

Remezok, Volodymyr, Shteynberg, Lyudmyla

Wie wirkt der Migrationsprozess auf die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2012

Erstprüfer: Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Zweitprüfer: Prof. Dr. phil. Barbara Wolf

Bibliografische Beschreibung:

Remezok, Volodymyr,

Shteynberg, Lyudmyla:

Wie wirkt der Migrationsprozess auf die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland. 67 S.

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät, Soziale Arbeit,

Bachelorarbeit, 2012

Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich in Form tiefgehender mit dem Zusammenhang von Migration und Gesundheit.

Der Schwerpunkt unserer Arbeit liegt dabei auf einer intensiven Literaturrecherche, durch die vorhandene Problemstellungen ermittelt und Lösungsmöglichkeiten gefunden werden sollen.

Menschen werden nicht auf Grund gesundheitlicher Beeinträchtigungen behindert, sondern durch das soziale System, das Barrieren gegen ihre Partizipation errichtet

Waldschmidt 2005 zit. n. Albornoz 2010, 15

Vorwort

Wir, Volodymyr Remezok und Lyudmyla Shteynberg, sind persönlich mit der Migrationsthematik verbunden, weil wir aus der Ukraine gekommen sind und schon seit Jahren in Deutschland leben. Deshalb befassen wir uns in Form dieser Bachelorarbeit tiefgehender mit der Bedeutung von Migration und Gesundheit. Wir leben in der Zeit der Globalisierung, wo Menschen verschiedener Nationalitäten sich „vermischen“. Angesichts der Dynamisierung der Migrationsprozesse ist „Migration“ in der Öffentlichkeit und Wissenschaft ein wichtiges Thema. Die Migration übt einen Einfluss auf die Entwicklung der Gesellschaft aus. Der wachsende Bevölkerungsanteil der Migranten und die längere Aufenthaltsdauer dieser Zielgruppe macht eine umfangreichere Gesundheitsversorgung notwendig. Dazu sind Menschen mit Migrationshintergrund durch die erhöhten Gesundheitsrisiken und durch den hohen Anteil an Kindern sowie die steigende Zahl von Personen in den höheren Altersgruppen als Nutzer der Gesundheitsdienste in Deutschland von großer Bedeutung. Die Menschen mit Migrationshintergrund gehören zum festen Bild in Deutschland und sind das Ziel von kulturellen und wissenschaftlichen Betrachtungen.

Während unseres Studiums wurde das Thema „Gesundheit und Migration“ nicht angesprochen. Deshalb haben wir uns dazu entschieden, dieses Thema selbstständig zu bearbeiten und in den Mittelpunkt unserer Bachelorarbeit zu stellen.

Der Schwerpunkt unserer Arbeit liegt dabei auf einer intensiven Literaturrecherche, durch die vorhandene Problemstellungen ermittelt und Lösungsmöglichkeiten gefunden werden sollen.

Bei unserer Bachelorarbeit möchten wir das kausale Verhältnis zwischen Migration und Krankheit untersuchen. Dazu ließen wir uns von folgenden Fragen leiten:

Sind Menschen mit Migrationshintergrund häufiger, seltener oder „anders“ krank als Personen der einheimischen Bevölkerung?

Welche besonderen, möglicherweise typischen Probleme gibt es bei der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund?

Welche spezifischen Erkrankungen und/oder Herausforderungen treten bei einzelnen Migrantengruppen auf?

Wo besteht Handlungsbedarf?

Welche unterstützenden Angebote sind dabei von Nutzen?

Die Begründung dieses Zusammenhangs zwischen Migration und Gesundheit ist nicht einfach. Die Daten von Studien zu dieser Thematik sind auch nicht eindeutig interpretiert, weil zahlreiche Probleme bei der Datensammlung existieren.

Jeder Mensch mit Migrationshintergrund hat individuelle Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung in Deutschland gemacht. Dabei ist Migration immer mit Anpassungsleistungen verbunden, die in jedem Fall die Gesundheit beeinflussen. Menschen mit Migrationshintergrund befinden sich unter dem ständigen Druck des unbekanntes Systems von Ämtern, Beratungsstellen, Behörden. Mangelnde Sprach- und Gesetzeskenntnisse vertiefen diesen Druck und entwickeln das Gefühl der Hilflosigkeit. Fremdenfeindlichkeit ruft auch gesundheitliche Belastungen hervor und schränkt Menschen mit Migrationshintergrund in ihrem Handeln wie auch ihrer gesellschaftlichen Partizipation ein (Razum u. a. 2008 vgl. n. Albornoz 2010, 45). Auch Deutsche

werden angefeindet, wenn sie sich von ihrem Aussehen her von der Mehrheitsbevölkerung unterscheiden. Dadurch existiert immer ein Gefühl, dass man das eigene Schicksal nicht beeinflussen kann. So entwickelt jeder Migrant eine eigene Bewältigungsstrategie, die mitunter zur Fehlanpassung, zur Krankheit führt.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| 1. Einleitung..... | 1 |
| 2. Migration - ein Phänomen der modernen Gesellschaft... 2 | |
| 2.1 Migrationshintergrund | 3 |
| 2.2 Phasen der Migration | 5 |
| 3. Die Risikofaktoren bei den Lebenswelten von Migranten in Deutschland..... | 6 |
| 3.1 Persönliche Faktoren | 7 |
| 3.1.1 Kultur | 7 |
| 3.1.2 Sprache | 9 |
| 3.1.3 Bildung..... | 10 |
| 3.2 Faktoren alltäglicher Lebensfelder | 11 |
| 3.2.1 Erwerbstätigkeit | 11 |
| 3.2.2 Wohnsituation | 13 |
| 3.2.3 Ökonomische Lage | 13 |
| 3.3 Juristische Faktoren | 15 |
| 3.4 Schlussfolgerungen..... | 17 |
| 4. Die gesundheitliche Situation von Migranten in Deutschland | 18 |
| 4.1 Allgemeine Morbidität..... | 18 |
| 4.2 Allgemeine Mortalität..... | 21 |
| 4.3 Analyse von Daten für die CBE für Menschen mit Migrationshintergrund | 24 |
| 5. Erkrankungen im Einzelnen | 28 |
| 5.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen..... | 29 |
| 5.2 Psychosomatische und psychische Störungen im Verlauf der Migration | 30 |

| | |
|--|-----------|
| 5.3 Krebserkrankungen..... | 34 |
| 5.4 Infektionskrankheiten | 34 |
| 5.4.1 Tuberkulose | 35 |
| 5.4.2 HIV/AIDS | 36 |
| 5.4.3 Hepatitis B | 38 |
| 5.4.5 Helicobacter pylori | 38 |
| 5.5 Sucht..... | 40 |
| 5.5.1 Tabakkonsum | 40 |
| 5.5.2 Medikamentenabhängigkeit..... | 41 |
| 5.5.3 Alkoholkonsum..... | 42 |
| 5.5.4 Konsum illegaler Drogen..... | 43 |
| 5.6 Übergewicht | 45 |
| 5.7 Schlussfolgerungen..... | 46 |
| 6. Migranten als Patienten im Gesundheitssystem | 47 |
| 6.1 Versicherungsstatus..... | 47 |
| 6.2 Kommunikationsprobleme..... | 49 |
| 6.3 Unterschiedliche Krankheitsverständnis | 49 |
| 6.4 Unterschiedliches Nutzungsverhalten | 51 |
| 6.5 Migrationsspezifische Erfahrungen | 51 |
| 7. Perspektiven für die Praxis | 52 |
| 7.1 Muttersprachliche Personal..... | 52 |
| 7.2 Sprachhilfen und Dolmetscherdienste..... | 53 |
| 7.3 Öffentliche Gesundheitsdienste | 55 |
| 7.4 Spezialisierte Einrichtungen..... | 55 |
| 7.5 Hilfen für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus | 57 |
| 8. Anforderungen an die soziale Arbeit | 58 |

| | |
|--|-----------|
| 9. Zusammenfassung..... | 60 |
| 9.1 Die Bedeutung des Themas Migration und Gesundheit..... | 60 |
| 9.2 Unterschiede in Gesundheit und Gesundheitsverhalten | 60 |
| 9.3 Menschen mit Migrationshintergrund, die besondere Gesundheitsprobleme haben | 62 |
| 9.4 Aspekte der Versorgung und Prävention | 62 |
| 9.5 Forschungsbedarf und Perspektiven..... | 63 |
| 9.6 Probleme in der Gesundheitsberichterstattung | 63 |
| 9.7 „Healthy-migrant“ Effekt | 64 |
| 9.8 Selektive Rückkehr | 64 |
| 9.9 Sozioökonomische Status vs. Migrationsstatus | 65 |
| 9.10 Perspektive für die Praxis | 65 |
| 10. Literaturverzeichnis: | 68 |

1. Einleitung

Im Kapitel „Migration - ein Phänomen der modernen Gesellschaft“ werden Definitionen grundlegender Begriffe erörtert und geprüft, welche Relevanz sie bezüglich unserer Thematik haben. Die Migrationstypen und die Migrationsphasen werden detailliert beschrieben. Die sich verändernden Migrationszahlen - weltweit und in Deutschland werden vorgestellt.

Im Kapitel „Die Risikofaktoren bei den Lebenswelten von Migranten in Deutschland“ analysieren wir die assoziierten Risikofaktoren, die gerade bei Menschen mit einer Migrationsbiographie vorhanden sind. Dazu gehören soziale, rechtliche, ökonomische, administrative und nicht zuletzt auch kulturelle Aspekte der Gesundheitsversorgung, die für Morbidität und Verlauf von Erkrankungen relevant sind. Dementsprechend fokussiert dieses Kapitel die sozialen, kulturellen und politischen Ebenen der Thematik.

Im Kapitel „Die gesundheitliche Situation von Migranten in Deutschland“ wird die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Migration und Krankheit anhand verschiedener Studien untersucht. Eine kritische Betrachtung der Studien steht am Ende.

Das Kapitel „Erkrankungen im Einzelnen“ widmet sich der Lebenssituation von Menschen mit Migrationshintergrund im Zusammenhang mit den einzelnen Krankheiten. Es geht um Herz- Kreislauf- Erkrankungen, psychosomatische und psychische Störungen, Krebserkrankungen und Infektionskrankheiten. Besondere Aufmerksamkeit lenken wir auf die Problemkonstellationen bei den psychosomatischen und insbesondere den psychischen Störungen.

Im Kapitel „Migranten als Patienten in Gesundheitssystem“ diskutieren wir die wichtige sozial-politische Aufgabe der Versorgung für alle Menschen mit Migrationshintergrund. Gleichzeitig betrachten wir die Ursache von Hindernissen beim Zugang zum Gesundheitssystem und die Rolle interkultureller Kompetenz.

Im Kapitel „Perspektive für die Praxis“ untersuchen wir vielfältige Bemühungen, die sprachliche und kulturelle Hindernisse bei der Gesundheitsversorgung abbauen können.

Im letzten Kapitel setzen wir uns mit der Sicht der sozialen Arbeit mit dieser Problemkonstellation auseinander. Einige Ansatzmöglichkeiten wurden herausgegriffen und ihre Umsetzungschancen ausführlich erörtert. Es wird diskutiert, welche Faktoren sich bisher behindernd auf die Verwirklichung von möglichen Maßnahmen ausgewirkt haben.

In den Schlussfolgerungen werden zusammenfassend die zentralen Aspekte dieser Arbeit diskutiert.

Das Literatur- und Quellenverzeichnis befinden sich im Anhang.

Mit den Kapiteln „Migration - ein Phänomen der modernen Gesellschaft“, „Die Risikofaktoren bei den Lebenswelten von Migranten in Deutschland“, „Die gesundheitliche Situation von Migranten in Deutschland“, „Anforderungen bei der sozialen Arbeit“ hat sich Volodymyr Remezok beschäftigt.

Lyudmyla Shteynberg hat die Kapitel „Erkrankungen im Einzelnen“, „Migranten als Patienten im Gesundheitssystem“, „Perspektiven für die Praxis“ bearbeitet.

Die Kapitel „Vorwort“, „Einleitung“, „Zusammenfassung“ haben wir zusammen geschrieben.

2. Migration - ein Phänomen der modernen Gesellschaft

Diese Teil unserer Arbeit befasst sich mit der Klärung der konzeptuellen und begrifflichen Grundlagen: Migration, Typen, Migrationshintergrund, Phasen.

2.1 Migrationshintergrund

Menschen mit Migrationshintergrund sind eine sehr heterogene Gruppe. Um diese Vielfalt und ihre Konsequenzen für ihre Gesundheit näher zu beleuchten, wird im Folgenden eine Begriffsbestimmung für „Migration“ vorgenommen.

Migration ist eine spezifische Form der Wanderbewegung von Menschen (Individuen oder Gruppen), die ihren bisherigen Wohnsitz längerfristig oder dauerhaft wechseln, unabhängig von den Motiven oder den Ursachen, die der Verlagerung des Wohnsitzes zugrunde liegen (Braun von der Brölie 2002 vgl. n. Olm 2004, 52, In: Soziale Arbeit mit Migrantinnen und Migranten, 2004).

Herkunft und Ziel der Migranten liegen in verschiedenen Ländern. Die Personen, die ihren Wohnsitz für eine bestimmte Mindestdauer oder für unbestimmte Zeit ins Ausland verlegen, zählen zu den Migranten. Es gibt verschiedene Formen von Migranten. Die häufigste Wanderungserscheinung ist der Familiennachzug, der durch den Nachzug der Ehepartner und Kinder von Migranten verwirklicht wird. Viele Migranten wandern aus Arbeitsgründen in andere Länder. Das ist die am stärksten verbreitete Migrationsform. In diesem Fall füllen Migranten schlecht bezahlte und vom Aufnahmeland als unattraktiv bewertete Arbeitsstellen aus. Eine weitere Form von Migration ist die Flüchtlingsmigration. Sie stellt 10% des globalen Wanderungsanteils dar. Eine vierte Wanderungsform ist die nur schwer messbare irreguläre Migration in Form von gesetzwidriger Einreise, illegaler Arbeit oder unrechtmäßigem Aufenthalt eines Migrierten (vgl. Albornoz 2010, 9).

Wegen ihrer Herkunft, des Wanderungsanlasses, der Wertorientierung oder des Lebensstils werden Migranten als eine sehr heterogene Gruppe bezeichnet (Belwe 2009 vgl. n. Albornoz 2010, 9). Es handelt sich dabei um freiwillige Wanderungen, um Flucht, Vertreibung oder staatlich erzwungenen Austausch von Bevölkerungen.

Im 20. Jahrhundert migrierte weltweit die bislang größte Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund. Der Anteil von Migranten an der Weltbevölkerung wird

mit etwa 175 bis 185 Millionen Menschen bei zweieinhalb bis drei Prozent geschätzt (Angenendt 2005 vgl. n. Albornoz 2010, 9).

Deutschland bekennt sich seit dem Jahr 2000 auch offiziell zu seiner Identität als Einwanderungsland (Tucci 2008 vgl. n. Albornoz 2010, 12). Der Bevölkerungsanteil an Menschen mit Migrationshintergrund nimmt weiter zu in Folge der älter werdenden Gesellschaft, einer allgemeinen rückläufigen Bevölkerungsentwicklung, wachsender Geburtenrate von Kindern mit Migrationsgeschichte sowie einer Zuwanderungsquote.

„Menschen mit Migrationshintergrund“ sind offiziell als „zugewanderte und in Deutschland geborene Ausländer, Spätaussiedler, eingebürgerte zugewanderte Ausländer sowie Personen mit mindestens einem zugewanderten Elternteil oder Elternteil mit ausländischer Staatsangehörigkeit“ (Belwe 2009 zit. n. Albornoz 2010, 9).

Zurzeit leben in Deutschland ca. 15,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund bzw. knapp 19% der Bevölkerung (Destatis 2006a vgl. n. Albornoz 2010, 10). Dabei konzentriert sich ihre räumliche Verteilung auf die alten Bundesländer Deutschlands. Die Geschlechterverteilung von Menschen mit Wanderungsgeschichte ist relativ ausgeglichen. Dazu ist ein „überproportionaler Frauenanteil an Personen mit ukrainischem, polnischem, rumänischem und russischem Hintergrund zu verzeichnen. Dagegen zeigt sich ein deutlich höherer Männeranteil bei der Bevölkerung afrikanischer, italienischer und griechischer Herkunft (Angaben des BMI 2008 zit. n. Albornoz 2010, 11). Ausgehend von der Herkunft besitzt die Türkei mit 16,5% den ersten Platz unter den häufigsten Herkunftsländern von Migranten. Danach folgen Russland mit 6,2%, Polen mit 5,6% und Italien mit 5,0% (BMI 2008 vgl. n. Albornoz 2010, 11).

Dabei sind Migranten in Deutschland jünger als die in Deutschland lebende Bevölkerung ohne Migrationsgeschichte.

Die statistischen Werte verdeutlichen, dass die Migration für die Bundesrepublik Deutschland weiter an Bedeutung gewinnt.

