letzten sechs Monaten erlebt haben. In allen drei Bereichen beklagten Kinder und Jugendliche mit einseitigem oder beidseitigem Migrationshintergrund häufiger Schmerzen als Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Eine nach Herkunftsland und Geschlecht differenzierende Betrachtung gibt Hinweise auf unterschiedliche Gesundheitsdefinitionen und Somatisierungstendenzen (Tendenz, bei psychischen Problemen vorwiegend körperliche Symptome zu empfinden bzw. zu berichten) von Mädchen und Jungen, die wiederum kulturell verschieden gefärbt sind. Das konnte bereits Settertobulte mit Daten des WHO-Jugendgesundheitssurveys aus dem Jahre 1998 für Nordrhein-Westfalen nachweisen [61]. Tabelle 4.3.9.1 verdeutlicht, dass bei Mädchen deutscher wie auch nichtdeutscher Herkunft häufiger als bei Jungen Schmerzen auftraten. Die geschlechtsspezifischen Differenzen bei Bauchschmerzen können möglicherweise auf Menstruationsbeschwerden bei Mädchen zurückgeführt werden. Da es keine spezielle Frage zu »Unterleibsschmerzen« gab, wurden diese Beschwerden vermutlich auch bei »Bauchschmerzen« angegeben. Vergleichsweise häufig litten Mädchen aus Italien, Polen und dem ehemaligen Jugoslawien unter Kopfschmerzen. Bauchschmerzen hatten wiederum häufig italienischstämmige Mädchen, aber auch Mädchen aus dem arabischen Raum und aus Kosovo bzw. Bosnien. Die geringsten Verteilungsungleichheiten sind bei Rückenschmerzen zu verzeichnen, häufiger betroffen waren hier lediglich die Mädchen aus dem Kosovo und Bosnien. Ein Drittel von ihnen war innerhalb der letzten sechs Monate regelmäßig von Rückenschmerzen betroffen.

Tabelle 4.3.9.1
Auftretenshäufigkeit von regelmäßigen Schmerzen (fast jede Woche und mehr) in den letzten sechs Monaten nach Herkunftsland der Mutter
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Deutschland (n=23.111), eigene Auswertung

Herkunftsland	Kopfschmerzen		Bauchschmerzen		Rückenschmerzen	
	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen
Deutschland	32%	17%	21%	10%	21%	17%
Türkei	35%	23%	24%	16%	22%	23%
ehem. SU	31%	15%	21%	11%	19%	12%
Italien	44%	18%	33%	16%	20%	21%
Polen	38%	20%	21%	13%	20%	19%
ehem. Jugoslawien	37%	17%	22%	18%	23%	21%
Kosovo, Bosnien	32%	15%	34%	22%	30%	11%
Marokko	26%	20%	34%	31%	20%	19%
Libanon	32%	21%	35%	25%	19%	23%
andere	31%	18%	22%	10%	20%	15%

Die auffälligsten Diskrepanzen in der Schmerzwahrnehmung zwischen Jungen deutscher und nichtdeutscher Herkunft bestehen bei Bauchschmerzen: Unabhängig vom Herkunftsland haben Jungen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu den deutschen Jugendlichen häufiger Bauchschmerzen. Wie die Mädchen leiden auch die Jungen aus Marokko besonders häufig unter Bauchschmerzen. Jungen aus der Türkei und aus dem Libanon sind in allen drei Schmerzregionen häufiger als die deutschen Gleichaltrigen betroffen. Sowohl Mädchen als auch Jungen aus den Ländern der früheren Sowjetunion weisen dagegen die geringsten Differenzen zu den deutschen Jugendlichen auf.

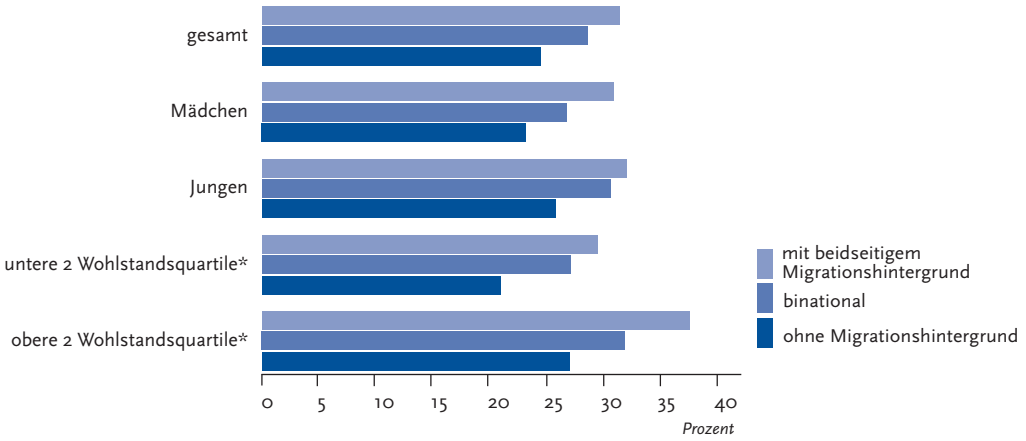
Im Gegensatz zu den Jugendlichen ohne Migrationshintergrund oder binationaler Herkunft ist ein Zusammenhang zwischen Wohlstandsniveau und Schmerzenshäufigkeit für Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund nicht nachweisbar. Der kulturelle Hintergrund und das Geschlecht scheinen einen größeren Einfluss auf die Verarbeitung von Alltagsbelastungen und auf die Schmerzwahrnehmung zu haben.

4.3.10 Psychosoziales Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit

Der Verlust wichtiger Bezugspersonen im Herkunftsland, die Anforderungen einer Neuorientierung und Integration, das Aufwachsen in zwei unterschiedlichen Kulturen sowie Diskriminierungserfahrungen werden als besondere Risiken für psychosoziale Belastungen von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit Migrationshintergrund diskutiert [11, 62]. Allerdings kann nicht von einer generell schlechteren psychischen Befindlichkeit die Rede sein. Eine 1994 durchgeführte Befragung von 6.341 Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 17 Jahren fand in zentralen Merkmalen des psychosozialen Wohlbefindens nur geringe Differenzen zwischen deutschen und ausländischen Jugendlichen. Lediglich zwei Merkmale wiesen signifikante Unterschiede auf: Hilflosigkeit und Einsamkeit. Immerhin 10 % der ausländischen Jugendlichen fühlten sich sehr oft hilflos und 8 % sehr oft einsam – jeweils ein doppelt so hoher Anteil wie unter den deutschen Jugendlichen [63]. Im Münchner Jugendgesundheitsbericht 1995 wird berichtet, dass nichtdeutsche Befragte ihre psychosoziale Situation signifikant häufiger und stärker belastet [64].

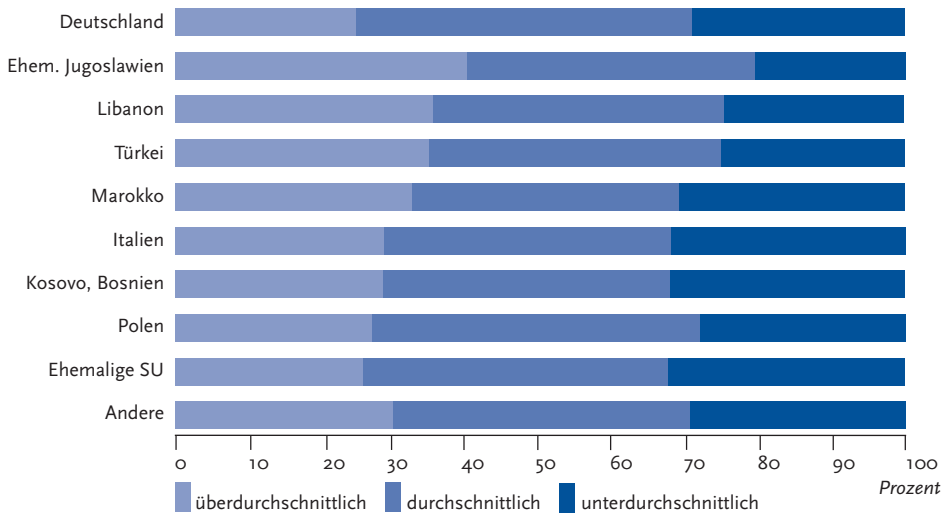
Wie aus der Abbildung 4.3.10.1 hervorgeht, schätzen in der WHO-Gesundheitsstudie mehr

Abbildung 4.3.10.1
Überdurchschnittliche Lebenszufriedenheit bei Jugendlichen nach Migrationshintergrund
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Deutschland (n=23.111), eigene Auswertung



* Zuordnung der Kinder und Jugendlichen entlang des sozioökonomischen Status ihrer Familie zu vier Gruppen

Abbildung 4.3.10.2
Lebenszufriedenheit von Jugendlichen nach Herkunftsland der Mutter
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Deutschland (n=22.167), eigene Auswertung

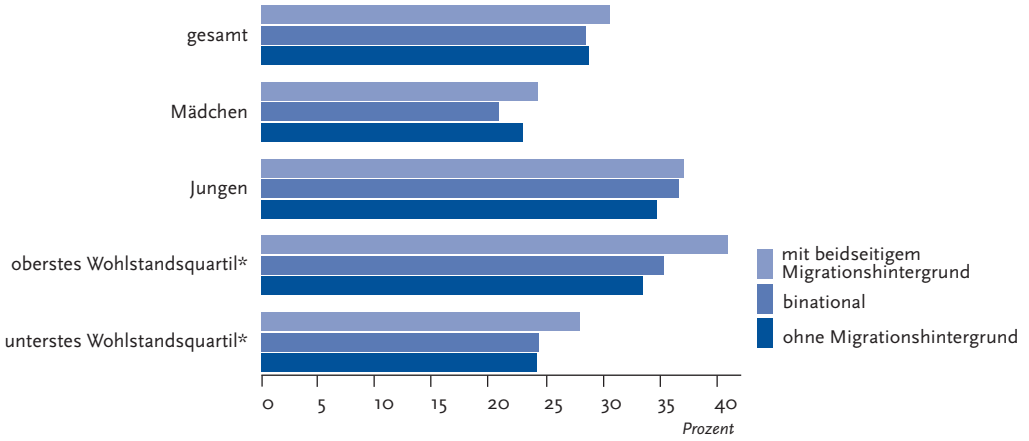


Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund ihre Lebenszufriedenheit überdurchschnittlich hoch ein (31,4 %) als Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund (24,5 %) oder aus binationalen Familien (28,6 %). Am zufriedensten mit ihrem Leben sind Kinder und Jugendliche aus dem ehemaligen Jugoslawien, aus dem Libanon, Marokko und der Türkei (Abbildung 4.3.10.2). Sowohl Mädchen als auch Jungen mit Migrationshintergrund sind zufriedener als ihre deutschen Altersgenossen. Wie auch bei den deutschen Jugendlichen steigt die Lebenszufriedenheit mit dem Wohlstandsniveau, die deutlichen Unterschiede in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund manifestieren sich aber auf jedem Wohlstandsniveau.

Die Selbstwirksamkeitserwartung, d. h. »die subjektive Überzeugung ..., aufgrund eigenen Handelns schwierige Anforderungen bewältigen zu können« [65], ist ein weiterer wichtiger Aspekt der psychischen Befindlichkeit. Kinder und Jugendliche aus Familien mit einseitigem oder beidseitigem Migrationshintergrund stimmen den Aussagen zur Selbstwirksamkeitserwartung (wie z. B. »Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.« oder »Was auch passiert, ich werde schon klarkommen.«) öfter als die Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund zu (Antwortkategorie »stimmt genau«). Werden die verschiedenen Aussagen zu einem individuellen Messwert zusammengefasst, so ergeben sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund. Sowohl Mädchen als auch Jungen mit (einseitigem oder beidseitigem) Migrationshintergrund waren in den letzten vier Wochen vor der Befragung häufiger »immer glücklich«, aber auch häufiger »meistens« bzw. »immer unglücklich«. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund neigen öfter dazu, mit den Extremkategorien zu antworten. Dasselbe Bild ergibt sich bei den psychischen Befindlichkeiten Traurigkeit, Freude und Spaß.

Eine Gruppe mit großen Risiken für die psychische Gesundheit sind Flüchtlingskinder und -jugendliche, die ihre Eltern in Folge von Krieg, Vertreibung oder politischer Verfolgung begleitet haben oder auch unbegleitet nach Deutschland gekommen sind. Ihre Zahl wird auf mindestens 300.000 geschätzt, wovon 5.000 bis 10.000 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge sind [66]. Kriegs-, Vertreibungs- und Fluchterlebnisse und die damit verbundenen Folgen für die psychische Gesundheit erfordern zumeist eine weitergehende psychiatrische Behandlung und psychosoziale Betreuung.

Abbildung 4.3.11.1
Anteil der Kinder und Jugendlichen, die ihre Gesundheit als »ausgezeichnet« einschätzen, nach Migrationshintergrund, Geschlecht und sozialem Status
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Deutschland (n=23.111), eigene Auswertung



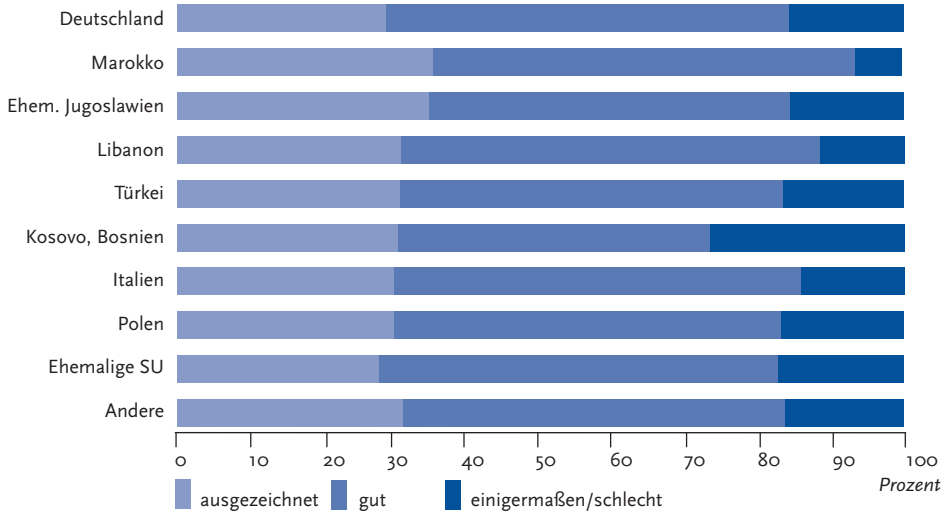
* Zuordnung der Kinder und Jugendlichen entlang des sozioökonomischen Status ihrer Familie zu vier Gruppen

4.3.11 Selbst eingeschätzte Gesundheit

Die Einschätzung des eigenen allgemeinen Gesundheitszustandes gibt Aufschluss über das Gesundheitserleben, die individuelle Bedeutsamkeit von Gesundheit und die Wahrnehmung der eigenen Befindlichkeit. Zum objektivierbaren Gesundheitsgeschehen kann eine Diskrepanz bestehen, letztlich beeinflusst aber das subjektive Erleben der Gesundheit das Wohlbefinden insgesamt. In der WHO-Jugendgesundheitsstudie wurden die Kinder und Jugendlichen gebeten, ihren Gesundheitszustand mit »ausgezeichnet«, »gut«, »einigermaßen« oder »schlecht« zu charakterisieren. Wie aus Abbildung 4.3.11.1 hervorgeht, schätzten Kinder und Jugendliche aus Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund ihren Gesundheitszustand ähnlich ein wie diejenigen ohne Migrationshintergrund oder aus binationalem Elternhaus. Eine vertiefende Analyse macht deutlich, dass sich die Gesundheitsdefinitionen je nach Herkunftsland unterscheiden (Abbildung 4.3.11.2). Überdurchschnittlich oft bewerteten Kinder und Jugendliche aus Marokko und dem ehemaligen Jugoslawien ihren Gesundheitszustand mit ausgezeichnet. Mit Abstand am häufigsten fühlten sich hingegen Jugendliche aus dem Kosovo und aus Bosnien nur einigermaßen oder gar nicht gesund. Möglicherweise ist dies Folge eines Flüchtlingsschicksals und einer ungeklärten Aufenthaltsperspektive. Kinder und Jugendliche aus dem arabischen Raum wiederum beschrieben ihre Gesundheit am seltensten mit »einigermaßen« oder »schlecht«.

Wie bei den deutschen Jugendlichen ist die Gesundheitseinschätzung vom Geschlecht und Wohlstandsniveau abhängig: Jungen beurteilten sich als gesünder als Mädchen und je besser die soziale Lage des Elternhauses, desto gesünder fühlten sich die befragten Schülerinnen und Schüler. Im Vergleich zu den Deutschen verstärken sich diese Diskrepanzen sogar noch bei Kindern mit Migrationshintergrund. Gleichzeitig sind die Differenzen zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund im obersten Wohlstandsquartil (d. h. in der am besten gestellten Gruppe) deutlicher ausgeprägt: Kinder und Jugendliche insbesondere mit beidseitigem Migrationshintergrund schätzen ihre Gesundheit wesentlich besser ein.

Abbildung 4.3.11.2
Selbst eingeschätzte Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nach Herkunftsland der Mutter
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Deutschland (n=22.556), eigene Auswertung



4.3.12 Impfverhalten

Schutzimpfungen zählen zu den wirksamsten Strategien zur Verhinderung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Mit dem 2001 in Kraft getretenen Infektionsschutzgesetz wurde dem Robert Koch-Institut die Aufgabe der zentralen Erfassung und Analyse von Impfraten, die im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen ermittelt werden, übertragen. Effiziente Impfstrategien müssen die soziale Lage und auch den Migrationshintergrund berücksichtigen. Bislang werden nur in einigen Kommunen Informationen zum Sozial- und Migrationsstatus erhoben, so dass auf dieser Grundlage keine flächendeckenden Aussagen zum Impfverhalten von Kindern mit Migrationshintergrund getroffen werden können. Die KiGGS-Daten zeigen statistisch bedeutsame Unterschiede in Abhängigkeit vom Alter und von der Art der Impfung. Die Quoten der Grundimmunisierung, z. B. gegen Tetanus und Diphtherie, sind bei den älteren Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund (11 bis 17 Jahre) deutlich geringer als bei den gleichaltrigen Kindern ohne Migrationshintergrund. Weiterhin ist in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen die Impfquote für Hepatitis B sowie für die zweite Masern- und Mumpsimpfungen bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund bedeutsam niedriger als bei Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Sieben- bis zehnjährige Kinder sind zudem weniger häufig vollständig gegen Pertussis (Keuchhusten) geimpft. Keine Unterschiede sind hingegen für die vollständige Durchimpfung gegen Röteln erkennbar. Jüngere Kinder mit Migrationshintergrund scheinen sogar häufiger die erste Masernimpfung zu erhalten als ihre Altersgenossen ohne Migrationshintergrund [67].

Regionale Studien liefern ebenfalls Hinweise, dass der Durchimpfungsgrad von Kindern mit Migrationshintergrund z. T. geringer als der von deutschen Kindern ist. Allerdings lassen sich erhebliche Differenzen innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund feststellen. So ergaben Schuleingangsuntersuchungen in einem niedersächsischen Regierungsbezirk, dass die Durchimpfung gegen Diphtherie und Masern zwischen den verschiedenen Kommunen erheblich schwankt [35]. Die Masernimpfquote bei Kindern ausländischer Herkunft pendelte je nach Kommune zwischen knapp 40 % und 89 %, die Diphtheriedurchimpfung zwischen 39 % und knapp über 90 %. Bei den deutschen Kindern gab es ebenfalls kommunale Unterschiede, allerdings nicht in die-

sem Ausmaß (Masern: 66 % bis 90 %; Diphtherie: 85 % bis 96 %). Die hohe Durchimpfung in einigen Kommunen wird auf deren besonderes präventives Engagement zurückgeführt. Die Berliner Schuleingangsuntersuchungen geben einen differenzierten Einblick in das Impfgeschehen und zeigen etwas günstigere Impfraten von Kindern ausländischer Herkunft [68]: Türkischstämmige Kinder in Berlin sind besser gegen Polio (Kinderlähmung), Mumps, Masern, Röteln, Haemophilus influenzae b (Hib; bakterielle Infektion der Atemwege), Pertussis und Hepatitis B geimpft als die deutschen Gleichaltrigen. Deutliche Unterschiede finden sich vor allem bei der Impfung gegen Hepatitis B. Hier sind lediglich 84 % der deutschen, aber 96 % der türkischen Kinder ausreichend immunisiert. Raten von Kindern aus Osteuropa liegen für Hepatitis B leicht unter, bei Impfungen gegen andere Infektionskrankheiten leicht über den Raten deutscher Kinder. Der größte Unterschied zeigt sich hingegen bei Hib, gegen die nur 77 % der Kinder aus Osteuropa, aber 93 % der deutschen und 96 % der türkischen Kinder geimpft sind. Deutlich wird aber auch, dass sich die Raten der in Deutschland geborenen Kinder mit Migrationshintergrund immer mehr denen der Kinder ohne Migrationshintergrund annähern. Wertet man nach dem Geburtsland aus, wird ersichtlich, dass der große Unterschied zwischen Kindern aus Osteuropa und deutschen bzw. türkischen Kindern durch diejenigen Kinder bedingt ist, die nicht in Deutschland geboren wurden. Ähnliche Ergebnisse erbrachten schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen [34]. Dies kann als ein Hinweis darauf gewertet werden, dass sich mit der Aufenthaltsdauer die Kenntnisse über Nutzen und Notwendigkeit von Impfungen sowie über das hiesige Gesundheitssystem erweitern und außerdem Orientierungen der Aufnahmegesellschaft auf das Impfverhalten an Einfluss gewinnen. Gleichzeitig weisen zugewanderte Kinder bereits Impflücken auf, wenn sie nach Deutschland kommen. In einer besonders schwierigen Situation befinden sich Flüchtlingskinder, deren Leben in Deutschland von Ungewissheit und rechtlichen Beschränkungen geprägt ist. Die Teilnahme an kinderärztlicher Vorsorge sowie die Immunisierungsraten sind bei ihnen besonders gering, wie eine Studie in Gemeinschaftsunterkünften der Stadt Münster ergab [66, 69].

Bundesweite Daten liegen neben der KiGGS-Studie auch aus dem Mikrozensus vor, wo allerdings lediglich die Inanspruchnahme der Grippeschutzimpfung im jeweils letzten Jahr erfragt wird. Eine Betrachtung der Jahre 1998 und 2002 zeigt, dass Kinder und Jugendliche mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit deutlich häufiger gegen Grippe geimpft sind als die deutschen (1998: 8,5 % vs. 6,4 %; 2002: 10,1 % vs. 7,1 %). Möglicherweise macht sich dabei der »umgekehrte« Einfluss des sozialen Status bemerkbar: Hier wie auch bei einigen anderen Impfungen sind es die besser Gestellten, die eine geringere Impfquote aufweisen, unter Menschen mit Migrationshintergrund aber unterrepräsentiert sind [70]. Ob die größere Inanspruchnahme durch Kinder mit Migrationshintergrund ein längerfristiger Trend ist, müssen zukünftige statistische Auswertungen zeigen.

4.3.13 Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen

Früherkennungsuntersuchungen sind ein Schwerpunkt der Prävention im Kindesalter. Daten zur Inanspruchnahme werden jährlich durch die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung erfasst und aufbereitet. Informationen zum Migrationshintergrund werden jedoch nicht erhoben. Eine Verbesserung der Datenlage bringt auch hier der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey. Erste Auswertungen verweisen auf eine deutlich geringere Inanspruchnahme durch Familien bzw. Kinder mit Migrationshintergrund. Während an der U3 97 % der Kinder ohne Migrationshintergrund teilgenommen haben, waren dies nur 81 % der Kinder mit Migrationshintergrund. Die Inanspruchnahme nimmt mit jeder weiteren Früherkennungsuntersuchung kontinuierlich ab, so dass die U9 lediglich von 68 % der Kinder mit Migrationshintergrund wahrgenommen wird (ohne Migrationshintergrund: 89 %). Im Vergleich zu 2 % der Kinder ohne Migrationshintergrund haben sogar 14 % der Kinder mit Migrationshintergrund nie eine Früherkennungsuntersuchung (U3 bis U9) in Anspruch genommen [71]. Aus den Einschulungsuntersuchungen, bei denen die Teilnahme an der Vorsorge dokumentiert wird, ergibt sich ein ähnliches Bild. Danach ist der Anteil der Kinder, die über ein vollständig ausge-

fülltes Vorsorgeheft verfügen, bei Ausländerinnen und Ausländern deutlich geringer. In einem niedersächsischen Regierungsbezirk waren dies 30 % der Kinder ausländischer Herkunft im Vergleich zu 70 % der deutschen Kinder [35]. In Hessen war diese Verteilung mit 34 % gegenüber 71 % ganz ähnlich [40]. In Nordrhein-Westfalen war der Anteil derer, die an einer Früherkennungsuntersuchung teilnahmen, ebenfalls geringer unter Kindern mit Migrationshintergrund als unter jenen ohne Migrationshintergrund [34]. Allerdings zeigten sich auch hier deutliche Unterschiede je nachdem, ob die Kinder in Deutschland oder in einem anderen Land geboren wurden. Zumindest die ersten sieben Früherkennungsuntersuchungen, die in den ersten beiden Lebensjahren angeboten werden, nahmen hier geborene Kinder mit Migrationshintergrund wesentlich häufiger wahr als im Ausland geborene. Danach sinkt die Beteiligung der hier geborenen Kinder mit Migrationshintergrund rapide ab und gleicht sich dem niedrigen Niveau der im Ausland geborenen Kinder an. Aus dem dokumentierten Datenmaterial geht nicht hervor, ob die niedrigere Inanspruchnahmequote der ersten Vorsorgeuntersuchungen durch im Ausland geborene Kinder darauf zurückzuführen ist, dass sie während der ersten beiden Lebensjahre noch im Herkunftsland lebten und daher das Vorsorgeangebot nicht nutzen konnten. Die niedrigere Quote wäre dann nicht Ausdruck eines anderen Inanspruchnahmeverhaltens, sondern eines nicht vorhandenen Angebots im Herkunftsland.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat als Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit unterschiedliche Projekte entwickelt, um die Beteiligung von Kindern mit Migrationshintergrund an Früherkennungsuntersuchungen zu erhöhen. Exemplarisch sei hier das Projekt »Ich geh' zur U! Und Du?« (www.ich-geh-zur-u.de) genannt, das u. a. zum Ziel hat, die Inanspruchnahme der U7 bis U9 zu steigern und den Impfstatus von Kindern zu vervollständigen. Zielgruppe sind dabei insbesondere Eltern mit niedrigem sozioökonomischen Status, die für Präventionsmaßnahmen sensibilisiert werden sollen. Die Evaluation des Projektes zeigt eine positive Wirkung auf die Teilnahme an den U-Untersuchungen sowohl bei deutschen Eltern als auch bei Eltern aus anderen Herkunftsländern [72].

4.3.14 Zusammenfassung

Aussagen über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund sowie über gesundheitsfördernde oder -schädigende Einflüsse ihres Lebensstils sind wegen fehlender Basisdaten nur eingeschränkt möglich. Die vorhandenen Befunde zeichnen ein recht uneinheitliches Bild. In einigen gesundheitsbezogenen Bereichen scheinen Kinder und Jugendliche aus Familien mit Migrationshintergrund mehr, in anderen weniger gefährdet als jene ohne Migrationshintergrund. Berichtet werden höhere Erkrankungsraten an Tuberkulose, eine stärkere Betroffenheit von Übergewicht und Adipositas, eine (teilweise) höhere Beteiligung an Unfällen, ein geringerer Schutz beim Fahrradfahren und Inlineskaten, eine seltenere Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen, zum Teil niedrigere Impfquoten sowie eine schlechtere Mundgesundheit und ein ungünstigeres Mundgesundheitsverhalten. In anderen Bereichen scheinen Kinder und Jugendliche aus Familien mit Migrationshintergrund genauso oder sogar weniger gefährdet zu sein als Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Beispielsweise sind Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund seltener (chronisch) krank und leiden seltener unter Asthma, Neurodermitis und Heuschnupfen. Auch bei dem großen Bereich der psychischen Gesundheit ergeben sich unterschiedliche Trends. Weiterhin zeigen sich erhebliche Differenzen innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Kinder mit Migrationshintergrund unterscheiden sich in ihrer Gesundheit und in ihrem Gesundheitsverhalten u. a. je nach Herkunftsland, Einwanderergeneration, Geschlecht und Sozialstatus. Die gesundheitlichen Konsequenzen einer Lebenssituation mit Migrationshintergrund werden von einer Vielzahl an Faktoren beeinflusst, von denen der kulturelle Hintergrund, die gesundheitliche und soziale Lage im Herkunftsland und die Aufenthaltsdauer nur einige sind. Das derzeitige Wissen über Prozesse und Mechanismen, die zu gesundheitlicher Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen führen, ist noch sehr lückenhaft. Auch haben sich bisherige Studien vor allem auf migrationsbedingte Risiken bezogen und weniger auf Ressourcen wie gesundheitsfördernde Lebensgewohnheiten oder einen protektiven Familienzusammenhalt. Der

Kinder- und Jugendgesundheitssurvey, dessen erste Ergebnisse in diesen Beitrag eingeflossen sind, stellt eine wichtige Datenquelle für Erkenntnisse zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund dar. Mit dem Vorliegen umfangreicher Auswertungsergebnisse des Surveys können weitere Wissenslücken bezüglich der gesundheitlichen Lage, des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheitsgefährdungen dieser Zielgruppe geschlossen werden.

