



Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit



Gesundheit und Migration

Bayerischer Bericht

Gesundheitsberichterstattung für Bayern 4

Herausgeber: Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
Eggenreuther Weg 43, 91058 Erlangen

Telefon: 09131 6808-0
Telefax: 09131 6808-2202
E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de
Internet: www.lgl.bayern.de
Bildnachweis: Bayerisches Landesamt für Gesundheit
und Lebensmittelsicherheit

Druck: Kaiser Medien GmbH, Nürnberg, www.kaisermedien.de
Stand: Juli 2011

© Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, alle Rechte vorbehalten

Gedruckt auf Papier aus 100 % Altpapier

Redaktion:

Dr. Joseph Kuhn, Dunja Grimmer
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Telefon: 09131 6808-5302

Wissenschaftliche Bearbeitung:

Dr. Stefan Loos, Guido Schiffhorst, Sara Geerdes, Dr. Martin Albrecht, Alina Wolfschütz
IGES Institut GmbH, Berlin

ISBN 978-3-942018-28-9 Druckausgabe

ISBN 978-3-942018-29-6 Internetausgabe

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – wird um Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars gebeten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.



BAYERN | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung. Unter Tel. 089 122220 oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.

Inhalt

1	Migranten und Migrantinnen in Bayern.....	7
2	Warum ist die Gesundheit von Migranten und Migrantinnen ein eigenes Thema?	11
3	Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten?	14
3.1	Subjektiver Gesundheitszustand	14
3.2	Gesundheitszufriedenheit	17
3.3	Übergewicht.....	18
3.4	Schmerz	19
3.5	Krankenstand und Unfälle	20
3.6	Sterblichkeit von Migrantinnen und Migranten	22
3.7	Gesundheits- und Entwicklungsstand von Kindern mit Migrationshintergrund.....	26
4	Was tun Migrantinnen und Migranten für ihre Gesundheit?	31
4.1	Rauchverhalten	31
4.2	Alkoholkonsum	33
4.3	Andere Suchtmittel	34
4.4	Sport und Ernährung	34
5	Gehen Migrantinnen und Migranten häufiger zum Arzt?	37
5.1	Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgung	37
5.2	Inanspruchnahme von präventiven Angeboten	38
5.3	Teilnahme an Impfungen.....	39
6	Welche Versorgungsangebote für Migrantinnen und Migranten gibt es?.....	41
6.1	Migrationsbeauftragte an Krankenhäusern	42
6.2	Besondere Schulungsangebote für Gesundheitspersonal	43
6.3	Angebote zur Überwindung von Sprachbarrieren	43
6.4	Gesundheitspersonal mit Migrationshintergrund	46
6.5	Besondere Versorgungsangebote für Migrantinnen und Migranten.....	48
7	Fazit und Folgerungen für die Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten	50
8	Literaturverzeichnis	53

Abbildungen

Abbildung 1: Verteilung der ausländischen Bevölkerung in Bayern auf Kreisebene, 2008.....	8
Abbildung 2: Altersstruktur der deutschen und der ausländischen Bevölkerung in Bayern, 2008.....	9
Abbildung 3: Erklärungsmodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit.....	11
Abbildung 4: Höchster erreichter allgemein bildender Schulabschluss, differenziert nach Migrationshintergrund und Altersklassen in Bayern, 2008.....	12
Abbildung 5: Anteil der arbeitslos gemeldeten Personen an der Erwerbsbevölkerung in Prozent, 31.12.2008.....	13
Abbildung 6: Selbstberichteter, gegenwärtiger Gesundheitszustand nach Nationalität und Geschlecht in Bayern (in %), 2008.....	14
Abbildung 7: Anteil an Personen, die in den letzten vier Wochen immer oder oft an körperlichen Schmerzen litten, Bayern, 2008.....	20
Abbildung 8: Anteile derer, die in den letzten 4 Wochen vor der Befragung krank waren, nach Altersgruppen in Bayern (in %), 2009.....	22
Abbildung 9: Mortalität nach Alter und Geschlecht, Bayern, 2008.....	25
Abbildung 10: Anteil der Kinder im Alter von 5-7 Jahren mit gutem und schlechtem Gesundheitszustand, Bayern, 2008/2009.....	27
Abbildung 11: Kinder mit Adipositas, Alter von 5-7 Jahre, Bayern (in %), 2008/2009.....	29
Abbildung 12: Anteil der Raucher nach Migrationshintergrund und Alter, Bayern (in %), 2009.....	32
Abbildung 13: Anteil der Raucherinnen nach Migrationshintergrund und Alter, Bayern (in %), 2009.....	32
Abbildung 14: Anteil derer, die stark bzw. sehr stark auf gesunde Ernährung achten, Bayern (in %), 2008.....	36
Abbildung 15: Bayerische Krankenhäuser mit Dolmetscherdienst, 2008.....	44
Abbildung 16: Hausärzte / Hausarztpraxen mit türkischen Sprachkenntnissen in Bayern, 2010.....	46
Abbildung 17: Tätigkeitsbereiche ausländischer Ärzte, Bayern (in %), 2009.....	47
Abbildung 18: Ausländische Ärzte nach Staatsangehörigkeit in Bayern, 2009.....	47