Demgegenüber steht das Denken über die „natürliche“ und „unnatürliche“ Bevölkerungsentwicklung. Dies liegt seit dem 18. Jahrhundert vor allem an der historischen Entstehung und Durchsetzung des Nationalstaatsgedankens, wo die Idee der Homogenität eines Staates und ihres Volkes, des Territoriums und ihrer Kultur im Mittelpunkt stehen. Der Nationalstaatsgedanke hat schließlich das Streben nach Reglementierungen der Wanderungsbewegungen zum Schutze der Homogenität eines Staates verursacht. Damit hat das Migrationsphänomen eine kritische Stellung gebracht (Oswald 2007 vgl. n. Albornoz 2010, 12). Weshalb führt dieses Denken zu Problemen mit Migranten?

2.2 Phasen der Migration

Die Abfolge vom Migrationsprozess beeinflusst die Erlebnisse eines Menschen mit Migrationshintergrund. Jede Phase der Migration und ihr Erfolg oder ihr Misslingen bewirken maßgeblich das emotionale Befinden dieser Zielgruppe. Andrea Lanfranchi klassifiziert die Phase der Migration in fünf Phasen:

1. Vorbereitung der Migration. Die Vorbereitungsphase zur Migration (Entscheidungsfindung, Absprache, rechtliche Handlungen) beeinflusst die emotionale Lage des Menschen.
2. Erste Schritte im Aufnahmeland. Am Anfang der Migration ist das Unterstützungssystem sehr bedeutsam für die emotionale Stabilität.
3. Konsolidierung und eventuelle Konfliktverleugnung. Bei dieser Phase idealisieren Migranten ihre Herkunft.
4. Flexibilisierung und eventuelle Krise. Die Migranten stellen ihre Rollen und ihre Lebenswelten neu um, was mit der Krise verbunden werden kann.
5. Anschluss und Integration. Die Migranten verinnerlichen ihre Lebenserfahrungen, die eine emotionale Einheit prägen (vgl. Albornoz 2010, 23f.).

Beim Misslingen besteht das Risiko des Rückzugs aus der Gesellschaft festzustellen ist, dass die Anerkennung von Migration als historisch

keineswegs außergewöhnlicher sozialer Prozess zu einer gewissen Relativierung dieses Phänomens führt: Migration muss nicht ständig Ursache von Problemen, besonderen Belastungen und Konflikten sein. Jede Phase des Migrationsprozesses kann für die Entstehung, den Verlauf sowie den soziokulturellen Umgang mit Krankheit von Bedeutung sein (vgl. Albornoz 2010, 24).

3. Die Risikofaktoren bei den Lebenswelten von Migranten in Deutschland

Migration ist ein vielseitiges soziokulturelles Phänomen. Hinsichtlich des spezifischen Charakters des Themas vereint dieses Kapitel die medizinische mit einer sozial- und kulturwissenschaftlichen Sichtweise, weil der Inhalt des soziokulturellen Phänomens „Migration“ für die Gesundheit nur aus dieser interdisziplinären Perspektive erfasst und bewertet werden kann.

Es ist bekannt, dass Migranten zum einen den gleichen gesundheitlichen Risiken wie Deutsche mit vergleichbarem Sozialstatus unterliegen. Dabei ist das Leben von Migranten durch zahlreiche besondere Belastungen gekennzeichnet.

Die Wanderung beeinträchtigt die Persönlichkeit der Lebenswelten von Migranten und ihren Verwandten. Der Zuwanderungszweck hängt von allgemeiner Aufnahmebereitschaft der Gesellschaft, Integrationswillen, psychischer und physischer Verfassung, Zufriedenheit und emotionaler Stabilität, Rechten, Tätigkeit, Wohnlage oder ökonomischer Situation ab (vgl. Albornoz 2010, 22). Auch die Herkunft von Migranten spielt eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Nähe und Distanz zur Kultur des Aufnahmelandes. Die allgemeine Bevölkerungsumfrage des Sozialwissenschaftlers ALLBUS unterstreicht auch die Bedeutung der Herkunft des Migranten für die Aufnahme in die Gesellschaft. Es wurde die Einstellung der deutschen Bevölkerung gegenüber Ausländern unterschiedlicher Herkunft im Jahre 2006 erfragt. Dabei sagten 5% der Westdeutschen und 9% der Ostdeutschen aus, einen Italiener

als Nachbar unangenehm zu finden. Bei türkischen Ausländern lag die Ablehnung bei 30% bzw. 49%.

Die Gesundheit eines Menschen mit Migrationshintergrund hängt maßgeblich von sozialen, rechtlichen, kulturellen und individuellen Bedingungen ab (vgl. Albornoz 2010, 31).

3.1 Persönliche Faktoren

Die persönliche Eigenschaften und individuelle Umstände einer Person formen den Umgang mit seiner Migrationsgeschichte. Ein Migrationshintergrund ist auch Ausdruck eines gewissen Typus Mensch. In diesem Sinne werden in diesem Abschnitt solche Faktoren wie Kultur, Sprache und Bildung analysiert.

3.1.1 Kultur

Essentielle Bestandteile der Lebenswelten eines Menschen sind Traditionen, Werte, Gewohnheiten, Rollenbilder, Lebensvorstellungen, die eine entscheidende Rolle in einer fremden Kultur oder zwischen den Kulturen haben. Die Zufriedenheit eines Menschen mit Migrationshintergrund, die Gestaltung seiner Identität sowie seine Integrationsbereitschaft hängen von der Art und Weise, wie sich kulturelle Differenzen vereinbaren lassen, ab. Diese Gegebenheit präsentiert eine besondere und keineswegs einfache Aufgabe für Personen mit Migrationshintergrund. Das Scheitern des Aufbaus einer starken und harmonischen kulturellen Identität führt zu einer Gefahr von Frustration, Identitätsdiffusion, Kritik und Ärger auf das Herkunfts- oder Aufnahmeland und Rückzug aus der Gesellschaft. Dabei ist auch die Aufnahmegesellschaft verantwortlich und beeinflusst massiv die persönliche und soziale Integration eines Menschen mit Migrationshintergrund durch Anerkennung oder Abwertung der fremden Kultur (Köhler-Offierski 2006 vgl. n. Albornoz 2010, 28). Die Befragungen von der SINUS-Studie von 2007-2008 zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund generell eine kulturelle Integrationsbereitschaft zeigen

und oft über eine Art bikulturelles Selbstbewusstsein verfügen. Laut einer älteren Befragung von 1993 weisen Jugendliche mit Migrationshintergrund eine höhere Lebenszufriedenheit aus, als Personen der gleichen Altersstufe ohne Wanderungsgeschichte. Die Zufriedenheitswerte waren nur in den Kategorien Hilflosigkeit und Einsamkeit umgekehrt (Razum u.a. 2008 vgl. n. Albornoz 2010, 27).

Auch wenn die Daten von diesen Studien nur begrenzte Aussagekraft haben und angesichts der ungleichen und mitunter benachteiligten Lebensbedingungen der Menschen mit Wanderungsgeschichte dargestellt werden, drücken sie dennoch das grundsätzlich eher positive, emotionale Befinden und die Bereitschaft zur Leistungserbringung und Integration jener Personengruppen aus und widersprechen damit den gängigen Vorurteilen (vgl. Albornoz 2010, 28). Das bedeutet, dass Gelingen oder Misslingen der Integration von den persönlichen Ressourcen abhängt. Nach Hurrelmann und Klocke gehören zu den persönlichen Ressourcen Temperament einer Person, Intelligenz, Selbststeuerungsfähigkeit und die Fähigkeit die eigene Lebenssituation zu erkennen und zu interpretieren, Kompetenz sich in komplizierten Situationen körperlicher, psychischer und sozialer Art in effektiver Weise selbst zu managen (vgl. Hurrelmann, Klocke, 2009. <http://abafachverband.org/index.php?id=108>, verfügbar am 25.04.2012).

Dabei werden psychoanalytische Überlegungen zum Zusammenhang von Sinnlichkeit, Kultur und Krankheit festgestellt. Ein Krankheitsbegriff wird zu Grunde gelegt, wenn das individuelle Leiden des Subjekts in den Mittelpunkt gestellt wird und die Krankheit des Subjekts zugleich als Ausdruck seines Konflikts mit seinen Lebenszügen und Möglichkeiten im gesellschaftlichen und kulturellen Rahmen begreift (vgl. Reinke, 2004. http://webpsychosozialverlag.de/psychosozial/details.php?p_id=25959. verfügbar am 25.04.2012).

3.1.2 Sprache

Die Sprache wird durch soziale Einflüsse geprägt. Die wesentlichen Faktoren für die Aneignung einer Sprache sind die äußeren Bedingungen, Lebensumstände und Sprachpraktiken. Dazu gehören auch die kulturelle Herkunft, linguistische Distanzen zwischen Erst- und Zweitsprache, Motivation, Einreisealter und Aufenthaltsdauer wie auch aufzubringende Mühen und Kosten. Nachweislich werden die Sprachen aus dem Lebensfeld häufig favorisiert. Für den Ausdruck der Gefühle benutzt man oft die Muttersprache. Der Erwerb einer neuer Sprache baut auf das Wissen einer bereits gelernten Sprache auf. Die Mehrsprachlichkeit selbst gilt als Vorteil für die kognitive Entwicklung (vgl. Albornoz 2010, 29).

Adam vergleicht den Verlust der Muttersprache mit einem Kulturschock, der die psychische und soziale Stabilität der Menschen beeinflusst (vgl. Boumans und Ünal, 112). Dies bedeutet Ausschluss vom „gesellschaftlichen Leben der Exilkultur“ und eine Behandlung auf Behörden als unmündige Kinder als eine vollständige Entwurzelung, die zur psychischen Einsamkeit und Leere führt (vgl. Boumans und Ünal 1997, 112).

Bei der Befragung des SINUS- Instituts (Wippermann/Flaig 2009 zit. n. Albornoz 2010, 25) wurde festgestellt, dass 65% der Migranten in den Familien deutsch sprechen, 34% ausschließlich, 31% sowohl Deutsch als auch eine andere Sprache. Man beobachtet die Bilingualität bei Menschen mit Migrationshintergrund sehr häufig (Gogolin/Krüger-Potratz 2006 vgl. n. Albornoz 2010, 30) und mit sich Vorteile mitbringt.

Die mangelnden Sprachkenntnisse bei den Menschen mit Migrationshintergrund ziehen starke Hindernisse in ihrer Lebensgestaltung nach sich. Sie führen zu den Defiziten im Bildungssystem, Benachteiligungen auf dem Arbeitsmarkt und zu einer Zugangsbarriere im gesundheitlichen Versorgungssystem (Siegert 2007 vgl. n. Albornoz 2010, 30).

3.1.3 Bildung

Die Personen mit Migrationshintergrund liegen sichtbar im schulischen als auch beruflichen Bildungsniveau unter dem Bildungsniveau der Bürger ohne Migrationsgeschichte (Bildung in Deutschland/ Konsortium Bildungsberichterstattung 2006 vgl. n. Albornoz 2010, 39). Sie haben häufiger einen schlechten qualifizierten Schulabschluss und erlangen seltener die Hochschulreife. Problematisch sieht vor allem die hohe Zahl der Menschen mit Wanderungsgeschichte ohne jeglichen Berufsabschluss aus. Die größte Diskrepanz wurde in der Altersgruppe der 25-bis 35-Jährigen festgestellt. 15% der Personen ohne Migrationshintergrund jener Altersstufe verfügen über keinen beruflichen Abschluss, bei Bürgern mit Migrationshintergrund liegt der Wert hingegen bei 41%. Insgesamt haben 13% der Personen mit Wanderungsgeschichte keinen allgemeinen Schulabschluss und 46,9% keinen Berufsabschluss (Konsortium Bildungsberichterstattung 2006; Destatis 2009b vgl. n. Albornoz 2010, 40).

Nach der Meinung von Hurrelmann ist die Bildung mit der Gesundheit eng verbunden. Mit der Einführung der Schulpflicht wurde die Lebenserwartung nachweislich verlängert. Bildung gibt Zugang zu qualifizierten Berufen (vgl. Hurrelmann 2006, 39ff.).

Bildung wirkt sich auch direkt auf die Gesundheit auf, nämlich über Deutung von Symptomen, Befindensstörungen und Beeinträchtigungen. Von den Menschen mit niedrigem Bildungsniveau sind wenige fähig, die Vorboten drohender Krankheit frühzeitig wahrzunehmen und im medizinischen Sinne adäquat zu deuten. Krankheit assoziiert bei diesen Menschen nur körperliche Funktionsstörungen. Dazu gehört auch die bessere Verständigung zwischen Arzt und Patienten. Aufgrund geringerer sozialer Distanz erhalten Patienten mit dem höheren Bildungsniveau ausführliche Erklärungen durch Ärzte. Sie kennen ihre Rechte und können rechtzeitig zu Fachärzten wechseln Auch die Ärzte berücksichtigen weniger die soziale Situation, Bedürfnisse, Empfindungen, Sprach- und Denkweise von Patienten aus den unteren Schichten (Mielck 2005 vgl. n. Hurrelmann 2006, 40f).

Hurrelmann fasst zusammen, dass ein niedrigeres Bildungsniveau offenbar zu gering ausgeprägtem Selbstbewusstsein, geringem Wissen über die Entstehung und die Sicherheitsbedingungen von Gesundheit und zur mangelnden Fähigkeit in der Konflikt- und Krankheitsbewältigung führt (vgl. Hurrelmann 2006, 41).

3.2 Faktoren alltäglicher Lebensfelder

In alltäglichen Lebensfeldern drückt die Art und Weise der Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund in alltäglichen Lebensfeldern. Im gleichen Augenblick ist an jenen Lebensbereichen in gewisser Masse ablesbar, welche Chancen den Betroffenen für ihre gegenmächtige und zukünftige Entwicklung zustehen. Deshalb wird die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund im Bildung- und Erwerbssystem analysiert und ihre Wohnungssituation dargestellt.

3.2.1 Erwerbstätigkeit

Vor allem arbeiten die ausländischen Staatsangehörigen 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).

In den Studien zeigten sich erhebliche gesundheitliche Unterschiede in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit (Lampert, Saß, Häfelinger u.a. 2005, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 18. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 2.03.2012). Personen, die einen niedrigen beruflichen Status haben, sind öfter erkrankt und achten auf ihre Gesundheit auch subjektiv schlechter. Die für ausländische Beschäftigte ungünstigere Beschäftigungsstruktur könnte ihren Gesundheitszustand beeinträchtigen.

Erwerbstätigkeit hat direkte und indirekte Folgen. Physikalische und chemische Bedingungen am Arbeitsplatz gehören zu den direkten Einflussfaktoren. Daraus ergeben sich indirekte Folgen: ökologische Benachteiligung im Wohngebiet (Lärm, Luftverschmutzung), feuchte und beengter Wohnraum, geringer Lebensstandard, keine Puffer für Gesundheitsausgaben (vgl. Hurrelmann 2006, 43).

Die Migrationsbevölkerung hat häufiger berufsspezifische Gesundheitsbelastungen. Wegen niedriger beruflicher Qualifikation beschäftigen sich Menschen mit Migrationshintergrund schwere körperliche Tätigkeiten und flexible Arbeitszeiten (Schichtarbeit). Dies alles führt zum häufigen Auftreten von spezifischen Berufskrankheiten als bei der einheimischen Erwerbsbevölkerung. An erster Stelle stehen Hörschäden aufgrund von Lärmexposition, gefolgt von Hautkrankheiten und Lungenerkrankungen durch Schadstoffe. In der Folge werden sie früher als Deutsche berentet (vgl. Hurrelmann 2006, 47).

In den Altersstufen von 25 bis 65 Jahren sind Menschen mit Migrationshintergrund bei einer Quote von 13,3% deutlich häufiger erwerbslos als Deutsche ohne Migrationshintergrund der gleichen Altersgruppe (7,5%). Die gravierendsten Unterschiede in der Berufstätigkeit gibt es besonders bei Frauen. Nur jede zweite Frau mit Migrationshintergrund ist beschäftigt (52,3%), weibliche Personen ohne Migrationshintergrund sind dagegen zu 66,8% erwerbstätig (vgl. Albornoz 2010, 42).

Die Arbeitslosigkeit hat einen negativen Einfluss auf die Gesundheit. Der zweite Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung deutet das in der Richtung, dass ausländische Beschäftigte zwar häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen sind als die Bevölkerung insgesamt, aber zwischenzeitlich auch immer wieder Arbeit finden (vgl. Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 19. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 2.03.2012).

Arbeitslosigkeit führt zu psychosomatischen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Magenbeschwerden und Herzbeschwerden. Bei der

Langzeitarbeitslosigkeit steigt das Risiko der Manifestierung der Gesundheitsbeschwerden, die chronisch werden können. So existiert ein Risiko an Delinquenz, Suchtverhalten oder psychischen Krankheiten (vgl. Maiwald 2003, 11ff.).