Quellenverzeichnis

1. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2005) Mikrozensus. Bevölkerung nach Migrationserfahrung und Alter, 2005 (Sonderauswertung). Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
2. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2003) Ausländische Bevölkerung nach Staatsangehörigkeiten und Altersgruppen, 31.12.2003 (Sonderauswertung). Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
3. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2004) Statistisches Jahrbuch 2004. Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen nach Herkunftsgebieten und Altersgruppen, 1994 – 2003. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
4. Stadt Köln (2003) Einwohner in Köln 2002. Kölner Statistische Nachrichten Nr. 2. Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Köln
5. Schenk L (2003) Migrantensensible Vorgehensweise im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration (Hrsg) Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2001 in Berlin. Berlin Bonn, S 78–82
6. Schenk L, Neuhauser H (2005) Standards einer migrantensensiblen Forschung in der Epidemiologie. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48 (3): 279–286
7. Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 590–599
8. Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W et al. (2003) Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. In: Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer U (Hrsg) WHO-Jugendgesundheitssurvey: Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland. Juventa, Weinheim München
9. Storch G, Poustka F (2000) Psychische Störungen bei stationär behandelten Kindern mediterraner Migrantenfamilien. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 49 (3): 199–208
10. Razum O, Zeeb H (2004) Suizidsterblichkeit unter Türkinnen und Türken in Deutschland. Der Nervenarzt 75 (11): 1092–1098
11. Koch E, Pfeiffer W (2000) Migration und transkulturelle Psychiatrie. Curare 23 (2): 133–139
12. Böge I, Schepker R (2006) Suizidalität Jugendlicher und jugendlicher Migranten. Mythen und Realitäten. Suizidprophylaxe 33 (4): 165–166
13. Brucks U (2004) Der blinde Fleck der medizinischen Versorgung in Deutschland. Migration und psychische Erkrankung. Psychoneuro 30 (4): 228–231

14. Schouler-Ocak M (2006) Depressionen und psychische Krisen bei Menschen mit Migrationshintergrund. Suizidprophylaxe 33 (4): 159–164
15. Hermann N, Mielck A (2001) Der Gesundheitszustand von deutschen und ausländischen Kindern: Warum ist Mehmet gesünder als Maximilian? Das Gesundheitswesen 63 (12): 741–747
16. Nauck B, Niephaus Y (2001) Intergenerative Konflikte und gesundheitliche Belastungen in Migrantenfamilien. In: Marschalck P, Wiedl KH (Hrsg) Migration und Krankheit. IMIS-Schriften Bd. 10. Universitätsverlag Rasch, Osnabrück, S 217–250
17. Ellsäßer G, Berfenstam R (2000) International comparisons of child injuries and prevention programs: recommandations for an improved prevention program in Germany. Injury Prevention 6 (1): 41–45
18. Freie und Hansestadt Hamburg (1995) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg – Zwischenbilanz 1994. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Hamburg
19. Böhmann J, Ellsäßer G (2004) Bevölkerungsbezogenes Gesundheitsmonitoring in einer deutschen Gemeinde. Monatsschrift Kinderheilkunde 152 (3): 299–306
20. David M, Pette GM, Kentenich H (1998) Unterschiedliche Inanspruchnahme einer gynäkologischen Notfallambulanz durch deutsche Patientinnen und Migrantinnen. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 58: 319–323
21. Borde T, Braun T, David M (2003) Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patient/innen und Migrant/innen. Schlussbericht http://www.asfh-berlin.de/hsl/freedocs/132/berlinernotfallambulanzstudie2003.pdf (Stand: 24.06.2006)
22. Kahl H, Dortschy R, Ellsäßer G (2007) Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1–17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 718–727
23. Altmann D, Brodhun B, Haas W (2005) Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2003. Robert Koch-Institut, Berlin
24. Altmann D, Brodhun B, Haas W (2006) Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2004. Robert Koch-Institut, Berlin
25. Dickerhoff R, von Rücker A, Kohne E (1998) Sichelzellerkrankungen in Deutschland. Verlaufsbeobachtungen über zehn Jahre. Deutsches Ärzteblatt 95 (26): 1675–1680
26. Dickerhoff R, von Rücker A, Kohne E (2000) Heterozygote Hämoglobin-S-Anlage. Klinische und genetische Bedeutung der Trägerschaft. Deutsches Ärzteblatt 97 (41): 2717–2719
27. Dickerhoff R (2004) Sichelzellkrankheit: Verlängerte Lebenszeit der Betroffenen. Deutsches Ärzteblatt 101 (1-2): A 19
28. Stöckler-Ipsiroglu S, Herle M, Nennstiel U et al. (2005) Angeborene Stoffwechselerkrankungen. Besonderheiten in der Betreuung von Kindern aus Migrantenfamilien. Monatsschrift Kinderheilkunde 153 (1): 22–28
29. Abdulrazzaq YM, Bener A, al Gazali LI (1997) A study of possible deleterious effects of consanguinity. Clin Genet 51 (3): 167–173
30. Tuncbilek E (2001) Clinical outcomes of consanguineous marragies in Turkey. Turk J Pediatr 43 (4): 277–279
31. Hecker W, Bartus B, Heinze E (1998) Stoffwechseleinstellung des Diabetes mellitus Typ 1 bei Kindern und Jugendlichen deutscher und ausländischer Herkunft. Diabetes und Stoffwechsel 7: 177–180
32. Schäfer T, Borowski C, Diepgen TL et al. (2004) Evidenzbasierte und konsentierte Leitlinie »Allergieprävention«. Allergo Journal 13 (3): 252–260
33. Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W (2007) Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 701–710
34. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg) (2000) Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen: Sonderbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
35. Windorfer A, Bruns-Philipps E (2002) Präventive Maßnahmen: Kinder ausländischer Herkunft benachteiligt. Kinderärztliche Praxis 73 (4): 258–264
36. Grüber C (2005) Asthma und Allergie bei türkischstämmigen Kindern in Berlin. In: Borde T, David M (Hrsg) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, S 161–167
37. Delekat D, Kis A (2001) Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2001-1. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen, Berlin
38. Delekat D (2003) Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Spezialbericht 2003-2. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin
39. Erb J, Winkler G (2004) Rolle der Nationalität bei Übergewicht und Adipositas bei Vorschulkindern. Monatsschrift Kinderheilkunde 152 (3): 291–298

40. Gawrich S (2004) Wie gesund sind unsere Schulanfänger? – Zur Interpretation epidemiologischer Auswertungen der Schuleingangsuntersuchung. Hessisches Ärzteblatt 2/2004: 73–76
41. Kuhn J, Wildner M (2004) Übergewicht und Adipositas bei Kindern in Bayern. Gesundheitsmonitor Bayern 2/2004-A: 1–6
42. Kuepper-Nybelen J, Lamerz A, Bruning N et al. (2005) Major differences in prevalence of overweight according to nationality in preschool children living in Germany: determinants and public health implications. Archives of Disease in Childhood 90 (4): 359–363
43. Will B, Zeeb H, Baune BT (2005) Overweight and obesity at school entry among migrant and German children: a cross-sectional study. BMC Public Health 5 (1): 45 http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/45
44. Kurth B, Schaffrath-Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 736–743
45. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D et al. (2001) Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatszeitschrift Kinderheilkunde 149 (8): 807–818
46. Gesundheitsamt der Stadt Dortmund (1997) Die Gesundheit der Schulanfängerinnen und Schulanfänger in Dortmund. Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen von 1985–1996. Dortmund
47. Bau AM, Gothe RM, Borde T (2003) Ernährungsverhalten von 3- bis 6-jährigen Kindern verschiedener Ethnien – Ergebnisse einer Kitastudie in Berlin. Ernährungs-Umschau 50 (6): 214–218
48. Bau AM, Gothe RM, Borde T (2005) Gibt es Unterschiede im Ernährungsmuster von Kita-Kindern verschiedener Ethnien? Ergebnisse aus Berlin-Wedding. In: Borde T, David M (Hrsg) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, S 31–54
49. Micheelis W, Schiffner U (2006) Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland 2005. Deutscher Zahnärzte-Verlag, Köln
50. Kühnisch J, Senkel H, Heinrich-Weltzien R (2003) Vergleichende Untersuchung zur Zahngesundheit von deutschen und ausländischen 8- bis 10-Jährigen des westfälischen Ennepe-Ruhr-Kreises. Das Gesundheitswesen 65: 96–101
51. Holtkamp U (2002) Gesund im Mund? Zur Zahngesundheit Bottroper Kinder. Stadt Bottrop, Bottrop
52. Brunner-Strepp B (2001) Statistische Daten zur Zahngesundheit bei Migranten am Beispiel der Aussiedler im Landkreis Osnabrück. In: Schneller T, Salman R, Goepel C (Hrsg) Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. DAJ, Bonn, S 108–113
53. Dohnke-Hohrmann S (2001) Erfahrungen mit Migranten in einem zahnärztlichen Dienst in Berlin. In: Schneller T, Salman R, Goepel C (Hrsg) Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. DAJ, Bonn, S 114–127
54. Ravens-Sieberer U, Thomas C (2003) Gesundheitsverhalten von Schülern in Berlin. Ergebnisse der HBSC-Jugendgesundheitsstudie 2002 im Auftrag der WHO. Robert Koch-Institut, Berlin
55. Schenk L, Knopf H (2007) Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 653–658
56. Van Steenkiste M (2003) Zahngesundheitliches Verhalten bei deutschen und türkischen Vorschulkindern. Oralprophylaxe 25 (3): 121–128
57. Schenk L (2005) Kulturelle oder soziale Benachteiligung? Gesundheitsverhalten von Migrantenkindern – Ergebnisse aus der Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. In: Borde T, David M (Hrsg) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, S 187–201
58. Pavkovic G (2001) Auswirkungen von Familie und Erziehung in verschiedenen Kulturen auf die Mundgesundheit. In: Schneller T, Salman R, Goepel C (Hrsg) Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. DAJ, Bonn, S 77–90
59. Yüksel T (2001) Oralprophylaxe in der islamischen Kultur. In: Schneller T, Salman R, Goepel C (Hrsg) Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. DAJ, Bonn, S 91–97
60. Van Steenkiste M (2004) Zugang zu zahnärztlichen Leistungen und Einstellung zum Zahnarzt bei deutschen und türkischen Eltern. Das Gesundheitswesen 66: 93–101

61. Settertobulte W (2002) Gesundheitliche Lage und Risikoverhalten bei Jugendlichen aus Migrantenfamilien. In: Marschalck P, Wiedl KH (Hrsg) Migration und Krankheit. IMIS-Schriften Bd. 10. Universitätsverlag Rasch, Osnabrück, S 171–188
62. Mansel J, Hurrelmann K (1993) Psychosoziale Befindlichkeit junger Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Soziale Probleme 4 (2): 167–192
63. Klocke A, Hurrelmann K (1996) Psychosoziales Wohlbefinden und Gesundheit der Jugendlichen nicht-deutscher Nationalität. In: Mänsel J, Klocke A (Hrsg) Die Jugend von heute. Selbstanspruch, Stigma und Wirklichkeit. Juventa, Weinheim, S 193–208
64. Gesundheitsreferat München Abteilung Grundsatzplanung (Hrsg) (1997) Jugendgesundheit. Schwerpunktbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Gesundheitsreferates der Landeshauptstadt München
65. Schwarzer R (1994) Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. Diagnostica 40 (2): 105–123
66. Gardemann J (2002) Soziale Lage und Gesundheit. Zur Gesundheitssituation von Flüchtlingskindern. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 45: 889–893
67. Poethko-Müller C, Kuhnert R, Schlaud M (2007) Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 851–862
68. Delekat D (2006) Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2004, Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2006 – 1. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin
69. Gardemann J, Mashkoori K (1998) Zur Gesundheitssituation der Flüchtlingskinder in Münster. Das Gesundheitswesen 60: 686–693
70. Lampert T, Saß A, Häfelinger M et al. (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
71. Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P et al. (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 836–850
72. Institut für Marketingforschung (2004) Evaluation der Aktion »Ich geh zur U – Und Du?« der BZgA zur Förderung der Früherkennungsuntersuchungen U8/U9 http://www.ich-geh-zur-u.de/zum_download/endbericht_evaluation.doc (Stand: 29.06.2007)

5 Gesundheit von älteren Menschen mit Migrationshintergrund

Die Zahl der älteren Menschen mit Migrationshintergrund sowie ihr Anteil an der gesamten Bevölkerung mit Migrationshintergrund wachsen in Deutschland stark. Dies geschieht mit einiger Verzögerung zur deutschen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, bei der der Anteil der älteren Menschen aufgrund der demografischen Alterung schon jetzt hoch ist. Noch bilden die älteren Menschen mit Migrationshintergrund eine Gruppe von relativ jungen Alten im Altersbereich von ca. 60 bis 80 Jahren, doch dies wird sich in den nächsten Jahren zunehmend ändern. Wie in der Gesamtbevölkerung ist das Älterwerden auch bei Menschen mit Migrationshintergrund mit besonderen Herausforderungen verbunden; diese werden im Unterkapitel 5.1 beschrieben. Zusätzlich zu unmittelbar altersbedingten Problemlagen kommen bei dieser Gruppe noch spezifische migrationsbedingte Aspekte hinzu. Im Folgenden soll zunächst der Begriff »Alter« näher betrachtet und dann die wachsende Bedeutung der Gruppe älterer Menschen mit Migrationshintergrund auf der Grundlage aktueller und für die Zukunft geschätzter Zahlen aufgezeigt werden. Anhand ausgewählter Aspekte der Lebenslage werden Rückschlüsse auf die Gesundheitsbelastungen gezogen, da differenzierte Daten zur Gesundheit älterer Menschen mit Migrationshintergrund kaum vorhanden sind. Abschließend werden die Vorstellungen dieser Zielgruppe über ihre Versorgung bei Pflegebedürftigkeit diskutiert.

5.1 Definition von Alter

Das Alter ist nicht mit der Lebenszeit in Jahren gleichzusetzen. Jeder Mensch hat seine eigene Vorstellung davon, wann jemand alt ist oder wann er selbst alt ist. Dies kann sich im Verlauf des Lebens ändern. Die Altersforschung (Gerontologie) unterscheidet demgemäß zwischen biologisch-physiologischem, psychologischem und sozialem Alter. Das biologisch-physiologische Alter ist vor allem durch die zunehmende Anfälligkeit für Krankheiten (Vulnerabilität) und den Verlust körperlicher Funktionen gekennzeichnet. Diese Veränderungen gehören zum normalen Altern, sind aber bei jedem Menschen unterschiedlich. Sie sind von genetischen Faktoren ebenso abhängig wie vom individuellen Lebensverlauf. Beim psychologischen Alter steht die geistige Funktion im Vordergrund. Hier treten zwar Verluste in der Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung auf, aber gleichzeitig helfen Erfahrungen des bisherigen Lebens, Herausforderungen im Alter trotz Einschränkungen besser zu bewältigen [1]. Das soziale Alter wird durch gesellschaftliche Rollen bestimmt. Es ist gekennzeichnet z. B. durch den Austritt aus dem Erwerbsleben und birgt sowohl die Gefahr der gesellschaftlichen Isolation als auch die Chance, sich neuen Interessen und Aufgaben zu widmen [1]. Das Altern wird von biologischen, sozialen, ökonomischen, ökologischen und psychischen Faktoren beeinflusst, weshalb eine positive Lebensgestaltung im Alter von ausreichenden Ressourcen in diesen Bereichen abhängig ist [2].

Zu allgemeinen Problemlagen des Alters wie Renten- und Wohnproblemen, Verwitwung und Verschlechterung der Gesundheit kommen bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund noch migrationsspezifische Aspekte des Älterwerdens hinzu [3], die in Unterkapitel 5.3 näher erläutert werden. Beachtet werden muss, dass auch die Gruppe der älteren Menschen mit Migrationshintergrund, selbst wenn sie aus demselben Herkunftsland stammt, sehr heterogen ist.

5.2 Demografische Situation

Bis vor kurzem war die genaue Zahl der in Deutschland lebenden älteren Menschen mit Migrationshintergrund nicht bekannt. Erfasst und berichtet wurden nur die Zahl und das Alter derjenigen Menschen, die in Deutschland gemeldet sind und keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen sowie die Anzahl von zugewanderten Personen, wie z. B. von (Spät-)Aussiedlerinnen und -aussiedlern, die einen deutschen Pass erhalten. Die Altersverteilung der letztgenannten Gruppe ist nur zum Zeitpunkt der Einreise bekannt, danach werden sie der deutschen Bevölkerung subsumiert.

lm Jahr 2004 lebten 797.500 Ausländerinnen und Ausländer im Alter von 60 und mehr Jahren in Deutschland [4]. Der relative Vergleich der Alterstruktur zeigt große Unterschiede zwischen der hier lebenden deutschen und ausländischen Bevölkerung (vgl. Abschnitt 2.2.4 und Abbildung 2.2.4.1) – die Bevölkerungspyramide der ausländischen Bevölkerung für das Jahr 2003 verjüngt sich deutlich stärker ab dem Alter von 60 Jahren als die der deutschen Bevölkerung. Personen oberhalb dieser Altersgrenze machen dabei 10 % der ausländischen Bevölkerung aus, während sie innerhalb der deutschen Bevölkerung 26 % einnehmen (Daten des Statistischen Bundesamtes, eigene Berechnung).

Die heutige relativ starke Ausprägung der Altersgruppen zwischen 20 und 50 Jahren in der ausländischen Bevölkerung lässt für die kommenden Jahrzehnte eine Veränderung dieser Relationen erwarten. Andererseits wird die Alterung der ausländischen Bevölkerung dadurch verlangsamt, dass in der Regel jüngere Menschen zuwandern. Eine Modellrechnung für das Jahr 2030, unter Berücksichtigung des neuen Staatsangehörigkeitsrechts, geht davon aus, dass 13 % der in Deutschland lebenden ausländischen Staatsangehörigen 60 Jahre oder älter sein werden, verglichen mit einem Anteil von dann 37 % in der deutschen Bevölkerung. Auch der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer an der Gesamtbevölkerung über 60 Jahren wird sich voraussichtlich erhöhen [5].

Mit 194.000 Personen im Alter ab 60 Jahren stellt die Gruppe der türkischen Staatsangehörigen den größten Anteil aus einem einzelnen Land. Da mehr Männer als Frauen zum Arbeiten angeworben wurden, sind Männer heute auch in den höheren Altersgruppen überrepräsentiert. Dieses Verhältnis kehrt sich allerdings in der Kategorie der 75-Jährigen und Älteren aufgrund der größeren Lebenserwartung von Frauen um [6] (eigene Berechnung).

Eine Zuwanderung im höheren Alter kann unter anderem in der Gruppe der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler festgestellt werden. So kamen im Jahr 2003 beispielsweise 72.885 Spätaussiedlerinnen und -aussiedler nach Deutschland; 7.347 (10 %) unter ihnen waren 60 Jahre und älter [7]. Unter den Flüchtlingen und Asylsuchenden befinden sich selten ältere Menschen, mit Ausnahme der im Familienverband aufgenommenen Kriegs-, Bürgerkriegs- und Kontingentflüchtlinge. Konkrete Zahlen hierzu fehlen jedoch [8].

Das Statistische Bundesamt berichtet auf der Basis des Mikrozensus 2005 erstmals Zahlen zur älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Diese Bevölkerungsgruppe weist – wie schon am Beispiel der Ausländerinnen und Ausländer gezeigt wurde – eine deutlich jüngere Altersstruktur auf als Menschen ohne Migrationshintergrund: nur 17 % sind 55 Jahre oder älter. Das Durchschnittsalter der Menschen mit Migrationshintergrund ist mit 33,8 Jahren um 11,1 Jahre geringer als das mittlere Alter der Menschen ohne Migrationshintergrund (vgl. Abschnitt 2.2.4 und Abbildung 2.2.4.1) [9] (eigene Berechnungen).

In der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund überwiegt der Anteil der Frauen (52 %).

Tabelle 5.2.1
Bevölkerungsstruktur der Altersklassen ab 55 Jahren
Quelle: Statistisches Bundesamt (2007) Mikrozensus 2005 [9]

Altersgruppe	ohne Migrationshintergrund		mit Migrationshintergrund	
	Männer Anteil an der Altersklasse	**Frauen** Anteil an der Altersklasse	**Männer** Anteil an der Altersklasse	**Frauen** Anteil an der Altersklasse
55–64 Jahre	4.115.000 (49,1 %)	4.263.970 (50,9 %)	717.620 (52,3 %)	653.770 (47,7 %)
65–74 Jahre	4.016.210 (46,6 %)	4.609.700 (53,4 %)	434.270 (52,3 %)	396.310 (47,7 %)
75–84 Jahre	1.877.640 (37,5 %)	3.133.000 (62,5 %)	148.610 (41,8 %)	207.200 (58,2 %)
85–94 Jahre	349.070 (25,8 %)	1.006.540 (74,2 %)	17.960 (29,7 %)	42.490 (70,3 %)
95 und älter	21.250 (17,4 %)	100.720 (82,6 %)	–	–
gesamt: 55 Jahre und älter	**10.379.170 (44,2 %)**	**13.113.930 (55,8 %)**	**1.318.460 (50,4 %)**	**1.299.770 (49,6 %)**

– keine Angaben, da Zahlenwerte statistisch nicht sicher genug

Der Männeranteil sinkt von 49 % in der Altersklasse von 55 bis 64 Jahren kontinuierlich auf einen Anteil von unter 18 % bei den 95-Jährigen und Älteren (siehe Tabelle 5.2.1) [9] (eigene Berechnungen). In der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist dagegen der Männeranteil höher (51 %). Dieser Unterschied beruht vorwiegend auf einem höheren Anteil von Männern in den Altersklassen von 55 Jahren bis 74 Jahren (siehe Tabelle 5.2.1) [9] (eigene Berechnungen). Dies erklärt sich – wie mit Blick auf türkische Staatsangehörige bereits ausgeführt – aus der Anwerbephase von Arbeitsmigranten: Bevorzugt wurden Männer angeworben (vgl. Abschnitt 2.2.4). Erst in der Altersklasse ab 75 bis 84 Jahren kehrt sich das Verhältnis aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen um (siehe Tabelle 5.2.1). Auch in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist das höhere Alter also durch einen höheren Frauenanteil gekennzeichnet.

5.3 Lebenslagen älterer Menschen mit Migrationshintergrund

5.3.1 Materielle Situation

Das Armutsrisiko der 60-jährigen und älteren ausländischen Staatsangehörigen ist laut einem Bericht zur Verteilung der Einkommen 1999 bis 2003 stark gestiegen, während das Armutsrisiko der älteren Deutschen sank [10] (vgl. Abschnitt 2.3.5). Im Jahr 2003 lag die Armutsrisikoquote für Deutsche ab 60 Jahren bei 9,7 % im Vergleich zu 32,1 % bei den Ausländerinnen und Ausländern. Bei (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern ab 60 Jahren lag die Armutsrisikoquote bei 25,7 % [11]. Besonders hoch ist das Armutsrisiko für ältere alleinstehende Frauen mit Migrationshintergrund, die meist selbst migriert sind [12]. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund verfügen oft über eine niedrigere Rente als Menschen ohne Migrationshintergrund, da sie häufig ein vergleichsweise geringeres Einkommen hatten, sowie kürzere Beitragszeiten und ein überdurchschnittlich hohes Arbeitslosigkeitsrisiko aufweisen [8]. Insbesondere Arbeitsmigrantinnen und -migranten treten aufgrund ihrer spezifischen Arbeits- und Lebensbedingungen oft schon früher aus dem Berufsleben aus und sind dann auf Frührente angewiesen. Öfter als bei den Deutschen muss zusätzlich Sozialhilfe beantragt werden. Im Alter von 60 bis 64 Jahren bezogen 2004 8,3 % der Ausländerinnen und Ausländer Sozialhilfe (Frauen: 10,3 %; Männer: 6,7 %), dagegen nur 1,4 % der Deutschen [13]. Unter den 65-Jährigen und Älteren erhielten 4,8 % ausländische Staatsangehörige und 0,4 % der gleichaltrigen Deutschen diese Leistung [13].

Angaben zur materiellen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland liegen erstmals aus dem Mikrozensus 2005 vor. Danach finanzierten im Jahr 2005 7,4 % der 65-Jährigen und Älteren mit Migrationshintergrund ihren Lebensunterhalt überwiegend über Sozialhilfe (Frauen: 7,9 %; Männer: 6,8 %; Menschen ohne Migrationshintergrund: 0,5 %) [9] (eigene Berechnungen).

Unter den älteren ausländischen Staatsangehörigen erhielten im Jahr 2004 außerdem 0,9 % der 60- bis 64-Jährigen sowie 1,5 % der 65-Jährigen und Älteren Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz [13]. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund haben folglich im Vergleich zu älteren Menschen ohne Migrationshintergrund ein überdurchschnittlich hohes Armutsrisiko, was wahrscheinlich mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko einhergeht.

5.3.2 Lebenszufriedenheit

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund können im Alter mit besonderen Problemen konfrontiert sein, die Einfluss auf ihre Lebensqualität haben. Allgemein ergeben sich psychische Probleme des Älterwerdens aus der Erkenntnis von körperlichen und geistigen Einschränkungen und der zunehmenden Abhängigkeit von anderen Menschen. Ältere Menschen werden mit dem Verlust von Angehörigen und dem sich nähernden eigenen Tod konfrontiert [14]. Außerdem ziehen sie häufig Bilanz ihres bisherigen Lebens und leiden unter nicht erreichten Lebenszielen. Für ältere Menschen mit Migrationshintergrund gilt dies oft in besonderem Maße [15]. Sie unterscheiden sich von älteren Menschen ohne Migrationshintergrund hinsichtlich ihrer kulturellen Prägung, vielfach auch hinsichtlich ihrer biografischen Grunderfahrungen der Migration und ihrer da-

durch bedingten speziellen Rolle in der deutschen Gesellschaft mit allen sozioökonomischen, rechtlichen und psychischen Konsequenzen [15].

Für die meisten Arbeitsmigrantinnen und -migranten stellte die Rückkehr in ihr Heimatland mit ausreichenden, selbst erarbeiteten finanziellen Ressourcen die Grundlage ihrer Lebensplanung dar. Nicht alle haben den Rückkehrwunsch umsetzen können. Unterschiedliche Gründe ließen sie in Deutschland bleiben (siehe Abschnitt 3.4.3). Doch die meisten geben den Rückkehrgedanken nie ganz auf, selbst wenn eine Rückkehr immer unwahrscheinlicher wird [16, 17, 18, 19].

Fabian und Straka untersuchten die Lebenszufriedenheit bei älteren türkischen Arbeitsmigrantinnen und -migranten [20]. Unter den 62 befragten Personen wiesen sie insgesamt ein niedriges Ausmaß von Lebenszufriedenheit nach. Ältere türkische Arbeitsmigrantinnen und -migranten fühlten sich oft einsam und selten sozial integriert. Die wenigsten von ihnen meinten, ihr Lebensziel erreicht zu haben. Trotzdem sahen sie oft noch positiv in die Zukunft. Die verbleiborientierten Arbeitsmigrantinnen und -migranten waren insgesamt zufriedener als die Rückkehrorientierten, d. h. die Personen, die einen Rückkehrwunsch hatten, diesen aber (noch) nicht realisieren konnten. Die Verbleiborientierten fühlten sich sozial besser integriert und blickten positiver auf ihr Leben zurück. Fabian und Straka vermuteten die »soziale Integration in der Bundesrepublik Deutschland bei Aufrechterhaltung ethnischer und kultureller Identität« als besonders wichtige Ressource für Lebenszufriedenheit im Alter [20].

Für viele ehemalige Arbeitsmigrantinnen und -migranten ist das Pendeln zwischen zwei Ländern zu einer Lösungsmöglichkeit geworden, um sich nicht für ein Land entscheiden zu müssen (»transnationale Netzwerke«). Eine solche »Pendelmigration« kann durchaus gesundheitsförderlich sein, da auf diese Weise weiterhin Kontakt zur Familie und Zugang zu den deutschen Gesundheitsdiensten besteht. Allerdings kann eine längere Abwesenheit aus Deutschland für Menschen aus Nicht-EU-Mitgliedsländern wie der Türkei ausländerrechtliche Konsequenzen und den Verlust von Sozialleistungen zur Folge haben [8].