Tabellen

Tabelle 1:	Selbstberichtete physische Gesundheit nach Nationalität, Alter und Geschlecht in Bayern, 2008	16
Tabelle 2:	Selbstberichtete psychische Gesundheit nach Nationalität, Alter und Geschlecht in Bayern, 2008	17
Tabelle 3:	Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Nationalität, Geschlecht, Alter und Bildung in Bayern, 2008	18
Tabelle 4:	Body-Mass-Index nach Nationalität in Bayern (in %), 2008.....	19
Tabelle 5:	Body-Mass-Index nach Nationalität, Bildung und Geschlecht in Bayern, 2008.....	19
Tabelle 6:	Anteil von Personen mit Unfall oder Krankheit (in den letzten 4 Wochen) nach Migrationshintergrund in Bayern, 2009.....	21
Tabelle 7:	Altersstandardisierte Mortalitätsraten je 100.000 Einwohner nach ICD-Gruppen, Bayern, 2008	23
Tabelle 8:	Anteile von Kindern mit Prävalenz von Laut-, Wort- und Satzbildungsstörungen unter Kindern mit ausreichenden Deutschkenntnissen in Bayern (in %), 2006/2007	27
Tabelle 9:	Anteile von Kinder im Alter von 5 bis 6 Jahren mit Adipositas und Übergewicht nach Migrationshintergrund und Geschlecht in Bayern (in %), 2009	29
Tabelle 10:	Häufigkeit des Bierkonsums nach Nationalität und Geschlecht in Bayern (in %), 2008	33
Tabelle 11:	Anteil von Personen, die mindestens 1 Mal pro Woche Sport treiben in Bayern (in %), 2008	35
Tabelle 12:	Anteil von Personen ohne Krankenhaus- und Arztbesuche im Jahr 2007 und die durchschnittliche Anzahl von Arztbesuchen in den letzten 3 Monaten nach Nationalität, Geschlecht und Bildung in Bayern, 2008.....	38
Tabelle 13:	Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 nach Muttersprache der Eltern bei Kindern im Alter von 5 bis 6 Jahren und mit Angaben zur jeweiligen U-Untersuchung in Bayern (in %), 2005/6	39
Tabelle 14:	Impfstatus nach Muttersprache in Bayern (in %), 2008/9	40

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,



Bayern ist ein erfolgreiches Land mit einer hohen Lebensqualität. Es ist daher auch attraktiv für Menschen aus anderen Ländern. Ein Fünftel der Bevölkerung in Bayern hat inzwischen einen Migrationshintergrund. Die Migrantinnen und Migranten sind Teil dieser Gesellschaft, sie tragen dazu bei, dass Bayern einen guten Weg in die Zukunft findet. Ihre Integration ist für die künftige Entwicklung Bayerns, von der wirtschaftlichen Leistungskraft bis hin zu seiner kulturellen Identität, daher von großer Bedeutung.

Integration ist ein Prozess, der von zwei Seiten her stattfinden muss, von der Seite der einheimischen Bevölkerung und der hiesigen Institutionen und von der Seite der Migrantinnen und Migranten. Das Thema Gesundheit spielt dabei eine wichtige Rolle. Gelungene Integration zeichnet sich auch dadurch aus, dass Menschen mit Migrationshintergrund die Gesundheitsversorgung in Bayern genauso nutzen können wie die einheimische Bevölkerung und ihnen z.B. nicht durch Sprachbarrieren oder kulturelle Hürden der Zugang zur Gesundheitsversorgung erschwert ist. Ebenso müssen die Migrantinnen und Migranten für ihre spezifischen gesundheitlichen Anliegen im Gesundheitswesen Gehör finden.

Der vorliegende Bericht zeigt, dass es für die gesundheitliche Integration der Migrantinnen und Migranten in Bayern bereits jetzt gute Ansätze gibt. Diese sind nicht immer flächendeckend umgesetzt, so dass es hier noch gemeinsamer Anstrengungen seitens aller Beteiligten bedarf. Der Bericht weist auch darauf hin, dass Migrantinnen und Migranten keine homogene Gruppe darstellen. Sie kommen aus unterschiedlichen Kulturkreisen und unterschiedlichen sozialen Schichten. Dies gilt es bei Integrationsansätzen im Gesundheitswesen zu berücksichtigen, so schwierig dies auch im Alltag zu verwirklichen ist.

Ich wünsche dem Bericht, dass er die Diskussion um die Gesundheit der Menschen mit Migrationshintergrund in Bayern in einem positiven Sinne befördert und dass er Anregungen für eine migrationssensible Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens gibt.

Mit freundlichen Grüßen

Erlangen, Juli 2011

Ihr

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Zapf'.

Dr. med. Andreas Zapf

*Präsident des Bayerischen Landesamtes für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit*

1 Migranten und Migrantinnen in Bayern

In Bayern lebten im Jahr 2009 etwa 2,46 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Ihr Anteil an der bayerischen Bevölkerung lag damit bei fast einem Fünftel (19,7 %). Bei den Migranten und Migrantinnen in Bayern – wie auch im restlichen Bundesgebiet – handelt es sich eine vergleichsweise junge sowie sozioökonomisch und kulturell sehr heterogene Gruppe. Dies hat erhebliche Auswirkungen für Analysen zum Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund. Traumatisierte Kriegsflüchtlinge und gutsituierte wissenschaftliche Fachkräfte aus Schweden, Einwanderer aus afrikanischen Hungerregionen und ehemalige vietnamesische Gastarbeiter, all diese Gruppen gehören zu den Migrantinnen und Migranten. Die folgenden Auswertungen können daher oft nur verallgemeinernde Hinweise auf das Problem „Gesundheit und Migration“ geben, hinter denen sich nicht selten ganz unterschiedliche und sehr spezifische Problemlagen einzelner Gruppen verbergen.

Menschen mit Migrationshintergrund – wer ist das?