3.2.2 Wohnsituation

In Deutschland existiert bei den Menschen mit Migrationsgeschichte eine räumliche Segregation. Wegen durchschnittlich geringer Einkommen haben sie weniger Auswahlmöglichkeiten des Wohnraums auf Grund der Mietkosten. Menschen mit Migrationsgeschichte suchen und wählen ihre Wohnungen gewöhnlich über Bekannte oder Verwandte, da sie erstens oft unterschwellige Ablehnung oder Misstrauen von Vermietern entdecken, zweitens Angst vor Diskriminierung haben und drittens bestehende soziale Netzwerke bevorzugen. Das führt zur sozialen und ethnischen Segregation, bei der sich nicht die Ausländerkonzentration sondern viel mehr die Ballung von Armut als problematisch erweist. Dabei wohnen sie im Vergleich zu Deutschen öfter in städtischen Gebieten (vgl. Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 21. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 2.03.2012). Deshalb ist anzunehmen, dass sie durchschnittlich stärker von Lärmbelastungen und Luftverschmutzung betroffen sind, was der Gesundheit schadet. (Beauftragte der Bundesregierung und Integration 2005; Grobecker/Krack-Rohberg 2008 vgl. n. Albornoz 2010, 43).

3.2.3 Ökonomische Lage

Ein besonderer bedeutsamer Gesichtspunkt der Lebenswirklichkeit von Menschen mit Migrationshintergrund ist ihre ökonomische Situation. Sie bestimmt maßgeblich über Wohnform und Wohnlage, Wohlstand, Status, Lebensgestaltung und Bildungszustand. Umso schwieriger erscheint, dass 28,2% der Menschen mit Migrationshintergrund als armutsgefährdet anerkannt

sind, bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund sind es im Vergleich 11,6% (vgl. Albornoz 2010, 30).

Einem Armutsrisiko setzt sich der Anteil der Bürgerinnen und Bürger aus, denen ein Einkommen unterhalb der so genannten „Armutsgrenze“ 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. Nach dem 2. Armuts- und Reichtumsbericht hat die Armutsrisikoquote unter Zuwanderern zwischen 1998 und 2003 von 19,6% auf 24,0 zugenommen. Gerade bei Neuankömmlingen von jungen und alten Menschen sowie Frauen sind die Zahlen außerordentlich besorgniserregend. Zuwanderer, die länger in Deutschland leben sowie Personen aus binationalen Haushalten waren hingegen weniger von Armut betroffen. Es 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 (vgl. Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 22. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 2.03.2012).

Armut kann zur Krankheit führen aber auch Krankheit kann Armut bedingen. Sehr viele Fälle sind für eine soziale Randstellung oder Armutslage und für gesundheitliche Beeinträchtigungen verantwortlich. Dieser kausale Einfluss erschließt sich, wenn Gesundheit bzw. Krankheit in einem umfassenden Verständnis von psychischen, physischen und sozialen Komponenten konzeptualisiert wird. Eine soziale und psychische „Verarmung“ bedingt oftmals mangelnde Teilhabe an den gesellschaftlichen Werten und Errungenschaften auf Grund der Armutslage. Sehr oft geraten Menschen über diesen Mechanismus in einen nur schwer entrinnbaren Kreislauf von materieller Verarmung und psychischer und physischer Krankheit (vgl. Maiwald 2003, 11ff.). Dabei neigen Personen mit geringem ökonomischem oder sozialem Status eher zu Drogenkonsum, ungesunder Ernährung, mangelnder

Körperhygiene und unzureichender Gesundheitsvorsorge (vgl. Hurrelmann 2006, 38).

Zusammenfassend kann man sagen, dass Menschen mit Migrationshintergrund sehr oft von Armut betroffen sind. Als Gründe für die benachteiligte ökonomische Situation von Menschen mit Migrationshintergrund können Sprachbarrieren, niedrige bzw. nicht anerkannte Schulabschlüsse, eingeschränkte Arbeitsrechte, befristete Aufenthaltserlaubnisse oder Vorbehalte der Arbeitsgeber angeführt werden((Esse 2006, S. iv; BMAS 2008 vgl. n. Albornoz 2010, 31).

3.3 Juristische Faktoren

Etwas mehr als die Hälfte aller Menschen mit Migrationsgeschichte sind entweder als deutsche Staatsbürger geboren oder wurden eingebürgert (BMI 2008 zit. n. Albornoz 2010, 36).

Seit Einführung des Aufenthaltsgesetzes 2005 für Nicht EU-Bürger werden sie in folgende Aufenthaltstitel aufgeteilt:

- Aufenthaltserlaubnis- Der Aufenthalt ist befristet und wird nach konkreten Zwecken wie z. B. aus humanitären Gründen, für ein Auslandsstudium oder einen Familiennachzug erteilt.
- Niederlassungserlaubnis- Der Aufenthalt ist räumlich und zeitlich uneingeschränkt und erlaubt freie Erwerbstätigkeit (vgl. Albornoz 2010, 36).

Die rechtlichen Bestimmungen sind für Erwerbstätigkeit und ihre Gestaltung gültig. EU- Staatsangehörige sowie Bürger aus Norwegen, Island, Liechtenstein und der Schweiz, ihre Ehegatten und Kinder haben grundsätzlich das Recht der freien Arbeitsplatzwahl. Die Menschen aus anderen Staaten haben generell nicht dieses Recht und sind individuell von den geregelten Bestimmungen abhängig, die durch ihren Aufenthaltstitel festgelegt werden, wenn keine weiteren bilateralen Absprachen bestehen. Der Bundesagentur für Arbeit gibt

eine Erlaubnis zur Erwerbstätigkeit. Hauptkriterium für eine Erlaubnis ist, dass für den jeweiligen Arbeitsplatz kein deutlicher oder allgemein bevorzugter Arbeitnehmer zur Verfügung steht (BA 2009 vgl. n. Albornoz 2010, 37). Die Herkunft wirkt sich auf die rechtlichen Bestimmungen und damit auf die Arbeitsberechtigung sowie Beschäftigungsbedingungen überzeugend aus und beeinflusst die Lebensverhältnisse von Menschen mit Migrationshintergrund. Ausländer aus den nicht genannten Staaten entdecken dabei besondere Benachteiligungen.

Jeder Mensch, der in Deutschland seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort hat, darf staatliche Hilfeleistungen beanspruchen. Dabei ist der Umfang der Hilfeleistungen nicht grundsätzlich gleich groß, sondern abhängig vom Aufenthaltsstatus der Betroffenen.

Ausländer stehen unter Kontrolle von den Regelungen, die ihre Ausweisung aus Deutschland erlauben oder gar verlangen. Straftaten, Drogenmissbrauch, unerlaubte Erwerbstätigkeit oder Landfriedensbruch auch längerfristige Obdachlosigkeit, Beanspruchung von Sozialhilfe für sich oder Familienangehörige sowie der Erhalt von Hilfe zur Erziehung stellen Abschiebegründe dar (§50-56 AufenthG vgl. n. Albornoz 2010, 38).

Die nicht-deutsche Bürger haben grundsätzlich kein Recht an politischen Entscheidungsprozessen zu partizipieren. Folglich haben sie kaum politischen Einfluss auf die Entwicklung Deutschlands und können nur stark eingeschränkt ihre Interessen vertreten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich Ausländer anderen gesetzlichen Regelungen unterordnen müssen und in ihren Chancen auf Selbstverwirklichung und Teilhabe an der Gesellschaft mitunter stark limitiert (Chancen auf dem Arbeitsmarkt, Anspruch auf die Hilfsleistungen, keine Partizipation an politischen Entscheidungsprozessen bzw. ihrer Interessen) werden. Ob eine Person als „deutsch“ zählt oder nicht, wird jedoch nicht nur durch seine Rechte und Pflichten beeinflusst, sondern auch durch sein emotionales Befinden. Nachweisliche Chancenungleichheit erregt Ängste und

fördert einen sozialen Rückzug bei den betroffenen Personen (vgl. Albornoz 2010, 36).

3.4 Schlussfolgerungen

Bei der Betrachtung kultureller, rechtlicher und sozialer Bedingungen von Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Einheimischen haben wir bemerkt, dass das Leben von Migranten mit den gleichen Lebensbedingungen durch mangelnde Sprachkenntnisse, geringeres Bildungsniveau, Schichtarbeit, Arbeitslosigkeit, unklare rechtliche Rahmenbedingungen geprägt wird. Menschen mit Migrationshintergrund befinden sich im negativen Kreislauf persönlicher Einschränkung und sozialer Ausgliederung. Das ist ein echter Teufelskreis: ihre geringen Sprachkenntnisse vermindern den Bildungserfolg. Mit ihren schlechten und/ oder nicht anerkannten Bildungsabschlüssen haben sie geringe Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Es führt zu einem schlechteren Wohnumfeld. Solch eine Situation verschlechtert ihre Möglichkeiten zum Spracherwerb. Von der deutschen Gesellschaft werden sie ausgegrenzt und bewirken verschiedene Vorurteile, Ängste und Fremdenfeindlichkeit. Diskriminierung und emotionale Belastungen beeinträchtigen die Gesundheit des Individuums und fördern sozialen Rückzug (vgl. Albornoz 2010, 47).

Folglich hängt die Gesundheit von Migranten von vielen Risikofaktoren ab: mangelnde Sprachkenntnisse, geringeres Bildungsniveau, Schichtarbeit, Arbeitslosigkeit, unklare rechtliche Rahmenbedingungen. Aufgrund der Sprachbarrieren, Informationslücken und kulturellen Abweichungen im Gesundheits- und Krankheitsverständnis ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung für Migranten erschwert (vgl. Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 16. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 2.03.2012).

Unser erstes Fazit ist, dass: „die Migration als solche macht nicht krank. Da sie jedoch oft nicht gelingt, wird die Migrationserfahrung in erster Linie als belastend und verunsichernd erlebt (Weiss 2005 zit. n. Albornoz 2010, 31).

Das bedeutet, dass die Verbindung von persönlichen und sozialen Ressourcen ganz offensichtlich über den Grad von Gesundheit entscheidet (vgl. Hurrelmann, Klocke, 2009. <http://aba-fachverband.org/index.php?id=108> verfügbar am 25.04.2012).

4. Die gesundheitliche Situation von Migranten in Deutschland

Bis zum jetzigen Zeitpunkt existieren keine regelmäßig erhobenen Statistiken über das Krankheitsspektrum in der ambulanten Versorgung, die eine Unterscheidung nach Migrationshintergrund der Patientinnen und Patienten bzw. Versicherten treffen, zur Verfügung. Beim Bericht vom Robert Koch-Institut werden hauptsächlich drei umfassende Untersuchungen herangezogen, die dieses Thema klären:

- 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 verglichen wurden,
- die Praxisstudie „Besuchsanlässe des Hausarztes“, die 637 deutsche und 253 türkische Patientinnen und Patienten im Alter unter 60 Jahren einbezog (vgl. Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 42. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 2.03.2012).

4.1 Allgemeine Morbidität

Laut der BKK-Statistik und der Praxisstudie sind an erster Stelle der Diagnosen sowohl für ausländische als auch deutsche Staatsangehörige die Krankheiten der Atmungsorgane, gefolgt von Krankheiten des Bewegungsapparates und der

Verdauungsorgane. Dabei leiden türkische Patientinnen und Patienten häufiger an Schmerzen, speziell Kopfschmerzen, als deutsche. Nach der Begutachtung des Gesundheitsamtes Bremen standen Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes an erster Stelle der Diagnosen in beiden Patientengruppen. Danach folgen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen bei den deutschen Patientinnen und Patienten. Man muss berücksichtigen, dass nur eine ausgewählte Gruppe von Patientinnen und Patienten für diese Auswertung herangezogen wurde, die zum Lebensunterhalt beitragen und in diesem Zusammenhang amtsärztlich begutachtet wurden (vgl. Razum, Zeeb 2004, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 42. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D. verfügbar am 2.03.2012).

Menschen mit Migrationshintergrund nehmen Notfallambulanzen und Akutversorgungsangebote überproportional häufig in Anspruch. Dabei greifen sie selten auf Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen zurück oder suchen psychologische Beratungsstellen auf (David/Borde 2009 vgl. n. Albornoz 2010, 33). Nach dem sechsten Familienbericht der Bundesregierung (Deutsche Bundestag 2000) zeigen sich bei Menschen mit Migrationshintergrund öfter psychosomatische Symptome, weil ihre Krankheiten häufiger eindeutig bezeichnet werden. Sie bekommen vermutlich Psychopharmaka verschrieben, statt eine Gesprächstherapie in Anspruch zu nehmen, weil sie Kommunikationsprobleme haben. Diese Situation führt zu Verlegenheitsdiagnosen und schließlich zur Somatisierung psychischer Probleme (vgl. Albornoz 2010, 33).

1997 prüfte der Bundesverband der Betriebskrankenkassen in einer Sonderauswertung die Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU-Daten) der versicherten Mitglieder nach Staatsangehörigkeit. Laut diesem Vergleich entfielen auf je 100 deutsche Mitglieder (Vollzeitbeschäftigte) 118,9 AU-Fälle mit durchschnittlich 14,2 AU-Tagen je Fall. Gleichzeitig werden 157,7 Fälle für Nicht-Deutsche mit durchschnittlich 16,7 AU-Tagen je Fall verzeichnet (Porsch-Oezcuereomez, Bilgin, Wollny u. a. 1999 vgl. n., In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 42.

http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D. verfügbar am 2.03.2012). Bei der Aufteilung nach Wirtschaftszweigen sind die Unterschiede nach Staatsangehörigkeit bei den qualifizierten Dienstleistungen (Banken, Versicherungen, fachlichen Dienstleistungen) gering. Sie sind besonders hoch in den öffentlichen Verwaltungsbetrieben. Die höchste AU- Häufigkeit ist bei den Deutschen in Reinigungsberufen und bei Bauhilfsarbeitern, bei den Nichtdeutschen in allen Bauberufen, in den Ernährungs- und Reinigungsberufen festzustellen (vgl. Porsch-Oezcueruemez, Bilgin, Wollny 1999, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 42. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 2.03.2012).

Ein Unterschied zu Ungunsten der nichtdeutschen Versicherten bleibt jeweils in allen Berufen erhalten.

Bezüglich der nichtdeutschen Versicherten bzw. bestimmter Diagnosegruppen ist die Krankheitslast (gemessen als Arbeitsunfähigkeitstage) höher als bei deutschen Versicherten.

Es geht um die Krankheiten des Skelettsystems, der Muskeln und des Bindegewebes, psychiatrische Erkrankungen, unklar bezeichnete Krankheiten, aber auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt. Bei den psychiatrischen Erkrankungen liegen im Vergleich zwischen den nichtdeutschen und deutschen Frauen die größten Unterschiede bei der Länge der Arbeitsunfähigkeiten pro Fall. Bei den Männern bestehen die größten Unterschiede in den Erkrankungen des Verdauungssystems sowie bei Störungen des Ernährungs-, Stoffwechsel- und Immunsystems. Die Ursache dafür liegt nicht vor, ein Zusammenhang von kulturell bedingten Faktoren und solchen, die mit dem Versorgungssystem verbunden sind, tauchen jedoch wahrscheinlich auf.

Die türkischstämmige Bevölkerung sowie Aussiedler aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion sind die zahlenmäßig größten Migrantengruppen, die in Deutschland leben. Deshalb haben wir die Krankheitshäufigkeit bei solchen Migrantengruppen beschrieben.

Seit den 1980-er Jahren wird bei der türkischstämmigen Bevölkerung im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung eine erhöhte Morbidität festgestellt. Hier kommen vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Virus-Hepatitis vor. Die relative Häufigkeit von Herzerkrankungen unter der türkischstämmigen Bevölkerung wird als höher beschrieben (vgl. Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 41. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf, verfügbar am 03.03.2012). Das wird mit pathologischen Blutcholesterinwerten und Rauchverhalten definiert. Die genetischen Faktoren als auch das Ernährungsverhalten vieler türkischer Mitbürger (Zunahme des Fleischkonsums) sind ursächlich für die pathologischen Blutfettwerte verantwortlich. Wegen der Ernährungsumstellungen und Veränderungen der Lebensweise ist die türkischstämmige Bevölkerung stärker von Diabetes betroffen.

Bezüglich des Virus Hepatitis ist bekannt, dass ca. 39% gegenüber 10% bei der nicht immigrierten Bevölkerung betroffen sind.

Die allgemeine Mortalität bei Aussiedlern stellte sich als niedriger heraus als die der in Deutschland lebenden Bevölkerung. Speziell bei den häufigsten Krebserkrankungen (mit Ausnahme von Lungenkrebs bei Männern und bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen) lag die Mortalität darunter. Dabei wurden bei dieser Gruppe in starkem Maße die üblichen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gefunden (hohe Cholesterinspiegel, Übergewicht, geringe Aktivität und Rauchen).