Im Gegensatz zu vielen Arbeitsmigrantinnen und -migranten sind (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler nach Deutschland gekommen, um sich hier dauerhaft niederzulassen. Ihre großen Erwartungen eines besseren Lebens in Deutschland erfüllen sich aber nicht immer, woraus Enttäuschungen resultieren können [8]. Flüchtlinge wiederum wissen nicht, ob sie in absehbarer Zeit die Möglichkeit haben werden, in ihr Heimatland zurückzukehren und damit auch dort verbliebene Angehörige wiederzusehen [8]. Das Besuchen des Heimatlandes mit Asylpass ist nicht erlaubt. Naturgemäß wird dies ältere Menschen stärker belasten, da sie politische Veränderungen in ihrem Heimatland möglicherweise nicht mehr erleben werden.

Insgesamt ist das Bleiben in Deutschland für viele ältere Menschen mit Migrationshintergrund ein positiv gefasster Entschluss, andere bleiben eher entgegen ihrer ursprünglichen Absicht, leben in Unentschiedenheit oder in der Befürchtung, doch noch abgeschoben zu werden [8]. Oft bleibt das Herkunftsland aufgrund von positiven Erinnerungen und Heimatgefühlen als gewünschter Aufenthaltsort bestehen.

5.3.3 Kultur

Kultur wird als Lebenshilfe verstanden, die Regeln für den Alltag und in schwierigen Situationen gibt [21]. Die kulturelle Prägung wirkt sich auch auf Erwartungen und Einstellungen im Alter aus [22]. Menschen aus unterschiedlichen Kulturen haben unterschiedliche Bilder vom Altern, die individuell durch gesellschaftliche Einflüsse ausgebildet werden und für die Bewältigung von Anforderungen von Bedeutung sind. Altersbilder, die die positiven Aspekte betonen, wie z. B. im Lebenslauf entwickelte Kompetenzen, ermöglichen auch eine positive Gestaltung des Lebens. Negative Altersbilder, die (gesundheitliche) Einschränkungen und Verluste in den Vordergrund stellen, können dazu führen, dass sich das Leben im Alter auf diese negativen Aspekte konzentriert und objektiv vorhandene Ressourcen und Fähigkeiten nicht wahrgenommen werden und ungenutzt bleiben [23].

Im Alter orientieren sich Menschen besonders gern an Bekanntem und Vertrautem. Oft findet eine Rückbesinnung auf Religion, Familie und Angehörige der eigenen Ethnie statt, die »Sicherheit und Geborgenheit« bei zunehmender Hilflosigkeit und Sinnsuche vermitteln kann [2].

Allerdings sind die prägenden kulturellen Konzepte nicht nur sehr heterogen, sie unterliegen zusätzlich ständigen Anpassungsreaktionen [22]. Das kann von älteren Menschen mit Migrationshintergrund als konfliktreich und belastend empfunden werden.

5.3.4 Familiäre Situation

Die Familie stellt für ältere Menschen mit Migrationshintergrund potenziell eine wichtige Ressource dar [24]. In Familien mit Migrationshintergrund gibt es häufig eine intensive gegenseitige Unterstützung und einen starken Zusammenhalt. Der sechste Familienbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) verweist auf die offenbar hohen Hilfspotenziale zwischen den Generationen. So hilft etwa die ältere Generation bei der Erziehung der Kinder und die jüngere bei der Pflege älterer Hilfsbedürftiger, wenn diese im gleichen Haushalt oder in der Nähe leben [8, 23].

Gegenüber den älteren Deutschen ist ein größerer Anteil der älteren Ausländerinnen und Ausländer verheiratet und wegen des insgesamt jüngeren Alters ein kleinerer Anteil verwitwet. Allerdings lebt ein vergleichsweise größerer Anteil der verheirateten ausländischen Staatsangehörigen von ihrer Ehepartnerin bzw. ihrem Ehepartner getrennt [23]. Die Anzahl der alleinstehenden älteren ausländischen Frauen wird in absehbarer Zeit deutlich zunehmen, da sie, wie auch die deutschen Frauen, eine höhere Lebenserwartung haben und bei der Heirat oft jünger als ihr Partner waren.

Der dritte Altenbericht des BMFSFJ weist auf die transnationalen Netzwerke älterer Ausländerinnen und Ausländer hin [23]. Viele leben von ihren Familienangehörigen getrennt, die im Herkunftsland geblieben oder wieder dorthin zurückgekehrt sind. Beziehungen ins Heimatland werden gerade im Alter besonders gepflegt [23]. Aus dem Gefühl gegenseitiger Verpflichtung heraus werden Familienangehörige oft trotz eigener Armut unterstützt. Dies führt zu gegenseitigen Abhängigkeiten, die eine starke Belastung, aber auch eine große Hilfe bedeuten können [25]. Durch diese Bindungen werden Rückkehr- und Pendelmöglichkeiten gesichert und »grenzübergreifende Strukturen« geschaffen [19]. Gerade die ältere Generation von Menschen mit eigener Migrationserfahrung zeigt eine erhöhte Mobilität [23]. Grundvoraussetzung für transnationale Bewegungsfreiheit ist allerdings ein sicherer Aufenthaltsstatus [8].

5.3.5 Wohnsituation

Da im Alter die Kontakte mit der Familie und Angehörigen der eigenen Ethnie für die Lebenszufriedenheit und als Schutz vor Isolation wichtig sind, ist besonders bei eingeschränkter Mobilität die räumliche Nähe zu ethnischen Netzwerken von besonderer Bedeutung. Ein anderer wichtiger Aspekt sind nahe gelegene Einkaufsmöglichkeiten, medizinische Versorgung und öffentliche Verkehrsmittel. Deshalb ziehen ältere Menschen mit Migrationshintergrund oft nicht aus den städtischen Ballungsgebieten weg, die ihnen früher Arbeitsmöglichkeiten boten, auch wenn die sonstigen Wohnbedingungen dort schlechter bei oft höheren Preisen sind. Gerade für Ältere mit Mobilitätseinschränkungen können unzureichend ausgestattete Wohnungen, z. B. ein fehlender Fahrstuhl in mehrgeschossigen Häusern, ein großes Problem darstellen [3, 8, 26]. Während in der Anfangsphase der Migration die Wohnbedingungen der Arbeitsmigrantinnen und -migranten besonders ungünstig waren, hat sich die Wohnqualität inzwischen deutlich verbessert [27]. Allerdings gibt es weiterhin deutliche Unterschiede in der Wohnsituation im Vergleich zur deutschen Bevölkerung. Beispielsweise ist die Wohnfläche pro Kopf bei Ausländerinnen und Ausländern im Durchschnitt kleiner [4, 11, 28].

Nach Daten des Mikrozensus lebten 2005 32,4 % der 65-jährigen und älteren Menschen ohne Migrationshintergrund in Einpersonenhaushalten, dagegen 28,3 % der entsprechenden Altersgruppe mit Migrationshintergrund. In Mehrpersonenhaushalten mit dem Haupteinkommensbezieher bzw. mit sonstigen Haushaltsangehörigen lebten 70,8 % der 65-jährigen und älteren Menschen mit Migrationshintergrund (ohne Migrationshintergrund: 64,0 %) [9].

5.3.6 (Frühere) Arbeitsbedingungen

Besonders Arbeitsmigrantinnen und -migranten der ersten Generation waren in ihren Berufen hohen gesundheitsgefährdenden Belastungen ausgesetzt. Sie verrichteten oft schwere körperliche Arbeit, es gab schädigende Einflüsse, wie Lärm und Giftstoffe, und sie arbeiteten in Akkord- und Schichtarbeit [28]. Um ihr wirtschaftliches Migrationsziel zu erreichen, nahmen Arbeitsmigrantinnen und -migranten oftmals zahlreiche Überstunden in Kauf. Zusätzlich fehlten Regenerationsmöglichkeiten aufgrund der schlechten Wohnbedingungen und fehlender ökonomischer und sozialer Ressourcen. Wegen mangelhafter Deutschkenntnisse, geringer beruflicher Qualifikation und zu geringem Interesse der Arbeitgeber an der Gesundheit der Arbeitsmigrantinnen und -migranten bestanden Informationsdefizite hinsichtlich richtiger Arbeitstechniken und Sicherheitsmaßnahmen [28].

5.4 Gesundheitszustand

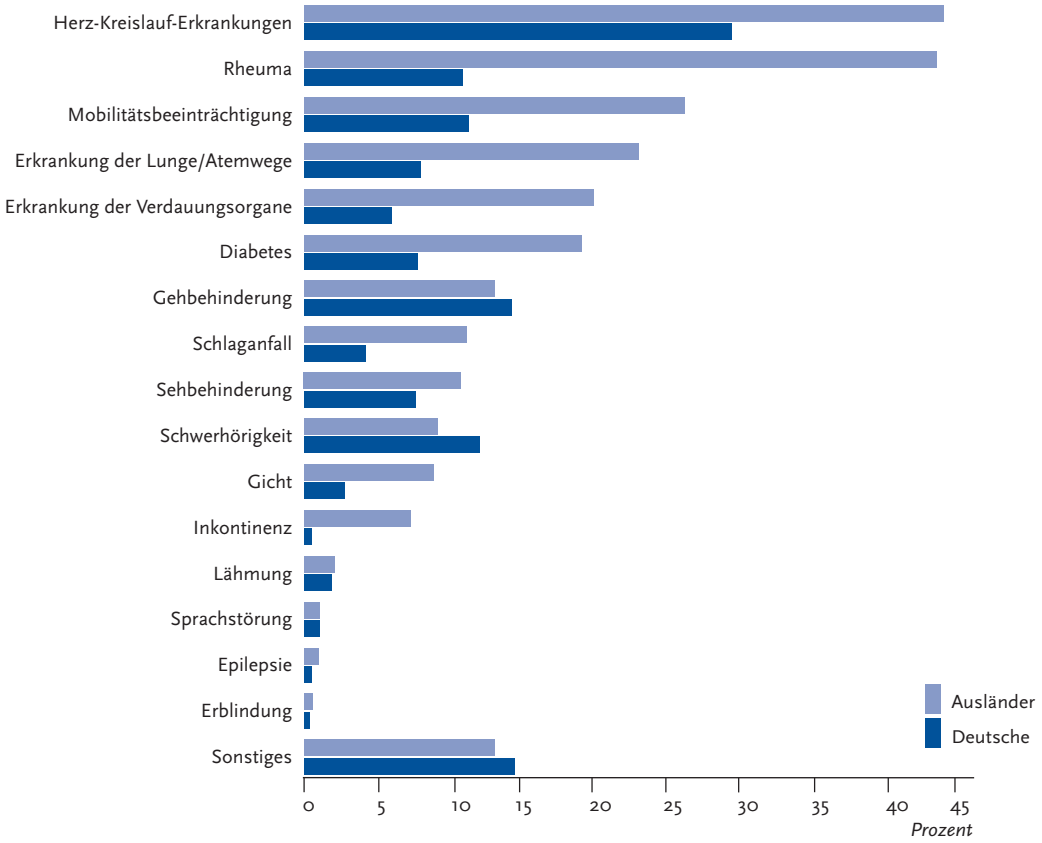
Zum objektiven Gesundheitszustand älterer Menschen mit Migrationshintergrund liegen keine repräsentativen Daten vor. Verschiedene Untersuchungen lassen eine hohe Prävalenz chronischer Krankheitsbilder vermuten [8]. Die nach Deutschland gekommenen Arbeitsmigrantinnen und -migranten waren zwar aufgrund von Auswahleffekten zunächst gesünder als die deutsche Bevölkerung (»Healthy-migrant«-Effekt), doch hat dieser Effekt im Laufe der Zeit abgenommen [29, 30]. In den Unterkapiteln 5.3 und 2.3 sowie im Kapitel 3 wurden besondere Belastungen in der Lebenslage deutlich. Im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund liegen bei Menschen mit Migrationshintergrund durchschnittlich ungünstigere Lebens- und Arbeitsbedingungen vor, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken können [31]. So kann von hohen (psychischen) Belastungen durch migrationsbedingte sozioökonomische Unsicherheiten, wie unsicherer Aufenthaltsstatus, ungünstige Arbeitsbedingungen oder Arbeitslosigkeit, geringere finanzielle Ressourcen und Trennung von Familienangehörigen ausgegangen werden. Dadurch ist bei Menschen mit Migrationshintergrund mit einem erhöhten Krankheitsrisiko im Alter zu rechnen [28].

Die Daten des Mikrozensus 2005 zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund in den Altersgruppen unter 45 Jahren in den letzten vier Wochen vor der Befragung seltener krank waren als Menschen ohne Migrationshintergrund (siehe Abschnitt 3.2.3). Dies ändert sich jedoch in den höheren Altersgruppen. In der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen weisen Menschen mit Migrationshintergrund einen höheren Krankenstand auf als Menschen ohne Migrationshintergrund (14,4 % vs. 11,7 %). In der Altersgruppe 65 Jahre und älter steigt der Krankenstand auf 22,5 % bei Menschen mit Migrationshintergrund versus 21,3 % bei Menschen ohne Migrationshintergrund. Männer dieser Altersgruppe weisen stets eine niedrigere Krankenquote als Frauen auf (21,0 % vs. 24,0 % bei Menschen mit Migrationshintergrund und 20,1 % vs. 22,2 % bei Menschen ohne Migrationshintergrund) [9].

Eine vergleichende Befragung in Hamburg weist ein höheres Vorkommen altersbedingter Krankheiten bei 55-jährigen und älteren ausländischen Staatsangehörigen im Vergleich zur 60-jährigen und älteren deutschen Bevölkerung aus, obwohl der Altersdurchschnitt bei den befragten Deutschen höher war [32]. Insgesamt 1.037 Ausländerinnen und Ausländer (384 Frauen und 644 Männer; bei 9 Personen fehlte die Angabe zum Geschlecht) wurden befragt. Sie stammten aus der Türkei (mit 477 Personen die größte Gruppe), dem ehemaligen Jugoslawien, Italien, Portugal, Polen und dem Iran. Wegen Krankheit in ärztlicher Behandlung waren 62,6 % der befragten ausländischen Staatsangehörigen (Frauen 64,6 %, Männer 61,5 %), aber nur 46,5 % der befragten 1.410 Deutschen. Am häufigsten in Behandlung waren die türkischen Staatsangehörigen (76,7 %), am seltensten die italienischen Staatsangehörigen (29,8 %). Auf die Frage nach der Art der Erkrankung als Behandlungsgrund wurden von den ausländischen Staatsangehörigen am häufigsten Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Rheuma genannt. Im Vergleich mit den Deutschen wurden fast alle Erkrankungen häufiger angegeben (vgl. Abbildung 5.4.1).

In der Hamburger Studie wurde außerdem nach psychischen Problemen gefragt. Die Symptome Schlaflosigkeit, Vergesslichkeit und Gereiztheit wurden von den ausländischen Befragten wesentlich häufiger berichtet als von den

Abbildung 5.4.1
Krankheiten/Beschwerden, die bei ausländischen Staatsangehörigen (55 Jahre und älter) und Deutschen (60 Jahre und älter) zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen führten
Quelle: Freie und Hansestadt Hamburg, Sozial-empirische Studie,
Ausländische Seniorenbefragung 1996 und deutsche Seniorenbefragung 1991/92 [32]



deutschen. Die ausländischen Seniorinnen und Senioren gaben außerdem häufiger Probleme bei der Bewältigung von Alltagssituationen wie Treppen steigen, Einkaufen oder Körperpflege an. Keine gesundheitsbezogenen Probleme hatten lediglich 32,7 % der Befragten, bei den Deutschen waren es 60,4 %. Auch diese Zahlen deuten auf einen schlechteren Gesundheitszustand der älteren ausländischen Staatsangehörigen hin. Dieses Bild wird durch die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands bestätigt: 54,0 % der befragten Ausländerinnen und Ausländer schätzten ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht ein, im Vergleich zu 23,9 % der Deutschen. Aufgeteilt nach Herkunftsland gaben die türkischen Staatsangehörigen am häufigsten einen schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand an (70,1 %) [32].

Ein weiterer Aspekt der subjektiven Wahrnehmung der Gesundheit ist die Gesundheitszufriedenheit. Sie wurde bei (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern sowie anderen Zuwanderern aus Osteuropa im Vergleich zu Deutschen auf Grundlage der Längsschnittdaten des SOEP von 1995 und 2000 untersucht. Insgesamt hatten die zugewanderten Personen zu Beginn eine höhere Gesundheitszufriedenheit als die deutsche Vergleichsgruppe, sie fiel aber fünf Jahre später auf das deutsche Niveau ab. Bei den 55-jährigen und älteren männlichen (Spät-)Aussiedlern gab es 1995 nur einen geringen Unterschied zur deutschen Vergleichsgruppe bezüglich der Gesundheitszu-

friedenheit. Im Laufe der Zeit sank sie jedoch unter das Niveau der Deutschen. Die Werte für die 55-jährigen und älteren aus Osteuropa migrierten Frauen lagen 1995 unter denen der gleichaltrigen deutschen Frauen, stiegen dann aber leicht an. Die Gesundheitszufriedenheit der Zugewanderten sank dabei trotz eines insgesamt steigenden sozioökonomischen Status [30].

Ein ähnliches Ergebnis erbrachte eine Studie von Zeeb et al. [33]. Sie führten einen Vergleich der Gesundheitszufriedenheit in den Jahren 1984/1985, 1992/1993 und 2002/2003 von 45- bis 54-jährigen bzw. 55-jährigen und älteren Deutschen und Zuwanderern aus den ehemaligen Anwerbeländern durch. Im mittleren Alter war sowohl bei den migrierten Männern als auch bei den Frauen die Gesundheitszufriedenheit in allen Jahren niedriger als bei den gleichaltrigen Deutschen. Die zugewanderten Frauen hatten dabei insgesamt die niedrigste Gesundheitszufriedenheit. Bei den älteren Zuwanderern (mindestens 55 Jahre im Jahr 2003) hatten die Männer 1984 eine etwas höhere Gesundheitszufriedenheit als die Deutschen. 1992 und 2002 lagen die Werte leicht darunter. Bei den älteren weiblichen Zuwanderern war die Gesundheitszufriedenheit signifikant niedriger als bei den deutschen Frauen und sank zwischen 1984 und 2002 noch deutlich stärker ab. Ausführlichere Informationen zu Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit älterer Menschen mit Migrationshintergrund finden sich in Kapitel 3.

5.5 Vorstellungen über Pflege und Versorgung im Alter

Für die Gruppe der älteren Menschen mit Migrationshintergrund wird ein deutlich steigender Pflegebedarf erwartet. Mit einem Anstieg wird innerhalb der nächsten Dekade gerechnet, wenn ein Teil der 1. Generation der Arbeitsmigrantinnen und -migranten das 8. Lebensjahrzehnt vollendet [34]. Der wachsende Pflegebedarf begründet sich zum einen auf die zunehmende Zahl von Menschen in dieser Gruppe, zum anderen auf die gesundheitlichen Belastungen, die sich in ihrem Arbeitsleben angehäuft haben. Besonders Frauen mit Migrationshintergrund weisen im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen auf und erhalten oft zu viele oder nicht angemessene Medikamente [35].

Im Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes gaben im Jahr 2005 insgesamt 114.700 Personen an, dass Leistungen aus einer Pflegeversicherung überwiegend zu ihrem Lebensunterhalt beitragen. Unter diesen Leistungsempfängerinnen und -empfängern wiesen 9,4 % einen Migrationshintergrund auf [9]. In der aktuellen Pflegestatistik 2005 des Statistischen Bundesamtes [36], im Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland [11] wie auch im fünften Bericht zur Lage der älteren Generation [34] finden sich keine weitergehenden quantitativen Schätzungen über den Pflegebedarf und die Pflegesituation von Menschen mit Migrationshintergrund im Allgemeinen oder differenziert nach Geschlecht.

Die Vorstellungen, die ältere Menschen mit Migrationshintergrund über ihre Versorgung im Alter haben, unterscheiden sich nur teilweise von denen der älteren Deutschen. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund wie auch Deutsche erwarten Hilfe vor allem von ihrer Partnerin bzw. ihrem Partner und von ihren Kindern. In türkischen Familien ist zusätzlich ein großes Hilfspotenzial von Verwandten der gleichen Generation, vor allem von den Geschwistern, vorhanden [23, 26]. Allerdings verfügen nicht alle älteren Menschen mit Migrationshintergrund über Angehörige in Deutschland oder in erreichbarer Nähe. Auch bei diesen Seniorinnen und Senioren setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass Familienangehörige die erforderliche Pflege nicht al-

lein oder in ausreichendem Maße leisten können. Ältere Frauen mit Migrationserfahrung waren in einer Befragung überwiegend der Meinung, dass ihre Nachkommen die Pflege nicht übernehmen können bzw. werden [12]. Die Kinder sind meist selbst erwerbstätig, verfügen zum Teil nur über kleine Wohnungen und geringe finanzielle Ressourcen und haben oft nur unzureichende Kenntnisse über die Pflege. So kann der Wunsch der Kinder, die Eltern im Alter zu pflegen, aufgrund fehlender Ressourcen eventuell nicht umgesetzt werden. Dieses Problem wird, wie auch bei deutschen Seniorinnen und Senioren, allerdings oftmals verdrängt, bis akut der Pflegebedarf eintritt [2, 8]. Hinzu kommt ein Schamgefühl, Hilfe von außen in Anspruch zu nehmen, die eigentlich von der Familie erwartet wird. Ältere Menschen mit eigener Migrationserfahrung leiden nicht selten unter Schuldgefühlen, da es ihnen aufgrund ihrer Migration nicht möglich war, sich um ihre eigenen Eltern zu kümmern. So fehlen ihnen auch oft Erfahrungen zum Prozess des Älterwerdens [2].

Die Nutzung von vorhandenen Angeboten in der deutschen Altenpflege ist z. T. erschwert, Besonderheiten der Zielgruppe und Aspekte des Versorgungssystems spielen dabei eine Rolle. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind kaum über die unterschiedlichen Möglichkeiten der Altenpflege und Versorgung informiert. So sind die vielfältigen Angebote, z. B. der ambulanten Pflege, wenig bekannt oder werden nicht wahrgenommen. Ursachen hierfür können Sprachprobleme, Vorbehalte gegenüber deutschen Institutionen, z. B. aufgrund schlechter Erfahrungen, das Vertrauen auf die Hilfe der Kinder und die Unentschlossenheit hinsichtlich des Aufenthaltsortes im Alter sein. Außerdem ist das komplizierte deutsche Versorgungssystem selbst für deutsche Seniorinnen und Senioren schwierig zu überblicken. In vielen Institutionen in Deutschland findet gegenwärtig ein Umdenken hinsichtlich der Gruppe der älteren Menschen mit Migrationshintergrund statt, doch noch sind die wenigsten Einrichtungen auf die speziellen sprachlichen und kulturellen Bedürfnisse dieser Zielgruppe vorbereitet [2, 11, 22]. Gerade ambulante Angebote könnten das vorhandene Hilfspotenzial der Angehörigen unterstützen und eventuell fehlende, auch fachliche Ressourcen zur Verfügung stellen. Trotzdem wird sich eine stationäre Pflege – wie auch bei deutschen Seniorinnen und Senioren – gerade bei fehlenden Angehörigen und unzureichenden Wohnverhältnissen nicht immer vermeiden lassen [8]. Um ältere Menschen mit Migrationshintergrund besser über bestehende Angebote zu informieren und die Altenhilfe auf diese neue Zielgruppe einzustellen, wurden verschiedene Projekte wie die Informationsreihe »Älter werden in Deutschland« und der »Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenhilfe« ins Leben gerufen [37, 38].

Vom Bundesministerium für Gesundheit wurden im Rahmen eines Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger fünf Projekte gefördert, die sich an Migrantinnen und Migranten der ersten Generation richteten. Ein weiteres Projekt lief bis in das Jahr 2006, eines läuft noch bis 2008. Die Projekte betreffen u. a. den Aufbau von mehrsprachigen Beratungs- und Koordinierungs- sowie von internationalen Pflegediensten, mit dem Ziel, eine bessere Versorgung älterer und von Pflegebedürftigkeit bedrohter bzw. betroffener Migrantinnen und Migranten der ersten Generation zu gewährleisten. Die Projekte umfassen zielgruppenspezifische Beratungsangebote, Gesundheitstraining (Anleitung zu körperlicher und geistiger Bewegung) sowie verschiedene Freizeitangebote zur Vermeidung von Isolation.

Quellenverzeichnis

1. Kruse A, Gaber E, Heuft G et al. (2002) Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10. Robert Koch-Institut, Berlin
2. Müller-Wille C (2001) Zur Lebenssituation älterer Migranten. Lebensbiografische und familiendynamische Aspekte. In: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg) In der Diskussion: Älter werden in Deutschland. Fachtagung zu einer Informationsreihe für ältere Migranten. Bonner Universitäts-Buchdruckerei, Berlin Bonn, S 18–32
3. Hinz S (2004) Alt werden in der Fremde. In: Hinz S, Keller A, Reith C (Hrsg) Migration und Gesundheit. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S 83–134
4. Statistisches Bundesamt (2006) Strukturdaten zur Migration in Deutschland 2004. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
5. Münz R, Seifert W, Ulrich RE (1999) Zuwanderung nach Deutschland – Strukturen, Wirkungen, Perspektiven. 2. Ausg. Campus Verlag, Frankfurt/Main New York
6. Statistisches Bundesamt (2005) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ausländische Bevölkerung sowie Einbürgerungen 2004. Fachserie 1, Reihe 2. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
7. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg) (2005) Lebenslagen in Deutschland – Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Anhang. Berlin http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A332-Anhaenge210405.pdf (Stand: 04.2005)
8. Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (Hrsg) (2000) Sechster Familienbericht, Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen, Belastungen, Herausforderungen. Drucksache 14/4357. BMFSFJ Berlin
9. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2007) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=str (Stand: 27.06.2007)
10. Becker I, Hauser R (2004) Verteilung der Einkommen 1999–2003. Bericht zur Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. BMGS, Bonn http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A338.pdf (Stand: 04.2005)
11. Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration (Hrsg) (2005) Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin http://www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/Bundesregierung/BeauftragtefuerIntegration/Service/service.html (6. Ausländerbericht Teil I bis III) (Stand: 27.06.2007)
12. Matthäi I (2004) Lebenssituationen der älteren alleinstehenden Migrantinnen. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg), Berlin http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/aeltere-migrantinnen-langfassung (Stand: 27.06.2007)
13. Statistisches Bundesamt (2006) Statistik der Sozialhilfe. Ausländer in der Sozialhilfe und Asylbewerberleistungsstatistik 2004. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
14. Ertl A (2001) Altwerden in der Fremde. In: Hegemann T, Salman R (Hrsg) Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S 277–288
15. Seeberger B (1998) Altern in der Migration – Gastarbeiterleben ohne Rückkehr. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln
16. Blechner G (1998) Altwerden in der Heimat und in Deutschland. Peter Lang, Frankfurt am Main
17. Fabian T, Straka GA (1991) Ältere türkische Migranten und Migrantinnen in der Spätphase des Erwerbslebens und im Ruhestand. Z Gerontol 24 (5): 285–292
18. Haug S (2001) Bleiben oder Zurückkehren? Zur Messung, Erklärung und Prognose der Rückkehr von Immigranten in Deutschland. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 26 (2): 231–270
19. Razum O, Sahin-Hodoglugil N, Polit K (2005) Health, wealth, or family ties? Why Turkish work migrants return from Germany. Qualitative study with re-migrants in Turkey. J Ethn Migr Stud 31 (4): 615-638
20. Fabian T, Straka GA (1993) Lebenszufriedenheit älterer türkischer Migranten. Z Gerontol 26 (5): 404–409
21. Pfeiffer W (1996) Psychiatrie in der Begegnung der Kulturen. IMIS-Beiträge, Heft 4. Universitätsverlag Rasch, Osnabrück, S 25–40
22. Geiger I (1998) Altern in der Fremde. In: David M, Borde T, Kentenich H (Hrsg) Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibungen und Zukunftsmodelle. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S 167–187
23. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2001) Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Geschlecht. Drucksache 14/5130. Berlin
24. Wiedl KH, Marschalck P (2001) Migration, Krankheit und Gesundheit: Probleme der Forschung, Probleme der Versorgung – eine Einführung. In: Marschalck P, Wiedl KH (Hrsg) Migration und Krankheit. Universitätsverlag Rasch, Osnabrück, S 9–34

25. Bryceson D, Vuorela U (2002) Transnational families in the twenty-first century. In: Bryceson D, Vuorela U (Hrsg) The Transnational Family. New European Frontiers and Global Networks. Berg Publishers, Oxford, S 3–29
26. Dietzel-Papakyriakou M, Olbermann E (1996) Soziale Netzwerke älterer Migranten: Zur Relevanz familiärer und innerethnischer Unterstützung. Z Gerontol 29: 34–41
27. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg) (2002) Bericht über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland gemäß § 91c Abs.2 Ausländergesetz. Berlin Bonn. http://www.integrationsbeauftragte.de/download/lage5.pdf (Stand: 03.2005)
28. Dietzel-Papakyriakou M, Olbermann E (2001) Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. In: Marschalck P, Wiedl KH (Hrsg) Migration und Krankheit. IMIS-Schriften, Band 10. Universitätsverlag Rasch, Osnabrück, S 283–312
29. Lechner I, Mielck A (1998) Die Verkleinerung des »Healthy Migrant Effects«: Entwicklung der Morbidität von ausländischen und deutschen Befragten im Sozio-Ökonomischen Panel 1984 bis 1992. Das Gesundheitswesen 60: 715–720
30. Ronellenfitsch U, Razum O (2004) Deteriorating health satisfaction among immigrants from Eastern Europe to Germany. Int J Equity Health 3 (1): 4
31. Siegrist J, Möller-Leimkühler A (2003) Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit. In: Schwartz FW (Hrsg) Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Fischer Verlag, München Jena, S 125–138
32. Freie und Hansestadt Hamburg Behörde für Arbeit Gesundheit und Soziales (Hrsg) (1998) Älter werden in der Fremde: Wohn- und Lebenssituation Älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger. Sozialempirische Studie. Hamburg
33. Zeeb H, Kutschmann M, Razum O (2005) Gesundheitszufriedenheit alternder Migranten – eine Analyse mit Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP). In: lögd (Hrsg) Demografische Alterung und Gesundheit: 12. Gesundheitswissenschaftliches Kolloquium der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, 8. Jahrestagung des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, 07. und 08. April 2005
34. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2005) Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission. Berlin http://www.bildung21.net/download/fuenfter-altenbericht_property_pdf_bereich_rwb_true.pdf (Stand: 27.06.2007)
35. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg) (2006) Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Berlin http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/2007-02-05-gesundheit-und-integration,property=publicationFile.pdf (Stand: 27.06.2007)
36. Statistisches Bundesamt (2005) Pflegestatistik 2005, Teil I bis Teil IV http://www.destatis.de (Stand: 27.06.2007)
37. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg) (2001) In der Diskussion: Älter werden in Deutschland. Fachtagung zu einer Informationsreihe für ältere Migranten. Bonner Universitäts-Buchdruckerei, Berlin Bonn
38. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege (Hrsg) (2000) Charta für eine kultursensible Altenpflege http://www.kda.de/files/kultursa/Charta-2000.pdf (Stand: 02.2005)

6 Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund

6.1 Determinanten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Menschen mit Migrationshintergrund nehmen viele gesundheitliche Leistungen in geringerem Maße in Anspruch als die Mehrheitsbevölkerung. Ein Beispiel ist die deutlich niedrigere Durchimpfungsrate, z. B. für Tetanus und Diphtherie (Grundimmunisierung), bei den älteren Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund (siehe Abschnitt 4.3.12). Eine vergleichsweise geringere Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen kann sich sowohl durch einen ungleichen Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem als auch durch eine ungleiche Nutzung ergeben. Als Folge können im ungünstigsten Falle schwere gesundheitliche Schädigungen oder sogar Todesfälle eintreten, wie das Beispiel Müttersterblichkeit zeigt (siehe Abschnitt 3.1.1). Mögliche Ursachen für Unterschiede in der Inanspruchnahme können sein:

- Unterschiede im Versicherungsstatus (und damit im finanziellen Zugang)
- Kommunikationsprobleme (Sprachbarrieren und Informationslücken)
- unterschiedliches Krankheitsverständnis
- unterschiedliches Nutzungsverhalten, bedingt durch unterschiedliches Rollenverständnis (z. B. bezüglich des Geschlechtes, der Generation oder Profession)
- strukturelle Vorgaben (z. B. aufenthaltsrechtlicher Status, migrationsspezifische Erfahrungen) [1, 2].