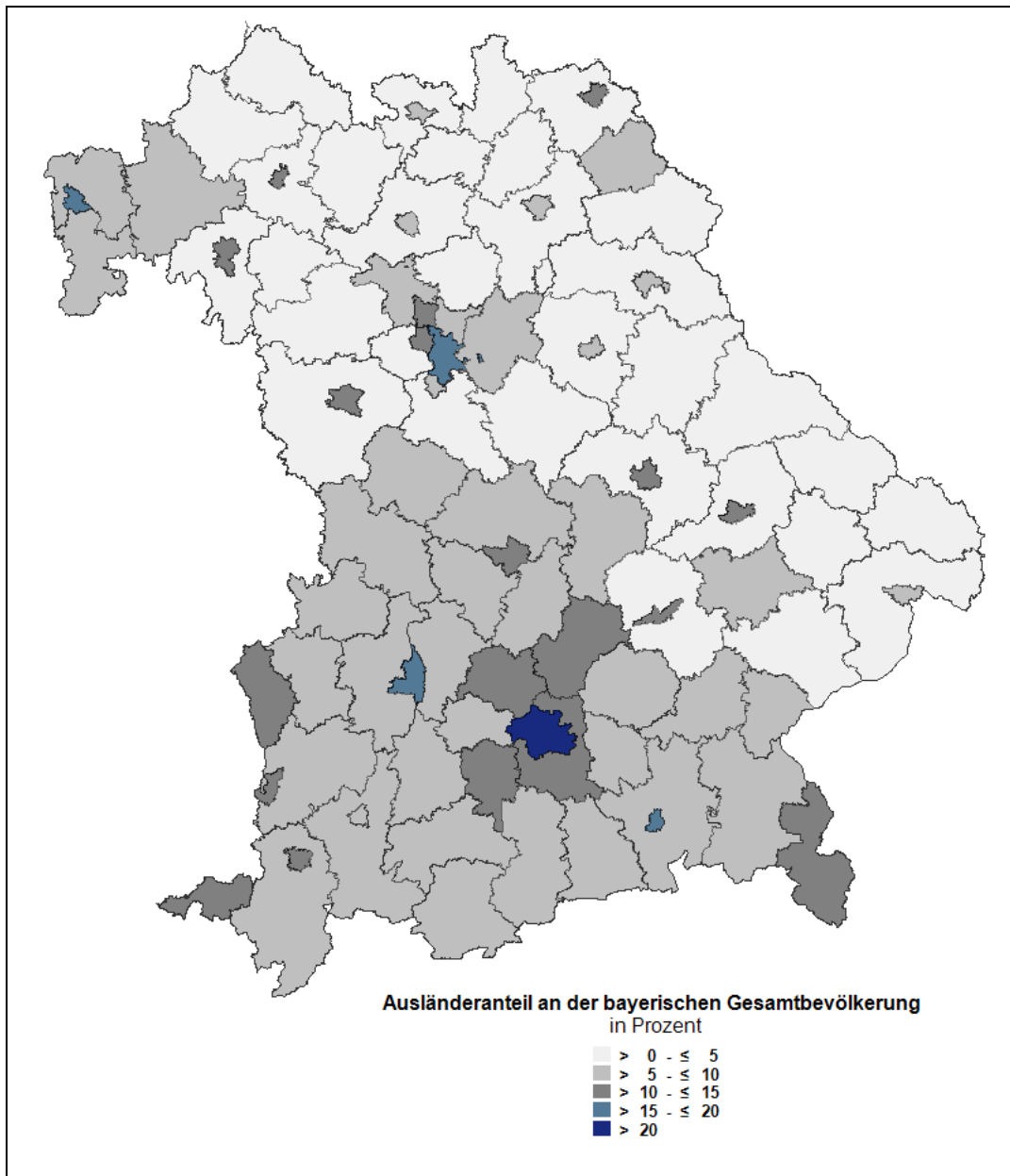
Das Statistische Bundesamt definiert Menschen mit Migrationshintergrund als "alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und Ausländerinnen und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland geborenen Elternteil". Auf der Grundlage dieser Definition lässt sich zwischen Migranten der 1. Generation und der 2. Generation unterscheiden, wonach die Migranten und Migrantinnen 1. Generation selbst nach Deutschland eingewandert sind, während bei den Migranten und Migrantinnen der 2. Generation mindestens ein Elternteil im Ausland geboren wurde. Für eine genaue Untersuchung der Lebenssituation von Migranten und Migrantinnen sind zusätzliche Informationen z. B. zum Geburtsland von Vater und Mutter, der Muttersprache und der Deutschkenntnis sowie dem Einreisejahr und dem Aufenthaltsstatus sehr wichtig.

In diesem Bericht wird auf unterschiedliche Datenquellen zurückgegriffen, in denen der Migrationshintergrund unterschiedlich gut abgebildet wird. Während der Mikrozensus Auswertungen nach Migrationshintergrund nach der oben angeführten Definition des Statistischen Bundesamt zulässt, weisen amtliche Statistiken vielfach nur die Staatsangehörigkeit von Menschen aus und unterscheiden zwischen Deutschen und Nichtdeutschen. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Reform des Staatsangehörigkeitsrechts im Jahr 2000 beschreiben die statistischen Daten über Ausländer und Ausländerinnen die Bevölkerung mit Migrationshintergrund immer weniger vollständig. Dennoch bilden Ausländer und Ausländerinnen nach wie vor eine wichtige Teilgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund. Rund die Hälfte der Personen mit Migrationshintergrund, nämlich 1,2 Mio. (9,4 %) der bayerischen Bevölkerung, sind ausländische Mitbürger. Von ihnen besaßen die meisten die Staatsbürgerschaft eines anderen europäischen Landes (40 %), der Türkei (20,3%) oder von Staaten des ehemaligen Jugosla-

wien (17,5 %) (Statistisches Bundesamt 2009, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung Familie und Frauen 2010).