Infolge Drogenmissbrauchs wird eine hohe Zahl an Suiziden festgestellt. Die Spätaussiedler mit Einreise in den 1990-er Jahren werden als „Risikogruppe für psychische Erkrankungen“ bezeichnet, weil sie bei der Integration unerwarteten Schwierigkeiten begegnet sind (vgl. ebd., 44).

4.2 Allgemeine Mortalität

Es ist noch nicht klar, ob sich die Migration auf die Lebenserwartungen auswirkt. In der Todesursachenstatistik gilt es als auffälliges Phänomen, was nur eine Differenzierung nach der Staatsangehörigkeit zum Zeitpunkt des Todes zulässt. Damit wurde die niedrige Sterblichkeit von in Deutschland lebenden nichtdeutschen Personen gegenüber Deutschen bestätigt. Weiter wird

diskutiert, inwieweit dieser Unterschied auch durch Besonderheiten und Probleme bei der Erfassung von Todesfällen Nichtdeutscher bedingt sein kann. Laut Statistischem Bundesamt 2006 verlaufen die Sterberaten der Nichtdeutschen ab dem Alter von 15 Jahren beiderlei Geschlechts parallel zu der jeweiligen deutschen Vergleichsgruppe, aber auf deutlich niedrigerem Niveau. Der Unterschied nimmt in den Altersgruppen 80 Jahre und älter stark zu. 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). Wegen der geringen Gesamtzahlen bei den Nichtdeutschen in den hohen Altersklassen sind diese Unterschiede aber zurückhaltend zu interpretieren (vgl. Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 32. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 2.03.2012).

Die Resultate zur Sterblichkeit der ausländischen Bevölkerung in Deutschland lassen die gleiche Tendenz erkennen, die aus internationalen Daten bekannt sind: Zugewanderte Personen weisen bei einzelnen Todesursachen häufig niedrigere Raten als die Bevölkerung des Zuzuglandes auf. Als Ursache dazu kann man Auswahlprozesse im Rahmen der Migration nehmen, denn es sind vor allem gesunde und aktive Menschen, die auswandern („Healthy-Migrant-Effect“).

Bei der Berechnung der Sterbeziffer können Fehler u. a. an folgenden Stellen auftreten:

1. Die Zahl der gemeldeten Todesfälle ist niedriger, als es der Realität entspricht. Vor allen Dingen unter älteren ausländischen Staatsangehörigen vermehrt sich ein transnationales Lebensmuster: Sie bewahren ihren deutschen Wohnsitz, verbringen aber einen größeren Teil des Jahres im Herkunftsland. Wenn sie während ihres Aufenthalts im Ausland sterben, werden sie vermutlich, ähnlich wie im Auslandsurlaub verstorbene Deutsche, nicht als Verstorbene gemeldet.
2. Die Bevölkerungszahl in einer Altersgruppe ist infolge eines Fortschreibungsfehlers größer, als es der Realität entspricht. Seit 1987 wurde keine erneute Volkszählung durchgeführt. Deshalb ist es schwer

zu beurteilen, ob und in welcher Höhe sich erneut ein Fortschreibungsfehler aufgebaut hat. Als Ursache zur niedrigen Mortalität unter zugewanderten Personen können technische Aspekte aber nur einen Teil der Mortalitätsunterschiede erklären. Für die Zukunft hat die epidemiologische Migrationsforschung eine solche Aufgabe: die Suche nach weitergehenden Erklärungen, die die Komplexität der Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren, Auswahlmechanismen und Mortalität genauer erforschen (vgl. ebd., 33).

Weiter werden die Ansätze zur Erklärung und Bewertung des Phänomens vom „Healthy-Migrant-Effect“ resümiert werden:

3. Guter Gesundheitszustand als Voraussetzung für Migration: In der Regel sind eher junge, gesunde und leistungsfähige Menschen in der Lage den Emigrationsprozess zu meistern.

Demografie und Re-Emigration: Die demografische Struktur der Bevölkerung kann zum Teil die geringere Morbidität erklären. Der Anteil der älteren Personen (älter als 40) ist ziemlich geringer in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (vgl. Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 35. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf. verfügbar am 03.03.2012). Dadurch sind in dieser Gruppe die altersassoziierten Erkrankungen seltener (Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus etc.) und die allgemeine Mortalität geringer.

- Veränderung des „Healthy-Migrant-Effect“ im Zeitverlauf: Mit längerer Aufenthaltsdauer in Deutschland nimmt der „Healthy-Migrant-Effect“ ab und der der einheimischen Bevölkerung zu. Dabei kann man ein heterogenes Bild sehen: Vor allem für die mit Lebensalter, Lebensstil (z. B. Ernährung, Nikotinkonsum) und Umwelteinflüssen assoziierten Erkrankungen wie Diabetes mellitus und für einige Krebserkrankungen gibt es eine Angleichung der Krankheitsrisiken, zum Teil übersteigt sie sogar das Niveau bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

- Heterogenität der Migranten: Die Gesamtbevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland ist sehr heterogen. Es ist fraglich, inwieweit die grob gefasste Kategorie wie „Migrationshintergrund“ überhaupt sinnvolle epidemiologische Aussagen zulassen, sowohl im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, als auch im Hinblick auf Untergruppen innerhalb des untersuchten Migrationskollektivs (vgl. ebd., 35).

4.3 Analyse von Daten für die CBE für Menschen mit Migrationshintergrund

In diesem Kapitel wird der Frage nach der allgemeinen Morbidität und Mortalität bei Menschen mit Migrationshintergrund nachgegangen. Dabei untersuchen wir folgendes Problemnäher:

Unterscheidet sich der Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund von Nicht - Migranten?

Es gibt verschiedene Schwierigkeiten bei der Interpretation von Daten. In England und in den USA wurde festgestellt, dass Angehörige von Minderheiten eine höhere Sterblichkeit als die Mehrheitsbevölkerung haben. Man kann Entsprechendes auch für die ausländische Bevölkerung in Deutschland erwarten, konnte es bisher jedoch nicht belegen (vgl. Razum, Geiger, Zeeb u.a. 2004, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 24. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Dieser Befund aus den USA zeigt sich allerdings in einigen anderen Ländern (vgl. Razum, Twardella 2002, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 23. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Dieses Phänomen wurde als „Healthy-Migrant-Effect“ bezeichnet. Als Ursache dazu vermutet man Auswahleffekte bei der Migration. In der Regel sind eher

junge, gesunde und leistungsfähige Menschen in der Lage den Emigrationsprozess zu meistern.

Der „Healthy-Migrant-Effect“ 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 Migrationsgeschichte hinwegtäuschen. Es kompliziert daher die Interpretation von Morbiditäts- und Mortalitätsdaten (vgl. Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 23. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012). Auch existieren bestimmte Schwierigkeiten bei einer Wahl von Vergleichsgruppen. Der Gesundheitsstatus einer Gruppe (von Extremfällen abgesehen) wird nicht aus gemessenen Absolutwerten abgelesen. Oft werden erhobene Messwerte erst durch Vergleiche mit den entsprechenden Werten in anderen Bevölkerungsgruppen verdeutlicht. Deshalb stellt sich die Frage, welcher der geeignete Standard für Vergleiche sein soll: Gesundheitsdaten aus dem Herkunftsland oder aus Deutschland? Menschen aus dem Osten der Türkei haben wesentlich niedrigere HDL-Cholesterinwerte („gutes“ Cholesterin mit schützender Wirkung) als Deutschstämmige, dadurch ist ihr Risiko einer ischämischen Herzerkrankung vermutlich höher (vgl. Porsch-Oezcueruemez, Bilgin, Wollny 1999 u.a., In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 23. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Man kann in diesem Fall ein gleiches Risiko wie bei Deutschen kaum erreichen. Folglich sind die Erkrankungs- und Sterberaten an Herzinfarkt bei Deutschen nicht Maßstab einer Versorgungsgerechtigkeit. Eine bessere Vergleichsgruppe wäre die Bevölkerung in der Türkei.

Es besteht die Gefahr, bei der Durchführung eines Vergleiches mit der Wahl eines Herkunftslandes die in Deutschland bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten abzuschwächen: Türkische Frauen in Deutschland haben nur ein Zehntel bis ein Zwanzigstel des Risikos eines mütterlichen Todesfalles im Vergleich zu Frauen in der Türkei (vgl. Razum, Zeeb 2004, In: Bericht vom

Robert Koch-Institut 2008, 24. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

In diesem Bereich bringt eine Migration nach Deutschland einen deutlich messbaren Gesundheitsgewinn. Zugleich haben ausländische Frauen in Deutschland ein fast doppelt so hohes altersadjustiertes (d. h. für bestehende Altersunterschiede korrigiertes) Risiko eines mütterlichen Todesfalles wie deutsche Frauen (vgl. Razum, Jahn, Blettner 1999 u.a., In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 24. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Eine weitere Frage stellt sich, ob man Vergleichswerte aus dem Bevölkerungsmittel oder vielmehr aus solchen sozialen Statusgruppen nehmen sollte, die von ihrem Einkommen und ihrer Ausbildung her den Menschen mit Migrationshintergrund nahe kommen. In diesem Fall würden viele gesundheitliche Unterschiede zwischen Menschen mit Wanderungsgeschichte und Deutschen wahrscheinlich geringer ausfallen. Insbesondere Datenquellen zur Mortalität, aber auch jene zur Morbidität zeigen zwar selten die Möglichkeit einer solchen Stratifizierung, zu einer Aufgliederung in Schichten bzw. der sozialen Lage. Im Bericht vom Robert Koch-Institut erfolgt der Vergleich mit der deutschen Bevölkerung insgesamt bzw. mit den gleichen Alters- und Geschlechtsgruppen.

Zahlreiche Gesundheitsdaten werden nicht in speziellen Studien, sondern routinemäßig entstehen (Sozialversicherungsträger im Rahmen von Versicherungsprozessen). Eine solche Analyse wird als „Sekundäranalyse“ bezeichnet, da die Daten häufig mit einer anderen Zielstellung erhoben wurden. Es ist ein Vorteil, wenn Menschen mit Migrationshintergrund bei der Sekundäranalyse von Rahmendaten die Zielgruppe sind:

- relativ hohe 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 hat ihre 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, waren aber für die Analyse wichtig,

- der Grad der Aufgliederung vieler Routinedaten ist sehr gering, z. B. hinsichtlich Altersgruppe, Staatsangehörigkeit, Wohnort (vgl. Razum 2000, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 24. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Beim letzten Punkt existiert ein grundlegendes Problem der CBE: Menschen mit Migrationshintergrund sind regional sehr unterschiedlich stark in der Bevölkerung anzutreffen. Auch Gesundheitsprobleme von Menschen mit Wanderungsgeschichte und Zugangsbarrieren zu Gesundheitsdiensten sind lokal bzw. regional sehr unterschiedlich. Es besteht die Gefahr, dass Aussagen über Mehrheiten in den sehr heterogenen Gruppen der Menschen mit Migrationshintergrund für Minderheiten in der Gruppe nicht zutreffend sind. Dabei ist die Datenaufnahme juristisch bedingt eingeschränkt.

Für die Erstellung des Berichts vom Robert Koch-Institut werden folgende Datenquellen benutzt:

- Bevölkerungsstatistik

- Statistik der Bevölkerungsbewegung

- Todesursachenstatistik

- Mikrozensus
- Soziökonomisches Panel (SOEP)
- Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC-Studie)
- Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)
- Arbeitsunfallstatistik
- Sozialhilfestatistik (vgl. Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 32. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf. verfügbar am 03.03.2012).

Seit Inkrafttreten des neuen Mikrozensusgesetzes am 1.01.2005 wird bei zugewanderten Personen nicht nur die Staatsangehörigkeit, sondern außerdem auch das Zuzugsjahr erfasst. Ebenfalls wichtige Informationen stellen lokale bzw. zeitlich begrenzte Forschungsprojekte zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund dar. Dazu erfüllen sie Kriterien wie regelmäßige Bereitstellung von Daten und Repräsentativität meist nicht. Sie können daher nur berücksichtigt werden, wenn eine angemessene Information aus anderen Datenquellen nicht erreichbar ist.

Zusammenfassend kann man sagen, dass in Studien über den Gesundheitszustand der in Deutschland lebenden Bevölkerung der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in der Regel nicht ausreichend differenziert erfasst wird. Es ist notwendig, statistische Korrelation innerhalb der Kohorte (nach soziökonomischen Aspekten, Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer etc.) zu machen. Dabei muss man besondere Untersuchungstechniken entwickeln (vgl. ebd., 32).

5. Erkrankungen im Einzelnen

In diesem Abschnitt werden verschiedene Gruppen von Erkrankungen exemplarisch dargestellt, wobei sich der Zusammenhang mit dem Phänomen „Migration“ jeweils unterschiedlich dargestellt.

5.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Laut Angaben der WHO gehen etwa 50% der Todesfälle innerhalb der Europäischen Union auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurück. Dieses Thema spielt auch bei Menschen mit Migrationshintergrund für den klinischen Alltag als auch im Hinblick auf Prävention eine bedeutende Rolle.

Es ist bekannt, dass es unter türkischen Männern offenbar viele mit erheblich erhöhtem Herzinfarkttrisiko gibt, und dass bei jüngeren Patienten mit einer vielleicht nicht ganz „klassischen“ Symptomatik auch mit der Möglichkeit eines in Hinblick auf Alter, Beschwerdebild etc. eher „unwahrscheinlichen“ - Herzinfarktes gerechnet werden muss. Es wird angenommen, dass bei türkischstämmigen Patienten die Rate der Fehldiagnosen bei Krankenhauseinweisungen signifikant höher ist als bei einheimischen Patienten. Infolge vermuteten „übertriebenen“ Schmerzverhaltens von männlichen Patienten aus dem Mittelmeerraum werden sie in deutschen Krankenhäusern nicht ernst genommen.

Es gibt viele Faktoren, die Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen. Zu den „klassischen“ Risikofaktoren gehören Bluthochdruck, Rauchen und die Bluthochspiegel, Übergewicht und mangelnde körperliche Aktivität. Und auch andere, bisher nicht in Betracht gezogene Einflussfaktoren spielen eine Rolle: Seit den 1990-er Jahren ist der Auslöser die so genannte „Mortalitätskrise in Osteuropa“ (vgl. Ronellenfitsch, 2006, In: Bericht von Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 51. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf. verfügbar am 03.03.2012), wo sich ein unerwartet starkes Ansteigen der Herz-Kreislauf-bedingten Mortalität in Ländern der ehemaligen Sowjetunion und Osteuropas zeigte. Danach folgen genetische Faktoren sowie „spezifische“ Verhaltensweisen, wie etwa der vermeintlich für Osteuropa und vor allem Russland „typische“, episodenhaft exzessive Konsum von hochprozentigen Spirituosen (vgl. ebd., 52). Das entwickelte Verständnis von komplexen Krankheitsbildern (wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen) in stabilen sozioökonomischen Verhältnissen in den westlichen Industrienationen ist möglicherweise nicht nachvollziehbar für das Verständnis derselben Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund.

Die großen politisch-gesellschaftlichen Veränderungen in diesen Ländern, die Migrationsfolgen (subjektive Wahrnehmung von Kontrollverlust, soziale Isolation, mangelhafte gesellschaftliche Partizipation, Arbeitslosigkeit und das Gefühl von Perspektivlosigkeit), wie auch gesteigener regelmäßiger Alkoholkonsum und eine Ernährungsumstellung sind als Risikofaktoren für Herzerkrankungen anzusehen (vgl. Lundberg, Bobak, Malyutina u.a. 2007; Peasey, Bobak, Kubinova 2006, In: Bericht von Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 52. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf. verfügbar am 03.03.2012). Ein weiterer Faktor sind institutionelle Mängel in der medizinischen Versorgung.

Die Berücksichtigung psychosozialer Risikofaktoren bietet sicher hilfreiche Ansätze für Forschung, Prävention und Therapie. Es ist deutlich, dass die Herkunft und angenommene genetische Grundlagen als alleinige Erklärungsfaktoren oft zweifelhaft sind. Es ist bemerkenswert, dass Menschen aus Osteuropa und Russland in Deutschland (Aussiedler) ein vergleichsweise geringeres Risiko zeigen, dazwischen im gleichen Zeitraum in den Herkunftsländern eine überproportionale Zunahme des Risikos festgestellt wurde. Übrigens scheint sich die Situation in den Ländern, die zwischenzeitlich in die EU eingetreten sind, verbessert zu haben (vgl. Ronellenfitsch, 2006, In: Bericht von Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 52. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf. verfügbar am 03.03.2012).

5.2 Psychosomatische und psychische Störungen im Verlauf der Migration

Bei psychosomatischen Beschwerden äußern sich die psychische Beschwerden durch körperliche Symptome wie Rücken – Gelenk -und Muskelschmerzen, Magen-Darm-Erkrankungen, ohne dass organpathologische Ursachen vorliegen („Somatisierung“). Es gibt Hinweise, dass psychosomatische Beschwerden bei Menschen mit Migrationshintergrund offenbar häufiger anzutreffen sind als bei Nicht - Migranten, wobei auch hier grundsätzliche Verallgemeinerungen zu vermeiden sind (vgl. Assion 2005;

Lindert, Priebe, Penka u.a. 2008; Lindert, Brähler, Wittig 2008, In: Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 54. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf. verfügbar am 03.03.2012).