Diese Determinanten werden im Folgenden erläutert und mit Beispielen illustriert. Dies geschieht in Anlehnung an das Positionspapier des Arbeitskreises »Migration und öffentliche Gesundheit«, in dem die besonderen gesundheitlichen Bedürfnisse und Ressourcen von Menschen mit Migrationshintergrund dargestellt werden. Der Arbeitskreis fordert eine migrantensensible Öffnung der Regeldienste, um eine Gesundheitsversorgung zu erreichen, die sich an der Heterogenität der Bevölkerung orientiert [3]. Unterkapitel 6.2 befasst sich mit Ressourcen, die eine Inanspruchnahme der Regeldienste durch Menschen mit Migrationshintergrund verbessern können. Unterkapitel 6.3 beschreibt die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Auf spezialisierte Einrichtungen wird im Unterkapitel 6.4 eingegangen, auf die Möglichkeiten und Probleme der Hilfe für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Unterkapitel 6.5.

6.1.1 Versicherungsstatus

Zugewanderte Personen mit legalem Aufenthaltsstatus sind normalerweise auch krankenversichert. Damit haben sie den gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung wie Deutsche. Der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung ist in der Regel an ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis gebunden und schließt dann Ehepartner und Kinder ein. Asylsuchende und Flüchtlinge erhalten für die Dauer ihres Verfahrens beziehungsweise Aufenthalts eine eingeschränkte medizinische Versorgung. Laut Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) verfügten weniger als 1% der Zuwanderer über keinen Krankenversicherungsschutz. Zumindest für die längerfristig und legal in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationserfahrung ist also die medizinische Versorgung finanziell gesichert. Die Ergebnisse einer Repräsentativerhebung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung im Jahr 2001 deuten aber auf eine Verunsicherung über den eigenen Versicherungsstatus bei so genannten »neuen« Arbeitsmigrantinnen und -migranten hin. An der Repräsentativuntersuchung nahmen 520 polnische Staatsangehörige teil, davon waren 202 als Saisonarbeiterinnen und -arbeiter (für max. drei Monate pro Kalenderjahr), 215 als Werkvertragsarbeitnehmerinnen und -arbeitnehmer (für max. drei Jahre) und 103 als »Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter« (für max. 18 Monate) beschäftigt. Vor allem Saisonarbeiterinnen und -arbeiter vermuten, dass sie im Falle eines Unfalls oder bei Krankheit nicht versichert sein könnten [4].

Tabelle 6.1.1.1
Art der Krankenversicherung nach Migrationsstatus im SOEP*, 2003
Quelle: DIW – Daten des SOEP 2003 – Welle 20, eigene Berechnung

Art der Krankenversicherung	Migrationsstatus				gesamt
	deutsch, in Deutschland geboren n=19.523	nichtdeutsch, nicht in Deutschland geboren n=1.430	deutsch, nicht in Deutschland geboren n=1.288	nichtdeutsch, in Deutschland geboren n=326	n=22.567
Gesetzliche KV (GKV)	84,1%	93,8%	93,8%	94,8%	85,4%
darunter					
AOK	24,5%	58,0%	49,6%	53,4%	28,5%
Barmer	11,3%	3,0%	5,1%	2,5%	10,3%
DAK	9,8%	2,6%	4,0%	6,7%	9,0%
BKK	17,3%	16,5%	15,8%	17,8%	17,1%
sonstige	21,2%	13,8%	19,3%	14,4%	20,5%
Private KV (PKV)	15,2%	5,3%	5,8%	4,6%	13,8%
weder noch	0,6%	0,8%	0,4%	0,3%	0,6%
fehlende Angaben	0,1%	0,1%	0,0%	0,3%	0,1%
gesamt	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%****

* ohne Personen, bei denen Angaben zum Migrationsstatus fehlten (n=25)
** geringfügige Abweichung durch Rundung

Nach den Daten des SOEP (2003) unterscheiden sich Deutsche und Zuwanderer hinsichtlich des Anteils der privat und gesetzlich Versicherten (vgl. Tabelle 6.1.1.1). Der Anteil der privat versicherten Deutschen (15% der deutschen Staatsbürger, die in Deutschland geboren sind) liegt deutlich über dem der Zuwanderer (nichtdeutsch, nicht in Deutschland geboren: 5%). Fast 94% der Zuwanderer sind Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse. Dabei dominieren die AOK und die Betriebskrankenkassen, bei denen 75% der nichtdeutschen und 65% der Zuwanderer mit deutscher Staatsangehörigkeit versichert sind, aber nur rund 42% der deutschen Befragten.

Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung gelten für Ausländerinnen und Ausländer im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wie auch der privaten Krankenversicherung Neuregelungen.

Gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 i. V. m. Absatz 11 SGB V haben seit dem 1. April 2007 Ausländerinnen und Ausländer ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, einen Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 Aufenthaltsgesetz besteht. Dies ist bei einer Reihe von Aufenthaltstiteln aus völkerrechtlichen, humanitären oder politischen Gründen der Fall.

In Fällen, in denen Voraussetzung für die Erteilung der Aufenthaltstitel die Sicherung des Lebensunterhalt der Ausländerin bzw. des Ausländers ist, ist es erforderlich, dass die Ausländerin/der Ausländer ihren/seinen Lebensunterhalt einschließlich ausreichenden Krankenversicherungsschutzes ohne Inanspruchnahme öffentlicher Mittel bestreiten kann.

Nach der Intention des Ausländerrechts sollen Ausländerinnen und Ausländer, die verpflichtet sind, bei Aufenthalt in Deutschland selbst für den Lebensunterhalt zu sorgen, im Krankheitsfall nicht Ansprüche gegenüber der Sozialhilfe geltend machen können, wenn sie über keine Krankenversicherung verfügen.

Diese Werteentscheidung im Ausländerrecht ist auf die nachrangige Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen worden. Der Gesetzgeber will damit verhindern, dass diese Gruppe von Ausländerinnen und Ausländer versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung wird und damit im Krankheitsfall die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten in Anspruch nimmt.

Die Voraussetzung, dass die Ausländerin bzw. der Ausländer entweder eine Niederlassungserlaubnis oder eine auf mehr als zwölf Monate befristete Aufenthaltserlaubnis besitzen muss, soll den gesetzlichen Krankenkassen die ansonsten notwendige Prüfung ersparen, ob die/der Betreffende ihren/seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat.

Ferner wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die Vorschrift des § 315 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) eingefügt. Sie regelt, dass Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall, die früher privat versichert waren oder die bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und dem System der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind, ab 01.07.2007 einen Krankenversicherungsschutz im Standardtarif eines privaten Krankenversicherungsunternehmens verlangen können. Diese Vorschrift ist aber nur für Personen anwendbar, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB V haben (§ 30 Abs. 1 SGB I, § 3 Nr. 2 SGB IV). Für Ausländerinnen und Ausländer, die ihren Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt nicht in der Bundesrepublik Deutschland haben, trifft dies nicht zu.

In analoger Anwendung des § 5 Abs. 11 SGB V muss bei der Auslegung des Begriffs »Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt« bei Ausländerinnen und Ausländern, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis von mehr als zwölf Monaten vorliegen.

6.1.2 Kommunikationsprobleme

Kommunikationsprobleme entstehen zum einen durch unzureichende bzw. lückenhafte Deutschkenntnisse mancher Menschen mit Migrationshintergrund in den Bereichen Körper, Gesundheit, Befinden und Sexualität. Zum anderen sind Hinweise und Informationen zu Gesundheitsleistungen häufig nicht in einer für diesen Personenkreis verständlichen Sprache oder Form verfasst. Eine Studie unter türkischen und deutschen Krankenhauspatientinnen zeigte, dass gerade die türkischen Patientinnen die Informationen zu Diagnose und Therapie, welche ihnen in den Aufklärungsgesprächen von den Stationsärztinnen und -ärzten gegeben wurden, vielfach nicht verstanden hatten. Es konnte sogar ein Informationsverlust festgestellt werden: Vor dem Aufklärungsgespräch gaben 62 % der 262 türkischen Patientinnen die Diagnose und 71 % die Therapie richtig an. Nach der Patientenaufklärung konnten nur noch 55 % die Diagnose und 66 % die Therapie korrekt wiedergeben. Ein solcher Effekt wurde bei den deutschen Patientinnen (n = 317) nicht festgestellt. Sowohl ein niedriger Bildungsgrad als auch keine oder geringe Deutschkenntnisse der türkischsprachigen Patientinnen waren mit geringerem Wissen um die Diagnose und die Therapie assoziiert. Das Ziel, eine geeignete Aufklärung der Patientin bzw. des Patienten vor einer Therapie oder einem chirurgischen Eingriff durchzuführen, wurde nicht erreicht [5]. Dies schränkt die Selbstbestimmungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten ein, die wiederum mit dem Patientenrecht auf Information und Aufklärung verbunden sind [6].

Die Übermittlung von Gesundheitsinformationen erfordert Kompetenz, nicht nur auf sprachlicher Ebene. So müssen z. B. kulturspezifische Kommunikationswege, Tabus, aber auch der jeweilige Wissens- bzw. Bildungsstand der Zielgruppe Berücksichtigung finden. Eine vergleichende Untersuchung an türkischen (n = 262) und deutschen (n = 320) Frauen ergab, dass 62 % der türkischen Frauen über ein geringes Gesundheitswissen über den eigenen Körper und dessen Funktionen verfügten. Im Gegensatz dazu wiesen nur 15 % der deutschen Patientinnen einen vergleichbar geringen Kenntnisstand auf [7]. Visuelle Kommunikationshilfen oder auch Dolmetscher-

dienste, die unterstützend genutzt werden könnten, stehen allerdings nach wie vor nur selten zur Verfügung – siehe Abschnitt 6.2.2 [8, 9, 10].

6.1.3 Unterschiedliches Krankheitsverständnis

Mängel der Inanspruchnahme einerseits sowie die Entwicklung von »Patientenkarrieren« andererseits gelten als »typische« Probleme in der ambulanten und stationären klinischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund [1, 11]. Diese Probleme sind nicht immer nur sprachlich bedingt. Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist untrennbar mit der jeweiligen Kultur verbunden. In Deutschland ist die Gesundheitsversorgung vor allem auf ein naturwissenschaftlich fundiertes, medizinisches Wissen aufgebaut. Krankheits- bzw. Gesundheitskonzepte anderer Länder basieren häufig auf einem ganzheitlicheren Verständnis und sind eng mit religiösen Ansätzen verknüpft, welche im hiesigen Medizinsystem in der Regel auf Unverständnis stoßen [12, 13]. Gesundheitsprobleme werden z. B. als »Strafe Gottes« oder, wie im Mittelmeerraum verbreitet, als Folge des »bösen Blicks« gesehen.

Die Präsentation und somit auch die Interpretation von Symptomen einer Erkrankung sind kulturell bedingt unterschiedlich. So wird beispielsweise die Wahrnehmung von Beschwerden bzw. Schmerzen von der ethnischen Herkunft beeinflusst, wie eine Studie in drei Notfallambulanzen in Berliner Stadtteilen mit hohem Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund zeigte. In standardisierten Interviews gaben die befragten erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund höhere Werte für wahrgenommene Schmerzen an als deutsche Patientinnen und Patienten. Zudem konnten sie mehr Schmerzregionen benennen [14]. Eine unterschiedliche Präsentation oder Interpretation von Symptomen kann zu Missverständnissen und Fehlbehandlung führen. Sie beeinflusst dadurch sowohl das Inanspruchnahmeverhalten der Betroffenen als auch ihre Compliance, d. h. ihre Bereitschaft, an den Therapiemaßnahmen aktiv mitzuwirken [11, 15].

Wenn Menschen mit Migrationshintergrund ihre Beschwerden nicht in der für das westliche medizinische Denken typischen Trennung von körperlichen und seelischen Problemen (Leib-Seele-Dichotomie) erleben, kann es zu Problemen bei der Interaktion mit Ärztinnen und Ärzten kommen. In der allgemeinmedizinischen Versorgung wird die deutlich höhere Schmerzbetonung der Beschwerden und Krankheitsbilder türkischer Patientinnen und Patienten oft sehr lange im »Einverständnis« zwischen Arzt und Patient symptombezogen mit Medikamenten behandelt [16, 17]. Eine eventuell indizierte psychosomatische Behandlung unterbleibt oder erfolgt erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Chronifizierung [18]. Dieser diagnostisch-therapeutische Prozess wird als »Einverständnis im Missverständnis« bezeichnet [19]. Das Missverständnis besteht hinsichtlich der Behandlungserwartungen und der Therapieoptionen. Beide Beteiligten sind überzeugt, dass der bzw. die jeweils andere nur eine Reduktion der Schmerzsymptome wünscht beziehungsweise leisten kann, aber nicht das Gespräch über die psychosozialen Hintergründe führen möchte. Bei einem entsprechenden psychosozialen Beratungs- und Therapieangebot sind jedoch sowohl die Behandlungserwartungen der Patientinnen und Patienten als auch die Behandlungsoptionen der primär zuständigen Ärztinnen und Ärzte leicht zu modifizieren [20, 21].

Weil psychische und psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen häufig als Begleitung anderer körperlicher Krankheiten diagnostiziert und behandelt werden, sind psychisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund in der spezialisierten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung unterrepräsentiert. Auch in der stationären Psychiatrie sind sie bei leichteren (neurotischen) Erkrankungen unterrepräsentiert, hingegen bei psychotischen Erkrankungen und psychiatrischen Zwangseinweisungen überrepräsentiert [22].

6.1.4 Unterschiedliches Nutzungsverhalten

Menschen mit Migrationshintergrund zeigen ein im Vergleich zu Deutschen unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen und -diensten. So nutzen sie, anders als deutsche Patientinnen und Patienten, häufiger Rettungsstellen statt Hausärzte als erste Anlauf-

stelle und suchen diese öfter in den Abend- und Nachtstunden sowie an den Wochenenden auf [14]. Ein unterschiedliches Nutzungsverhalten ist z. B. auch bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (siehe Abschnitt 4.3.13) und bei ambulanten Pflegediensten (siehe Unterkapitel 5.5) zu beobachten. Diese Angebote werden von Menschen mit Migrationshintergrund trotz eines bestehenden Anspruchs vergleichsweise seltener genutzt als von Deutschen.

In der fünften Mehrthemenbefragung von türkischstämmigen Bürgerinnen und Bürgern in Nordrhein-Westfalen wurden als Gründe für eine geringe Inanspruchnahme präventiver Angebote mangelnde Kenntnis über Vorsorgeuntersuchungen sowie über soziale und sozialpsychologische Dienste angeführt. Türkischstämmige Befragte aller Altersgruppen wünschten sich unabhängig von ihrer deutschen Sprachkompetenz Informationsmaterial in türkischer Sprache [23].

In der ambulanten Versorgung wird bei Frauen mit Migrationshintergrund nicht selten das Phänomen des häufigen Arztwechsels, das so genannte »doctor hopping«, beobachtet. Unter den Frauen, die ihre Frauenärztin oder ihren Frauenarzt mehrfach wechselten, ist der Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund doppelt so hoch wie der von deutschen Frauen. Als Gründe für häufige Arztwechsel geben sie vor allem unfreundliche Umgangsformen und Diskriminierung (siehe aber Abschnitt 6.1.5), eine schlechte Aufklärung durch die Ärztin oder den Arzt, die Sprachproblematik und eine erfolglose Behandlung an. Die befragten deutschen Frauen hingegen wechselten ihre Ärztin oder ihren Arzt aufgrund eines Wohnortwechsels, wegen unterschiedlicher Vorstellungen zur Behandlung oder weil sie einen Spezialisten aufsuchen wollten [6].

6.1.5 Migrationsspezifische Erfahrungen

Die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung ist zudem durch Erfahrungen geprägt, die im Zusammenhang mit der Migration gemacht wurden. So nehmen Menschen mit Migrationshintergrund aus Angst, den Arbeitsplatz oder den aufenthaltsrechtlichen Status zu verlieren, medizinische Leistungen möglicherweise erst sehr spät in Anspruch. Besonders ausgeprägt ist ein solches Gesundheitsverhalten bei Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus (siehe Abschnitte 3.4.4 und Unterkapitel 6.5).

Fremdenfeindlichkeit wird von vielen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland erlebt (vgl. Abschnitt 2.3.6). Sie kann in allen Bereichen des gesellschaftlichen Zusammenlebens auftreten, potenziell also auch im Gesundheitswesen. Zwar scheint sie dort – zumindest für türkische Befragte – nicht zu den alltäglichen Erfahrungen zu gehören. Weder in der fünften Mehrthemenbefragung türkischstämmiger Menschen in Nordrhein-Westfalen 2003 [23] noch in einer Interviewstudie mit zurückgekehrten Arbeitsmigrantinnen und -migranten in der Türkei [24] wurde Diskriminierung im Gesundheitsbereich als häufiges oder bedeutendes Problem genannt.

Innerhalb der Gruppe der Asylsuchenden finden sich zahlreiche traumatisierte Kriegs- und Folteropfer, die eine kompetente medizinische und therapeutische Unterstützung benötigen. Das Recht auf medizinische Hilfe ist allerdings für diese Personengruppe eingeschränkt [25]. Darüber hinaus ist die erlittene Gewalt häufig mit schwer kommunizierbaren Tabus verbunden, welche die Anamnese und Therapie erschweren [26, 27]. Spezielle Angebote für Folteropfer gibt es nur in wenigen Großstädten.

6.2 Ressourcen der sprachlichen und kulturellen Verständigung

Patientinnen und Patienten haben vielfältige und ganz unterschiedliche Bedürfnisse – ob sie nun einen Migrationshintergrund aufweisen oder nicht. Eine generelle Berücksichtigung dieser Unterschiede (»Diversity Management«) ist aber im Gesundheitswesen Deutschlands noch nicht zu verzeichnen [28]. Der sprachlichen und kulturellen Heterogenität von Patientinnen und Patienten beziehungsweise Pflegebedürftigen wird vielerorts in begrüßenswerten Einzelinitiativen Rechnung getragen. Vielfach wird gefordert, dass »interkulturelle Kompetenz« zu den Basisqualifikationen der Gesundheitsberufe gehören müsse. Zugleich wird aber beklagt, dass es noch nicht gelungen sei, eine solche Qualifikation in den Ausbildungsgängen adäquat zu verankern. Muttersprachliches Personal kann solche Lücken nur teilweise auffül-

len, wie im Folgenden am Beispiel der Ärztinnen und Ärzte gezeigt wird.

6.2.1 Muttersprachliches Personal

Am 31.12.2006 waren insgesamt 19.513 ausländische Ärztinnen und Ärzte im Bundesarztregister verzeichnet. Abbildung 6.2.1.1 zeigt, dass die Herkunftsländer der ausländischen Ärztinnen und Ärzte von denen der Zuwanderungsbevölkerung abweichen [29]:

- Zahlenmäßig am bedeutsamsten sind die Länder der EU, die nicht zu den Anwerbeländern für ausländische Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gehörten. Nach der Sowjetunion und ihren mittlerweile teilweise zur Europäischen Union gehörenden Nachfolgestaaten (an zweiter Stelle) folgt die Gruppe der klassischen Anwerbeländer erst an dritter Stelle, wobei hier die griechischen Ärztinnen und Ärzte stark dominieren.
- Auch Ärztinnen und Ärzte aus Polen haben einen großen Anteil an der ausländischen Ärzteschaft in Deutschland. Die polnische (1.283 Personen) ist dabei nach der griechischen (1.453 Personen) und österreichischen (1.438 Personen) die häufigste Staatsangehörigkeit unter den im Bundesarztregister verzeichneten ausländischen Ärztinnen und Ärzten.
- Ärztinnen und Ärzte aus der ehemaligen Sowjetunion machen einen relativ hohen Anteil an der ausländischen Ärzteschaft aus, jedoch ist bei ihnen der Anteil nicht im Beruf tätiger Menschen besonders hoch.
- Das zahlenmäßig bedeutendste Herkunftsland für ausländische Ärztinnen und Ärzte außerhalb Europas ist der Iran mit 1.165 Personen (enthalten in der Gruppe »Vorderer Orient«), wobei die Mehrzahl bereits zum Studium nach Deutschland gekommen ist.
- Im gesamten Bundesgebiet sind nur 919 Ärztinnen und Ärzte mit türkischer Staatsangehörigkeit gemeldet. Allerdings ist diese Zahl nicht aussagekräftig, da eine unbekannte Anzahl von Ärztinnen und Ärzten aus der Türkei die deutsche Staatsangehörigkeit angenommen hat. Die wirkliche Zahl türkischsprachiger Ärztinnen und Ärzte dürfte daher deutlich höher liegen. Sie wird zukünftig weiter steigen, da im Wintersemester 1999/2000 1.600 türkische Studierende im Fach Humanmedizin eingeschrieben waren. Die meisten von ihnen waren »Bildungsinländer«, die ihre Hochschulzugangsberechtigung in Deutschland erworben haben [30].

Ausländische Ärztinnen und Ärzte sind überwiegend in Krankenhäusern tätig, vergleichsweise selten hingegen in der ambulanten Versorgung. Hier ist zu vermuten, dass die Tätigkeit im Krankenhaus noch im Rahmen der ärztlichen Aus- und Weiterbildung erfolgt, während der Eröffnung einer eigenen Praxis häufig die Einbürgerung vorausgeht.

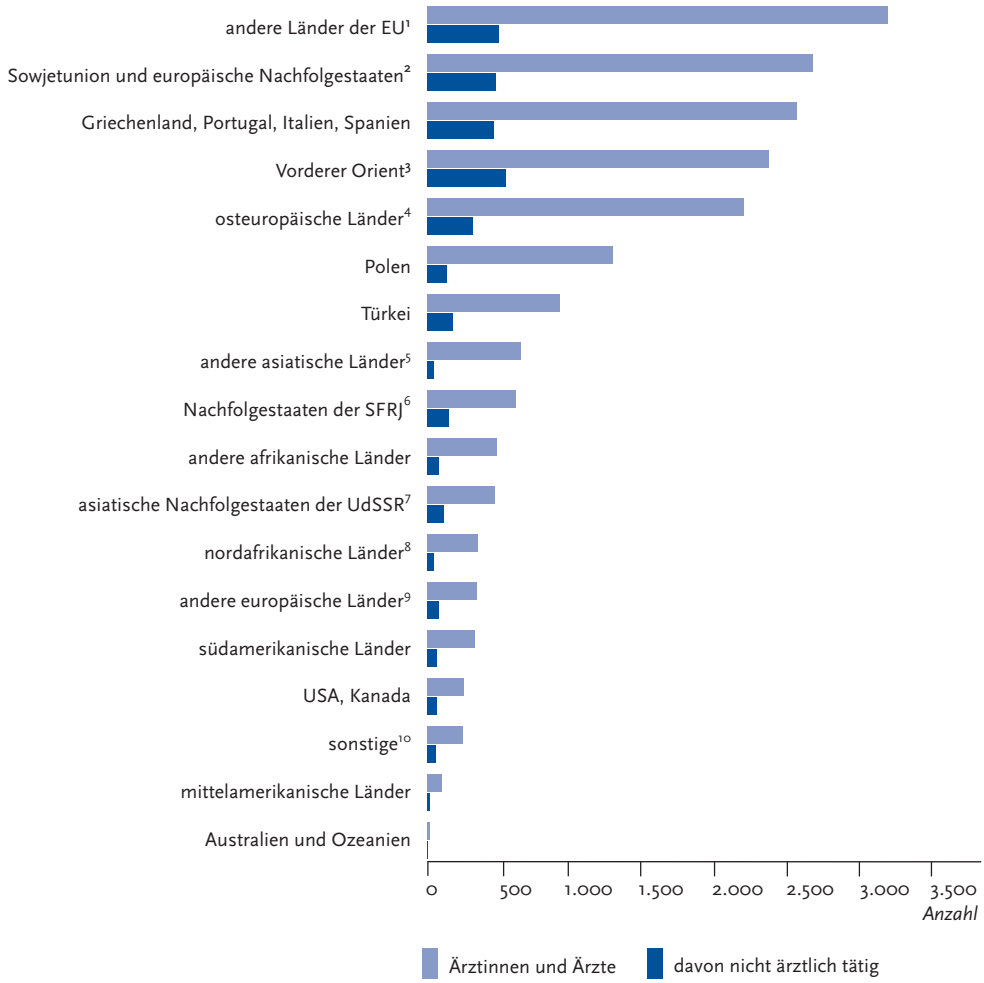
Auch für die anderen Gesundheitsfachberufe ist eine Zunahme an Fachkräften mit Migrationshintergrund zu erwarten. Unter den zehn häufigsten Lehrberufen, die ausländische Auszubildende wählen, steht Arzthelferin an vierter und Zahnarzthelferin an siebter Stelle. Ausländische Auszubildende stellten 1999 insgesamt 10 % der Auszubildenden bei den Arzt- und 11 % bei den Zahnarzthelferinnen [30]. Eine genaue Abschätzung der Zahl der Beschäftigten im Gesundheitssektor, die einen Migrationshintergrund haben, ist schwierig. Angehörige der zweiten Migrantengeneration, die einen solchen Beruf ergreifen, haben oft die deutsche Staatsangehörigkeit und werden deshalb statistisch nicht als ausländische Beschäftigte erfasst.

Einschränkend ist zu sagen, dass aus der Zunahme von Fachkräften mit Migrationshintergrund nicht zwingend abgeleitet werden kann, dass sich das muttersprachliche Versorgungsangebot vergrößert. Die in Deutschland zur Schule gegangenen und ausgebildeten Fachkräfte sind hinsichtlich ihrer Fachkompetenz deutschsprachig. Ob sie sich als Kulturvermittler verstehen wollen und wie der Transfer von der deutschen Fachsprache in die Alltagssprache ihres Herkunftslandes gelingt, ist bisher nicht untersucht [11].