Die ausländische Bevölkerung verteilt sich in Bayern regional sehr unterschiedlich und konzentriert sich mit deutlich höheren Anteilen in größeren Städten (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Verteilung der ausländischen Bevölkerung in Bayern auf Kreisebene, 2008



Quelle: IGES nach Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010

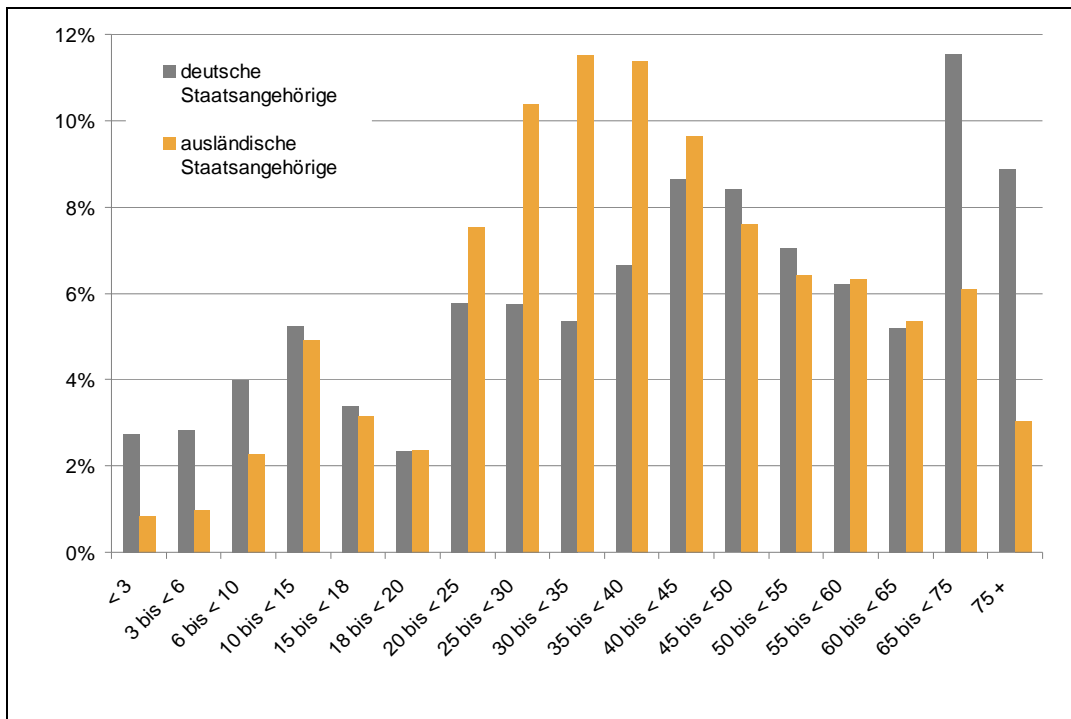
Dort lagen die Anteile der Ausländer und Ausländerinnen im Jahr 2008 deutlich über dem Durchschnitt von 9,4 % mit 23 % in München, 17 % in Augsburg, 16 %

in Rosenheim und jeweils rund 15 % in den Städten Aschaffenburg, Schweinfurt, Erlangen und Ingolstadt. Daneben weisen die südwestlichen Landkreise einen tendenziell höheren Anteil an Ausländern und Ausländerinnen auf. Im Gegensatz dazu lag der Anteil an Ausländern und Ausländerinnen in den nordöstlichen Landkreisen (ohne Städte) im Durchschnitt bei weniger als fünf Prozent und damit deutlich unter dem bayerischen Durchschnitt.

Für die Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund lässt sich ebenfalls eine regionale Konzentration auf größere Städte und ihre Umgebung feststellen. So hatten im Jahr 2007 rund 35 % der in München lebenden Menschen einen Migrationshintergrund (Nürnberg: 38 %, Augsburg 39,5 %) und damit deutlich mehr als im Landesdurchschnitt (19,3 %) (Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2010).

Der Vergleich der Altersstrukturen der deutschen und der ausländischen Bevölkerung in Bayern zeigt, dass die ausländische Bevölkerung relativ mehr jüngere Personen umfasst (Abbildung 2). So lag der Anteil der unter 40-jährigen in der Gruppe der ausländischen Staatsangehörigen in Bayern im Jahr 2008 bei 55,4 %, in der Gruppe der deutschen Staatsangehörigen hingegen nur bei 44,1 %. Der Altersstrukturunterschied zeigt sich besonders ausgeprägt in der Altersgruppe der 25- bis 40-jährigen: Ihr Anteil war unter der ausländischen Bevölkerung in Bayern mit 33,3 % fast doppelt so hoch wie für die deutsche Bevölkerung (17,8 %).

Abbildung 2: Altersstruktur der deutschen und der ausländischen Bevölkerung in Bayern, 2008, prozentuale Verteilung



Quelle: IGES nach Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010

Wenn man nicht nur die Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit berücksichtigt, sondern auch den größeren Kreis von Menschen mit Migrationshintergrund, wird der Unterschied in der Altersstruktur noch deutlicher: Im Jahr 2008 hatten von den 651.000 bayerischen Vorschulkindern 222.000 (34 %) einen Migrationshintergrund, unter den Kindern zwischen sechs und 18 Jahren immer noch rund jedes vierte Kind (Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2010a). Diese Anteilswerte liegen deutlich über dem Gesamtanteil der Personen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung Bayerns im Jahr 2008 (19,3 %).

Neben der Migrationsbevölkerung mit Rechtsstatus und Bleiberecht in Deutschland lebt eine nicht genau bezifferbare Anzahl von Personen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus, so genannte "Illegale", in Bayern. Nach einer Studie aus dem Jahr 2003 wurde Expertenschätzungen zufolge die Anzahl "Illegaler" in München auf rund 30.000 bis 50.000 veranschlagt (Anderson 2003). Aktuellere bzw. präzisere Angaben über die Anzahl der sich illegal in Bayern aufhaltenden Personen sind nicht verfügbar.