Dieses Thema hat besondere Relevanz bezüglich der Migranten. Für die Entstehung und den Verlauf von den Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund wurde die Bedeutung psychosozialer Faktoren angesprochen, zuletzt mit dem Blick auf die Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Wegen methodischer Schwierigkeiten treten Probleme bei der Feststellung der allgemeinen Häufigkeiten psychischer Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund auf. Die psychosoziale Dynamik individueller Migrationsprozesse und die vielfältigen Ursachen, die Entwicklungsformen und der Ausdruck von psychischer Erkrankung bei Menschen mit Migrationshintergrund können von den üblichen diagnostischen Kategorien unter Umständen nicht adäquat interpretiert werden. Dabei sind Phänomene wie Migration, ethnisch-kulturelle Vielfalt oder die in der Gegenwart zunehmend wichtiger werdenden „transnationalen“ Lebenswelten und Identitäten beim westlichen entwickelten Verständnis zu psychischer Krankheit bzw. Gesundheit nicht vorgesehen. In den ersten Studien mit „Gastarbeitern“ in der Bundesrepublik aus den 1970er Jahren wurde ein erhöhtes Vorkommen von psychosomatischen Beschwerden bestätigt (vgl. Bilgin, Doppl, Saue u.a., 1988; Böker 1977; Frießem, 1974; Häfner, Moschel, Özek, 1977; Riedesser 1973, In: Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 54. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf. verfügbar am 03.03.2012).

Damals wurde dieser Zustand unter anderen psychosozialen Belastungen infolge einerseits der soziokulturellen „Entwurzelung“ als Folge der Trennung von der Heimat und dem zurückgebliebenen sozialen Umfeld erklärt. Andererseits wurde die soziale Isolierung im „Gastland“ und Schwierigkeiten bei der „Akkulturation“ in einer Gesellschaft mit einer fremden Sprache und fremden Kommunikations- und Wertesystem dargelegt. Eine rückblickende Betrachtung der Debatten in den 1970er Jahren deutet darauf hin, dass von den „Gastarbeitern“ aus dem Türkei keine „Integration“ in die deutsche Gesellschaft erwartet wurde, sondern ebenfalls eine „partielle Anpassung“ für die Dauer des

Gastaufenthaltes (vgl. Häfner, Moschel, Özek, 1977; Riedesser 1973, In: Bericht von Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 55. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf. verfügbar am 03.03.2012).

Dies schien auch aus ärztlicher Sicht geboten, da die „sprachliche und kulturelle Barriere zwischen der Bevölkerung und den Gastarbeitern als „relativ hoch“ angesehen wurde (vgl. Häfner, Moschel, Özek, 1977: In Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 55. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf. verfügbar am 03.03.2012).

Aufgrund dessen wurde bereits zu dieser Zeit darauf hingewiesen, dass aufgrund einer derartigen Situation auf Dauer erheblich soziale und vor allem auch psychische Probleme für die „Gastarbeiter“ zu erwarten sein würden, unter denen insbesondere deren in Deutschland geborene Kinder zu leiden hätten (vgl. Riedesser 1973, In: Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 55. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf. verfügbar am 03.03.2012).

Die Sprach- und Kommunikationsprobleme sowie Unkenntnis und kulturelle Stereotypen von Missverständnissen fördern die Fehldiagnose.

Zwischen psychosomatischen Beschwerden und dem Bereich der psychischen Störungen im engeren Sinne besteht ein fließender Übergang. Besondere Bedeutung im Migrationskontext besitzen die psychischen Folgen von Traumatisierungen vor und während des Migrationsprozesses. Viele Flüchtlinge, die nach Europa kommen, haben in ihren Heimatländern politische Verfolgung und sogar Folter sowie andere traumatisierende Ereignisse etwa als Opfer von Kriegen erlebt. Man muss bei mehr als der Hälfte (im Durchschnitt etwa 50-70%) mit vorhandenen posttraumatischen oder anderen psychischen Störungen rechnen (vgl. Birck 2002, Diakonisches Werk in Hessen Nassau 2005; Flores, Gee, Kastner 2000; Lavik, Hauff, Skronda u.a. 1996; Lie, 2004; Lindert, Brähler, Wittig u.a.2008; Rosenbaum, Varvin 2007; Sundelin-Wahlsten, Ahmad, Knorring 2001; Thulesius, Håkansson 1999, In: Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 56. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf. verfügbar am 03.03.2012).

Jeder Mensch reagiert unterschiedlich auf solche Belastungen wie Trennungssituation, Unsicherheit und Angst sowie Erfahrung von (teilweise sexueller) Gewalt auf der Flucht, Ohnmacht und das Gefühl des Ausgeliefertseins sowie erzwungene Passivität in der Exilsituation und zeigt eine jeweils individuelle „Resilienz“ sowie ein individuelles Symptombild.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Migration nicht grundsätzlich ein Risikofaktor für Krankheit ist und gerade psychische Erkrankungen immer aus einem komplexen und sehr dynamischen zusammenhängenden Risiko individuell-biografischer und äußerer Faktoren resultieren. Psychische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund hing wesentlich davon ab, wie sie im Aufnahmeland aufgenommen worden waren (vgl. Keilson 1909: In: Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 57. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf. verfügbar am 03.03.2012). Unter den von Individuen unabhängigen Faktoren scheint bei Menschen mit Migrationshintergrund vor allem der Lebenssituation im Aufnahmeland eine maßgebliche Bedeutung zuzukommen: Die Erfahrung von Unsicherheit und subjektiv empfundenen Assimilationsdruck, von Identitätskonflikten, soziokultureller Isolation und mangelhafter sozialer Unterstützung wirkt als Belastung für die psychische Gesundheit, wie auch die Konfrontation mit Vorurteilen und Diskriminierung von fehlendem oder adäquatem Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Die diagnostische Beurteilung möglicherweise humanitärer Patienten erfordert hohe und spezialisierte ärztliche Kompetenz und Erfahrung sowie großes Verantwortungsbewusstsein aller mit der Betreuung der betroffenen Individuen betrauten Personen. Auf der Versorgungsebene besteht derzeit ein großer Bedarf an muttersprachlichen Angeboten, weil Menschen mit Migrationshintergrund sich im Ausdruck essentieller Erlebnisse und Empfindungen oft eher der Muttersprache bedienen. Solche Dinge erhöhen die Verfügbarkeit der therapeutischen Angebote (vgl. Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 58ff. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf. verfügbar am 03.03.2012).

5.3 Krebserkrankungen

In vielen Studien wird die Gesamthäufigkeit von Krebserkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund als geringer angegeben (vgl. Norredam, Krasnik, Pipper u.a.2007; Norredam, Krasnik, Pipper u.a.2008; Spallek, Kaatsch u.a.2006; Stirbu, Kunst, Vems 2006; Visser, van Leeuwen 2007; Zeeb; Spallek, Razum 2008: In: Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 48. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf. verfügbar am 03.03.2012). Auch hier beobachtet man den „Healthy-Migrant-Effect“. Mit längerer Aufenthaltsdauer im Zielland passt sich das Risiko häufig an die dort lebende, nicht immigrierte Bevölkerung an. Diese Beobachtungen kann man in solcher Weise interpretieren: Das Durchschnittsalter vieler Migrantengruppen ist niedriger als das der Gesamtbevölkerung und das allgemeine Risiko für Tumorerkrankungen nimmt mit dem Alter zu. Darüber hinaus ist das allgemeine Krebsrisiko in vielen Herkunftsländern internationaler Migration vergleichsweise niedriger. Für einige Krebsarten sind deutliche Korrelationen mit Lebensstil-assoziierten Risikofaktoren (z. B. Lebens- und Genussmittelkonsum) relativ. Für die beiden großen, in Deutschland lebenden Migrantengruppen (Aussiedler aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion und türkischstämmige Bevölkerung) wird ein höheres Risiko für Lungenkrebs durch Rauchen im jungen Erwachsenenalter sowie für Magenkrebs durch Alkoholkonsum und chronische Magenerkrankungen festgestellt. Insgesamt besteht in diesem Bereich ein erheblicher Forschungsbedarf (vgl. Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 48f. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf. verfügbar am 03.03.2012).

5.4 Infektionskrankheiten

Infektionskrankheiten kennzeichnen in vielen Herkunftsländern von Zugewanderten das Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen in der Bevölkerung. Es ist fraglich, ob und inwieweit Infektionskrankheiten „importiert“ werden. Hier ist eine Antwort auf diese Frage bei der Prävention und bei der Behandlung von den Erkrankten erforderlich. Nur für wenige Infektionskrankheiten gibt es

staatsangehörigkeits- bzw. herkunftsspezifische epidemiologische Daten. Im Mittelpunkt stehen die gesetzlich einer Meldepflicht unterliegenden Krankheiten: Tuberkulose, HIV/AIDS. Zuzüglich werden Erkenntnisse zur Infektion mit dem einer Hepatitis-B-Virus sowie dem Bakterium *Helicobacter pylori* erörtert.

5.4.1 Tuberkulose

Tuberkulose ist die klassische Erkrankung der Armut. Seit vielen Jahren ist die Zahl der Tuberkulose-Neuerkrankungen in Deutschland rückläufig. Im Jahr 2001 wurde mit dem neuen Infektionsschutzgesetz eine Untersuchungspflicht für Spätaussiedlerinnen und -aussiedler, Asylsuchende und Flüchtlinge in Gemeinschaftsunterkünften eingeführt. Schon erste Informationen belegen eine Häufung von Tuberkulose liegen bei Spätaussiedlerinnen und -aussiedlern bei der Gesundheitsuntersuchung in Grenzdurchgangslagern. Vergleichende Angaben zur Tuberkulosehäufigkeit sind für die Bevölkerung deutscher Staatsangehörigkeit nicht verfügbar. Die Schätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erläutert eine Annäherung, die für das Jahr 2003 die Häufigkeit für die Bundesrepublik Deutschland mit 7 Tuberkulosefällen je 100.000 Einwohner angibt. Die Angaben von Herkunftsländern sind bei Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern deutlich höher: 135 - in der Ukraine, 160 - in der russischen Föderation, 153 - in Kasachstan auf je 100.000 Einwohner (vgl. World Health Organisation (Hrsg) 2005, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 38. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012). Vom Robert Koch-Institut wurde veröffentlicht, dass 5.402 Tuberkuloseerkrankungen im Jahr 2006 gemäß Referenzdefinition (vgl. ebd., 38) registriert wurden. Die Tuberkuloseinzidenz ausländischer Staatsangehörigen lag mit 24,2 neuen Fällen pro 100. 000 Einwohner rund 5,3-mal so hoch wie die der deutschen Staatsangehörigen (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2007: In Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 76. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012). Die ausländischen Erkrankten zeigen eine wesentlich jüngere Altersstruktur auf als die Deutschen (34 Jahre vs. 36 Jahre). Die häufigsten

Geburtsländer ausländischer Tuberkulosepatientinnen und -patienten waren im Jahr 2006 die Türkei (6,7% aller Neuerkrankten mit Angaben zum Geburtsland), die russische Föderation (4,0%) und Serbien (2,5%). Man kann diese Situation mit den verschiedenen Faktoren erklären: Eine Infektion, die vermutlich bereits in der Kindheit erfolgte, die soziale Lage (beengte Wohnverhältnisse, ungesunde und mangelhafte Ernährung sowie mangelhafter Zugang zur Gesundheitsversorgung).

Zusammenfassend ist fest zu stellen, dass die Häufigkeit der Tuberkulose sowie das Neuerkrankungsrisiko bei den Spätaussiedlerinnen und -aussiedlern deutlich höher als bei der einheimischen Bevölkerung sind. Es wurde festgestellt, dass im Ausland geborene Tuberkulosepatienten häufige Resistenz gegen Tuberkulosemedikamente haben. Deshalb sind sie eine wichtige Zielgruppe für Aktivitäten der Gesundheitsdienste zur Kontrolle (vgl. Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 38ff. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012). Die Grundbedingungen für eine erfolgreiche Bekämpfung von Tuberkulose und für die Prävention weiterer Ausbreitung sind der Zugang zu medizinischer Diagnostik und die Möglichkeit zur konsequenten Durchführung der über mehrere Monate notwendigen medikamentösen Therapie (vgl. Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 47. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf. verfügbar am 03.03.2012).

5.4.2 HIV/AIDS

Seit 1982 werden Informationen über AIDS-Erkrankungs- und Todesfälle von Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland in einem zentralen Fallregister am RKI gesammelt und verarbeitet. Es geht hier um freiwillige Meldungen durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Die Gesamtzahl der AIDS-Fälle vor den ersten Erkrankungs- und Todesfällen bis zum Ende 2006 wird vom RKI auf insgesamt 32. 500 geschätzt (Robert Koch-Institut (Hrsg) 2006, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 40. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar

am 02.03.2012). Ungefähr 130 verschiedene Staatsangehörigkeiten werden beim Fallregister an AIDS -Fällen registriert. 26,1% der in den Jahren 2001 bis 2006 gemeldeten AIDS-Erkrankten hatten keine deutsche Staatsangehörigkeit.

Ein wichtiges Instrument zur Überwachung der HIV/AIDS-Epidemie ist die HIV-Labormeldepflicht. Gemäß Labormeldepflicht bzw. seit 2001 gemäß Infektionsschutzgesetz §7(3) muss die Diagnose einer HIV-Infektion seit 1987 vom diagnostizierenden Labor anonym an das RKI gemeldet werden. Dabei wird als migrationsspezifische Merkmale des Herkunftslands der Patientin bzw. des Patienten die vermutete Infektion erhoben. Man muss berücksichtigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund möglicherweise nicht in gleicher Zahl wie Einheimische ohne Migrationshintergrund zur HIV-Testung gehen bzw. diesen Test benutzen. Als Ursache dazu kann man kulturelle Unterschiede im Krankheits- und Gesundheitsverhalten nennen. Deswegen erfährt ein Teil der Menschen mit Migrationshintergrund erst im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium von ihrer HIV-Infektion. Auch in Deutschland werden Personen aus Hochprävalenzländern (HPL: über 1% der Allgemeinbevölkerung HIV-infiziert) neue HIV-Infektionen in einer unbekanntenen Größenordnung übertragen, obwohl die Mehrzahl der HIV-Infektionen bei ihnen mit hoher Wahrscheinlichkeit in den Herkunftsländern erworben wurden (vgl. Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 41f. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Die HIV/AIDS – Prävention steht vor der Aufgabe vor dem Hintergrund der berichteten Daten. Man muss Menschen mit Migrationshintergrund intensiver über die Präventions- und Therapiemöglichkeiten von HIV und AIDS informieren und präventive Angebote von primärer und sekundärer Ebene auf ihre speziellen Bedürfnisse abstimmen.

Als Prävention von HIV/AIDS ist es wichtig einen ungehinderten Zugang zur Diagnostik, lebenslange Therapie und notwendige medizinische Kontrolle zu machen, weil unkontrollierte Therapieunterbrechung ein erhebliches Risiko von Resistenzbildung gegen die verwendeten Medikamente birgt. Unter Therapie stellen Tuberkulosepatientinnen und -patienten ein geringes Risiko für andere

Menschen dar. Deshalb ist ein freier Zugang von Menschen mit HIV/AIDS zu Diagnostik und Therapie sehr bedeutsam - selbst wenn z.B. ausländerrechtliche Regelungen dem entgegenstehen, da es um Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus geht (vgl. Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 41f. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf. verfügbar am 03.03.2012).

5.4.3 Hepatitis B

Hepatitis B wird durch Blut und andere Körperflüssigkeiten übertragen und kann zu chronischen Verläufen sowie Leberkrebs führen. 5% bis 8% der Gesamtbevölkerung in Deutschland haben eine Hepatitis B-Infektion, 0,4% bis 0,8% sind Virusträger. In vielen Herkunftsländern von Menschen mit Migrationshintergrund ist diese Infektion stärker verbreitet (vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg) 2006, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 41. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012). Wegen des symptomatischen Verlaufs dieser Erkrankung, gibt es beim Robert Koch-Institut eine Untererfassung von gemeldeten Neuererkrankungen. Laborwerte aus größerem Status als Basis für Aussagen zur Prävalenz in einzelnen Bevölkerungsgruppen sind in Deutschland nicht verfügbar. Aufgrund der höheren Hepatitisrisiken in den Herkunftsländern von (Spät)-Aussiedlerinnen und (Spät)-Aussiedlern sowie anderer Migranten kann man vermuten, von einem überproportionalen Anteil dieser Gruppen an den infizierten Personen insgesamt auszugehen (vgl. Prufer-Kramer, Kramer 2004, 2007, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 41. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

5.4.5 Helicobacter pylori

Helicobacter pylori führt zu chronischer Magenentzündung (Gastritis), zu Geschwürbildungen (Ulkerkrankungen) und hat Assoziation mit Krebserkrankungen des Magens. Weltweit weist je nach Hygienestatus

erhebliche Schwankungen die Prävalenz der Infektion bei Erwachsenen auf. In einigen weniger entwickelten Ländern sind über 80% der Erwachsenen mit *Helicobacter pylori* infiziert (vgl. Suerbaum, Michetti 2002, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 41. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Es wurde auf der Infektions- Hypothese basierenden Sichtweise gerade auch hinsichtlich der auf „Menschen mit Migrationshintergrund“ von der Beobachtung gestützt, dass *Helicobacter pylori* in Migrantenkollektiven (und vor allem bei Kindern) in wesentlich größerer Häufigkeit gefunden wurde als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (Koletzko 2001; Perez-Perez, Rothenbacher, Brenner u.a. 2004; Porsch-Oezcuemez, Doppl, Hardt u.a. 2003; Rothenbacher, Bode, Berg u.a. 1998; Seher, Thierfelder, Dortsch u.a. 2000; Sherman 2004; Tsai, Perry, Sanchez u.a. 2005, In: Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 46. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf. verfügbar am 03.03.2012).