6.2.2 Sprachhilfen und Dolmetscherdienste

Die Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund an Regelangeboten des Gesundheitswesens ist oftmals an den Einsatz von Dolmetscherinnen

Abbildung 6.2.1.1
Ausländische Ärztinnen und Ärzte nach Herkunftsregion oder -land am 31.12.2006, Bundesgebiet gesamt
Quelle: KBV, Bundesarztregister 2006



1 Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Irland, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Schweden
2 Estland, Lettland, Litauen, Moldawien, Russland, Sowjetunion, Ukraine, Weißrussland
3 Irak, Iran, Jemen, VR Jemen, Jordanien, Kuwait, Libanon, Saudi-Arabien, Syrien, Vereinigte Arabische Emirate
4 Bulgarien, Rumänien, Slowakei, Tschechische Republik, Tschechoslowakei, Ungarn
5 Asien ohne (3) und (7)
6 Bosnien-Herzegowina, ehemaliges Jugoslawien, Kroatien, Mazedonien, Slowenien
7 Armenien, Aserbaidschan, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Tadschikistan, Turkmenistan, Usbekistan
8 Ägypten, Algerien, Libyen, Marokko, Tunesien
9 Albanien, Island, Malta, Norwegen, Schweiz, Vatikanstadt, Zypern
10 staatenlos, ungeklärt, ohne Angabe

und Dolmetschern gebunden. Bislang ist die Hinzuziehung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern lediglich bei stationären Aufenthalten und vor operativen Eingriffen in Kliniken rechtlich gesichert (Oberlandesgericht Düsseldorf, Aktenzeichen 8 U 60/88). Eine Befragung der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen von 35 Krankenhäusern in elf verschiedenen Städten Nordrhein-Westfalens und Rheinland-Pfalz mit einem hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund zeigte jedoch, dass nur eines von 35 Krankenhäusern die Dienste einer professionellen Dolmetscherin oder eines professionellen Dolmetschers in Anspruch nehmen würde. Vier der befragten Krankenhäuser wollten ein mögliches Sprachproblem intern durch fremdsprachige, allerdings nicht speziell geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lösen und weitere 24 Krankenhäuser bauten auf die sprachliche Vermittlung durch Angehörige bzw. durch andere Personen. Die verbliebenen sechs Krankenhäuser würden die Verantwortung zur Lösung eines möglicherweise auftretenden Sprachproblems an die betreffenden Patienten weitergeben [31].

In der ambulanten Versorgung gibt es keine Finanzierungssicherheit für Dolmetscherleistungen, da Krankenkassen diese nicht übernehmen müssen (Bundessozialgericht, Aktenzeichen 1 RK 20/94). Die unzureichende Rechtslage, die z. T. einseitigen Kompetenzprofile und mangelnde Infrastruktur erschweren den regelmäßigen Dolmetschereinsatz. So wird das Hinzuziehen von mehrsprachigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, ausländischen Raumpflegerinnen oder Familienangehörigen zur gängigen Praxis im Gesundheitssektor. Dies ist jedoch hinsichtlich der Schweigepflicht und der Übersetzungsqualität höchst problematisch [32]. Dolmetscherinnen und Dolmetschern aus dem Umfeld der Gerichte fehlen zumeist psychologische, medizinische und soziale Kompetenzen. Ferner kann es zu hohen Kosten kommen, da sie in der Regel nach dem Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz bezahlt werden.

Um die sprachliche Verständigung im Gesundheitswesen zu unterstützen, sind in den letzten Jahren nach Vorbildern in den Niederlanden [33], Großbritannien und Skandinavien auch in Deutschland regionale, so genannte »Gemeindedolmetscherdienste« entstanden. Diese sollen mit Hilfe sozial und medizinisch geschulter, professioneller und semiprofessioneller Dolmetscherinnen und Dolmetscher nach einheitlichen Kosten- und Qualitätsstandards die Verständigung im Bereich medizinischer und therapeutischer Versorgung im Sinne der Chancengleichheit verbessern [32]. Der erste öffentliche medizinische Dolmetscherservice wurde vor 15 Jahren in Hannover vom Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. aufgebaut und durch das Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit finanziert [34]. Vor sechs Jahren entstand im Bayerischen Zentrum für Transkulturelle Medizin e.V. in München ein Gemeindedolmetscherdienst, der durch das Sozialministerium der Bayerischen Staatsregierung und das Sozialreferat der Stadt München finanziert wird [35]. Seit 2001 baut Hamburg/Schnelsen einen stadtteilorientierten Gemeindedolmetscherdienst auf, der ehrenamtlich tätige Gemeindedolmetscherinnen und -dolmetscher fortbildet. Gemeindedolmetscherdienste unterstützen Menschen mit Migrationshintergrund u. a. in der Sozialbetreuung und bei Arztbesuchen. Einsatzorte der Gemeindedolmetscherinnen und -dolmetscher waren z. B. Gemeinschaftsunterkünfte von Flüchtlingen und Übersiedlern, Frauen-, Jugend- und Sozialhilfedienste, Sozialbürgerhäusern sowie Landes- und Kinderkrankenhäusern. Weitere Dolmetscherdienste finden sich z. B. in Aachen, Bielefeld und Kassel. Als weiteres Beispiel sei der vor gut zehn Jahren entstandene Gemeindedolmetschdienst Berlin (http://www.gemeindedolmetschdienst-berlin.de/) genannt, der mittlerweile in unterschiedlichen Lehrgängen 70 Muttersprachlerinnen und Muttersprachler zu Gesundheitsdolmetscherinnen und Gesundheitsdolmetschern ausgebildet hat und insgesamt 19 Sprachen bedient. Dolmetscherinnen und Dolmetscher werden dabei insbesondere vom öffentlichen Dienst, von Krankenhäusern und von Freien Trägern angefragt, wobei in der Hälfte aller Fälle Türkisch als Sprache angefordert wird [36].

Insgesamt können die oben genannten Dienste bei der Übersetzung von über 50 verschiedenen Sprachen ins Deutsche behilflich sein [3].

Sprachliche Unterstützung durch Dolmetscherinnen und Dolmetscher bleibt im Gesundheitswesen – trotz der seit 2005 angebotenen Integrationskurse nach dem Zuwanderungsgesetz

– von Bedeutung, weil man bei zugewanderten Personen gerade in der ersten Zeit nach der Immigration noch keine ausreichenden Deutschkenntnisse in diesem speziellen Bereich voraussetzen kann. Allerdings sind die Angebote und Konzepte hinsichtlich ihrer Qualität, Reichweite, Finanzierung und Nachhaltigkeit zurzeit noch nicht durchgehend evaluiert.

Klinikinterne Dolmetscherdienste stellen einen weiteren Ansatz zur besseren sprachlichen Verständigung dar. In Hamburg am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf und in München im Schwabinger Krankenhaus konnten damit in den letzten sechs Jahren umfassende Erfahrungen gesammelt werden. Dolmetschereinsätze werden nicht nur bei akuten Erkrankungen und Notfällen benötigt – gerade auch bei psychiatrischen, psychosomatischen und chronischen Krankheiten besteht der Bedarf nach Beratung und therapeutischen Gesprächen in der Muttersprache. Die Qualität der Kommunikation hat großen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung und die Mitwirkung der Betroffenen. Allerdings bleiben gerade die Angebote der psychologischen Betreuung in der gynäkologischen Krebsnachsorge für Frauen mit Migrationshintergrund häufig aus sprachlichen Gründen unzugänglich; dieses Thema wird von Seiten der Versorgungseinrichtung oft gar nicht angesprochen [6].

Neben sprachlichen Kompetenzen sind weitere Kenntnisse zur effektiven Nutzung des Gesundheitssystems erforderlich. Das Projekt SpuK (»Sprache und Kultur«) in Osnabrück beispielsweise befasste sich mit den Grundlagen einer effektiven Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen sowie Asylsuchenden und bot Mediatorenschulungen an. Dieses Projekt wurde im Juli 2005 durch das Projekt SAGA (»Selbsthilfe, Arbeitsmarktzugang und Gesundheit von Asylsuchenden«) abgelöst (siehe Weblinks am Schluss von Kapitel 6). Dieses Projekt beschäftigt sich mit der »Qualifizierung von AsylbewerberInnen und Flüchtlingen zu Sprach- und KulturmittlerInnen im Gesundheits- und Sozialwesen« und der »Berufsbegleitenden Qualifizierung im Bereich interkultureller Kompetenzen und Kommunikation für Fachkräfte der Gesundheits- und Sozialversorgung (InterkKom)«.

Die in diesem Abschnitt aufgeführten Initiativen fördern die sprachliche Verständigung zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und den Beteiligten im Gesundheitswesen. Ihr Ziel ist, zu einer höheren Entscheidungskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund beizutragen.

6.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Die Aufgaben der ca. 400 Gesundheitsämter in Deutschland werden über die Landesgesetze festgelegt, so dass sie je nach Bundesland variieren können. Sie umfassen Gesundheitsschutz (Infektionsschutz, umweltbezogener Gesundheitsschutz), Gesundheitsberatung, Gesundheitsförderung und Prävention. Ein besonderer Aufgabenschwerpunkt ist der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst.

Die Gesundheitsämter beraten und helfen u. a. bei Infektionskrankheiten, wie z. B. HIV/AIDS und sexuell übertragbaren Krankheiten (Sexually transmitted diseases, STD). Im Jahr 2000 suchten über 16.000 Menschen mit Migrationshintergrund in der Prostitution die AIDS/STD-Beratungsstellen auf. Die Beratung und u. U. auch medizinische Betreuung dieser Menschen wird in den Sprachen Englisch, Spanisch, Französisch, Russisch und Thai durchgeführt [37].

Von meldepflichtigen Erkrankungen, wie Tuberkulose und Hepatitis, ist ein überproportionaler Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund betroffen (siehe Abschnitt 3.2.1). Bei diesen und anderen Infektionskrankheiten stehen die Gesundheitsämter beratend und vermittelnd zur Verfügung. Zudem werden Impfprogramme gegen bestimmte Infektionskrankheiten für Kinder wie auch für Erwachsene durchgeführt.

Schwangerenberatung, »Pillensprechstunde« und Konfliktberatung bei Schwangerschaft finden sich im Aufgabenbereich der Gesundheitsämter ebenso wie der große Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit sowie Zahngesundheit. Eine Vielzahl von Angeboten zur Früherkennung, Entwicklung und Schulung, z. B. Asthmaschulung, stehen zur Verfügung. Diese Angebote, insbesondere zur Zahngesundheit und zur Beratung bei Entwicklungsfragen, werden von Menschen mit Migrationshintergrund vergleichsweise wenig angenommen (siehe Kapitel 4 und 7).

Normalerweise führen die Gesundheitsämter keine Therapien durch und übernehmen nicht die

Arbeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Sie schließen aber Lücken in der gesundheitlichen Für- und Vorsorge, welche bei nicht krankenversicherten Menschen auftreten [37]. Bei Bedarf werden diese Menschen an Ärztinnen oder Ärzte weitervermittelt, die bereit sind, sie kostenlos zu behandeln. Im Jahr 2000 waren etwa 11.000 Menschen aufgrund von fehlender Krankenversicherung, aufenthaltsrechtlichen Problemen, kulturspezifischen Motiven o. ä. auf die kostenfreien Angebote der Gesundheitsämter angewiesen [37].

Je nach Bundesland führen die Gesundheitsämter vielfältige und z. T. unterschiedliche Initiativen durch, in denen die Zielgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund angesprochen wird. Sprachliche Barrieren werden, soweit möglich, durch Informationsmaterial und Beratungsgespräche in der Muttersprache der Menschen mit Migrationshintergrund abgebaut. Während die AIDS/STD-Beratungsstellen auf Akzeptanz treffen, ist gerade im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit Motivationsarbeit bei den Eltern mit Migrationshintergrund zu leisten, damit diese Angebote stärker zum Wohle der Kinder genutzt werden können.

Weitere Berichte und Anregungen zu Projekten für Menschen mit Migrationshintergrund finden sich beispielsweise im »Info-Dienst Migration und öffentliche Gesundheit« (www.infodienst.bzga.de). Darin wird regelmäßig über Projekte und Ideen, Tagungen und Termine, Fortbildungsmöglichkeiten sowie neue Publikationen zu diesem Themenbereich berichtet. Herausgeber ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Köln.

6.4 Spezialisierte Einrichtungen

Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund soll nach allgemeiner Einschätzung durch die interkulturelle Öffnung der Regeldienste ermöglicht werden. Spezielle Gesundheitsdienste für diesen Personenkreis gelten im Allgemeinen als nicht erforderlich und wären im benötigten Maße auch nicht finanzierbar. Bei bestimmten Problemstellungen werden sowohl unter fachlichen bzw. humanitären als auch unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten jedoch Spezialeinrichtungen empfohlen [1]. Das gilt etwa für die Behandlung von Folteropfern, aber auch von Patientinnen und Patienten mit regional auftretenden, erblich bedingten Erkrankungen (siehe Abschnitt 4.3.5). In anderen Bereichen werden bestimmte migrantenspezifische Anforderungen an die Therapie gestellt, wie z. B. in der Psychotherapie und Suchthilfe.

Unter dem Dach der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) sind viele Einrichtungen zusammengefasst, welche die Begutachtung und die Therapie von traumatisierten Flüchtlingen durchführen. Asylsuchende verschweigen beispielsweise im Anerkennungsverfahren häufig eine durchlebte Folter und Vergewaltigung. Dazu tragen Scham, Angst, Misstrauen und sprachliche Verständigungsprobleme bei. Bei der Benutzung einer anderen Sprache als der Muttersprache kann es zu einer Trennung von Affekt und Inhalt des Gesagten kommen. Diese Patientinnen und Patienten wirken dann auf den Untersucher flach und emotionslos, auch wenn sie eigentlich belastende Erlebnisse beschreiben [38]. Politisch Verfolgte wehren sich häufig gegen eine Psychiatrisierung, die aus ihrem Erleben heraus den Sinn ihres Kampfes entwerten würde [39]. Die erwähnten Gründe können zu einer unvollständigen Diagnostik führen und Fehlbeurteilungen begünstigen. In jeder Außenstelle des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge sind daher psychologisch geschulte »Einzelentscheider« tätig. Eine kontinuierliche psychologische Schulung und Supervision der »Einzelentscheider«, eine psychologische Sensibilisierung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern sowie die Erarbeitung von Gutachtenstandards werden als wichtig für eine transparente und dem Einzelfall angemessene Verfahrensweise angesehen [40].

Die Behandlung einer posttraumatischen Belastungsstörung, wie z. B. durch Folter oder Flucht, sollte so früh wie möglich beginnen [41]. Als wichtigste Hilfen für die Bewältigung von traumatischen Erlebnissen im Zusammenhang mit einer Migration werden Familienzusammenführungen sowie Möglichkeiten zur eigenen Existenzsicherung und damit verbunden ein geklärter Aufenthaltsstatus und Arbeit gesehen [39].

Die Gestaltung einer psychotherapeutischen Beziehung zu Menschen mit Migrationshintergrund weist einige Besonderheiten auf. Im Un-

terschied zu der sonst üblichen Abstinenzregel können drängende soziale und ausländerrechtliche Probleme nicht aus dem therapeutischen Raum verbannt werden. Psychotherapeutische Behandlungseinrichtungen können diesen speziellen Anforderungen besonders dann Rechnung tragen, wenn sie über eine qualifizierte Sozialabteilung verfügen.

In der Suchthilfe existieren einzelne qualitativ hochstehende Einrichtungen mit interkulturellen Konzepten oder entsprechenden präventiven Angeboten. Allerdings ist die Anzahl der Einrichtungen, die sich explizit an Menschen mit Migrationshintergrund wenden, außerordentlich gering. Im Jahr 2000 waren es im gesamten Bundesgebiet lediglich 38 von ca. 1.300 Einrichtungen der Drogenhilfe [42]. Die Angst vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen bei Drogenabhängigkeit und Beschaffungskriminalität stellt eine hohe Schwelle bei der Inanspruchnahme von Hilfe dar. Gleichzeitig ist der akzeptanzorientierte Ansatz der deutschen Drogenhilfe für Menschen mit Migrationshintergrund schwer nachvollziehbar und wird möglicherweise sogar von den Betroffenen selbst abgelehnt, wenn sie aus ihren Herkunftsgesellschaften ein eher repressives und autoritäres Vorgehen kennen. Der Einsatz von Therapeuten und »Streetworkern« mit ähnlichem Migrationshintergrund und entsprechenden Sprachkenntnissen kann entscheidend für den Aufbau des Vertrauens und Verständnisses sein, welche für die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen und die Vermeidung von Therapieabbrüchen nötig sind [43].

6.5 Hilfen für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus

In Deutschland hat jeder Mensch ein Recht auf eine medizinische Notversorgung. Die tatsächliche Nutzung dieses Rechtes stellt allerdings für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus ein Problem dar, da sie Gefahr laufen, durch die Inanspruchnahme ihre »Illegalität« preiszugeben (siehe Abschnitt 3.4.4). In § 4 in Verbindung mit § 1 Abs. 1 Nr. 5 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) ist der Anspruch auf Versorgung für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus festgeschrieben. Hier stellt sich allerdings wiederum das Problem der Meldepflicht.

Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus können auf verschiedenen Wegen Zugang zur medizinischen Versorgung erhalten [44]:

- Sie sind Mitglied einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung im Herkunftsland, welche für medizinische Behandlungen in Deutschland aufkommt. Nachteil einer privaten Absicherung dieser Art ist, dass dieser Versicherungsschutz häufig sehr teuer ist und nicht alle Gesundheitsrisiken abdeckt. Arbeitsunfälle und Schwangerschaftsbegleitung sind bei diesen Versicherungen häufig ausgeschlossen.
- Pendler und Personen ohne rechtlich gesicherten Aufenthaltsstatus aus Nachbarstaaten (sog. »illegal« Aufhältige) nutzen häufig die Gesundheitsversorgung ihres Herkunftslandes.
- In einigen Großstädten, wie z. B. Berlin, Bremen, Frankfurt/M., Freiburg i. Br. und Hamburg, existieren informelle Netzwerke zur Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. In diesen privaten Initiativen bieten meist Ärztinnen und Ärzte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Hebammen, Dolmetscherinnen und Dolmetscher ehrenamtlich und kostenlos ihre Hilfen im Bereich der ambulanten Gesundheitsversorgung an. Solche Initiativen können aber bei weitem nicht das gesamte medizinische Spektrum abdecken.
- Es besteht die Möglichkeit, öffentliche Institutionen, wie z. B. Sozialamt oder Gesundheitsämter, in Anspruch zu nehmen. Allerdings unterliegen öffentliche Stellen einer Mitteilungsverpflichtung, wenn ihnen ein illegaler Aufenthalt in Deutschland bekannt wird [45, 46].
- Bei entsprechender medizinischer Indikation sind Krankenhäuser grundsätzlich dazu verpflichtet, jeden Menschen aufzunehmen und die benötigte Behandlung zu gewährleisten. Für Krankenhäuser besteht keine Meldeverpflichtung. Allerdings versuchen deren Verwaltungen, Patientendaten festzuhalten, um die entstandenen Kosten von den zuständigen Sozialbehörden zurückerstattet zu bekommen. Die Sozialbehörden wiederum sind zur Mitteilung eines illegalen Aufenthaltes verpflichtet [47].

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus aus Angst vor Entdeckung und Ausweisung notwendige medizinische Leistungen oftmals nicht in Anspruch nehmen. Versorgungslücken bestehen im ambulanten Bereich vor allem bei der zahnärztlichen Versorgung, der fachärztlichen Weiterbehandlung, der Behandlung von Infektionskrankheiten sowie chronischer und psychischer Erkrankungen aber auch im stationären Sektor [44].

Internet-Links zu Kapitel 6

http://www.gemeindedolmetscherdienst-berlin.de
http://www.equal-de.de
http://www.Transspuk.de/akteure/akteure.htm
http://www.spuk.info
http://www.equal-saga.info
http://www.infodienst.bzga.de
http://www.bundesaerztekammer.de

Quellenverzeichnis

1. Razum O, Geiger I, Zeeb H et al. (2004) Gesundheitsversorgung von Migranten. Deutsches Ärzteblatt 101 (43): A2882–A2887
2. Hegemann T (2001) Interkulturelles Lernen. Ein multidimensionaler Ansatz zum Erwerb interkultureller Kompetenzen. In: Hegemann T, Salman R (Hrsg) Transkulturelle Psychiatrie: Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S 191–205
3. Bundesweiter Arbeitskreis »Migration und öffentliche Gesundheit« (2005) Positionspapier des bundesweiten Arbeitskreises »Migration und öffentliche Gesundheit« http://www.integrationsbeauftragte.de/download/Positionspapier_des_bundesweiten_Arbeitskreises_Migration_und_oeffentliche_Gesundheit.pdf (Stand: 01.05.2006)
4. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg) (2002) Situation der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen in der Bundesrepublik Deutschland – Repräsentativuntersuchung 2001 (bearbeitet von Venema M & Grimm C). Berlin
5. Pette M, Borde T, David M (2004) Kenntnis über die Diagnose und Therapie ihrer Erkrankung bei deutschen und türkischstämmigen Patientinnen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt. J Turkish German Gynecol Assoc 5 (4): 130–137
6. Borde T (2002) Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Dissertation. Technische Universität Berlin, Fakultät VIII Wirtschaft und Management, Berlin http://webdoc.gwdg.de/ebook/le/2003/tu-berlin/borde_theda.pdf (Stand: 10.04.2006)
7. Borde T, David M, Kentenich H (2000) Probleme der Kommunikation und Aufklärung im Krankenhaus aus der Sicht deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals. Vortrag beim 6. bundesweiten Kongreß Armut und Gesundheit in Berlin, 01.–02. Dezember 2000 http://aerzteblatt.lnsdata.de/download/files/X0000844.pdf (Stand: 10.04.2006)
8. Albrecht NJ (1999) Institutseigener Dolmetscherdienst. In: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen und Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis Gesundheitsamt (Hrsg) Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Dokumentation des Expertenworkshops im Juli 1999. Berlin Bonn, S 49–51
9. Salman R (2000) Der Einsatz von (Gemeinde-) Dolmetschern im Sozial- und Gesundheitswesen als Beitrag zur Integration. In: Gardemann J, Müller W, Remmers A (Hrsg) Migration und Gesundheit. Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation und Handbuch anlässlich einer Arbeitstagung. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf
10. Universität Hamburg Sonderforschungsbereich 538: Mehrsprachigkeit (2005) Dolmetschen im Krankenhaus. Projektbereich Mehrsprachige Kommunikation http://www.rrz.uni-hamburg.de/fachbereiche-einrichtungen/sfb538 (Stand: 06.12.2005)
11. Geiger I, Razum O (2006) Migration: Herausforderung für die Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K, Laaser U, Razum O (Hrsg) Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa, Weinheim, S 724–757
12. Greifeld K (1995) Was ist »krank«? Wohlbefinden und Missbefinden im interkulturellen Vergleich. Mabuse 96: 22–26
13. Petersen A (1995) Somatisieren die Türken oder psychologisieren wir? Gedanken zur angeblichen Neigung der Türken zum Somatisieren. Curare 18 (2): 531–540
14. Borde T, Braun T, David M (2003) Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In: Borde T, David M (Hrsg) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse-Verlag, Frankfurt/Main, S 43–81

15. Geiger I (2000) Interkulturelle Organisations- und Personalentwicklung im Öffentlichen Gesundheitsdienst. In: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg) Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit: Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt. Berlin Bonn, S 37–44
16. Wagner P, Kerek-Bodden HE, Schach S et al. (1985) Erkrankungen ausländischer Arbeitnehmer im Spektrum der ambulanten Versorgung. In: Collatz J, Kürsat-Ahlers E, Korporal J (Hrsg) Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. ebv Rissen, Hamburg, S 177–195
17. von Ferber L, Köster I, Celayir-Erdogan N (2003) Türkische und deutsche Hausarztpatienten – Erkrankungen, Arzneimittelerwartungen und Verordnungen. Das Gesundheitswesen 65 (5): 304–311
18. Strate P, Koch E (2000) Pilotstudie zur Evaluation psychiatrischer Versorgung von Schmerzpatienten türkischer Herkunft. In: Koch E, Schepker R, Taneli S (Hrsg) Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft, Deutsch-türkische Perspektiven. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, S 211–227
19. Brucks U, von Salisch E, Wahl WB (1987) Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und Patienten unter besonderer Berücksichtigung ausländischer Patienten. In: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg) Lebenslage und gesundheitliche Versorgung. Reihe Gesundheitsforschung, Band 155, Bonn
20. Schepker R, Toker M, Eberding A (1998) Zum familiären Umgang mit Verhaltensproblemen Jugendlicher in der Migration: Ist die Jugendpsychiatrie eine Lösung? In: Koch E, Özek M, Schepker R (Hrsg) Chancen und Risiken von Migration, Deutsch-türkische Perspektiven. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, S 116–123
21. Koch E, Brucks U, Strate P (2002) Stationäre Psychotherapie bei Migranten. Zur Methodik einer kontinuierlichen Selbstüberprüfung des Therapiekonzeptes. In: Mattke D, Hertel D, Büsing S, Schreiber-Willnow K (Hrsg) Vom Allgemeinen zum Besonderen. Störungsspezifische Konzepte und Behandlung in der Psychosomatik. VAS, Frankfurt am Main
22. Haasen C, Yagdiran O (2000) Anforderungen an eine transkulturelle Beurteilung der Psychopathologie. In: Haasen C, Yagdiran O (Hrsg) Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, S 209–216
23. Goldberg A, Sauer M (2003) Konstanz und Wandel der Lebenssituation türkischstämmiger Migranten in Nordrhein-Westfalen. Zusammenfassung der fünften Mehrthemenbefragung 2003 im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Stiftung Zentrum für Türkeistudien. http://www.zft-online.de (Studien/Berichte/Reden) (Stand: 01.05.2006)
24. Razum O, Sahin-Hodoglugil N, Polit K (2005) Health, wealth, or family ties? Why Turkish work migrants return from Germany. Qualitative study with re-migrants in Turkey. J Ethn Migr Stud 31 (4): 615–638
25. Zenker HJ, Mohammadzadeh Z, Hilbert T (1999) Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. In: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen und Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis Gesundheitsamt (Hrsg) Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Dokumentation des Expertenworkshops im Juli 1999. Berlin Bonn, S 29–32
26. Heise T, Machleidt W (1999) Begutachtung im Rahmen des Anerkennungsverfahrens als Asylant. Zur Frage der posttraumatischen Belastungsstörung am Beispiel zweier Kasuistiken. In: Collatz J, Hackhausen W, Salman R (Hrsg) Begutachtung im interkulturellen Feld. Zur Lage der Migranten und zur Qualität ihrer sozialgerichtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland. VWB, Berlin, S 243–258
27. Schouler-Ocak M (1999) Posttraumatische Belastungsstörung – Bedeutung in der Begutachtung im interkulturellen Feld. In: Collatz J, Hackhausen W, Salman R (Hrsg) Begutachtung im interkulturellen Feld. Zur Lage der Migranten und zur Qualität ihrer sozialgerichtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland. VWB, Berlin, S 233–242
28. Geiger I (2006) Managing Diversity in Public Health. In: Razum O, Zeeb H, Laaser U (Hrsg) Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Huber-Verlag, Bern
29. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2007) Ausländische Ärztinnen/Ärzte. Stand: 31.12.2006. Sonderauswertung im Auftrag des Robert Koch-Institutes. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
30. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg) (2002) Daten und Fakten zur Ausländersituation, 20. Auflage. Berlin Bonn
31. Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2005) Markttransparenz im Gesundheitswesen. Ein Projekt der Verbraucherzentralen Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen, gefördert vom Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (unveröffentlicht).