Deutsche, Migranten und Migrantinnen, Ausländer und Ausländerinnen

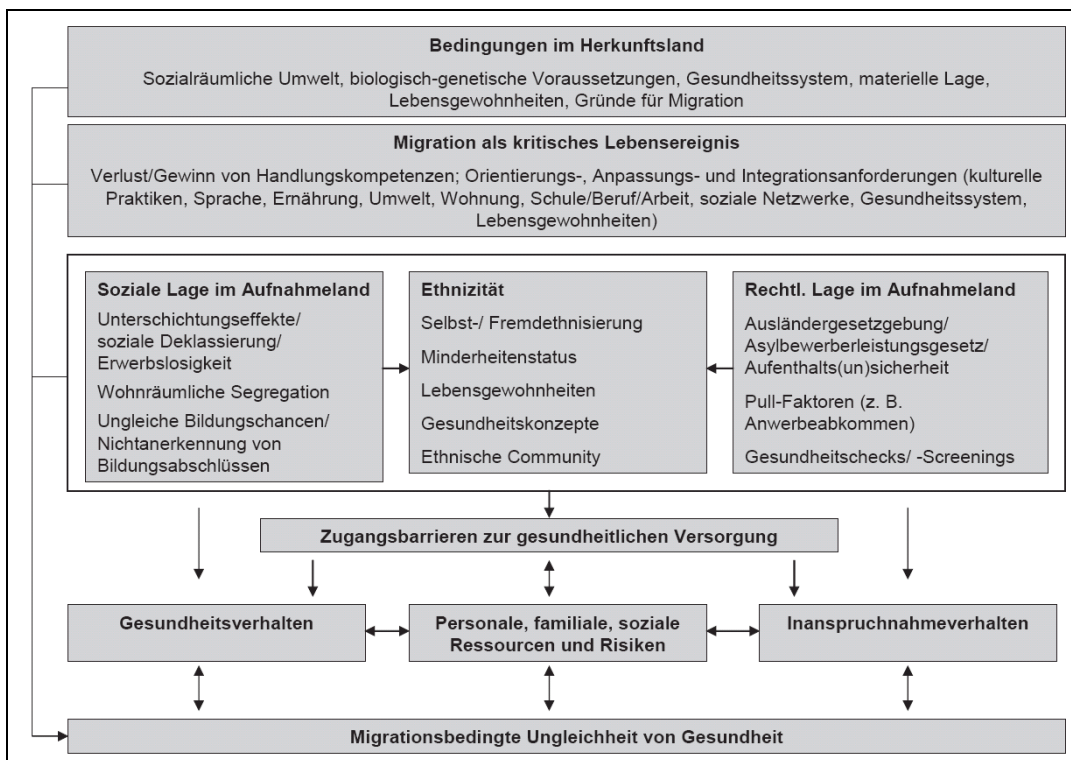
Für diesen Bericht wurden unterschiedliche Datenquellen genutzt, in denen der Migrationshintergrund unterschiedlich abgebildet ist. In der Benennung der Personengruppen in diesem Bericht spiegelt sich dies nicht immer eindeutig wider. Die wichtigsten Datenquellen und die entsprechenden Migrationsmerkmale sind:

Datenquelle	Merkmal
Mikrozensus	Migrationshintergrund, errechnet aus Geburtsland, Geburtsland der Eltern und Staatsangehörigkeit
Sozioökonomisches Panel	Staatsangehörigkeit (Migrationshintergrund wäre möglich, wurde aus statistischen Gründen für diesen Bericht nicht berechnet)
Todesursachenstatistik	Staatsangehörigkeit
Schuleingangsuntersuchungen in Bayern und GME-Einheiten	Erfragte Muttersprache der Eltern

2 Warum ist die Gesundheit von Migranten und Migrantinnen ein eigenes Thema?

Die Gesundheit von Migranten und Migrantinnen kann sich von der Gesundheit der deutschen Bevölkerung aufgrund einer Vielzahl von unterschiedlichen Einflussfaktoren systematisch unterscheiden (vgl. Abbildung 3). So weicht das Krankheitsspektrum in den Herkunftsländern oft deutlich von dem in Deutschland ab: In vielen Herkunftsländern im Mittelmeerraum ist das Risiko, an einem Herzinfarkt zu sterben, nur halb so hoch wie in Deutschland. Auch sind z.B. Brustkrebs, Darmkrebs und Allergien in vielen "armen" Ländern weitaus weniger verbreitet als in "reichen Staaten" (Parkin et al. 2005). Hinzu kommen Unterschiede im Gesundheitsverhalten: Dazu gehört z.B. der positive Einfluss einer mediterranen Ernährung auf das Auftreten von kardiovaskulären Krankheiten und damit verbunden die Lebenserwartung und Mortalität (Willett et al. 1995; Trichopoulou/Vasikopoulou 2000). Zudem kann sich die häufig religiös bedingte Ächtung des Alkoholkonsums in manchen Kulturkreisen auf die Gesundheit von Migranten und Migrantinnen auswirken. Auch die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung hängt vom Migrationsstatus ab und kann durch kulturelle Traditionen sowie die sprachlichen Kompetenzen der Migrantinnen und Migranten geprägt sein.

Abbildung 3: Erklärungsmodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit

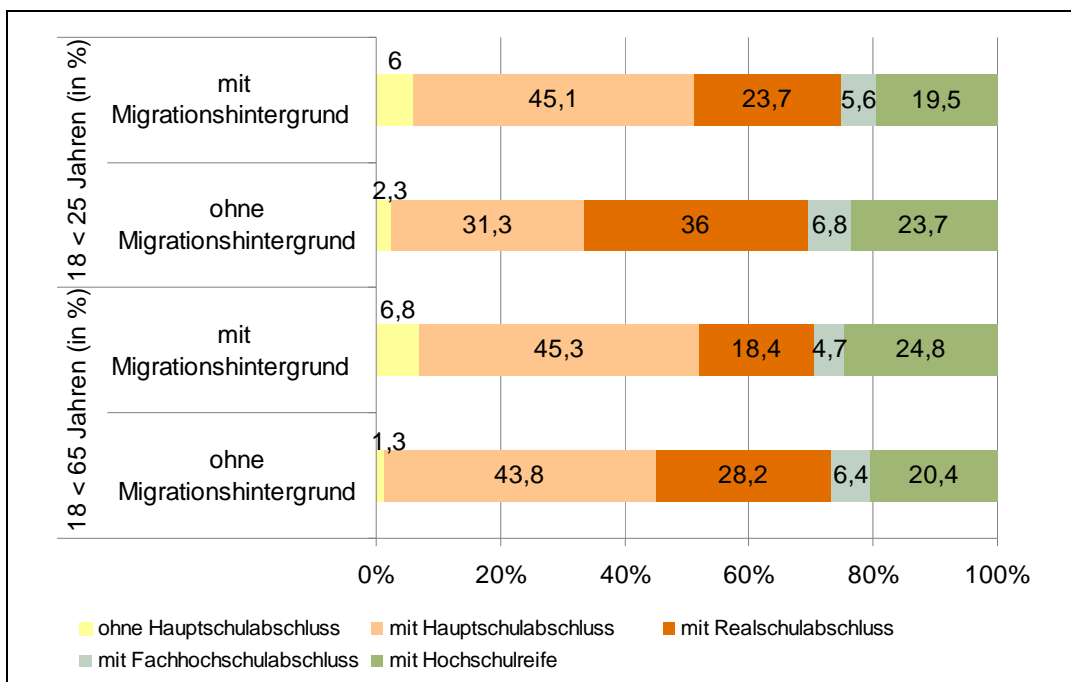


Quelle: Schenk (2007)

Andererseits können mit der sozioökonomischen Situation von Personen mit Migrationshintergrund systematisch erhöhte Gesundheitsrisiken in Verbindung gebracht werden. Ein Zusammenhang des Gesundheitszustandes mit dem sozioökonomischen Status ist vielfältig nachgewiesen: Je niedriger der sozioökonomische Status, desto schlechter ist häufig der Gesundheitszustand einer Person (Helmert 2003; Mielck 2000). Menschen mit Migrationshintergrund und vor allem Ausländerinnen und Ausländer weisen vielfach einen relativ niedrigen sozioökonomischen Status auf.

Ein zentrales Merkmal des sozioökonomischen Status ist der Bildungsgrad: Dieser hängt – dies haben die Ergebnisse der PISA-Studien verdeutlicht – stark mit der sozialen und familiären Herkunft zusammen (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2010, Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung 2009). In Bayern haben Menschen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich häufig keinen Hauptschulabschluss.¹ Gleichzeitig ist in dieser Gruppe der Anteil derer mit Hochschulreife aber höher als in der deutschen Herkunftsbevölkerung (24,8 % versus 20,4 %, Altersgruppe 18 bis unter 65 Jahre) (Abbildung 4).

Abbildung 4: Höchster erreichter allgemein bildender Schulabschluss, differenziert nach Migrationshintergrund und Altersklassen in Bayern, 2008



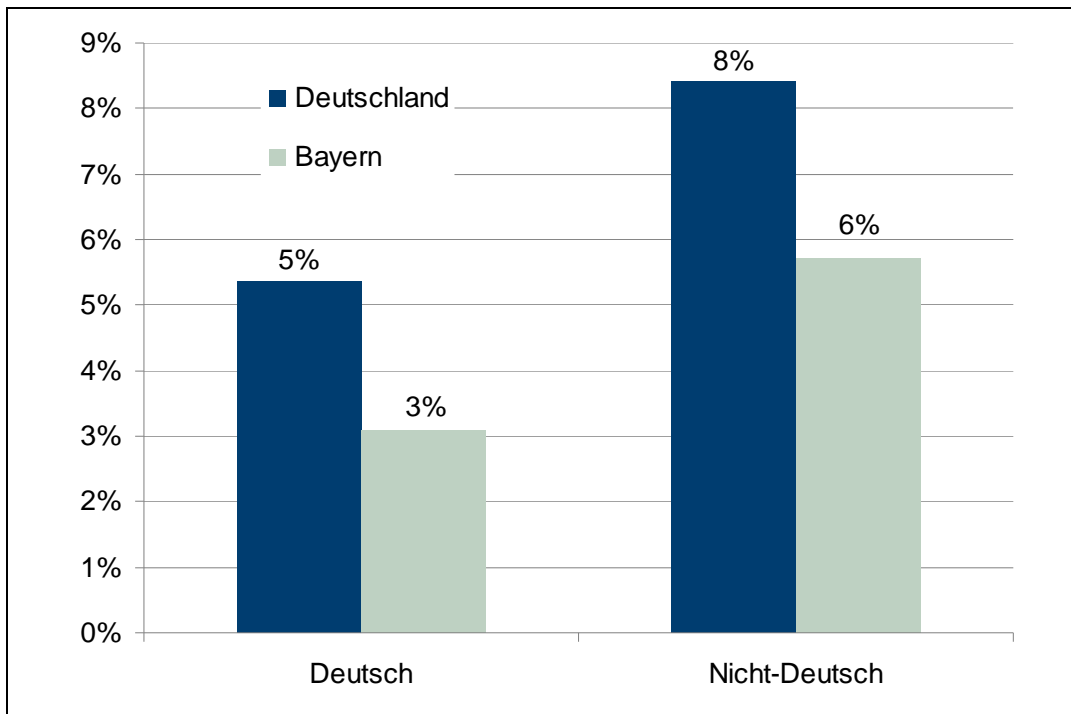
Quelle: IGES Darstellung, Mikrozensusauswertung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, 2010a

¹ Bayerische Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2010a). Die Auswertungen zum höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss der Bevölkerung in Bayern wurden auf Basis von Mikrozensus-Daten durchgeführt. Die amtliche Schulabgangsstatistik erfasst lediglich die Staatsangehörigkeit und kann somit nur eingeschränkt Informationen zur Höhe der Schulabschlüsse der Migrationsbevölkerung in Bayern liefern.