Verschiedene Untersuchungen in Deutschland haben Unterschiede in der Infektionsrate bei deutschen Schülern und solchen ausländischer (meist türkischer) Herkunft von bis zu 5% zu 60% beschrieben (vgl. Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 46. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf. verfügbar am 03.03.2012). Allerdings ist bis zu dieser Zeit nicht abschließend geklärt, in welcher Weise *Helicobacter pylori* übertragen wird, deshalb ist es problematisch, die Kausalität zwischen der Abstammung und dieser Krankheit zu finden. Die Ergebnisse deutscher Studien weisen darauf hin, dass hohe *Helicobacter- pylori*-Infektionen nicht spezifisch für „Migranten“ sind, sondern primär durch sozioökonomische Faktoren bedingt sind, die auch bei Migranten vorkommen.

Infektionskrankheiten wie *Helicobacter pylori*, Tuberkulose, HIV/AIDS weisen auf die Relevanz soziokultureller und rechtlicher Dimensionen des komplexen Phänomens „Migration“ für die Entwicklung, Ausbreitung und Behandlung von Erkrankungen hin. Die gebotenen Lösungsansätze sind dabei so unterschiedlich, wie die Lebenssituationen der betroffenen Menschen, wobei grundsätzlich die folgenden zwei Punkte Beachtung finden müssen: Zum ersten

ist stets die reale Lebenssituation der konkrete betroffenen Individuen bzw. sozialen Gruppen wahrzunehmen, einschließlich der aktuellen, sozialen, ökonomischen und ausländerrechtlichen Situation, der weiteren Lebensplanung der Betroffenen und ihrer tatsächlich bestehenden Handlungsoptionen. Dabei sind die generalisierenden Aussagen z.B. über Nationalität, Herkunft oder den ausländischen Status definierende Migrantengruppen ohne empirisch gewonnene Kenntnisse und direkten Kontakt zur Zielgruppe mit Skepsis zu beurteilen. Zum zweiten sind klar und explizit Prioritäten bei den medizinisch notwendigen Maßnahmen zu setzen. Auch die Behörden und Verwaltungseinrichtungen, die nicht direkt mit der medizinischen Behandlung betraut sind, stehen hier in der Verantwortung, die ihnen gegebenen Handlungsspielräume im Sinne des Patientenwohl zu nutzen (vgl. ebd., 48).

5.5 Sucht

In Deutschland tragen suchtmittelassoziierte Erkrankungen in erheblichem Maße zur Krankheit bei. Es geht um Suchtmittelgebrauch, bei dem zwischen legalen Suchtmitteln (Nikotin, Alkohol) abhängig machenden Medikamenten und illegalen Suchtmitteln (Drogen oder Rauchgift) unterschieden wird.

5.5.1 Tabakkonsum

Die Daten der Mikrozensus können im Vergleich zum Rauchverhalten von deutschen und nicht deutschen Staatsangehörigen aller Altersgruppen genutzt werden. Mehrere Variable werden in der Mikrozensususerhebung abgefragt. Die Untersuchung war freiwillig. Für eine nach Nichtdeutschen und Deutschen differenzierte Sonderauswertung gehören die Angaben zu Nichtraucherinnen/ Nichtraucher, gegenwärtig regelmäßigen Raucherinnen/ Rauchern und dem Durchschnittsalter bei Rauchbeginn. Andere Variable haben große Datenlücken. Laut den Daten des Mikrozensus ist Rauchen das am weitesten verbreitete Risikoverhalten. In den Jahren 2003 und 2005 findet sich ein höherer Anteil von Rauchern bei den Männern unter den Nichtdeutschen als

unter den Deutschen (plus 9% bis 10%). Der vermutliche Unterschied zur Berufsschulstudie von Dill liegt dabei in den unterschiedlichen Altersgruppen (vgl. Dill, Frick, Hofer 2002 u.a., In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 56. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Der Anteil der regelmäßigen Raucherinnen liegt unter 65 Jahren stets niedriger als unter deutschen Frauen. Nichtdeutsche Frauen zeigen nur deshalb einen insgesamt höheren Anteil regelmäßiger Raucherinnen auf, weil in dieser Gruppe anteilig mehr junge Frauen befragt wurden als bei deutsche Frauen.

Damit bestätigen die Mikrozensusdaten, dass mit steigendem Bildungsgrad der Anteil der Raucherinnen bzw. Raucher abnimmt (vgl. Lamper, Burger 2005: In Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 56. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Die Daten des Mikrozensus 2005 nach Migrationshintergrund beweisen sowohl bei Männern als auch bei Frauen einen Rückgang des Tabakkonsums mit zunehmendem Alter. Anders als beim Vergleich „deutsch“ vs. „nichtdeutsch“ sind Frauen mit Migrationshintergrund aber häufiger betroffen als Frauen ohne Migrationshintergrund (79,2 vs. 77,3%) (vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg) 2007: In Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 56. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Dieser Unterschied zur Auswertung hinsichtlich der Staatsangehörigkeit kann nicht allein durch eine unterschiedliche Altersverteilung erklärt werden, sondern zeigt wirkliche Unterschiede auf.

5.5.2 Medikamentenabhängigkeit

Es wird bestätigt, dass in Deutschland ca. 1,4 Millionen Personen medikamentenabhängig sind (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren

2005, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 56. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012). Proben, aus dem ausländischen Bevölkerungsanteil auf die vermutliche Zahl von betroffenen ausländischen Staatsangehörigen zu schließen, sind wissenschaftlich kaum möglich. Weitere Studien sind hier erforderlich.

5.5.3 Alkoholkonsum

Alkohol ist ein gesetzlich weitgehend akzeptiertes Suchtmittel. Neben Migration spielen bei gesundheitlich riskantem Verhalten eine Kumulation mehrere Faktoren, zum Beispiel Pubertät und meist soziale Unsicherheit eine Rolle. Hinsichtlich der Religionszugehörigkeit finden sich beim Alkoholkonsum erhebliche Unterschiede. Laut der allerdings nicht repräsentativen Studie von Dill konsumieren nur 37% der islamischen Jugendlichen gegenüber 62% Jugendlicher anderer Religionszugehörigkeit Alkohol (vgl. Dill, Frick, Hofer u.a. 2002, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 56. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012). Mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland nimmt die Häufigkeit des Alkoholkonsums zu. Menschen mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind, konsumieren Alkohol häufiger als Jugendliche, die erst nach 1990 nach Deutschland gezogen sind (vgl. Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 56. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012). Die übergroßen Erwartungen an die neue Heimat in der Bundesrepublik sind als Ursache für die hohe Zahl der Alkoholabhängigen unter den Spätaussiedlern zu sehen (Bätz 2001 vgl. n. Frenzke- Kulbach 2004, 56). Auch das tradierte, geschlechtsspezifische Rollenverständnis führt häufig zu Konflikten, die Menschen mit Migrationshintergrund mit Alkohol zu kompensieren versuchen (vgl. Frenzke- Kulbach 2004, 56ff.).

5.5.4 Konsum illegaler Drogen

In Deutschland gehören zu den illegalen Drogen neben Heroin, Kokain und den Amphetaminen auch Cannabis und Marihuana und die so genannten „Partydrogen“ wie Ecstasy (vgl. Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 56. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012). Suchtpotenzial und gesundheitliche Folgeschäden unterscheiden sich erheblich zwischen den verschiedenen Typen illegaler Drogen (vgl. Schmidbauer, vom Scheidt 2004, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 57. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012). Aus der Kriminalitätsstatistik lassen sich weitere Aussagen zum Konsum illegaler Drogen ableiten. Allerdings ist die Aussagekraft von Kriminalitätsstatistiken für die Gesundheitsberichterstattung nicht eindeutig, da sie vom Fahndungsverhalten der Polizei abhängig sind und fahndungspolitische Entscheidungen einen starken Einfluss auf die Datenlage haben können. Es geht bei den in der Kriminalitätsstatistik verfügbaren Daten zur Häufigkeit der illegalen Drogengebrauchs um Schätzungen. Sie werden auf der polizeilich registrierten Erstkonsumenten harter Drogen und der registrierten Drogendaten errechnet (vgl. Institut für Therapieforschung (Hrsg) 1993, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 58. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012). Für das Jahr 2001 wird die Zahl der Konsumentinnen und Konsumenten harter Drogen bundesweit auf 349.000 bis 395.000 geschätzt (vgl. Bundeskriminalamt (Hrsg) 2001, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 58. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012 2008). 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. Gegenüber dem Jahr 2000 bedeutet das einen deutlichen Rückgang um 4,8%. Dieser Rückgang bezieht sich alle Drogenarten außer Kokain und LSD.

Bezogen auf die einzelnen Staatsangehörigkeiten vertreten türkische Staatsangehörige unter den nichtdeutschen Erstanfälligen 22,7%. Danach folgen italienische Staatsangehörige mit 11,5% sowie Personen aus dem

ehemaligen Jugoslawien. Russische und kasachische Staatsangehörige weisen die höchsten so genannten Belastungszahlen auf. Bei diesen beiden Bevölkerungsgruppen konsumiert der überwiegende Teil der Erstanfälligen Heroin (Kasachstan über 9%, russische Staatsangehörige über 75%).

Gefühle der Macht- und Sinnlosigkeit führen dazu, die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen nicht richtig entfalten zu können. Bei vielen Menschen mit Migrationshintergrund kommt es zu unzureichender Bewältigung der alltäglichen Herausforderungen und damit zu dem Gefühl des Kontrollverlustes über das eigene Leben. Es führt zu psychischen und physischen Störungen wie Ängste, niedriges Selbstwertgefühl und psychosomatische Beeinträchtigungen (vor allem Magen- und Darmbeschwerden 9, teilweise auch zu körperlichen Gesundheitsstörungen (vgl. Hurrelmann 2006, 47).

Die vorliegenden Daten ergeben Hinweise auf Unterschiede im Suchtmittelgebrauch zwischen deutschen und nichtdeutschen Staatsangehörigen bzw. bei Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Bei ausländischen Männern ist der Tabakkonsum stärker verbreitet als bei deutschen Männern. Dagegen rauchen Frauen ohne Migrationshintergrund mehr Anteilen als Frauen mit Migrationshintergrund. Das Alkoholkonsum wie auch der Konsum der illegalen Drogen nimmt bei längerer zunehmender Aufenthaltsdauer auch bei Kindern und Enkeln zugewanderter Personen ist aber meist bei Deutschen weiter verbreitet als bei altersgleichen ausländischen Staatsangehörigen. Die Daten, die bezüglich der Herkunft stärker differenzierend sind, ebenso die Informationen zum Suchtmittelkonsum in höheren Altersgruppen fehlen bisher. Überwiegend basieren die Daten zu Suchterkrankungen auf Behandlungs- und Kriminalitätsstatistiken mit eingeschränkter Aussagekraft. Man kann über die Frage, wie es bei Deutschen, ist (vgl. Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 58. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

5.6 Übergewicht

Übergewicht ist eine Ursache für Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit, Typ 2-Diabetes und orthopädische Erkrankungen (Robert Koch-Institut (Hrsg) 2003, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 52. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012). Der Body Maß Index(BMI), der durch den Quotienten aus dem Körpergewicht (in kg) und der Körpergröße (in m zum Quadrat) berechnet wird, lässt sich durch ein erhöhtes Gewicht vom Normalgewicht bestimmen. Internationale Studien (vgl. Brussaard, Erp-Baart, Brants u.a.2001; Landman, Cruickshank 2001, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 52. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012 2008). werden bei einigen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund in zwei Unterlegungen dargestellt: nach Staatsangehörigkeit über eine mehrjährige Periode sowie nach Migrationshintergrund für das Jahr 2005. In beiden Fällen dient der Mikrozensus als Datenquelle. Damit werden Körpergröße und Körpergewicht zur Berechnung des BMI nur erfragt, was zu den systematischen Fehleinschätzungen führen kann (vgl. Wang, Patterson, Hills 2002, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 52. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Die Auswertung der Mikrozensusdaten der Jahre 1999, 2003 und 2005 nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht zeigt, dass bei Frauen mit Migrationshintergrund und höherem Alter die mittleren BMI-Werte deutlich größer sind als bei den deutschen Frauen. Dabei hat man keine Unterschiede zwischen deutschen und nicht-deutschen Männern festgestellt. Ein unterschiedliches Gewichtsbewusstsein, Körperbild und eine geringere körperliche Aktivität können Ursachen für Übergewicht bei Menschen mit Migrationshintergrund sein (vgl. Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 78ff. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

5.7 Schlussfolgerungen

Der „Migrationshintergrund“ eines Menschen ist a priori keine Krankheitsursache. Bei einzelnen Menschen geht es neben anderem um einen mehr oder weniger bedeutsamen biografischen Faktor. Jedoch ist in den folgenden Bereichen ein deutlicher Zusammenhang zwischen Migration und Krankheit sichtbar.

Im Bereich der somatischen Erkrankungen sind genetische determinierte Krankheitsbilder (einige Bluterkrankungen, M. Gaucher), bzw. Risikofaktoren bei multifaktoriell verursachten Erkrankungen (z.B. Cholesterinwerte bei Herz-Kreislaufkrankungen) relevant. Die Verbreitung, Ausprägung und der Verlauf, die Prävention und Therapie von wichtigen chronischen Erkrankungen (Diabetes mellitus) und von Infektionskrankheiten wie Tuberkulose und HIV/AIDS hängen maßgeblich von den Lebensverhältnissen der betroffenen Menschen mit Migrationshintergrund und ihrem Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung ab.

Eine besonders enge Beziehung zwischen Migration und Krankheit ist im Bereich der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen festzustellen. Handlungsbedarf besteht auf mehreren Ebenen. Wünschenswert ist die Förderung einer sozialraumbezogenen, auf konkrete regionale und/oder soziale Kontexte bezogene epidemiologische Forschung, die sich auf die lokale Bevölkerungsstruktur und die vor Ort relevanten Fragestellungen konzentriert.

Auf dem Gebiet von Politik und Gesellschaft muss man eine möglichst konfliktfreie Integration fördern. Dabei geht es um die Entwicklung von trans- oder multinationaler Identität in der modernen Gesellschaft.

Im Gesundheitswesen besteht die Notwendigkeit, eine gezielte Ergänzung medizinischer Fachkenntnisse durch sozial- und kulturwissenschaftliche Kompetenzen vorzunehmen. (vgl. Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 58ff. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf. verfügbar am 03.03.2012).

6. Migranten als Patienten im Gesundheitssystem

Menschen mit Migrationshintergrund nehmen viele gesundheitliche Leistungen in geringerem Maße in Anspruch als die Mehrheitsbevölkerung. Eine vergleichsweise geringere Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen kann sich durch einen ungleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung als auch durch eine ungleiche Nutzung ergeben. Weiter erläutern wir die mögliche Ursache für Unterschiede in der Inanspruchnahme von den gesundheitlichen Leistungen in Deutschland von den Menschen mit Migrationshintergrund.

6.1 Versicherungsstatus

Menschen mit Migrationshintergrund mit legalem Aufenthaltsstatus sind normalerweise auch krankenversichert. Sie haben 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 bekommen für die Dauer ihres Verhaltens beziehungsweise Aufenthalts eine eingeschränkte medizinische Versorgung. Weniger als 1% der Zuwanderer verfügen über keinen Krankenversicherungsschutz (SOEP vgl. Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 107ff.). Bei so genannten „neuen“ Arbeitsmigrantinnen und -migranten existiert eine Verunsicherung über den eigenen Versicherungsstatus (Ergebnisse einer Repräsentativerhebung des Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung im Jahr 2001 vgl. n. Bericht von Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, 107. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf. verfügbar am 03.03.2012). Vor allem Saisonarbeiterinnen und -arbeiter sind der Meinung, dass sie im Falle eines Unfalls oder bei Krankheit nicht versichert sein könnten (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg) 2002, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 107. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Seit 2007 gelten im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wie auch der privaten Krankenversicherung Neuregelungen für Ausländerinnen und Ausländer.