32. Salman R (2001) Sprach- und Kulturvermittlung. Konzepte und Methoden der Arbeit mit Dolmetschern in therapeutischen Prozessen. In: Hegemann T, Salman R (Hrsg) Transkulturelle Psychiatrie: Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S 169–190
33. Drenthen G (2000) Migration und Gesundheit – Lösungsansätze in den Niederlanden. In: Gardemann J, Müller W, Remmers A (Hrsg) Migration und Gesundheit. Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation und Handbuch anlässlich einer Arbeitstagung. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf
34. Heise T, Collatz J, Machleidt W et al. (2000) Das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover und die Medizinische Hochschule Hannover im Rahmen der transkulturellen Gesundheitsversorgung. In: Heise T (Hrsg) Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. VWB, Berlin
35. Hegemann T (2002) Das Bayrische Zentrum für Transkulturelle Medizin e.V. in München. In: Hegemann T, Lenk-Neumann B (Hrsg) Interkulturelle Beratung – Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung. VWB, Berlin
36. Direske C (2007) Die Sprache steht am Anfang vieler Schwierigkeiten. Forum Sozialarbeit + Gesundheit 3/2007
37. Steffan E, Rademacher M, Kraus M (2002) Kapitel 9 Kurzfassung. In: SPI-Forschung GmbH (Hrsg) Gesundheitsämter im Wandel. Die Arbeit der Beratungsstellen für STDs und AIDS vor dem Hintergrund des neuen Infektionsschutzgesetzes (IfSG). Abschlussbericht, S 78–95
38. Haasen C (2000) Kultur und Psychopathologie. In: Haasen C, Yagdiran O (Hrsg) Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, S 13–28
39. Ebner G (2001) Grundlagen transkultureller Begutachtung. In: Hegemann T, Salman R (Hrsg) Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie Verlag, Bonn, S 232–254
40. Knipping HM (2001) Dokumentation der Fachtagung »Traumatisierte Flüchtlinge im Asylverfahren«. Traumatisierte Flüchtlinge. Schriftenreihe des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge, Band 9, S 167–184
41. Kuch K, Cox BJ (1992) Symptoms of PTSD in 124 survivors of the Holocaust. Am J Psychiatry 149 (3): 337–340
42. Boos-Nünning U, Otyakmaz BÖ (2002) Bestandsaufnahme und Evaluation bestehender interkultureller präventiver Angebote. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden Baden S 226–316
43. Salman R, Tuna S (2001) Kultursensible Suchthilfe mit Migranten. In: Hegemann T, Salman R (Hrsg) Transkulturelle Psychiatrie: Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S 311–324
44. Münz R, Alscher S, Özcan V (2001) Leben in der Illegalität. In: Bade KJ (Hrsg) Integration und Illegalität in Deutschland. Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien, Rat für Migration e.V., Osnabrück
45. Groß J (2005) Möglichkeiten und Grenzen der Medizinischen Versorgung von Patienten und Patientinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Flüchtlingsrat Berlin
http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Medizin_fuer_Statuslose.pdf, Stand: 27.10.2005
46. Bundesministerium für Jugend, Familie, Senioren und Frauen (Hrsg) (1999) Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. BMJFSF Berlin, S 514
47. Fodor R (2001) Rechtsgutachten zum Problemkomplex des Aufenthalts von ausländischen Staatsangehörigen ohne Aufenthaltsrecht und ohne Duldung in Deutschland. In: Alt J, Fodor R (Hrsg) Rechtlos? Menschen ohne Papiere. von Loeper Literaturverlag, Karlsruhe, S 125–218

7 Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund

Die uneinheitliche Definition der Zielgruppe »Menschen mit Migrationshintergrund« trägt dazu bei, dass die Erfassung von migrationsspezifischen Gesundheitsdaten nur begrenzt möglich ist [1]. Damit fehlen wichtige Erkenntnisse für die Präventionsarbeit, die sich positiv auf die gesundheitliche Situation der Menschen mit Migrationshintergrund auswirken könnte. Weiterhin gibt es keine einheitlichen Richtlinien dafür, wie Prävention auf die Besonderheiten dieser Zielgruppe eingehen sollte, z. B. hinsichtlich Kultur, Sprache und Integration. Da es innerhalb der Zuwanderungsgesellschaft zu einer Vermischung der Kulturen kommt, sind hierzu nicht nur für einzelne Kulturen spezifische Kompetenzen gefragt. Vielmehr sind auch Kompetenzen erforderlich, die verschiedene Kulturen übergreifen, so genannte »transkulturelle« Kompetenzen [2].

Um erfolgreich Krankheiten zu vermeiden oder deren Fortschreiten zu verhindern, müssen die Besonderheiten der Zielgruppe Menschen mit Migrationshintergrund analysiert und bei der Konzeption präventiver Angebote beachtet werden. Zu den Besonderheiten gehören spezifische Risikofaktoren, die sich aus der Lebenslage im Aufenthaltsland ergeben. Bei zugewanderten Personen kommen die Migrationserfahrung sowie die Auswirkungen der jeweiligen psychologischen Migrationsphase hinzu, in der sich die Betroffenen befinden [3]. Zugewanderte Personen sollten sich daher möglichst schon während ihrer Orientierungsphase in Deutschland über präventive Angebote und gesundheitsförderliche Lebensformen informieren können.

7.1 Zugangsbarrieren zur Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund

Die Entwicklung präventiver Strategien für Menschen mit Migrationshintergrund erfordert weitreichende Kenntnisse über ihre Lebensweisen und Lebenslagen, ihre Gesundheitskonzepte, alltäglichen Handlungsoptionen sowie über ihre gesicherten Möglichkeiten zur Partizipation. Für zugewanderte Personen bringt das Leben in einer fremden Kultur mehr oder weniger große innere (psychische) und äußere (soziale) Veränderungen mit sich, die ihre Gesundheit langfristig beeinträchtigen können. Angesichts der komplexen Anpassungsleistungen, die sie erbringen müssen, ist es nachvollziehbar, dass Gesundheitsvorsorge in ihrem Bewusstsein zunächst eine untergeordnete Rolle spielt [4]. Zudem sind Gesundheitsförderung und Prävention in vielen Herkunftsländern der Menschen mit Migrationshintergrund (z. B. Türkei, GUS) nicht von herausragender Bedeutung gewesen bzw. kulturell bedingt nicht durch entsprechende Handlungsmuster gesichert [5, 6]. So kann sich infolge der Migration und erschwerter Lebensumstände einerseits ein erhöhter Bedarf an Präventionsangeboten ergeben, gleichzeitig aber eine verminderte Nachfrage.

Eine geringere Teilnahmequote von Menschen mit Migrationshintergrund bei Präventionsangeboten wird z. B. bei Angeboten für Kinder deutlich. So weisen einige Gruppen ausländischer Kinder nach Auswertung von Schuleingangsuntersuchungen eine geringere Durchimpfungsrate auf [7, 8] (siehe Abschnitt 4.3.12). In einigen Bundesländern ist auch die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen durch Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund geringer als im Bevölkerungsdurchschnitt (siehe Abschnitt 4.3.13). Besonders gravierend fällt dieser Unterschied bei Flüchtlingskindern aus [9].

Auch die höhere Inzidenz (Neuerkrankungsrate) bzw. Prävalenz (Häufigkeit in der Bevölkerung) von Erkrankungen mit einem hohen Präventionspotenzial gibt einen indirekten Hinweis auf Zugangsbarrieren. Beispiele hierfür sind eine höhere Sterblichkeitsrate von Säuglingen (siehe Abschnitt 3.1.1) und eine erhöhte Inzidenz von Tuberkulose (siehe Abschnitt 3.2.1). Studien zeigen außerdem bei Kindern mit Migrationshintergrund eine teilweise zwei- bis fünffach höhere Kariesprävalenz im Vergleich zu deutschen Kindern (siehe Abschnitt 4.3.8) [10, 11, 12, 13, 14, 15, 16].

Eine geringe Nutzung von Präventionsangeboten kann auch mit einer mangelnden Zielgruppenorientierung zusammenhängen, so dass Menschen mit Migrationshintergrund gar nicht erreicht werden (können). Der Zugang zur Zielgruppe Menschen mit Migrationshintergrund

wird zusätzlich zu den genannten Besonderheiten durch ihre Heterogenität erschwert. Diese Heterogenität kann sich in kulturell bedingten unterschiedlichen Einstellungen zur Prävention äußern. Innerhalb der Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund bestehen große Unterschiede hinsichtlich der Lebenslage (vgl. Unterkapitel 2.3) – in Abhängigkeit von dem jeweiligen Bildungs- und Aufenthaltsstatus, der Sprachkompetenz, dem kulturellen Hintergrund, dem Integrationsgrad sowie der jeweils aktuellen psychologischen Migrationsphase. Eine besondere Zugangsbarriere für Asylbewerberinnen und -bewerber stellt der eingeschränkte Rechtsanspruch auf gesundheitliche Versorgung dar. Die zuständigen Kostenträger übernehmen für Personen dieser Bevölkerungsgruppe zwar Leistungen, die sich aus einem dringenden Behandlungsbedarf ergeben (z. B. im Falle einer akuten Zahnerkrankung), jedoch nicht die Kosten für Präventionsangebote.

7.2 Präventionsprojekte in Deutschland

Angesichts der Themenvielfalt und dem häufig regionalen Bezug ist es schwierig, einen Überblick über alle Präventionsprojekte zu gewinnen, die in Deutschland für Menschen mit Migrationshintergrund angeboten werden. Viele Präventionsangebote richten sich zudem an breitere Zielgruppen und nur unter anderem an Menschen mit Migrationshintergrund. Ein erster Schritt in Richtung einer systematischen und aktuellen bundesweiten Erhebung von präventiven Angeboten speziell für diese Zielgruppe ist mit Einrichtung einer Datenbank durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unternommen worden. In dieser Datenbank sind Präventionsangebote für sozial Benachteiligte und auf Menschen mit Migrationshintergrund bezogene Projekte dokumentiert. Sie ist online verfügbar und wird vom Kooperationsverbund »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) gepflegt. Der Kooperationsverbund ist ein gemeinsames Projekt von BZgA, Gesundheit Berlin e. V. und dem BKK Bundesverband im Rahmen der bundesweiten Kooperation mit allen Landesvereinigungen und Landeszentralen für Gesundheit und der Bundesvereinigung für Gesundheit. Mit Stand vom 21. Mai 2005 waren 2.683 Projekte in der Online-Datenbank dokumentiert. Um den aktuellen Stand der Präventionsarbeit für Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland darzustellen, werden im Folgenden die Ergebnisse einer Sekundäranalyse der Datenbank »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« dargestellt.

Daneben werden exemplarisch die Ergebnisse des Mediatorenprojektes »Mit Migranten für Migranten« (MiMi-Projekt) aufgezeigt, in dem Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren mit Migrationshintergrund ihre Landsleute muttersprachlich über die Einrichtungen und Leistungen des deutschen Gesundheitswesens informieren.

7.3 Präventionsprojekte in der Datenbank »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten«

7.3.1 Zielgruppen und regionale Verteilung der Projekte

Die Verteilung der Projekte nach Zielgruppen ist in Tabelle 7.3.1.1 dargestellt. In den Projektportraits im Internet werden jeweils verschiedene, spezielle Zielgruppen angegeben, die in der Tabelle unter »Menschen mit Migrationshintergrund« subsumiert werden. Nach Selbstauskunft der Projektträger richten sich 26 % der Präventionsprojekte mit ihren Angeboten neben der Gesamtbevölkerung auch an Menschen mit Migrationshintergrund. Lediglich 6 % der Projekte wenden sich ausschließlich an die in der Datenbank definierten Personengruppen mit Migrationshintergrund.

Die 864 Projekte, die sich ausschließlich oder unter anderem an Menschen mit Migrationshintergrund wenden, sind z. T. für spezielle Untergruppen konzipiert, wobei mehrere Zielgruppen von den Projektträgern angegeben werden konnten. 62 % der Projekte in der Datenbank wenden sich an Aussiedlerinnen und Aussiedler, und rund die Hälfte der Projekte (52 %) ist für Personen mit schlechten Deutschkenntnissen konzipiert. Bei 17 % sind nach Angaben der Projektträger auch Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus angesprochen. An Asylbewerberinnen und -bewerber richten sich 37 % der Angebote, an Flüchtlinge ein Viertel. Für 73 % der Projekte wird als Zielgruppe

Tabelle 7.3.1.1
Zielgruppen der Präventionsprojekte der Datenbank
Quelle: Datenbank »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten«, eigene Berechnung

Zielgruppen der Projekte	Anzahl	Prozentual von n = 2.683
ausschließlich Menschen mit Migrationshintergrund	161	6,0 %
unter anderem Menschen mit Migrationshintergrund	703	26,2 %
ohne Berücksichtigung von Menschen mit Migrationshintergrund	1.819	67,8 %
gesamt	**2.683**	**100,0 %**

auch »Migranten allgemein« angegeben. Es zeigt sich also, dass die meisten, in der Datenbank erfassten Projekte für Menschen mit Migrationshintergrund nicht nur für spezielle Untergruppen, sondern für alle Personen in dieser Zielgruppe zugänglich sein sollen (und z. T. auch für Angehörige sozial benachteiligter Gruppen).

Ein großer Teil der erfassten Präventionsprojekte für Menschen mit Migrationshintergrund ist geschlechts- und altersgruppenspezifisch ausgerichtet. Fast in jedem zweiten Projekt werden gezielt Frauen und Mädchen angesprochen. Der Anteil der Projekte, die sich spezifisch an Männer und Jungen richten, liegt bei 26 %. Etwa drei Viertel der Projekte sind speziell oder unter anderem für die Altersgruppe der jungen Erwachsenen (19 bis 29 Jahre) konzipiert, gut jedes zweite Projekt berücksichtigt auch die Jugendlichen im Alter von 15 bis 18 Jahren. Es gibt ebenfalls spezielle Angebote für Kinder und Säuglinge. Die regionale Verteilung der Präventionsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund schwankt je nach Bundesland, und dies unabhängig von ihrer Bevölkerungsstärke. Im Bundesdurchschnitt werden rechnerisch rund 12 Projekte je 100.000 ausländische Staatsangehörige angeboten (eigene Berechnung). Der Wirkungsradius und die Anzahl der erreichten Menschen mit Migrationshintergrund werden in der Datenbank nicht erfasst.

7.3.2 Ziele, Maßnahmen und Angebotsarten in den Präventionsprojekten

Die Tabelle 7.3.2.1 gibt einen Überblick über die Handlungsfelder der Projekte, die sich ausschließlich oder unter anderem an Menschen mit Migrationshintergrund richten. Zwei Drittel der Projektanbieter nennen die Stärkung der Bewältigungsressourcen als das wesentliche Hand-

Tabelle: 7.3.2.1
Anliegen der Präventionsprojekte
Quelle: Datenbank »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten«, eigene Berechnung

Handlungsfelder zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens	Prozentual von n = 864 (Mehrfachnennungen möglich)
Bewältigungsressourcen (z. B. zur Konfliktlösung)	65,6 %
Stressbewältigung	44,4 %
Gewaltprävention	41,3 %
Ernährung	37,7 %
Alkoholprävention	35,8 %
Prävention von Medikamentenmissbrauch	31,6 %
Drogenprävention	31,3 %
Sexualverhalten	30,1 %
Sport und Bewegung	29,9 %
Rauchprävention	23,6 %
AIDS-Prävention	23,5 %
Unfallprävention	8,8 %

lungsfeld. Darauf folgen Stressbewältigung und Gewaltprävention sowie die »klassischen« Handlungsfelder Ernährung, Alkoholprävention etc. Über 90 % der Projekte, die entsprechende Angaben machen, zielen auf mehr als ein Handlungsfeld. Einschränkend muss erwähnt werden, dass der Anteil von Projekten mit fehlenden Informationen hier mit 12 % recht hoch ist.

Im Rahmen der Stärkung der gesundheitlichen und sozialen Ressourcen werden am häufigsten Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Integration (77 %), zur Stärkung der sozialen Unterstützung (63 %) und der Sozialberatung (56 %) angeboten. Eine weitere Zielgröße der Präventionsangebote ist die Verbesserung des Inanspruchnahmeverhaltens der gesundheitlichen Versorgung, z. B. die Teilnahme an Impfungen (13 %), die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (16 %) und die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (18 %).

Die in der Datenbank erfassten Aspekte der Inanspruchnahme stammen allerdings überwiegend aus dem Bereich der Verhaltensprävention. Ein kleinerer Teil der Projekte hat (auch) eine verhältnispräventive Ausrichtung oder berücksichtigt Settingansätze, z. B. Projekte zur Beseitigung von Beeinträchtigungen in der Wohnung, der Wohnumgebung oder im Stadtteil. Hierzu zählen u. a. Maßnahmen, die einer Gettoisierung entgegenwirken oder unhygienische Lebensbedingungen verbessern sollen. Außerdem bestehen 110 Angebote zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Diese Projekte zielen beispielsweise auf eine Vergrößerung des Entscheidungsspielraums für Betroffene mit Migrationshintergrund oder auf positive Veränderungen in den Bereichen Lärm, Schmutz, Unfallgefährdung und Arbeitszeiten.

Die Umsetzung der genannten Präventionsziele erfolgt vorrangig über Beratungsangebote (68 %), Bildungsangebote/Schulungsprogramme (39 %), Freizeitangebote (34 %) und Tagungen/Veranstaltungsreihen (21 %). Darüber hinaus gibt es punktuelle Angebote wie Aktionstage (20 %), Gesundheitstage/-wochen (14 %) und Ausstellungen (10 %). Bei 29 % der Angebote wird Gemeinwesenarbeit/Stadtteilarbeit durchgeführt.

7.3.3 Projektträger, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Bei den Projektträgern handelt es sich bei gut der Hälfte um Vereine und freie Träger (57 %). Ein Viertel der Projekte wird von Wohlfahrtsverbänden getragen. 17 % der Träger sind Behörden. Es finden sich lediglich zwei Krankenkassen als Träger von Präventionsprojekten für sozial benachteiligte Personengruppen in der BZgA-Datenbank.

Um die Zielgruppen optimal zu erreichen, werden vielfach Multiplikatorinnen und Multiplikatoren eingesetzt. Menschen mit Migrationshintergrund können beispielsweise durch Dolmetscherinnen und Dolmetscher und/oder Kulturmittlerinnen und Kulturmittler (sog. Mediatoren) muttersprachlich und kultursensibel erreicht werden. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren kommen in einem Viertel der Projekte zum Einsatz (25 %). Am häufigsten handelt es sich dabei um qualifizierte Fachkräfte aus den Bereichen soziale Arbeit/Sozialpädagogik, Beratung und Medizin. Lediglich bei 3 % der Projekte wird auf die Mitarbeit von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren verzichtet.

7.3.4 Evaluation der Projekte

Eine Evaluation der Präventionsprojekte wird in der Praxis aufgrund von Kostengesichtspunkten oftmals nicht umfassend durchgeführt. Somit sind Notwendigkeit, Erreichbarkeit der Ziele, Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit dieser Präventionsangebote in vielen Fällen nicht transparent. Bei 238 Projekten (28 %) der BZgA-Datenbank wurden keine Angaben zum Evaluationsstatus gemacht. Bei 221 Projekten (26 %) ist keine Evaluation geplant. Nur bei 14 % der Projekte fand eine interne und bei 4 % eine externe Evaluation statt. Bei 29 % der Projekte ist eine Evaluation geplant oder wird momentan durchgeführt. Somit liegen zum jetzigen Zeitpunkt nur bei 18 % der Projekte dokumentierte und evaluierte Ergebnisse vor. Festzuhalten ist, dass insgesamt unklar bleibt, ob die Ziele in den Projekten tatsächlich erreicht werden und ob in bestimmten Handlungsfeldern und Regionen eine Über-, Unter-, oder Fehlversorgung besteht.

Zur Klärung könnte ein im Mai 2005 begonnenes, vom BMBF gefördertes Forschungsprojekt der Medizinischen Hochschule Hannover und des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover beitragen. Das Forschungsprojekt »Effektivität und Kosteneffektivität des Zugangsweges über muttersprachliche Präventionsberater zur Optimierung des Gesundheitsverhaltens von Migranten« hat das Ziel, die Erreichbarkeit von türkisch- und russischsprachigen Menschen mit Migrationshintergrund durch muttersprachliche Präventionsberaterinnen und -berater über unterschiedliche Zugangswege zu evaluieren. Am Beispiel der Suchtprävention werden zwei aktive Zugangswege (»Zugeh«-Struktur) – der Zugang über Gemeinschaften (»Communities«) von Menschen mit Migrationshintergrund sowie über Sprachschulen – und drei passive Zugangswege (»Komm«-Struktur) – ein Beratungstelefon, ein Internetangebot sowie der Zugang über öffentlich angekündigte Veranstaltungen – hinsichtlich ihrer Effektivität und Kosteneffektivität untersucht. Das Projekt soll Aufschluss über das Gesundheits- und Präventionsverhalten von Menschen mit Migrationshintergrund geben sowie über mögliche Barrieren und deren Überwindung. Die Ergebnisse tragen zu einer systematischen Weiterentwicklung des Ansatzes der muttersprachlichen Präventionsberaterinnen und -berater (Gesundheitsmediatoren) bei.

7.4 Das »MiMi-Projekt – Mit Migranten für Migranten«

Ein Projekt, das ausschließlich auf den von der WHO favorisierten Settingansatz und auf die Wirkung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren setzt, ist das vom Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover seit 2003 durchgeführte »MiMi-Projekt – Mit Migranten für Migranten«. In diesem Projekt realisieren 24 Städte, Kreise und Regionen in zehn Bundesländern Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund durch den Einsatz »interkultureller Gesundheitsmediatoren«. Gefördert werden diese Maßnahmen vom BKK Bundesverband, den BKK Landesverbänden Hessen und Nord, sowie den Sozialministerien der Länder Niedersachsen, Hessen und Schleswig-Holstein.

An allen Projektstandorten beteiligten sich Menschen mit Migrationshintergrund an 50-stündigen Lehrgängen, in denen sie zu »interkulturellen Gesundheitsmediatoren« geschult wurden. Teilnahmebedingungen für die Mediatorenschulung waren insbesondere ein fortgeschrittener Integrationsgrad, ausgeprägtes Interesse am Thema Gesundheit, gute Kenntnisse der deutschen wie ihrer Herkunftssprache, ein durchschnittlich hoher Bildungsgrad sowie Zugangsmöglichkeiten zu den eigenen Landsleuten. Im Anschluss an die Lehrgänge führten die Mediatorinnen und Mediatoren, unterstützt durch Fachkräfte des Gesundheitswesens, mehrsprachige Kampagnen in Wohnortnähe der Zielgruppen durch, in denen sie über das Gesundheitswesen und Präventionsangebote informierten.

Auf diesem Wege wurden allein in den Jahren 2003 bis 2006 insgesamt 565 Personen als Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren geschult. Sie führten 592 Informationsveranstaltungen durch, an denen 8.320 Personen teilnahmen. Die Projektevaluation ergab, dass die direkte Ansprache Dritter durch »Mund-zu-Mund-Propaganda« der effektivste Weg war (ca. 50 %), auf die Mediatorenschulungen oder die Informationsveranstaltungen aufmerksam zu machen. Als wichtigster Beweggrund zur Teilnahme an Mediatorenlehrgängen wurde der Wunsch, andere Menschen zu informieren und zu unterstützen genannt. Umgekehrt gaben Veranstaltungsteilnehmer als wichtigstes Motiv an, Gesundheitsinformationen zu benötigen.

Insgesamt waren in den Mediatorenlehrgängen ebenso wie in den Informationsveranstaltungen Frauen und Personen aus der Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen jeweils am stärksten vertreten. Während 66 % der Mediatorinnen und Mediatoren einer Beschäftigung nachgingen, traf dies nur auf 40 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Informationsveranstaltungen zu. Letztere verfügten außerdem nur zu 33 % über gute und zu 34 % über gar keine Deutschkenntnisse.

Hinsichtlich des Wissensstandes der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Informationsveranstaltungen zeigte sich, dass die kurativen (behandelnden) Leistungserbringer wie Hausarztpraxen, Apotheken, Zahnarztpraxen und Krankenhäuser allen Befragten annähernd gleich gut bekannt waren. Mit den spezifischen Angeboten der

fachärztlichen und psychiatrischen Versorgung, des öffentlichen Gesundheitswesens sowie der Krankenversicherungen hingegen waren die Besucher der Informationsveranstaltungen jedoch meistens nicht vertraut gewesen. 44 % hatten noch nichts von sozialpsychiatrischen Diensten gehört, 54 % kannten keine Krisendienste und 39 % waren die Einrichtungen der Patientenberatungsstellen nicht bekannt.

7.5 Schlussfolgerung: Stand der Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund

Die im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung höhere Sterblichkeit von Säuglingen, die geringeren Durchimpfungsraten, die geringere Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und die erhöhte Kariesprävalenz weisen auf einen Bedarf an Prävention und Information für Menschen mit Migrationshintergrund hin. Diesem besonderen Bedarf wird zunehmend durch Projektangebote, Beratungsleistungen und Forschungstätigkeit begegnet.

Hier engagieren sich insbesondere Vereine, Wohlfahrtsverbände und freie Träger, die nach der BZgA-Datenbank »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« ca. 80 % der erfassten Präventionsprojekte für Menschen mit Migrationshintergrund durchführen. Öffentliche Gesundheitsdienste mit ihren Angeboten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung sowie Krankenkassen und Bildungseinrichtungen sind in der Datenbank unterrepräsentiert. Zudem berücksichtigen zwei Drittel aller registrierten Projekte für sozial Benachteiligte die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund gar nicht. Von den Angeboten, die sich an diese Gruppe wenden, sind zwei Drittel Beratungs-, Bildungs- oder Schulungsangebote. Darüber hinaus werden auch punktuelle oder zeitlich begrenzte Maßnahmen, die lediglich aus einzelnen Aktionstagen bestehen, angeboten.

Unklar bleibt oft, wie, ob und wie viele Menschen erreicht werden. Derzeit kann nur bei ca. 18 % der Projekte aus der Datenbank auf Ergebnisse einer Evaluation zurückgegriffen werden. Bei den Projekten, in denen eine Qualitätssicherung stattfindet, wird die Evaluation zum großen Teil durch die Projektträger selbst durchgeführt.

Die Mehrheit der Projekte bieten Maßnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund unter Beteiligung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Mediatorinnen und Mediatoren sowie Dolmetscherinnen und Dolmetschern an. Mediatorenprojekte weisen einen Weg, um gesundheitsrelevante Informationen auch für bislang weniger erfolgreich integrierte Menschen mit Migrationshintergrund zugänglich zu machen. Ein beispielhaftes Mediatorenprojekt mit der derzeit größten Reichweite ist das »MiMi-Projekt – Mit Migranten für Migranten«. Es führt muttersprachliche Informationsveranstaltungen zu Leistungen und Präventionsangeboten des deutschen Gesundheitswesens in Settings durch, die für Menschen mit Migrationshintergrund besonders geeignet sind. Ob Mediatorenprojekte für diese Zielgruppe eine solide Basis hinsichtlich Qualität, Effizienz und Nachhaltigkeit haben, wird sich durch fortlaufende Evaluation erweisen müssen. Die Realisierung einer transkulturellen Prävention in Deutschland stellt auch in Zukunft eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung, die Kostenträger sowie die Forschung dar.

Quellenverzeichnis

1. Hommes M (2003) Gesundheitsberichterstattung und Integration. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration (Hrsg) Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21 Februar 2003 in Berlin. Bonner Universitäts-Buchdruckerei, Bonn Berlin
2. Domenig D (2001) Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Hans Huber Verlag, Bern
3. Sluzki CE (2001) Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann T, Salman R (Hrsg) Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie Verlag, Bonn
4. Collatz J (2001) Migration in Deutschland – demographische, gesellschaftlich-soziale sowie psychosoziale Faktoren und Entwicklungen. In: Schneller T, Salman R, Goepel C (Hrsg) Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. DAJ, Bonn
5. Özsahin A (2001) Zum Stand der Mundgesundheit und der zahnmedizinischen Versorgung in der Türkei. In: Schneller T, Salman R, Goepel C (Hrsg) Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. DAJ, Bonn

6. Borutta A (2001) Mundgesundheit, Versorgungslage und gesellschaftliche Transformation in Osteuropa als Herausforderungen für Prophylaxe. In: Schneller T, Salman R, Goepel C (Hrsg) Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. DAJ, Bonn
7. Delekat D (2003) Zur Gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Spezialbericht 2003-2. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin
8. Pallasch G, Salman R, Hartwig C (2005) Verbesserung des Impfschutzes für sozial benachteiligte Gruppen unter Mitarbeit von Vertrauenspersonen – Ergebnisse einer kultur- und sprachsensiblen Intervention des Gesundheitsamtes Stade und des Ethno-Medizinischen Zentrums für Migrantenkinder im Altländer Viertel. Das Gesundheitswesen 67: 33–38
9. Gardemann J (2003) Zur Gesundheitssituation von Flüchtlingskindern. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration (Hrsg) Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin. Bonner Universitäts-Buchdruckerei, Bonn Berlin
10. Brunner-Strepp B (2001) Statistische Daten zur Zahngesundheit bei Migranten am Beispiel der Aussiedler im Landkreis Osnabrück. In: Schneller T, Salman R, Goepel C (Hrsg) Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. DAJ, Bonn, S 108–113
11. Dohnke-Hohrmann S (2001) Erfahrungen mit Migranten in einem zahnärztlichen Dienst in Berlin. In: Schneller T, Salman R, Goepel C (Hrsg) Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. DAJ, Bonn, S 114–127
12. Pieper K (1998) Kinder von Spätaussiedlern haben häufiger Karies. Die Zahnarzt Woche 36/98: 10
13. Robke FJ (2001) Stadtteilorientierte Oralprophylaxe – Erfahrungen im interkulturellen Feld. In: Schneller T, Salman R, Goepel C (Hrsg) Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. DAJ, Bonn
14. Strippel H (2001) Ernährungs- und Mundgesundheitsaufklärung für Mütter von Säuglingen und Kleinkindern durch Kinderärzte – Voraussetzungen und Ergebnisse bei Migranten. In: Schneller T, Salman R, Goepel C (Hrsg) Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. DAJ, Bonn
15. Van Steenkiste M (2001) Gruppenprophylaxe bei Migranten im Rems-Murr-Kreis. In: Schneller T, Salman R, Goepel C (Hrsg) Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. DAJ, Bonn
16. Schäfer M, Pässler J (1996) Kariesprävalenz bei Milchzähnen deutscher und ausländischer Kinder im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung 1995/1996 in Düsseldorf. Gesundheitswesen 58 (7): 385–390

8 Zusammenfassung und Ausblick

8.1 Migration und Gesundheit in Deutschland

8.1.1 Die Bedeutung des Themas Migration und Gesundheit

Menschen mit Migrationshintergrund können im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung ohne Migrationshintergrund erhöhte Gesundheitsrisiken aufweisen, wie der vorliegende Bericht belegt. Dabei ist es nicht die Migration als solche, die krank macht. Es sind vielmehr die Gründe und Umstände einer Migration sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, die zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen können. Menschen mit Migrationshintergrund haben überdurchschnittlich häufig einen niedrigen sozioökonomischen Status, gehen einer die Gesundheit gefährdenden beruflichen Tätigkeit nach oder sind arbeitslos, oder leben in einer ungünstigen Wohnsituation. Jeder einzelne dieser Faktoren kann eine Beeinträchtigung der Gesundheit nach sich ziehen, ganz besonders gilt dies aber für das Zusammentreffen mehrerer dieser Faktoren. Dennoch sind Menschen mit Migrationshintergrund nicht grundsätzlich »kränker« als Deutsche ohne Migrationshintergrund. Vielmehr verfügen sie auch über große gesundheitsförderliche Ressourcen. So sind es beispielsweise meist die besonders gesunden und aktiven Menschen, die das Wagnis einer Migration auf sich nehmen. Der Bericht zeigt auf der Basis der verfügbaren gesundheitsbezogenen Daten zwei gesellschaftliche Herausforderungen auf: zum einen, Menschen mit Migrationshintergrund dabei zu unterstützen, gesund zu bleiben. Zum anderen, ihnen im Falle einer Erkrankung den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu erleichtern und gleich gute Chancen bei der Behandlung und Nachsorge zu sichern.