Auffällig ist darüber hinaus der relativ hohe Anteil jüngerer Personen (zw. 18 und unter 25 Jahren) mit Migrationshintergrund, welcher lediglich einen Hauptschulabschluss aufweist (45,1 % versus 31,3 % in der bayerischen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund).

Eine höhere Arbeitslosigkeit ist ein weiterer sozioökonomischer Risikofaktor für den Gesundheitszustand. Zumindest für die Bevölkerung mit ausländischer Staatsangehörigkeit in Bayern lässt sich eine erhöhte Arbeitslosigkeit zeigen (Abbildung 5).

Abbildung 5: Anteil der arbeitslos gemeldeten Personen an der Erwerbsbevölkerung im Alter zwischen 20 und 65 Jahren in Prozent, 31.12.2008



Quelle: IGES Berechnungen nach Bundesagentur für Arbeit 2010 und Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010

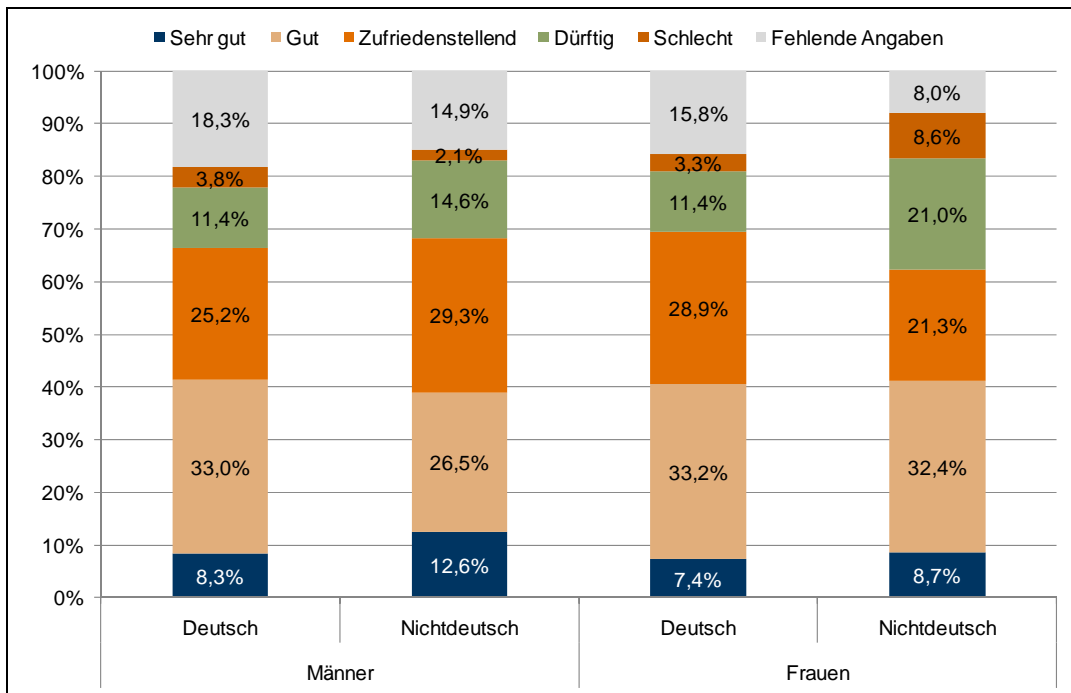
Niedrigere Bildungsabschlüsse, geringere berufliche Qualifikationen und eine höhere Arbeitslosigkeit führen zu entsprechend niedrigeren Einkommen. In dem 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (2003) werden diese Unterschiede auf Basis der Einkommens- und Verbrauchstichprobe verdeutlicht. So erzielten 45 % der erwerbstätigen Menschen mit Migrationshintergrund ein Einkommen von unter 1.100 € monatlich, unter den erwerbstätigen Personen ohne Migrationshintergrund betrug dieser Anteil 37 % (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2009). Anders verhält es sich bei höheren Einkommen: Lediglich 14 % der Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund erzielten ein Einkommen über 2.000 €, der Vergleichswert für die Gruppe der erwerbstätigen Personen ohne Migrationshintergrund lag bei 23 %.

3 Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten?²

3.1 Subjektiver Gesundheitszustand

Subjektive Angaben zum Gesundheitszustand erweitern das Bild, das objektive Mortalitäts- und Morbiditätsdaten liefern. Der subjektive Gesundheitszustand gibt Aufschluss über die empfundene gesundheitliche Lebensqualität und er hat zudem eine hohe prognostische Bedeutung für die weitere gesundheitliche Entwicklung (Abbildung 6).

Abbildung 6: Selbstberichteter, gegenwärtiger Gesundheitszustand nach Nationalität und Geschlecht in Bayern (in %), 2008



Quelle: IGES Berechnungen nach SOEP 2008

2 Im Folgenden werden Daten zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten bzw. Ausländerinnen und Ausländer dargestellt. Häufig kann dabei nur auf aggregierte Daten zurückgegriffen werden, die Unterschiede in der Gesundheit im Hinblick auf die ethnische, kulturelle und sozioökonomische Heterogenität dieser Gruppe verdecken können. Dies gilt es insbesondere bei der Planung von Maßnahmen zur Prävention und Versorgung zu berücksichtigen, um den Besonderheiten unterschiedlicher Teilgruppen gerecht zu werden.

Bei beiden Geschlechtern geben sowohl bei den Deutschen als auch bei den Nichtdeutschen etwa 40 % an, ihr Gesundheitszustand sei sehr gut oder gut. Auffallend ist, dass nichtdeutsche Frauen ihren Gesundheitszustand öfter als nicht so gut einschätzen als deutsche Frauen (29,6 % vs. 14,7 %). Bei den Männern sind die Unterschiede, was eine nicht so gute Gesundheit angeht, nur gering.