Gemäß §5 Abs. 1Nr. 13 i. V. m. Absatz 11 SGB V haben seit den 1.04.2007 Ausländerinnen und Ausländer ohne anderwärtige Versicherung im Krankheitsfall, die nicht Angehörige einer Mitgliedschaft der EU eines Vertragsstaates des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, einen Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung von mehr als 12 Monaten nach dem 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 den Fällen, in denen die Voraussetzung für die Erteilung der Aufenthaltstitel die Sicherung des Lebensunterhaltes der Ausländer bzw. des Ausländers gegeben ist, sodass die Ausländerinnen/der Ausländer ihren /seinen Lebensunterhalt einschließlich ausreichenden Krankenversicherungsschutzes ohne Inanspruchnahme öffentlicher Mittel bestreiten kann. 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 privatem Krankenversicherung zuzuordnen sind, ab 1.07.2007 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) (vgl. Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 107ff. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

6.2 Kommunikationsprobleme

Kommunikationsprobleme sind weitere Schwierigkeiten und Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Wegen mangelnder Deutschkenntnisse einiger Menschen mit Migrationshintergrund entstehen Kommunikationsprobleme in den Bereichen Körper, Gesundheit, Befinden und Sexualität. Dabei sind Hinweise und Informationen zu Gesundheitsleistungen häufig nicht in einer für diesen Personenkreis verständlichen Sprache oder Form erfasst. Nicht nur mangelnde Sprachkenntnisse sondern auch niedriges Bildungsniveau, zahlreiche Tabus könnten zu Informationsverlust bei der Gesundheitsversorgung führen. Wegen dieser Ursache wurde das Ziel, eine geeignete Aufklärung der Patientin bzw. des Patienten vor einer Therapie oder einem chirurgischen Eingriff durchzuführen, nicht erreicht (vgl. Pette, Borde, David 2004, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 109. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Dies schränkt die Selbstbestimmungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten der Patientinnen/Patienten ein, die wiederum mit dem Patientenrecht auf Information und Aufklärung verbunden sind (vgl. Borde 2002, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 109. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

6.3 Unterschiedliche Krankheitsverständnis

Ein unterschiedliches Krankenverständnis verursacht ebenfalls Differenzen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Einerseits gibt es Mängel in der Inanspruchnahme sowie der Entwicklung von „Patientenkarrieren“, andererseits sind „typische“ Probleme in der ambulanten und stationären klinischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund vorhanden (vgl. Razum, Geiger, Zeeb u.a. 2004; Geiger, Razum 2006, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 110. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Das Verständnis von Gesundheit und Kultur ist untrennbar mit der Kultur verbunden. Die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist vor allem auf ein naturwissenschaftlich fundiertes, medizinisches Wissen aufgebaut. Dagegen basieren Krankheits- bzw. Gesundheitskonzepte anderer Länder häufig auf einem ganzheitlicheren Verständnis und sind eng mit religiösen Ansätzen verknüpft, welche im heutigen Medizinsystem in der Regel auf Unverständnis stoßen. Gesundheitsprobleme werden als „Strafe Gottes“ oder, wie im Mittelmeerraum verbreitet, als Folge einer „bösen Pflicht“ gesehen.

Die Präsentation und auch die Interpretation von Symptomen einer Erkrankung sind kulturell bedingt. In standardisierten Interviews gaben den befragten Erwachsenen Patientinnen/Patienten mit Migrationshintergrund höhere Werte für wahrgenommene Schmerzen als deutsche Patientinnen/ Patienten an. Zudem konnten sie mehr Schmerzregionen benennen (vgl. Borde, Braun, David 2003, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 110. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Wenn sie ihre Beschwerden nicht in der dem westlichen Denken typischen Trennung von körperlichen und seelischen Problemen (Leib-Seele-Dichotomie) erleben, kann es zu Problemen bei der Interaktion mit Ärztinnen und Ärzten kommen. Die deutlich höhere Schmerzbetonung der Beschwerden und Krankheitsbilder türkischer Patientinnen/ Patienten wird in der allgemeinmedizinischen Versorgung oft sehr lange im „Einverständnis“ zwischen Arzt und Patient symptombezogen mit Medikamenten behandelt (vgl. Wagner, Kerek-Bodden, Schach u.a. 1985; von Ferber, Koster, Celayir-Erdogan 2003, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 110. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012). Dabei sind beide Beteiligte überzeugt, dass der bzw. die jeweils andere nur eine Reduktion der Schmerzsymptome wünscht beziehungsweise leisten kann, aber nicht das Gespräch über die psychischen Hintergründe führen möchte (vgl. Schepker, Toker, Eberding 1998; Koch, Brucks, Strate 2002, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 110. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache

=D, verfügbar am 02.03.2012). Dabei bleibt eine eventuell indizierte psychosomatische Behandlung unter oder erfolgt erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Chronifizierung (vgl. Strate, Koch 2000, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 110. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012). Aus diesem Grund sind psychisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund in der spezialisierten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung unterrepräsentiert.

6.4 Unterschiedliches Nutzungsverhalten

Eine weitere Ursache von Unterschieden bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist ein unterschiedliches Nutzungsverhalten. Menschen mit Migrationshintergrund nutzen häufiger Rettungstellen statt Hausärzte als erste Anlaufstelle und suchen diese öfter in den Abend- und Nachtstunden sowie an den Wochenenden auf (vgl. Borde, Braun, David 2003, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 110. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012). Solche Angebote wie die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und bei ambulanten Pflegediensten werden von Menschen mit Migrationshintergrund trotz bestehenden Anspruchs vergleichsweise seltener genutzt als von Deutschen.

6.5 Migrationsspezifische Erfahrungen

Fremdfeindlichkeit wird von vielen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland erlebt. Sie kann in allen Bereichen des gesellschaftlichen Zusammenlebens auftreten, potenziell also auch im Gesundheitswesen (vgl. Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 107ff. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012)

7. Perspektiven für die Praxis

Es wird viel getan, um Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zu den Gesundheitsdiensten in Deutschland zu erleichtern. Ein gesetzlicher Anspruch auf Gesundheitsversorgung besteht für den größten Teil der Betroffenen in der gleichen Weise wie für die Mehrheitsbevölkerung ohne Migrationshintergrund. Es gibt vielfältige Bemühungen, sprachlich oder kulturell bedingte Hindernisse abzubauen.

7.1 Muttersprachliches Personal

Die sprachliche und kulturelle Heterogenität von Patientinnen und Patienten wird gefordert, dass „interkulturelle Kompetenz“ zu den Gesundheitsberufen gehören müsse. Bis zu dieser Zeit sei es noch nicht gelungen, eine solche Qualifikation in den Ausbildungsgängen adäquat zu verankern. Muttersprachliches Personal kann solche Lücken nur teilweise auffüllen. Am 31.12.2006 waren insgesamt 19.513 ausländische Ärztinnen und Ärzte im Bundesarztregister verzeichnet (KBV, Bundesarztregister 2006 vgl. nach Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 113. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012). Die Länder der EU, die nicht zu den Anwerbeländern für ausländische Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gehören, sind zahlenmäßig am bedeutsamsten. An zweiter Stelle befinden sich (die ehemalige) Sowjetunion und ihre mittlerweile teilweise zur Europäischen Union gehörenden Nachfolgestaaten. An dritter Stelle steht die Gruppe der klassischen Anwerbeländer, wobei hier die griechischen Ärztinnen und Ärzte stark dominieren.

Ausländische Ärztinnen und Ärzte sind überwiegend in Krankenhäusern tätig und weniger in der ambulanten Versorgung. Es wird auch eine Zunahme von Fachkräften mit Migrationshintergrund für andere Gesundheitsbranchen erwartet. Unter den zehn häufigsten Lehrberufen, die ausländische Auszubildende wählen, steht Arzthelferin an vierter und Zahnarzthelferin an

siebter Stelle. Bisher ist es nicht untersucht, ob die Zunahme von Fachkräften mit Migrationshintergrund das muttersprachliche Versorgungsangebot vergrößert und als Kulturvermittler zu verstehen ist (vgl. Geiger, Razum 2006, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 112. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

7.2 Sprachhilfen und Dolmetscherdienste

Die Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Regelangeboten des Gesundheitswesens ist oftmals an den Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern gebunden. Die Hinzuziehung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern ist lediglich bei stationären Aufenthalten und vor operativen Eingriffen in Kliniken rechtlich gesichert (Oberlandesgericht Düsseldorf, Aktenzeichen 8U 60/88 vgl. nach Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 114. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Sehr selten benutzen die Krankenhäuser die Dienste von professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern. Häufiger bauen sie auf die Vermittlung durch Angehörige und durch fremdsprachliche, allerdings nicht speziell geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Es gibt keine Finanzierungssicherheit für Dolmetscherleistungen in der ambulanten Versorgung, da Krankenkassen diese nicht übernehmen müssen (Bundessozialgericht, Aktenzeichen 1 RK 20/04 vgl. nach Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 114. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012). Die unzureichende Rechtslage, das einseitige Kompetenzprofil und die mangelnde Infrastruktur erschweren den regelmäßigen Dolmetschereinsatz.

In den letzten Jahren entstanden nach Vorbildern in den Niederlanden (vgl. Drenthen 2000, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 112. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar

am 02.03.2012). Großbritannien und Skandinavien so genannte „Gesundheitsdolmetscherdienste“, die die sprachliche Verständigung im Gesundheitswesen unterstützen. Sie sollen mit Hilfe sozial und medizinisch geschulter Dolmetscher und semiprofessioneller Dolmetscherinnen und Dolmetscher nach einheitlichen Kosten- und Qualitätsstandards die Verständigung im Bereich medizinischer und therapeutischer Versorgung im Sinne der Chancengleichheit verbessern (vgl. Salman 2001, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 112. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012). Solche Einrichtungen gibt es in Hannover, München, Aachen, Bielefeld und Kassel. Insgesamt können die Gesundheitsdolmetscherdienste bei der Übersetzung von über 50 verschiedenen Sprachen ins Deutsche behilflich sein (vgl. Bundesweiter Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“ 2005, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 112. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Allerdings sind die Angebote und Konzepte hinsichtlich ihrer Qualität, Reichweite, Finanzierung und Nachhaltigkeit zurzeit noch nicht durchgehend evaluiert. Es ist erforderlich, neben sprachlichen Kompetenzen auch weitere Kenntnisse zur effektiven Nutzung des Gesundheitssystems zu erwerben. Das Projekt Spuk („Sprache und Kultur“) in Osnabrück beschäftigt sich mit den Grundlagen einer effektiven Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen sowie Asylsuchenden und bietet Mediatorenschulungen an.

Die aufgeführten Initiativen fördern die sprachliche Verständigung zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und den Beteiligten im Gesundheitswesen und tragen zu einer höheren Entscheidungskompetenz bei (vgl. Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 112ff. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

7.3 Öffentliche Gesundheitsdienste

In Deutschland werden die Aufgaben der ca. 400 Gesundheitsämter über die Landesgerichte festgelegt, so dass sie je nach Bundesland variieren können. Die Gesundheitsämter führen vielfältige und unterschiedliche Initiativen durch, in denen die Zielgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund angesprochen wird. Durch Informationsmaterial und Beratungsgespräche in ihrer Muttersprache werden sprachliche Barrieren abgebaut. Die Gesundheitsämter beraten und helfen bei Infektionskrankheiten (HIV/AIDS, sexuell übertragenen Krankheiten, meldepflichtigen Erkrankungen (Tuberkulose, Hepatitis). Zu den Aufgaben der Gesundheitsämter gehören Schwangerenberatung, „Pillensprechstunde“ und Konfliktberatung bei Schwangerschaft ebenso der große Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit sowie Zahngesundheit. Normalerweise führen die Gesundheitsämter keine Therapie durch und übernehmen nicht die Arbeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte (vgl. ebd., 115f.)

7.4 Spezialisierte Einrichtungen

Nach allgemeiner Einschätzung soll die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund durch die interkulturelle Öffnung der Regeldienste ermöglicht werden. Im Allgemeinen gelten spezifische Gesundheitsdienste für diesen Personenkreis als nicht erforderlich und wären im benötigten Maße nicht finanzierbar. Bei bestimmten Problemstellungen werden jedoch sowohl unter fachlichen bzw. humanitären als auch unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten Spezialeinrichtungen empfohlen (vgl. Razum, Geiger, Zeeb u.a. 2004, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 116. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Das hilft etwa für die Behandlung von Folteropfern, aber auch von Patientinnen und Patienten mit regional auftretenden, erblich bedingten Erkrankungen. In der

Psychotherapie und Suchthilfe werden bestimmte migrantenspezifische Anforderungen an die Therapie gestellt.

Viele Einrichtungen sind unter dem Dach der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer zusammengefasst, welche die Begutachtung und die Therapie von traumatisierten Flüchtlingen durchführen. Häufig verschweigen Asylsuchende im Anerkennungsverfahren eine durchlebte Folter und Vergewaltigung. Deshalb werden eine kontinuierliche psychologische Schulung und Supervision der „Einzelentscheider“, eine psychologische Sensibilisierung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern sowie die Erarbeitung von Gutachtenstandards für eine transparente und dem Einzelfall angemessene Verfahrensweise als wichtig angesehen (vgl. Knipping 2001, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 116. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Die Behandlung einer posttraumatischen Belastungsstörung sollte so früh wie möglich beginnen (vgl. Kuch, Cox 1992, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 116. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Damit werden Familienzusammenführungen sowie Möglichkeiten zur eigenen Existenzsicherung und damit verbunden ein geklärter Aufenthaltsstatus und Arbeitsmöglichkeit gesehen (vgl. Ebner 2001, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 116. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

In der Suchthilfe existieren einzelne qualitativ hochstehende Einrichtungen mit interkulturellen Konzepten oder entspannenden präventiven Angeboten. Der akzeptanzorientierte Ansatz der deutschen Drogenhilfe für Menschen mit Migrationshintergrund ist gleichzeitig schwer nachvollziehbar und wird möglicherweise sogar von den Betroffenen selbst abgelehnt, wenn sie aus ihren Herkunftsgesellschaften ein repressives und autoritäres Vorgehen kennen.

Für den Aufbau des Vertrauens und Verständnisses kann der Einsatz von Therapeuten und Streetworkern mit ähnlichem Migrationshintergrund und entsprechenden Sprachkenntnissen entscheidend sein (vgl. Salman, Tuna 2001, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 116. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

7.5 Hilfen für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus

In Deutschland hat jeder Mensch ein Recht auf eine medizinische Notversorgung. Für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus stellt die tatsächliche Nutzung dieses Rechtes ein Problem dar, weil sie durch die Inanspruchnahme ihre „Illegalität“ preisgeben. In §4 in Verbindung mit §1Abs. 1 Nr. 5 Asylbewerberleistungsgesetz (Asylb LG) ist der Anspruch auf Versorgung für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus festgeschrieben. Allerdings stellt sich hier das Problem der Meldepflicht.

Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus können auf verschiedenen Wegen Zugang zur medizinischen Versorgung erhalten (vgl. Munz, Alscher, Ozcan 2001, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 117. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Sie sind Mitglied einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung im Herkunftsland, die für medizinische Behandlungen in Deutschland aufkommt.

Pendler und Personen ohne rechtlich gesicherten Aufenthaltsstatus aus Nachbarstaaten nutzen häufig die Gesundheitsversorgung ihres Herkunftslandes.

In einigen Großstädten - in Berlin, Bremen, Frankfurt am Main, 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 Hilfe im Bereich der ambulanten Gesundheitsversorgung an.

Es besteht die Möglichkeit, öffentliche Institutionen, wie z. B. Sozialamt zur Mitteilung eines illegalen Aufenthalts zu verpflichten (vgl. Fodor 2001, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 117. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

Krankenhäuser sind grundsätzlich bei entsprechenden medizinischen Indikatoren dazu verpflichtet, jeden Menschen aufzunehmen und die benötigte Behandlung zu gewährleisten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus aus Angst vor Entdeckung und Ausweisung notwendige medizinische Leistungen oftmals nicht nutzen. Dazu bestehen Versorgungslücken im ambulanten Bereich vor allem bei der zahnärztlichen Versorgung, der Behandlung von Infektionskrankheiten sowie chronischer und psychischer Erkrankungen aber auch im stationären Sektor (vgl. Munz, Alscher, Ozcan 2001, In: Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 117. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

8. Anforderungen an die soziale Arbeit

Die berufliche soziale Arbeit ist seit ihren Anfängen auf innovative, praxisrelevante Handlungskonzepte angewiesen. Der Auftrag der beruflichen sozialen Arbeit ist die Arbeit mit Personen, die ihren Hilfebedarf sowie ihre Bedürfnisse nicht angemessen artikulieren können, die benachteiligt und desintegriert sind (Grefeld 2002 vgl. n. Olm, In: Frenzke-Kulbach, (Hg.) 2004, 60ff.) Der Zugang zum bestehenden Hilfesystem wird für Menschen mit Migrationshintergrund durch folgende Gründe erschwert:

- sprach- und kulturbedingte Barrieren sowohl seitens der Hilfeinrichtungen, als auch seitens der Migrantinnen
- Informationsdefizite über das Hilfesystem in Deutschland
- unzureichende interkulturelle Besetzung des Personals in den Institutionen (Cerci 2001 vgl. n. Olm, In: Frenzke-Kulbach, (Hg.) 2004, 60ff.).