8.1.2 Unterschiede in Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Menschen mit Migrationshintergrund sind eine in sich heterogene Gruppe, beispielsweise hinsichtlich Herkunftsland, Wanderungsmotiven, ethnischem und kulturellem Hintergrund, sozioökonomischem Status und Gesundheitsverhalten. Entsprechend verschiedenartig sind ihre Gesundheitsprobleme. Im Vordergrund stehen die gleichen Krankheiten wie in der gleichaltrigen deutschen Bevölkerung, zum Teil jedoch mit je nach Herkunftsland und Migrationserfahrung unterschiedlichen Häufigkeiten. Hierzu gehören insbesondere:

- Erkrankungen des Halte- und Bewegungsapparates, oft durch berufsbedingte, starke körperliche Belastungen
- Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems
- Diabetes
- chronische Erkrankungen der Atemwege, oft im Zusammenhang mit Rauchen und/oder beruflichen Belastungen
- Unfälle, insbesondere Arbeitsunfälle
- Erkrankungen durch Gebrauch abhängig machender Substanzen.

Menschen mit Migrationshintergrund haben erhöhte Risiken für einige Gesundheitsprobleme, die in der deutschen Bevölkerung selten geworden sind, u. a.:

- Todesfälle im Zusammenhang mit der Geburt und im ersten Lebensjahr
- Tuberkulose und einige andere Infektionskrankheiten
- einzelne (seltene) erbliche Stoffwechselerkrankungen.

Darüber hinaus sind Menschen mit Migrationshintergrund spezifischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt, die bei Deutschen ohne Migrationshintergrund nicht oder nur in Ausnahmefällen vorkommen:

- psychosoziale Belastungen durch Trennung von der Familie
- psychosoziale Belastungen durch Fremdenfeindlichkeit
- politische Verfolgung oder Folter im Herkunftsland.

8.1.3 Menschen mit Migrationshintergrund, die spezielle Gesundheitsprobleme haben

Beispielhaft werden hier vier Gruppen unter den Menschen mit Migrationshintergrund genannt, die besonderen Risiken und Belastungen ausgesetzt sind:

- Kinder und Jugendliche aus Familien mit Migrationshintergrund sind überproportional von Bildungsarmut betroffen und verfügen über entsprechend ungünstigere Zukunftsaussichten. Aufgrund dieser benachteiligten sozialen Lage tragen Kinder mit Migrationshintergrund größere Gesundheitsrisiken als ihre Altersgenossen ohne Migrationshintergrund. Im Vergleich zur zugewanderten Erwachsenengeneration müssen Kinder und Jugendliche migrationsbedingte Entwicklungs- und Anpassungsleistungen in einer Lebensphase erbringen, die ohnehin durch vielfältige Entwicklungsanforderungen charakterisiert ist. Außerdem erfahren sie häufiger eine konflikthafte Diskrepanz zwischen der tradierten Denkweise der Familie und den Normen und Werten der Gesellschaft, in der sie leben.
- Ältere zugewanderte Personen sind eine zahlenmäßig stark anwachsende Gruppe mit vergleichsweise schlechtem Gesundheitszustand und möglicherweise großem Pflegebedarf. Oft hatten sie nicht geplant, den Lebensabend im Zuwanderungsland zu verbringen. Für sie kann das Altern in Deutschland mit starken familiären, psychosozialen sowie ökonomischen Belastungen verbunden sein. Nach dem Prinzip »Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung« sind sie als GKV-Versicherte auch in der sozialen Pflegeversicherung bzw. als privat Versicherte in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert. Damit haben sie einen rechtlichen Anspruch auf die dort gesetzlich verankerten Leistungspakete. Allerdings haben ältere Menschen mit Migrationshintergrund die in Deutschland bestehenden Dienste und Angebote aus dem Bereich der Altenpflege bislang noch wenig erschlossen.
- Frauen mit Migrationshintergrund sind Mehrfachbelastungen ausgesetzt, die negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben können. Neben Belastungen durch Beruf (oder Arbeitslosigkeit) und Familie sind Konflikte zu nennen, die sich durch das Leben in einer anderen Kultur ergeben. Die Gesundheitszufriedenheit von Frauen mit Migrationshintergrund verschlechtert sich mit zunehmendem Alter und Leben in der Migration überdurchschnittlich stark. Dies spiegelt sich auch in einer höheren Krankenquote in der Altersgruppe ab 40 Jahren wider. Ab diesem Alter sind sie auch in erhöhtem Maße Risikofaktoren wie Adipositas ausgesetzt. Infektionskrankheiten wie Tuberkulose sind häufiger als unter Frauen ohne Migrationshintergrund.
- Personen ohne rechtlich gesicherten Aufenthaltsstatus (sog. »illegal« Aufhältige) sind oft potenziell gesundheitsschädigenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt. Sie sind meist nicht krankenversichert. Wenn sie eine Notfallversorgung in Anspruch nehmen, riskieren sie die Abschiebung aus Deutschland.

Gleichzeitig bietet die Migration aber auch offensichtliche Ressourcen und positive Gesundheitspotenziale. Dazu gehören die Chance auf bessere Lebensbedingungen und die Herausforderungen für einen Rollenwandel, sowohl für Frauen als auch für Männer.

8.1.4 Aspekte der Versorgung und Prävention

Die Nutzung präventiver Angebote aus nahezu allen Bereichen ist bei Menschen mit Migrationshintergrund geringer als bei Deutschen. Dies gilt für alle Altersgruppen, beginnend mit der Vorsorgeuntersuchung bei Kindern bis hin zur Krebsvorsorge bei Erwachsenen und Älteren. Mittlerweile wird eine Reihe von präventiven Interventionen speziell für Menschen mit Migrationshintergrund angeboten. Ein Wirksamkeitsnachweis für einen Großteil dieser Angebote steht jedoch noch aus.

8.2 Forschungsbedarf und Perspektiven

Ein Fazit aus der Erstellung des vorliegenden Berichtes ist, dass in Deutschland Defizite im Bereich der gesundheitswissenschaftlichen und epidemiologischen Forschung zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund bestehen. Sie betreffen zum einen die routinemäßige Gesundheitsberichterstattung für diese Zielgruppe. Zum anderen gibt es noch viele offene Fragen zu Gesundheitsrisiken und -potenzialen von Menschen mit Migrationshintergrund, die über eine GBE nicht zu beantworten sind.

8.2.1 Probleme in der Gesundheitsberichterstattung

Die existierende Gesundheitsberichterstattung für Menschen mit Migrationshintergrund wird durch zwei Hindernisse erschwert:

- ungelöste technische und interpretatorische Probleme
- Mangel an belastbaren Daten zur Deckung des vorhandenen Informationsbedarfs.

Der Mangel an belastbaren Daten führt dazu, dass die Gesundheitsberichterstattung für Menschen mit Migrationshintergrund oft stärker nach der Datenverfügbarkeit als nach dem bestehenden Informationsbedarf ausgerichtet ist. Dazu tragen Defizite in technischen Aspekten der Gesundheitsberichterstattung für Menschen mit Migrationshintergrund bei, z. B. die uneinheitliche Definition der Zielgruppe in verschiedenen Datenquellen [1, 2]. Daneben wird die Interpretation von Ergebnissen einer Gesundheitsberichterstattung für Menschen mit Migrationshintergrund durch Faktoren erschwert, die in vergleichbarer Weise bei der deutschen Mehrheitsbevölkerung nicht auftreten. Zwei wichtige und noch keineswegs vollständig verstandene Faktoren sind der so genannte »Healthy-migrant«-Effekt und die Abgrenzung der jeweiligen Effekte von Migrationsstatus und sozioökonomischem Status. Hinzu kommt die Frage, ob zugewanderte Personen bei schweren Erkrankungen bevorzugt ins Herkunftsland zurückkehren (was die Statistik der Erkrankungs- und Todesfälle verzerren würde) oder eher in Deutschland bleiben.

8.2.2 »Healthy-migrant«-Effekt

Der »Healthy-migrant«-Effekt kann einen überdurchschnittlich guten Gesundheitszustand von zugewanderten Personen vorspiegeln. Es ist schwer, dies bei der Interpretation von Daten korrekt zu berücksichtigen. Auch ist noch nicht hinreichend geklärt, in welchem Maße Expositionen gegenüber unterschiedlichen Risikofaktoren (z. B. gesündere Ernährung, schlechte hygienische Bedingungen) im Herkunftsland zu einem erniedrigten oder erhöhten Krankheits- und Sterberisiko beitragen (siehe Unterkapitel 3.1). So könnte sich eine niedrige Herzinfarkt-Sterblichkeit von zugewanderten Personen aus dem südlichen und westlichen Mittelmeerraum durch die dort im Vergleich zu Deutschland viel niedrigeren Herzinfarkt-Sterberaten erklären – unabhängig von eventuellen Auswahleffekten bei der Migration [3, 4].

8.2.3 Selektive Rückkehr

Vielfach wird angenommen, dass zugewanderte Personen im Falle einer schweren Erkrankung in ihr Herkunftsland zurückkehren. Dies wird als mögliche Erklärung für eine niedrigere Erkrankungshäufigkeit oder Sterblichkeit dieser Personengruppe in der Statistik in Deutschland angeführt. Bislang stützt sich diese Argumentation weitgehend auf indirekte Belege, da es kein Register von Menschen gibt, die in ihr Heimatland zurückkehren (siehe Unterkapitel 3.1). In den letzten Jahren mehren sich die Hinweise, dass eine solche selektive Rückkehr nicht (mehr) alle Gruppen von zugewanderten Personen in gleicher Weise betrifft. Ehemalige Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten, die ihre Familien in Deutschland haben, kehren bei Krankheit oftmals nicht in das Herkunftsland zurück (siehe Kapitel 5). Umgekehrt reisen sogar erkrankte Rückkehrerinnen und Rückkehrer aus dem Herkunftsland wieder nach Deutschland ein, um von der besseren Gesundheitsversorgung zu profitieren [5]. Diese Effekte sind hinsichtlich ihrer Größe noch nicht ausreichend untersucht und können daher bei der Interpretation von Daten nicht korrekt berücksichtigt werden.

8.2.4 Sozioökonomischer Status vs. Migrationsstatus

Gesundheitliche Unterschiede in der Bevölkerung sind stark durch sozioökonomische Unterschiede bestimmt [6]. Bis heute erhebt die gesamte amtliche Statistik in Deutschland aber nur unzureichend Angaben zum sozioökonomischen Status. Daher bleibt unklar, welcher Anteil der Gesundheitsbelastung von Menschen mit Migrationshintergrund auf migrationsbedingte Faktoren zurückzuführen ist und welcher Anteil statusspezifisch ist.

8.2.5 Perspektiven für die Praxis

In Deutschland wird bereits viel getan, um Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zu den Gesundheitsdiensten zu erleichtern. Für den größten Teil der Betroffenen besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Gesundheitsversorgung in gleicher Weise wie für die Mehrheitsbevölkerung ohne Migrationshintergrund. Daneben gibt es vielfältige Bemühungen, sprachlich oder kulturell bedingte Hindernisse abzubauen. Im Bereich der gesundheitlichen Versorgung und der gesellschaftlichen Akzeptanz von Menschen mit Migrationshintergrund finden sich aber auch noch Herausforderungen und offene Fragen:

- Es werden vielerorts bereits Hilfestellungen sprachlicher und kultureller Art für die Kommunikation im Gesundheitsbereich bereitgestellt. Dolmetscherdienste und mehrsprachige Informationsmaterialien, aber auch Weiterbildungsangebote für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitsbereich, werden aber noch nicht flächendeckend angeboten. Das trägt dazu bei, dass nicht immer ausreichend auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund eingegangen werden kann.
- Im Bereich der Prävention gibt es bereits viele Angebote, die sich speziell an Menschen mit Migrationshintergrund richten und deren Bedürfnisse berücksichtigen. Welches die wirksamsten Strategien sind, um die Teilnahme von Menschen mit Migrationshintergrund an Präventionsangeboten zu erhöhen, wird zurzeit noch diskutiert. Das betrifft nicht nur Angebote wie Vorsorgeuntersuchungen für Kinder, HIV-Prävention und zahnärztliche Prophylaxe. Auch die Prävention chronischer, durch den Lebensstil bedingter Erkrankungen gehört dazu. Ein aufsuchender Ansatz scheint hierbei Erfolg versprechender als der übliche »Komm«-Ansatz.
- Viele Einrichtungen und Angebote der Gesundheitsversorgung öffnen sich bereits aktiv gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund. Aber nicht immer gelingt das im gewünschten Maße oder mit sichtbarem Erfolg. So werden beispielsweise Angebote im Bereich der Altenpflege von älteren Menschen mit Migrationshintergrund und ihren Familien bislang noch unzureichend wahrgenommen und erschlossen.
- Im deutschen Gesundheitssystem werden zunehmend Wirksamkeitsnachweise für neue Angebote und Maßnahmen gefordert. Spezifische Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund werden zurzeit noch selten evaluiert – auch gut gemeinte Ansätze sind nicht immer wirksam und hilfreich für die Zielgruppe.
- Die Bedeutung einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsversorgung wird in Deutschland zunehmend erkannt. Inwieweit Menschen mit Migrationshintergrund hier einen besonderen Bedarf haben, ist noch nicht ermittelt.
- Die Sozial- und Gesundheitsforschung sieht Menschen mit Migrationshintergrund seit langem als gleichberechtigten Teil der Bevölkerung Deutschlands. Gleichwohl wird diese Bevölkerungsgruppe immer noch nicht routinemäßig in alle bevölkerungsbezogenen und nutzer- bzw. patientenbezogenen Studien mit gesundheitlicher Thematik einbezogen.

Auch im Bereich der gesellschaftlichen Akzeptanz von Menschen mit Migrationshintergrund wurde in Deutschland bereits viel erreicht. Weitere Verbesserungen könnten die gesundheitliche Situation der Zielgruppe positiv beeinflussen. Offensichtlich ist, dass Ausgrenzung oder Fremdenfeindlichkeit direkte und indirekte negative gesundheitliche Folgen mit sich bringen. Aber auch unzureichende unterstützende Maßnahmen im sozialen Bereich können gesundheitliche Auswir-

kungen haben. Wie im Bericht vielfach erwähnt, ist ein Migrationshintergrund oft mit einem niedrigen sozioökonomischen Status verbunden, der wiederum zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen kann. Soziale Maßnahmen zur Verringerung sozialer Ungleichheit tragen zu einer besseren Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund bei. Diskutiert werden in diesem Zusammenhang beispielsweise die frühzeitige Sprachförderung von Kindern, deren Eltern einen Migrationshintergrund haben – auch, wenn die Kinder in Deutschland geboren sind. Ebenfalls häufig genannt wird die Verbesserung der Bildungschancen von Jugendlichen mit Migrationshintergrund und, damit zusammenhängend, ihrer Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

Im Schnittbereich zwischen gesundheitlicher Versorgung und gesellschaftlicher Akzeptanz besteht schlussendlich noch die Herausforderung, faire und einvernehmliche Lösungen für die gesundheitliche Versorgung von Asylbewerbern und von »irregulär« nach Deutschland eingereisten Personen zu finden.

Quellenverzeichnis

1. Schenk L, Neuhauser H (2005) Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48 (3): 279–86
2. Razum O, Zeeb H (1998) Epidemiologische Studien unter ausländischen Staatsbürgern in Deutschland: Notwendigkeit und Beschränkungen. Das Gesundheitswesen 60 (5): 283–286
3. Razum O, Twardella D (2002) Time travel with Oliver Twist – towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. Trop Med Int Health 7 (1): 4–10
4. Razum O, Rohrmann S (2002) Der Healthy-migrant-Effekt: Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-entry-Bias. Das Gesundheitswesen 64 (2): 82–88
5. Razum O, Sahin-Hodoglugil N, Polit K (2005) Health, wealth, or family ties? Why Turkish work migrants return from Germany. Qualitative study with re-migrants in Turkey. J Ethn Migr Stud 31 (4): 615–638
6. Lampert T, Saß A, Häfelinger M et al. (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Gesundheitsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie.

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Dr. Anke-Christine Saß, Dr. Thomas Ziese
Gesundheitsberichterstattung
Robert Koch-Institut

Autorinnen und Autoren
Prof. Dr. Oliver Razum, MSc; Uta Meesmann, MPH
Maren Bredehorst, MPH; Patrick Brzoska
Tanja Dercks, Susanne Glodny
Abteilung Epidemiologie & International Public Health,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
Prof. Dr. Hajo Zeeb, MSc
Institut für Medizinische Biometrie,
Epidemiologie und Informatik (IMBEI),
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Dr. Liane Schenk
Institut für Medizinische Soziologie,
Charité-Universitätsmedizin Berlin
Ramazan Salman; Björn Menkhaus, MPH
Ethno-Medizinisches Zentrum, Hannover
Prof. Dr. Ralf Ulrich
Institut für Bevölkerungs- und Gesundheitsforschung,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
Universität Bielefeld
Dr. Anke-Christine Saß, MPH
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
berichterstattung, Robert Koch-Institut
unter Mitarbeit von
Dr. Hannelore Neuhauser, MPH
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
berichterstattung, Robert Koch-Institut
PD Ursula Brucks (†)

Adressen
Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Postfach 650261
13302 Berlin
Tel.: 030-18754-3400
Fax: 030-18754-3513
E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gbe/

Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn
Informations- und Dokumentationszentrum
Gesundheitsdaten
Graurheindorfer Straße 198
53117 Bonn
Tel.: 030-18644-8121
Fax: 030-18644-8996
E-Mail: gbe-bund@destatis.de
www.gbe-bund.de

Grafik/Satz
Gisela Winter
Robert Koch-Institut

Druck
Oktoberdruck AG, Berlin

ISBN
978-3-89606-184-3

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt

Schwerpunktbericht:
Migration und Gesundheit

Juli 2008

Berlin: Robert Koch-Institut
ISBN 978-3-89606-184-3

Almost one-fifth of the German population has a migration background: They are either immigrants or children and grandchildren of immigrants. A migration background brings along both opportunities and risks regarding the life situation as well as health.
Data on the health of migrants are still scarce in Germany. Detailed data, e. g. for different countries of origin or age groups, are often lacking. An analysis of the available data sources shows that the spectrum of diseases among persons with a migration background is largely similar to that of the majority population.
In some areas, they experience excess health risks. Examples are infant mortality, some infectious diseases such as tuberculosis, and illnesses due to psychosocial problems relating to the separation of families and to political persecution in the country of origin.
Children, adolescents and women with a migration background, older immigrants, and persons without a legal residence status are particularly vulnerable.
The fact that mainly healthy and active people are migrating can have a positive influence on the health of immigrants. In addition, immigrants form social networks which can promote their health.
Persons with a migration background constitute an increasing proportion of users of health services in Germany. An improved availability of data could help to support them in maintaining their health and to ensure that they have equal chances of access to health care.

Fast ein Fünftel der Menschen in Deutschland hat einen Migrationshintergrund. Sie sind entweder selbst zugewandert oder Kinder und Enkel von Zuwanderern. Ein Migrationshintergrund bringt Chancen und Risiken mit sich, sowohl für die Lebenssituation als auch für die Gesundheit.
Die Datenlage zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund ist in Deutschland noch unzureichend. Detaillierte Daten, beispielsweise für verschiedene Herkunftsländer oder Altersgruppen, fehlen oft. Die Auswertung der vorhandenen Datenquellen zeigt, dass das Krankheitsspektrum der Menschen mit Migrationshintergrund dem der nicht migrierten Bevölkerung ähnelt. In bestimmten Bereichen bestehen aber erhöhte Gesundheitsrisiken. Hierzu zählen beispielsweise die Säuglingssterblichkeit, einige Infektionskrankheiten wie die Tuberkulose sowie Erkrankungen durch psychosoziale Belastungen in Zusammenhang mit der Trennung von der Familie oder politischer Verfolgung im Herkunftsland. Kinder, Jugendliche und Frauen mit Migrationshintergrund, ältere Zuwanderer sowie Personen ohne rechtlich gesicherten Aufenthaltsstatus sind besonders vulnerabel.
Positiv wirkt sich auf den Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund aus, dass vornehmlich gesunde und aktive Menschen migrieren. Zuwanderer bauen zudem oft soziale Netzwerke auf, die gesundheitsfördernd wirken können.
Menschen mit Migrationshintergrund erlangen zunehmende Bedeutung als Nutzer der Gesundheitsdienste in Deutschland. Eine verbesserte Datenlage könnte dazu beitragen, diese Menschen beim Erhalt ihrer Gesundheit zu unterstützen und ihnen im Falle einer Erkrankung gleiche Zugangschancen zur Gesundheitsversorgung zu sichern.

© Robert Koch-Institut
ISBN 978-3-89606-184-3

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut
im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Abbildung 2.2.4.1, Seite 15
Altersstruktur der ausländischen und deutschen Bevölkerung, 31.12.2003
Daten: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnung

Alter	Ausländer		Deutsche	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
unter 1 Jahr	0,27 %	0,26 %	0,46 %	0,43 %
1 Jahr	0,29 %	0,28 %	0,46 %	0,44 %
2 Jahre	0,32 %	0,30 %	0,47 %	0,45 %
3 Jahre	0,35 %	0,33 %	0,49 %	0,47 %
4 Jahre	0,59 %	0,56 %	0,47 %	0,45 %
5 Jahre	0,61 %	0,58 %	0,48 %	0,46 %
6 Jahre	0,63 %	0,60 %	0,50 %	0,47 %
7 Jahre	0,61 %	0,58 %	0,49 %	0,46 %
8 Jahre	0,58 %	0,56 %	0,47 %	0,45 %
9 Jahre	0,60 %	0,57 %	0,48 %	0,45 %
10 Jahre	0,61 %	0,59 %	0,50 %	0,47 %
11 Jahre	0,63 %	0,60 %	0,51 %	0,49 %
12 Jahre	0,62 %	0,59 %	0,54 %	0,51 %
13 Jahre	0,64 %	0,60 %	0,60 %	0,56 %
14 Jahre	0,65 %	0,62 %	0,59 %	0,56 %
15 Jahre	0,66 %	0,62 %	0,61 %	0,57 %
16 Jahre	0,65 %	0,60 %	0,59 %	0,56 %
17 Jahre	0,64 %	0,58 %	0,59 %	0,56 %
18 Jahre	0,64 %	0,59 %	0,57 %	0,54 %
19 Jahre	0,67 %	0,64 %	0,57 %	0,54 %
20 Jahre	0,72 %	0,73 %	0,57 %	0,55 %
21 Jahre	0,81 %	0,84 %	0,58 %	0,56 %
22 Jahre	0,89 %	0,93 %	0,58 %	0,56 %
23 Jahre	0,99 %	1,01 %	0,58 %	0,56 %
24 Jahre	1,03 %	1,05 %	0,55 %	0,53 %
25 Jahre	1,07 %	1,07 %	0,54 %	0,52 %
26 Jahre	1,10 %	1,09 %	0,54 %	0,52 %
27 Jahre	1,16 %	1,11 %	0,52 %	0,51 %
28 Jahre	1,20 %	1,13 %	0,51 %	0,49 %
29 Jahre	1,21 %	1,15 %	0,51 %	0,50 %
30 Jahre	1,21 %	1,15 %	0,52 %	0,51 %
31 Jahre	1,22 %	1,15 %	0,59 %	0,57 %
32 Jahre	1,20 %	1,12 %	0,67 %	0,64 %
33 Jahre	1,26 %	1,11 %	0,70 %	0,68 %
34 Jahre	1,21 %	1,06 %	0,77 %	0,74 %
35 Jahre	1,17 %	1,00 %	0,82 %	0,78 %
36 Jahre	1,08 %	0,92 %	0,85 %	0,82 %
37 Jahre	1,10 %	0,90 %	0,88 %	0,84 %
38 Jahre	1,10 %	0,87 %	0,89 %	0,85 %
39 Jahre	1,06 %	0,83 %	0,91 %	0,87 %
40 Jahre	1,00 %	0,77 %	0,90 %	0,87 %
41 Jahre	0,93 %	0,74 %	0,88 %	0,85 %
42 Jahre	0,81 %	0,67 %	0,87 %	0,85 %
43 Jahre	0,86 %	0,70 %	0,84 %	0,82 %
44 Jahre	0,76 %	0,64 %	0,82 %	0,80 %
45 Jahre	0,74 %	0,61 %	0,78 %	0,76 %
46 Jahre	0,71 %	0,58 %	0,77 %	0,75 %
47 Jahre	0,72 %	0,61 %	0,74 %	0,73 %
48 Jahre	0,66 %	0,62 %	0,72 %	0,71 %
49 Jahre	0,60 %	0,62 %	0,71 %	0,70 %
50 Jahre	0,55 %	0,60 %	0,69 %	0,68 %
51 Jahre	0,56 %	0,64 %	0,69 %	0,68 %
52 Jahre	0,54 %	0,59 %	0,68 %	0,68 %
53 Jahre	0,61 %	0,66 %	0,68 %	0,67 %
54 Jahre	0,62 %	0,62 %	0,65 %	0,65 %
55 Jahre	0,64 %	0,59 %	0,60 %	0,60 %
56 Jahre	0,64 %	0,55 %	0,56 %	0,56 %
57 Jahre	0,59 %	0,49 %	0,48 %	0,50 %
58 Jahre	0,53 %	0,45 %	0,42 %	0,44 %
59 Jahre	0,50 %	0,41 %	0,58 %	0,60 %
60 Jahre	0,49 %	0,37 %	0,60 %	0,62 %
61 Jahre	0,50 %	0,37 %	0,58 %	0,60 %
62 Jahre	0,46 %	0,33 %	0,71 %	0,75 %
63 Jahre	0,49 %	0,35 %	0,74 %	0,79 %
64 Jahre	0,44 %	0,30 %	0,72 %	0,78 %
65 Jahre	0,41 %	0,29 %	0,67 %	0,73 %
66 Jahre	0,36 %	0,26 %	0,62 %	0,69 %
67 Jahre	0,31 %	0,23 %	0,60 %	0,67 %
68 Jahre	0,26 %	0,20 %	0,57 %	0,65 %
69 Jahre	0,25 %	0,18 %	0,52 %	0,61 %
70 Jahre	0,23 %	0,17 %	0,41 %	0,49 %
71 Jahre	0,18 %	0,15 %	0,40 %	0,49 %
72 Jahre	0,16 %	0,13 %	0,40 %	0,50 %
73 Jahre	0,15 %	0,14 %	0,41 %	0,53 %
74 Jahre	0,12 %	0,12 %	0,39 %	0,51 %
75 Jahre	0,11 %	0,11 %	0,37 %	0,51 %
76 Jahre	0,09 %	0,10 %	0,32 %	0,48 %
77 Jahre	0,08 %	0,09 %	0,28 %	0,48 %
78 Jahre	0,07 %	0,09 %	0,26 %	0,48 %
79 Jahre	0,06 %	0,08 %	0,21 %	0,45 %
80 Jahre	0,06 %	0,08 %	0,19 %	0,42 %
81 Jahre	0,05 %	0,07 %	0,18 %	0,42 %
82 Jahre	0,04 %	0,06 %	0,17 %	0,42 %
83 Jahre	0,04 %	0,05 %	0,15 %	0,38 %
84 Jahre	0,03 %	0,04 %	0,10 %	0,27 %
85 Jahre	0,02 %	0,03 %	0,06 %	0,16 %
86 Jahre	0,02 %	0,02 %	0,05 %	0,14 %
87 Jahre	0,02 %	0,02 %	0,05 %	0,14 %
88 Jahre	0,02 %	0,03 %	0,05 %	0,16 %
89 Jahre	0,02 %	0,03 %	0,05 %	0,17 %
90 Jahre	0,02 %	0,02 %	0,04 %	0,15 %
91 Jahre	0,01 %	0,02 %	0,03 %	0,12 %
92 Jahre	0,01 %	0,02 %	0,02 %	0,09 %
93 Jahre	0,01 %	0,02 %	0,02 %	0,07 %
94 Jahre	0,01 %	0,02 %	0,01 %	0,05 %
95 Jahre	0,01 %	0,01 %	0,01 %	0,03 %
96 Jahre	0,01 %	0,01 %	0,01 %	0,03 %
97 Jahre	0,01 %	0,01 %	0,01 %	0,02 %
98 Jahre	0,01 %	0,01 %	0,00 %	0,01 %
99 Jahre	0,00 %	0,01 %	0,00 %	0,01 %
100 und älter	0,02 %	0,04 %	0,01 %	0,03 %