Der professionelle Helfer ist für die Gestaltung der sich hieraus ergebenden notwendigen Settings, die sich grundlegend von psychotherapeutischen oder auch pädagogischen unterscheiden. In diesem Zusammenhang geht es um das „ethnopschoanalytische Setting“, das die Besonderheiten einer helfenden Beziehung zwischen einem Professionellen und einem Migrantinnen zusammenfasst (Bach 1996 vgl. n. Olm, In: Frenzke-Kulbach, (Hg.) 2004, 60ff.).

Jede tragfähige helfende Beziehung erfordert das aktive Zuhören mit der positiven Wertschätzung (Rauchfleisch 2001 vgl. n. Olm, In: Frenzke-Kulbach, (Hg.) 2004, 60ff.). Eine Kontaktaufnahme zum Aufbau von Vertrauens- und Informationsstrukturen kann nur über eine Präsenz und Kontinuität gelingen. Die Sozialarbeiter sollen in ihrer Haltung Interesse und Offenheit für diese Klientel zeigen. Sie müssen multikulturelle Kompetenzen erwerben. Dabei hängen die kommunikativen Barrieren oft weniger mit fehlender Sprachkompetenz der Klienten zusammen; wichtiger ist zunächst der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen Berater und Klient. In besonderer Maße erfordert dies die Kooperation und Vernetzung verschiedener Einrichtungen (Migrationsdienste, offene Jugendhilfe, Kirchen und Verbände, Suchthilfe etc.) (Barwig 1995 vgl. n. Olm In: Frenzke-Kulbach, (Hg.) 2004, 60ff.). Durch Elemente des Empowerment können bei Menschen mit Migrationshintergrund vorhandene Ressourcen gestärkt werden. Dabei ist die Kontinuität ein wichtiger Faktor. Die professionellen Sozialarbeiter, die selbst aus dem betreffenden Kulturkreis kommen, kennen den soziokulturellen Kontext, die migrationsbedingten Probleme und können Kommunikationsbarrieren überbrücken und den Zugang zu bestehenden gesundheitlichen Angeboten erleichtern (vgl. Frenzke-Kulbach 2004, 60ff.).

9. Zusammenfassung

Abschließend fassen wir wesentliche Aspekte unsere Arbeit zusammen und geben einen Ausblick auf unsere sozialpädagogische Arbeit.

9.1 Die Bedeutung des Themas Migration und Gesundheit

Wie der vorliegende Bericht belegt, können Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung erhöhte Gesundheitsrisiken aufweisen. Die Migration als solche macht nicht krank. Vielmehr sind es die Gründe und Umstände einer Migration sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, die zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen können. Überdurchschnittlich häufig haben sie einen niedrigen sozioökonomischen Status, beschäftigen sich oft gesundheitsschädigende berufliche Tätigkeiten, sind arbeitslos, oder leben in einer ungünstigen Wohnsituation. Jeder einzelne dieser Faktoren zieht eine Beeinträchtigung der Gesundheit nach sich. Ganz besonders gilt dies bei Zusammentreffen mehrerer dieser Faktoren. Dennoch sind Menschen mit Migrationshintergrund nicht grundsätzlich „krank“ als Menschen ohne Migrationshintergrund. Sie besitzen vielmehr große gesundheitsförderliche Ressourcen. Das sind aktive Menschen, die das Wagnis einer Migration auf sich nehmen (vgl. Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 129. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

9.2 Unterschiede in Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Menschen mit Migrationshintergrund sind eine in sich heterogene Gruppe, zum Beispiel bezüglich des Herkunftslands, der Wanderungsmotive, des ethnischen und kulturellen Hintergrunds, des sozioökonomischen Status und Gesundheitsverhaltens. Deshalb sind ihre Gesundheitsprobleme

verschiedenartig. Im Vordergrund stehen die gleichen Krankheiten wie in der gleichaltrigen deutschen Bevölkerung:

Erkrankungen des Halte- und Bewegungsapparates, oft durch berufsbedingte, stärke 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.

Dazu haben Menschen mit Migrationshintergrund erhöhte Risiken bei einigen Gesundheitsproblemen, die in der deutschen Bevölkerung selten geworden sind:

Todesfälle im Zusammenhang mit der Geburt und im ersten Lebensjahr

Tuberkulose und einige andere Infektionskrankheiten

Einzelne (seltene) erbliche Stoffwechselerkrankungen.

Dabei sind Menschen mit Migrationshintergrund 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 (vgl. ebd., 129).

9.3 Menschen mit Migrationshintergrund, die besondere Gesundheitsprobleme haben

Es gibt Gruppen unter den Menschen mit Migrationshintergrund, die besonderen Risiken und Belastungen ausgesetzt sind. Eine zahlenmäßig stark anwachsende Gruppe, die in einem vergleichsweise schlechteren Gesundheitszustand sind, sind ältere zugewanderte Personen. Sie haben oft nicht geplant, den Lebensabend im Zuwanderungsland zu verbringen. Das Altern in Deutschland kann für sie mit starken familiären, psychosozialen sowie ökonomischen Belastungen verbunden sein. Dabei benutzen sie bestehende Dienste und Angebote aus dem Bereich der Altenpflege bislang noch wenig.

Außerdem sind Frauen mit Migrationshintergrund mehrfachen Belastungen ausgesetzt, die negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben können. Neben den Belastungen durch Beruf oder Arbeitslosigkeit und Familie sind Konflikte zu nennen, die kulturbedingt sind. Mit zunehmendem Alter und Leben in der Migration verschlechtert sich die Gesundheitszufriedenheit von Frauen mit Migrationshintergrund. Dieser Zustand ruft einen höheren Krankenstand in der Altersgruppe ab 40 Jahren hervor.

Personen ohne rechtlich gesicherten Aufenthaltsstatus sind oft potenziell gesundheitsschädigenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt. Dabei sind sie meist nicht krankenversichert. Wenn sie eine Notfallversorgung in Anspruch nehmen, riskieren sie die Abschiebung aus Deutschland. Zugleich schlägt die Migration aber auch offensichtliche Ressourcen und positive Gesundheitspotenziale vor (vgl. ebd., 129ff).

9.4 Aspekte der Versorgung und Prävention

Bei Menschen mit Migrationshintergrund ist die Nutzung präventiver Angebote aus nahezu allen Bereichen geringer als bei Deutschen. Das bezieht alle Altersgruppen, beginnend mit der Versorgungsuntersuchung bei Kindern bis hin zur Krebsvorsorge bei Erwachsenen und Älteren. Eine Reihe von Präventiven Interventionen wird speziell für Menschen mit Migrationshintergrund angeboten.

Für einen Großteil dieser Angebote steht ein Wirksamkeitsnachweis noch aus (vgl. ebd., 130).

9.5 Forschungsbedarf und Perspektiven

In Deutschland bestehen Defizite im Bereich der gesundheitswissenschaftlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund. Sie betreffen zum einen die routinemäßige für diese Zielgruppe. Es gibt noch viele offene Fragen zu Gesundheitsrisiken und –potenzialen von Menschen mit Migrationshintergrund, die über ein CBE nicht zu beantworten sind (vgl. ebd., 131).

9.6 Probleme in der Gesundheitsberichterstattung

Durch zwei Hindernisse wird die existierende Gesundheitsberichterstattung für Menschen mit Migrationshintergrund:

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

Der Mangel belastbaren Daten führt dazu, dass die Gesundheitsberichterstattung für Menschen mit Migrationshintergrund oft stärker nach der Datenverfügbarkeit als nach dem bestehenden Informationsbedarf ausgerichtet ist. Defizite in technischen Aspekten der Gesundheitsberichterstattung für Menschen mit Migrationshintergrund tragen dazu bei. Die Interpretation von Ergebnissen einer Gesundheitsberichterstattung für Menschen mit Migrationshintergrund wird durch Faktoren erscheint, die in vergleichbaren Weise bei der deutschen Mehrheitsbevölkerung nicht auftreten. Der sogenannte „Healthy-migrant“ Effekt und die Abgrenzung der jeweiligen Effekte von Migrationsstatus und sozioökonomischen Status sind zwei wichtige und nach keineswegs vollständig verstandene Faktoren. Deshalb ist es fraglich, ob zugewanderte Personen bei

schweren Erkrankungen bevorzugt ins Herkunftsland zurückkehren (was die Statistik der Erkrankungs- und Todesfälle verzerren würde) oder eher in Deutschland bleiben (vgl. ebd., 131).

9.7 „Healthy-migrant“ Effekt

Einen überdurchschnittlich guten Gesundheitszustand von zugewanderten Personen kann der „Healthy-migrant“ Effekt vorspiegeln. Es ist schwer, dies bei der Interpretation von Daten korrekt zu berücksichtigen. Es ist noch nicht genug geklärt, in welchen Maße Expositionen gegenüber unterschiedlichen Risikofaktoren (z.B. geringere Ernährung, schlechte hygienische Bedingungen) in Herkunftsland zu einem erniedrigten oder erhöhten Krankheits- und Sterberisiko beitragen (vgl. ebd., 131).

9.8 Selektive Rückkehr

Es wird angenommen, dass zuwandernde Personen im Falle einer schweren Erkrankung in ihre Herkunftsland zurückkehren, was als mögliche Erklärung für eine niedrige Erkrankungshäufigkeit oder Sterblichkeit dieser Personengruppe in der Statistik in Deutschland angeführt kann. Diese Argumentation stützt sich weitgehend auf indirekte Belege, da es kein Register von Menschen gibt, die ihr Heimat zurückkehren. In dem letzten Jahre existieren die Hinweise, dass eine solche selektive Rückkehr nicht(mehr) alle Gruppen von zugewanderten Personen in gleicher Weise betrifft. Ehemalige Arbeitsemigranten und Arbeitsmigranten, die ihre Familien in Deutschland haben, bei Krankheit oftmals nicht in das Herkunftsland zurück. Dagegen reisen sogar erkannte Rückkehrerinnen und Rückkehrer aus dem Herkunftsland werden nach Deutschland ein, um von der besseren Gesundheitsversorgung zu profitieren. Diese Effekt sind noch nicht ausreichend untersucht und können daher bei der Interpretation von Daten nicht korrekt berücksichtigt werden (vgl. ebd., 131).

9.9 Sozioökonomische Status vs. Migrationsstatus

In der Bevölkerung sind die gesundheitlichen Unterschiede durch sozioökonomische Unterschiede bestimmt.⁶ Die gesamte amtliche Statistik in Deutschland erhebt bis heute aber nur unzureichende Angaben zum sozioökonomischen Status. Es ist unklar, welcher Anteil der Gesundheitsbelastung von Menschen mit Migrationshintergrund auf migrationsbedingte Faktoren zurückzuführen ist und welcher Anteil statusspezifisch ist (vgl. ebd., 132).

9.10 Perspektive für die Praxis

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

- Es existieren viele Hilfestellungen sprachlicher und kultureller Art für die Kommunikation und Gesundheitsbereich. Aber Dolmetscherdienste und muttersprachliche Informationsmaterialien, aber auch Weiterbildungsangebot für Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitsbereich werden noch nicht flächendeckend angeboten. Deswegen kann nicht immer ausreichend auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund eingegangen werden.

- Es gibt bereits viele Angebote im Bereich der Prävention, die sich speziell an Menschen mit Migrationshintergrund richten und deren Bedürfnissen berücksichtigen. Zurzeit wird noch diskutiert, welche die wirksamsten Strategien sind, um die Teilnahme von Menschen mit Migrationshintergrund an Präventionsangeboten zu erhöhen. Das bezieht nicht nur Angebote wie

Versorgungsuntersuchungen für Kinder, HIV-Prävention und zahnärztliche Prophylaxe, sondern auch die Prävention chronischer, durch den Lebensstil bedingter Erkrankungen. Ein aufsuchender Ansatz scheint hierbei Erfolg versprechender als der übliche „Komm“-Ansatz.

- Gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund öffnen sich viele Einrichtungen und Angebote der Gesundheitsversorgung. Aber noch gelingt das im gewünschten Maße oder mit sichtbarem Erfolg nicht im gewünschten Maße. Zum Beispiel werden Angebote im Bereich der Altenpflege von älteren Menschen mit Migrationshintergrund und ihren Familien bislang noch unzureichend wahrgenommen erschlossen.

- Für neue Angebote und Maßnahmen werden in Deutschland zunehmend Wirksamkeitsnachweise gefordert. Aber zurzeit werden spezifische Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund noch selten evaluiert- auch gut gemeinte Ansätze sind nicht immer wirksam und hilfreich für diese Zielgruppe.

- Ein geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung wird in Deutschland zunehmend erkannt. Inwieweit haben Menschen mit Migrationshintergrund hier einen besonderen Bedarf, ist noch nicht ermittelt.

- Seit langer sieht die Sozial- und Gesundheitsforschung von Menschen mit Migrationshintergrund als berechtigten Teil der Bevölkerung Deutschlands. Dabei wird diese Bevölkerungsgruppe immer noch nicht routinemäßig in alle bevölkerungsbezogenen und nutzer- bzw. patientenbezogenen Studien mit gesundheitlicher Thematik einbezogen.

Es wurde auch im Bereich der gesellschaftlichen Akzeptanz von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland bereits viel erreicht. Weitere Verbesserungen könnten die gesundheitliche Situation der Zielgruppe positiv beeinflussen. Es ist klar, dass Ausgrenzung oder Fremdgefährdung direkte und indirekte negative gesundheitliche Folgen mit sich bringen. Aber auch unzureichende unterstützende Maßnahmen im sozialen Bereich können gesundheitliche Auswirkungen haben. Die Migration kann oft mit einem niedrigen sozioökonomischen Status verbunden, der zu einem schlechteren

Gesundheitszustand führen kann. Zur Verringerung sozialer Ungleichheit von Menschen mit Migrationshintergrund tragen soziale Maßnahme bei. In diesem Zusammenhang werden beispielsweise die frühzeitige Sprachförderung von Kindern, deren Eltern einem Migrationshintergrund haben –auch, wenn die Kinder in Deutschland geboren sind, diskutiert. Häufig genannt wird die Verbesserung der Bildungschancen von Jugendlichen mit Migrationshintergrund, damit ihrer Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

Zwischen gesundheitlicher Versorgung und gesellschaftlicher Akzeptanz besteht noch die Herausforderung, faire und einvernehmliche Lösungen für die gesundheitliche Versorgung von Asylbewerbern und von „irregulär“ nach Deutschland eingereisten Personen zu finden (vgl. Bericht vom Robert Koch-Institut 2008, 129ff. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D, verfügbar am 02.03.2012).

10. Literaturverzeichnis:

Boumans, Elke; Ünal, Arif (1997): Die geteilte Menschenwürde. Flüchtlingsalltag und soziale Arbeit nach der Änderung des Grundgesetzes auf Asyl. Frankfurt am Main: IKO Verlag für interkulturelle Kommunikation.

Comez Albornoz, Moritz (2010): Migration und Behinderung. Heilpädagogik im interkulturellen Kontext. Hamburg: Diplomika Verlag GmbH.

Frenzke-Kulbach, Annette (Hg.) (2004): Soziale Arbeit mit Migrantinnen und Migranten. Beiträge zu theoretischen Konstrukten und praktischen Handlungsfelder. Bochum: Hausdruckerei der EFH-RWL, Horst Gerszewski.

Hurrelmann, Klaus (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. München: Juventa.

Maiwald, Guido (2003): Das Sozialisationskonzept von K. Hurrelmann. Zur Bedeutung der Sozialisation für die Gesundheit. München: GRIN Verlag GmbH

Hurrelmann, Klaus; Klocke, Andreas (2009): Armut und Gesundheitsgefährdungen im Kindes- und Jugendalter. <http://abafachverband.org/index.php?id=108>, verfügbar am 25.04.2012

Konrad Adenauer Stiftung (2009): Migration und Gesundheit.

http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf, verfügbar am
03.03.2012

Robert Koch- Institut (2008): Migration und Gesundheit http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D,
verfügbar am 2.03.2012

Reinke, Ellen (2004): Sinnlichkeit, Kultur und Krankheit.

http://web.psychosozial-verlag.de/psychosozial/details.php?p_id=25959
verfügbar am 25.04.2012

Erklärung zur selbstständigen Anfertigung der Arbeit

Erklärung:

Ich, Volodymyr Remezok, erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Chemnitz, 17.07.2012

.....

Erklärung:

Ich, Lyudmyla Shteynberg, erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Chemnitz, 17.07.2012

.....