Abbildung 2.3.1.1, Seite 17
Deutsche und ausländische Absolventinnen und Absolventen/Abgängerinnen und Abgänger 2006 nach Geschlecht und Abschlussarten
Daten: Statistisches Bundesamt [23]

Bildungsabschluss	Deutsche		Ausländer	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
ohne Hauptschulabschluss	4,41 %	2,54 %	10,31 %	6,46 %
mit Hauptschulabschluss	13,28 %	9,43 %	22,27 %	19,35 %
mit Realschulabschluss	20,85 %	21,26 %	14,71 %	16,08 %
mit Fachhochschulreife	0,69 %	0,78 %	0,63 %	0,85 %
mit allg. Hochschulreife	11,74 %	15,00 %	4,09 %	5,25 %

Abbildung 2.3.3.1, Seite 20
Sozialhilfequoten von deutschen und ausländischen Staatsangehörigen im Vergleich 1980 bis 2004 (außerhalb von Einrichtungen)*
Datenbasis: Statistisches Bundesamt [28], [32]

Jahr	Gesamt	Deutsche Staatsbürger	Ausländische Staatsbürger
1980	1,4 %	1,4 %	1,5 %
1981	1,4 %	1,3 %	1,8 %
1982	1,7 %	1,6 %	2,3 %
1983	1,9 %	1,8 %	2,6 %
1984	2,0 %	1,9 %	2,9 %
1985	2,3 %	2,1 %	4,1 %
1986	2,4 %	2,2 %	5,1 %
1987	2,5 %	2,2 %	6,5 %
1988	2,6 %	2,2 %	7,5 %
1989	2,8 %	2,3 %	8,3 %
1990	2,8 %	2,2 %	8,9 %
1991	2,5 %	2,0 %	9,3 %
1992	2,9 %	2,1 %	11,4 %
1993	3,0 %	2,3 %	10,7 %
1994	2,8 %	2,4 %	6,3 %
1995	3,1 %	2,7 %	7,1 %
1996	3,3 %	2,8 %	8,5 %
1997	3,5 %	3,0 %	9,0 %
1998	3,5 %	3,0 %	9,1 %
1999	3,4 %	2,9 %	8,6 %
2000	3,3 %	2,8 %	8,2 %
2001	3,3 %	2,8 %	8,2 %
2002	3,3 %	2,8 %	8,4 %
2003	3,4 %	2,9 %	8,4 %
2004	3,5 %	3,0 %	8,7 %

* 1. November 1993: Einführung des Asylbewerberleistungsgesetztes

Abbildung 3.1.1, Seite 31
Altersspezifische Sterbeziffern* der deutschen Bevölkerung und der nichtdeutschen Bevölkerung, jeweils nach Geschlecht, Deutschland 2006
Datenbasis: Statistisches Bundesamt (www.gbe-bund.de) alterspezifische Sterbefälle 2006, eigene Berechnungen

Altersgruppe	Deutsche Bevölkerung		Nichtdeutsche Bevölkerung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
< 1 Jahr	3,90	3,24	9,28	9,93
1 – 4 Jahre	0,20	0,16	0,33	0,30
5 – 9 Jahre	0,10	0,07	0,20	0,12
10 – 14 Jahre	0,11	0,09	0,16	0,11
15 – 19 Jahre	0,44	0,20	0,28	0,17
20 – 24 Jahre	0,63	0,24	0,39	0,16
25 – 29 Jahre	0,65	0,26	0,37	0,17
30 – 34 Jahre	0,79	0,37	0,52	0,28
35 – 39 Jahre	1,17	0,61	0,73	0,41
40 – 44 Jahre	1,99	1,04	1,00	0,61
45 – 49 Jahre	3,40	1,82	1,72	1,13
50 – 54 Jahre	5,68	2,90	2,92	1,57
55 – 59 Jahre	8,38	4,23	5,15	2,47
60 – 64 Jahre	13,64	6,73	7,90	3,76
65 – 69 Jahre	19,20	9,13	12,19	6,26
70 – 74 Jahre	30,75	16,02	17,01	9,90
75 – 79 Jahre	52,19	31,36	25,60	16,31
80 – 84 Jahre	86,17	61,31	36,31	29,44
85 – 89 Jahre	131,13	102,79	41,50	42,65
90 und älter	338,29	329,21	50,05	78,28

* Gestorbene je 1.000 Personen der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppen im Jahresdurchschnitt (logarithmische Darstellung)

Abbildung 3.1.1.1, Seite 35
Säuglingssterbeziffern 1997 bis 2004 auf 1.000 Lebendgeborene nach Staatsangehörigkeit der Mutter bzw. des Kindes
Datenbasis: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnung

Jahr	Verstorbene ausländ. Säuglinge je 1.000 ausländ. Lebendgeborener	Verstorbene deutsche Säuglinge je 1.000 Lebendgeborener deutscher Mütter	Verstorbene deutsche Säuglinge je 1.000 deutscher Lebendgeborener	Verstorbene ausländ. Säuglinge je 1.000 Lebendgeborener ausländ. Mütter
1997	6,36	4,84	4,64	4,99
1998	5,88	4,71	4,49	4,48
1999	5,46	4,63	4,41	4,07
2000	9,44	4,48	3,98	3,62
2001	9,94	4,46	3,95	3,55
2002	7,92	4,55	4,00	2,64
2003	8,39	4,57	3,99	2,65
2004	8,53	4,49	3,90	2,48

Abbildung 3.1.5.1, Seite 38
Müttersterblichkeitsquote von deutschen und türkischen Frauen in Westdeutschland sowie Schätzungen für die Türkei
Mütterliche Todesfälle je 100.000 Lebendgeborenen
Quelle: Razum et al. [28]

Jahr	Türkinnen	Deutsche	Türkei
1980	44,01	18,09	
1981	56,25	17,43	
1982	34,08	16,32	
1983	13,35	11,36	
1984	18,20	9,93	
1985	23,16	9,26	
1986	10,15	7,50	
1987	14,23	8,05	
1988	12,90	7,83	
1989	4,74	5,29	
1990	11,03	7,28	180
1991	8,82	7,50	
1992	8,38	5,63	
1993	0,00	5,40	
1994	6,62	4,85	
1995	7,06	4,30	200
1996	6,40	6,29	
1997	2,10	5,85	

Abbildung 3.2.1.1, Seite 39
Tuberkulose-Inzidenz pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und Geschlecht bei deutscher Staatsangehörigkeit 2006 (n=3.442)
Fälle pro 100.000 Einwohner
Quelle: Robert Koch-Institut [29]

Altersgruppe	Inzidenz	
	männlich	weiblich
<5 Jahre	1,5	1,9
5–9 Jahre	0,8	1,0
10–14 Jahre	0,3	0,3
15–19 Jahre	1,3	1,6
20–24 Jahre	2,3	2,8
25–29 Jahre	3,6	3,7
30–39 Jahre	4,6	3,2
40–49 Jahre	6,0	3,0
50–59 Jahre	7,4	2,7
60–69 Jahre	7,8	3,5
>69 Jahre	14,2	7,7

Abbildung 3.2.1.2, Seite 40
Tuberkulose-Inzidenz pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und Geschlecht bei ausländischer Staatsangehörigkeit 2006 (n=1.754)
Fälle pro 100.000 Einwohner
Quelle: Robert Koch-Institut [29]

Altersgruppe	Inzidenz	
	männlich	weiblich
<5 Jahre	15,3	29,0
5–9 Jahre	8,7	6,7
10–14 Jahre	4,3	8,9
15–19 Jahre	18,1	19,4
20–24 Jahre	32,4	27,2
25–29 Jahre	36,8	33,7
30–39 Jahre	30,0	28,7
40–49 Jahre	23,9	18,5
50–59 Jahre	24,8	17,3
60–69 Jahre	30,9	20,9
>69 Jahre	25,3	22,4

Abbildung 3.2.2.1, Seite 43
Relatives Risiko einer Arbeitsunfähigkeit (RR) und relative Dauer einer Arbeitsunfähigkeit (RD) der nichtdeutschen verglichen mit deutschen beschäftigten Pflichtversicherten der BKK nach Diagnosegruppen, Frauen, 1997
Quelle: Bundesverband der Betriebskrankenkassen 1997 [38], eigene Auswertung

Krankheitsart	RD* Nichtdeutsche/Deutsche Tage je Fall	RR** Nichtdeutsche/Deutsche Fälle je 100 Mitglieder
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	1,17	1,02
Neubildungen	1,23	0,88
Ernährungs-, Stoffwechsel- und Immunsystemerkrankungen	1,12	1,14
Psychiatrische Krankheiten	1,45	1,63
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	1,29	1,22
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,01	1,49
Krankheiten der Atmungsorgane	1,22	1,18
Krankheiten der Verdauungsorgane	1,33	1,17
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	1,06	1,40
Komplikationen Schwangerschaft und Entbindung	1,14	1,87
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	1,26	1,05
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	1,09	1,66
Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	1,07	1,78
Verletzungen und Vergiftungen	1,03	1,01
zusammen	1,22	1,31
davon Arbeitsunfälle	0,85	1,39

* berechnet als Quote der durchschnittlichen AU-Dauer in Tagen bei nichtdeutschen (NichtD) im Vergleich zu deutschen (D) Pflichtversicherten
** berechnet als Quote der AU-Fälle je 100 Mitglieder pro Jahr bei nichtdeutschen (NichtD) im Vergleich zu deutschen (D) Pflichtversicherten

Abbildung 3.2.2.2, Seite 44
Relatives Risiko einer Arbeitsunfähigkeit (RR) und relative Dauer einer Arbeitsunfähigkeit (RD) der nichtdeutschen verglichen mit deutschen beschäftigten Pflichtversicherten der BKK nach Diagnosegruppen, Männer, 1997
Quelle: Bundesverband der Betriebskrankenkassen 1997 [38], eigene Auswertung

Krankheitsart	RD* Nichtdeutsche/Deutsche Tage je Fall	RR** Nichtdeutsche/Deutsche Fälle je 100 Mitglieder
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	1,23	1,03
Neubildungen	1,18	0,91
Ernährungs-, Stoffwechsel- und Immunsystemerkrankungen	1,41	0,90
Psychiatrische Krankheiten	1,14	1,40
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	1,15	1,19
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,11	1,38
Krankheiten der Atmungsorgane	1,33	1,30
Krankheiten der Verdauungsorgane	1,42	1,21
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	1,31	1,44
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	1,09	1,13
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	1,14	1,64
Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	1,16	1,76
Verletzungen und Vergiftungen	0,99	1,11
zusammen	1,21	1,33
davon Arbeitsunfälle	0,95	1,51

* berechnet als Quote der durchschnittlichen AU-Dauer in Tagen bei nichtdeutschen (NichtD) im Vergleich zu deutschen (D) Pflichtversicherten
** berechnet als Quote der AU-Fälle je 100 Mitglieder pro Jahr bei nichtdeutschen (NichtD) im Vergleich zu deutschen (D) Pflichtversicherten

Abbildung 3.2.5.1, Seite 47
Anteilsverhältnis der jeweiligen Bevölkerungsgruppe an Arbeitsunfällen, 1995 bis 2003
Datenbasis: [44, 45, 46], eigene Auswertung

Jahr	Unfälle			tödliche Unälle		
	Deutsche	Nichtdeutsche gesamt	Türkisch	Deutsche	Nichtdeutsche gesamt	Türkisch
1995	0,97 %	1,40 %		1,00 %	0,97 %	
1996	0,97 %	1,31 %	1,75 %	1,00 %	1,02 %	0,79 %
1997	0,98 %	1,27 %	1,63 %	1,00 %	1,01 %	0,90 %
1998	0,98 %	1,21 %	1,61 %	1,00 %	1,05 %	0,86 %
1999	0,98 %	1,27 %	1,66 %	0,99 %	1,09 %	1,15 %
2000	0,98 %	1,23 %	1,57 %	0,99 %	1,09 %	1,27 %
2001	0,97 %	1,37 %	1,86 %	0,97 %	1,40 %	1,91 %
2002	0,98 %	1,29 %	1,70 %	0,97 %	1,35 %	1,29 %
2003	0,98 %	1,26 %	1,65 %	0,96 %	1,47 %	2,03 %

* Anteil der Unfälle bzw. tödlichen Unfälle einer Bevölkerungsgruppe geteilt durch den Anteil der jeweiligen Bevölkerungsgruppe an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

Abbildung 3.2.5.2, Seite 49
Anteilsverhältnis der jeweiligen Bevölkerungsgruppe an anerkannten Berufskrankheiten (BK), 1995 bis 2000
Datenbasis: [44, 46], eigene Auswertung

Jahr	anerkannte Berufskrankheiten		
	Deutsche	Nichtdeutsche gesamt	Türkisch
1995	0,98 %	1,23 %	
1996	1,01 %	0,92 %	2,08 %
1997	1,00 %	1,08 %	2,05 %
1998	1,01 %	0,92 %	2,07 %
1999	1,01 %	1,01 %	1,95 %
2000	1,00 %	1,08 %	1,98 %

* Anteil der anerkannten Berufskrankheiten einer Bevölkerungsgruppe geteilt durch den Anteil der jeweiligen Bevölkerungsgruppe an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

Abbildung 3.2.7.1, Seite 51
Zufriedenheit mit der Gesundheit (Skala 0 = sehr unzufrieden bis 10 = sehr zufrieden), Mittelwerte der Zuwanderungsgruppen nach Alter und Befragungsjahr im Vergleich
Quelle: SOEP 1984, 1992, 2002, eigene Auswertung

	< 40 Jahre			40 – 64 Jahre			65 und älter
	1984	1992	2002	1984	1992	2002	2002
Deutsche	7,89	7,59	7,51	6,45	6,36	6,51	5,64
aus anderen Anwerbeländern	7,87	7,64	7,27	6,59	6,37	6,23	5,45
aus der Türkei	7,62	7,65	7,16	6,18	5,74	5,66	4,50

* Zufriedenheit mit der Gesundheit; Skala 0 = sehr unzufrieden bis 10 = sehr zufrieden

Abbildung 3.3.1.1, Seite 53
Anteil stark übergewichtiger Frauen (Adipositas: BMI ≥30 kg/m²) nach Alter und Staatsangehörigkeit, 1999, 2003 und 2005
Quellen: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 1999, 2003 und 2005; eigene Auswertung

Altersgruppe	Deutsche			Nichtdeutsche*		
	1999	2003	2005	1999	2003	2005
18–19 Jahre	1,83 %	2,30 %	3,00 %	2,99 %	2,60 %	1,50 %
20–24 Jahre	3,45 %	3,60 %	4,20 %	3,21 %	4,33 %	3,40 %
25–29 Jahre	5,42 %	6,30 %	6,80 %	7,01 %	6,07 %	4,50 %
30–34 Jahre	6,39 %	7,10 %	8,20 %	7,32 %	6,67 %	6,70 %
35–39 Jahre	7,71 %	8,20 %	8,20 %	8,59 %	9,05 %	11,00 %
40–44 Jahre	9,88 %	9,80 %	9,70 %	14,01 %	13,62 %	12,00 %
45–49 Jahre	11,16 %	12,60 %	12,20 %	19,15 %	18,16 %	19,80 %
50–54 Jahre	13,07 %	14,20 %	15,00 %	25,00 %	24,91 %	24,90 %
55–59 Jahre	14,40 %	15,30 %	16,90 %	22,99 %	26,14 %	25,60 %
60–64 Jahre	16,98 %	17,30 %	17,00 %	23,64 %	25,38 %	29,20 %
65–69 Jahre	18,95 %	19,80 %	20,40 %	32,00 %	22,87 %	31,10 %
70–74 Jahre	15,82 %	19,40 %	21,20 %	30,00 %	28,37 %	34,40 %
75 und älter	9,65 %	12,40 %	13,80 %	8,33 %	14,96 %	17,60 %

* keine deutsche Staatsangehörigkeit

Abbildung 4.3.2.1, Seite 73
Chronische Erkrankung und Behinderung bei Kindern und Jugendlichen nach Herkunftsland der Mutter
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Deutschland (n=23.111), eigene Auswertung

Herkunftsland	Anteil
Deutschland	12,7 %
Italien	4,8 %
Ehem. Jugoslawien	6,2 %
Libanon	8,3 %
Ehemalige SU	9,2 %
Polen	10,2 %
Türkei	11,2 %
Kosovo, Bosnien	11,6 %
Marokko	15,8 %
Andere	12,1 %

Abbildung 4.3.3.1, Seite 75
Häufigkeit der Verletzungen in den letzten 12 Monaten bei Kindern und Jugendlichen nach Herkunftsland der Mutter und Geschlecht
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Deutschland (n=23.111), eigene Auswertung

Herkunftsland Jungen	keine	1 bis 2	3 oder mehr
Deutschland	41,1 %	40,8 %	18,1 %
Libanon	24,6 %	41,5 %	33,8 %
Türkei	28,6 %	45,3 %	26,1 %
Ehem. Jugoslawien	30,0 %	47,8 %	22,2 %
Polen	39,2 %	39,6 %	21,2 %
Marokko	39,5 %	37,2 %	23,3 %
Kosovo, Bosnien	40,0 %	41,8 %	18,2 %
Italien	43,2 %	45,5 %	11,4 %
Ehem. SU	50,0 %	33,8 %	16,2 %
Andere	41,8 %	36,4 %	21,8 %

Herkunftsland Mädchen	keine	1 bis 2	3 oder mehr
Deutschland	47,6 %	39,0 %	13,4 %
Libanon	42,0 %	40,6 %	17,4 %
Kosovo, Bosnien	44,4 %	44,4 %	11,1 %
Türkei	48,4 %	37,5 %	14,1 %
Marokko	50,0 %	41,2 %	8,8 %
Polen	50,0 %	37,5 %	12,5 %
Ehem. Jugoslawien	56,0 %	35,2 %	8,8 %
Italien	56,1 %	35,3 %	8,8 %
Ehem. SU	59,5 %	33,6 %	6,9 %
Andere	49,1 %	38,7 %	12,3 %

Abbildung 4.3.6.1, Seite 78
Häufigkeiten selbstberichteter spezifischer Allergien bei Kindern und Jugendlichen nach Migrationshintergrund
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Deutschland (n=23.111), eigene Auswertung

spezifische Allergien	mit beidseitigem Migrationshintergrund	binational	ohne Migrationshintergrund
Heuschnupfen	14,0 %	21,6 %	22,1 %
Allergie gegen Hausstaub	13,7 %	16,2 %	13,1 %
Allergie gegen Tierhaare o. Federn	9,9 %	14,3 %	13,0 %
Allergie gegen best. Nahrungsmittel	9,7 %	13,5 %	10,2 %
Asthma	6,1 %	10,6 %	8,5 %
Allergie gegen best. Chemikalien	5,2 %	10,0 %	7,2 %
Neurodermitis	4,4 %	10,4 %	8,6 %
Allergie gegen best. Kleidungsstoffe	3,7 %	4,7 %	3,7 %

Abbildung 4.3.7.1, Seite 79
Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen nach Migrationshintergrund, Geschlecht und sozialem Status (Selbstangaben)
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Deutschland (n=23.111), eigene Auswertung

	mit beidseitigem Migrationshintergrund	binational	ohne Migrationshintergrund
Übergewicht (gesamt)	12,7 %	9,1 %	8,5 %
Mädchen	9,3 %	7,9 %	7,0 %
Jungen	16,1 %	10,5 %	10,0 %
untere 2 Wohlstandsquartile*	13,5 %	12,2 %	11,2 %
obere 2 Wohlstandsquartile*	9,4 %	5,8 %	6,7 %

* Zuordnung der Kinder und Jugendlichen entlang des sozioökonomischen Status ihrer Familie zu vier Gruppen

Abbildung 4.3.7.2, Seite 80
Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen nach Herkunftsland der Mutter (Selbstangaben)
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Deutschland (n=23.111), eigene Auswertung

Herkunftsland	Anteil
Deutschland	8,7 %
Türkei	16,3 %
Kosovo, Bosnien	15,4 %
Marokko	13,8 %
Libanon	12,5 %
Ehem. Jugoslawien	10,5 %
Ehem. SU	10,5 %
Polen	8,9 %
Italien	3,9 %
Andere	7,8 %

Abbildung 4.3.8.1, Seite 82
Anteil der Kinder und Jugendlichen mit ungünstiger Mundhygiene nach Geschlecht und Herkunftsland der Mutter
Prozentangabe für Zähneputzen einmal am Tag und weniger
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Deutschland (n=22.583), eigene Auswertung

Herkunftsland	Jungen	Mädchen
Deutschland	26,6 %	15,1 %
Türkei	42,6 %	31,5 %
Ehem. SU	37,1 %	24,4 %
Marokko	34,2 %	20,0 %
Ehem. Jugoslawien	36,7 %	18,1 %
Italien	37,8 %	12,5 %
Libanon	23,9 %	24,6 %
Polen	26,3 %	18,6 %
Kosovo, Bosnien	25,0 %	8,8 %
Andere	27,8 %	18,1 %

Abbildung 4.3.10.1, Seite 84
Überdurchschnittliche Lebenszufriedenheit bei Jugendlichen nach Migrationshintergrund
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Deutschland (n=23.111), eigene Auswertung

	mit beidseitigem Migrationshintergrund	binational	ohne Migrationshintergrund
Gesamt	31,4 %	28,6 %	24,5 %
Mädchen	30,9 %	26,8 %	23,2 %
Jungen	32,0 %	30,6 %	25,8 %
untere 2 Wohlstandsquartile*	29,5 %	27,1 %	21,0 %
obere 2 Wohlstandsquartile*	37,6 %	31,9 %	27,0 %

* Zuordnung der Kinder und Jugendlichen entlang des sozioökonomischen Status ihrer Familie zu vier Gruppen

Abbildung 4.3.10.2, Seite 85
Lebenszufriedenheit von Jugendlichen nach Herkunftsland der Mutter
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Deutschland (n=22.167), eigene Auswertung

Herkunftsland	überdurch-schnittlich	durch-schnittlich	unterdurch-schnittlich
Deutschland	24,7 %	46,0 %	29,3 %
Ehem. Jugoslawien	40,0 %	39,4 %	20,6 %
Libanon	35,3 %	39,8 %	24,8 %
Türkei	34,8 %	40,0 %	25,2 %
Marokko	32,4 %	36,5 %	31,1 %
Italien	28,6 %	39,3 %	32,1 %
Kosovo, Bosnien	28,4 %	39,4 %	32,1 %
Polen	26,9 %	45,0 %	28,1 %
Ehemalige SU	25,7 %	41,7 %	32,6 %
Andere	29,8 %	40,7 %	29,5 %

Abbildung 4.3.11.1, Seite 86
Anteil der Kinder und Jugendlichen, die ihre Gesundheit als »ausgezeichnet« einschätzen, nach Migrationshintergrund, Geschlecht und sozialem Status
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Deutschland (n=23.111), eigene Auswertung

	mit beidseitigem Migrationshintergrund	binational	ohne Migrationshintergrund
Gesamt	30,6 %	28,5 %	28,8 %
Mädchen	24,3 %	20,9 %	23,0 %
Jungen	37,1 %	36,7 %	34,7 %
oberstes Wohlstandsquartil*	41,0 %	35,4 %	33,5 %
unterstes Wohlstandsquartil*	28,0 %	24,4 %	24,2 %

* Zuordnung der Kinder und Jugendlichen entlang des sozioökonomischen Status ihrer Familie zu vier Gruppen

Abbildung 4.3.11.2, Seite 87
Selbst eingeschätzte Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nach Herkunftsland der Mutter
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Deutschland (n=22.556), eigene Auswertung

Herkunftsland	ausgezeichnet	gut	einigermaßen/schlecht
Deutschland	28,7 %	55,4 %	15,9 %
Marokko	35,1 %	58,1 %	6,5 %
Ehem. Jugoslawien	34,6 %	49,7 %	15,7 %
Libanon	30,7 %	57,7 %	11,7 %
Türkei	30,6 %	52,8 %	16,6 %
Kosovo, Bosnien	30,4 %	42,9 %	26,8 %
Italien	29,8 %	56,0 %	14,3 %
Polen	29,8 %	53,3 %	16,9 %
Ehemalige SU	27,7 %	55,0 %	17,3 %
Andere	31,0 %	52,6 %	16,4 %

Abbildung 5.4.1, Seite 101
Krankheiten/Beschwerden, die bei ausländischen Staatsangehörigen (55 Jahre und älter) und Deutschen (60 Jahre und älter) zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen führten
Quelle: Freie und Hansestadt Hamburg, Sozial-empirische Studie, Ausländische Seniorenbefragung 1996 und deutsche Seniorenbefragung 1991/92 [32]

Krankheiten/Beschwerden	Ausländer	Deutsche
Herz-/Kreislauferkrankungen	44,0 %	29,4 %
Rheuma	43,5 %	10,9 %
Mobilitätsbeeinträchtigung	26,2 %	11,3 %
Erkrankung der Lunge/Atemwege	23,0 %	8,0 %
Erkrankung der Verdauungsorgane	19,9 %	6,0 %
Diabetes mellitus	19,1 %	7,8 %
Gehbehinderung	13,1 %	14,3 %
Schlaganfall	11,2 %	4,2 %
Sehbehinderung	10,8 %	7,7 %
Schwerhörigkeit	9,2 %	12,1 %
Gicht	8,9 %	2,8 %
Inkontinenz	7,3 %	0,5 %
Lähmung	2,1 %	1,9 %
Sprachstörung	1,1 %	1,1 %
Epilepsie	1,0 %	0,5 %
Erblindung	0,6 %	0,4 %
Sonstiges	13,1 %	14,5 %

Abbildung 6.2.1.1, Seite 113
Ausländische Ärztinnen und Ärzte nach Herkunftsregion oder -land am 31.12.2006, Bundesgebiet gesamt
Quelle: KBV, Bundesarztregister 2006

Herkunftsregion	Ärztinnen und Ärzte (N)	davon nichtärztlich tätig (N)
andere Länder der EU[1]	3.183	496
Sowjetunion und europäische Nachfolgestaaten[2]	2.664	475
Griechenland, Portugal, Italien, Spanien	2.558	463
Vorderer Orient[3]	2.361	543
osteuropäische Länder[4]	2.192	315
Polen	1.283	133
Türkei	919	174
andere asiatische Länder[5]	646	48
Nachfolgestaaten der SFRJ[6]	611	146
andere afrikanische Länder	481	80
asiatische Nachfolgestaaten der UdSSR[7]	465	111
nordafrikanische Länder[8]	351	44
andere europäische Länder[9]	341	78
südamerikanische Länder	331	63
USA und Kanada	253	68
sonstige[10]	249	59
mittelamerikanische Länder	101	19
Australien und Ozeanien	15	3

1 Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Irland, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Schweden
2 Estland, Lettland, Litauen, Moldawien, Russland, Sowjetunion, Ukraine, Weißrussland
3 Irak, Iran, Jemen, VR Jemen, Jordanien, Kuwait, Libanon, Saudi-Arabien, Syrien, Vereinigte Arabische Emirate
4 Bulgarien, Rumänien, Slowakei, Tschechische Republik, Tschechoslowakei, Ungarn
5 Asien ohne (3) und (7)
6 Bosnien-Herzegowina, ehemaliges Jugoslawien, Kroatien, Mazedonien, Slowenien
7 Armenien, Aserbaidschan, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Tadschikistan, Turkmenistan, Usbekistan
8 Ägypten, Algerien, Libyen, Marokko, Tunesien
9 Albanien, Island, Malta, Norwegen, Schweiz, Vatikanstadt, Zypern
10 staatenlos, ungeklärt, ohne Angabe