Allerdings muss dabei neben der bereits angesprochenen Problematik der Zusammenfassung sehr heterogener Gruppen bedacht werden, dass Menschen je nach ihrem kulturellen oder biografischen Hintergrund ihren Gesundheitszustand nach unterschiedlichen Kriterien bewerten (vgl. auch Groot 2000). Zwei Gruppen, die ihren Gesundheitszustand subjektiv als gleich gut einschätzen, müssen also aus ärztlicher Sicht nicht gleich gesund sein.

Das Sozio-Oekonomische Panel

Das Sozio-Oekonomische Panel (SOEP) wird seit 1984 jährlich als Längsschnittuntersuchung der Bevölkerung vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) und TNS Infratest in privaten Haushalten erhoben.

Ein großer Teil der Erhebung findet dabei als Wiederholungsbefragung statt. Das SOEP umfasst wie der Mikrozensus ein breites Themenspektrum in Bezug auf die in einem Haushalt lebenden Personen, darunter auch eine Reihe von gesundheitlichen Fragen. Die Teilnahme am SOEP ist für die Befragten freiwillig.

Ein weiteres wichtiges Maß der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist die Unterscheidung nach der physischen und psychischen Gesundheit. Sie zeigt, inwiefern eine Person sich selbst als psychisch und physisch eingeschränkt sieht und bildet damit zwei übergeordnete Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ab (Nübling et al. 2006).

Tabelle 1 zeigt, dass sich deutsche und nichtdeutsche Männer in ihrer physischen Gesundheit kaum unterscheiden; lediglich bei den jüngeren Männern im Alter von 18 bis 29 Jahren berichten nichtdeutsche Männer einen schlechteren Gesundheitszustand als deutsche Männer.

Die nichtdeutschen Frauen weisen vor allem ab einem Alter von 50 Jahren einen schlechteren physischen Gesundheitszustand auf als die deutschen Frauen. Der selbstberichtete physische Gesundheitszustand verschlechtert sich in allen Bevölkerungsgruppen mit zunehmendem Alter.

Tabelle 1: Selbstberichtete physische Gesundheit nach Nationalität, Alter und Geschlecht in Bayern, 2008

Physische Gesundheit	Alter	Deutsch	Nichtdeutsch
		Mittelwert *	
Frauen		46,4	45,1
	18-29 Jahre	53,6	50,4
	30-39 Jahre	50,8	50,5
	40-49 Jahre	47,0	47,5
	50-59 Jahre	47,6	43,4
	50-69 Jahre	42,4	38,7
	70+ Jahre	36,5	30,5
Männer		47,9	47,7
	18-29 Jahre	54,6	49,1
	30-39 Jahre	52,9	51,5
	40-49 Jahre	50,0	52,6
	50-59 Jahre	45,1	46,4
	50-69 Jahre	44,6	43,3
	70+ Jahre	39,9	41,0
Gesamt		47,1	46,3

Quelle: IGES Berechnungen nach SOEP 2008; * Skala von 0 (schlecht) bis 100 (gut)

Hinsichtlich der psychischen Gesundheit lässt sich aus Tabelle 2 entnehmen, dass es insgesamt keine bedeutenden Unterschiede in der selbstberichteten psychischen Gesundheit Deutscher und Nichtdeutscher gibt. Auch ein Alterseinfluss ist nicht zu erkennen.

Tabelle 2: Selbstberichtete psychische Gesundheit nach Nationalität, Alter und Geschlecht in Bayern, 2008

		Deutsch	Nichtdeutsch
Psychische Gesundheit	Alter	Mittelwert *	
Frauen		46,4	48,1
	18-29 Jahre	45,2	45,4
	30-39 Jahre	46,4	48,8
	40-49 Jahre	44,2	41,8
	50-59 Jahre	49,3	50,7
	50-69 Jahre	46,7	49,6
	70+ Jahre	47,2	52,5
Männer		48,2	49,7
	18-29 Jahre	49,7	45,0
	30-39 Jahre	47,6	48,1
	40-49 Jahre	47,6	48,6
	50-59 Jahre	45,0	52,7
	50-69 Jahre	50,2	51,0
	70+ Jahre	49,7	53,1
Gesamt		47,3	48,9

Quelle: IGES Berechnungen nach SOEP 2008; * Skala von 0 (schlecht) bis 100 (gut)

3.2 Zufriedenheit mit der Gesundheit

Die subjektive Einschätzung der Gesundheit ist zu unterscheiden davon, wie zufrieden jemand mit seiner Gesundheit ist, auch wenn es zwischen beiden Sachverhalten Wechselwirkungen gibt. Die Zufriedenheit einer Person mit ihrer Gesundheit hängt häufig eng damit zusammen, welchen Gesundheitszustand sie ihrem Alter entsprechend als angemessen empfindet. So sind ältere Menschen häufig trotz bestehender gesundheitlicher Einschränkungen mit ihrer Gesundheit zufrieden, weil sie diese Einschränkungen (z. B. eingeschränktes Seh- und Hörvermögen) als für ihr Alter selbstverständlich empfinden.

Die Tabelle 3 zeigt, dass nichtdeutsche Frauen mit ihrer Gesundheit tendenziell weniger zufrieden sind als deutsche Frauen. Auch bei der Analyse nach Altersgruppen zeigen die Nichtdeutschen in fast allen Altersgruppen eine niedrigere

Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit als Deutsche. Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied bei den Befragten, die 70 Jahre und älter sind. Weiter fällt auf, dass sowohl bei Deutschen als auch bei den Nichtdeutschen die Befragten mit einem höheren Bildungsabschluss zufriedener mit ihrer Gesundheit sind als Befragte mit niedrigerem Bildungsabschluss; bei den Nichtdeutschen ist dieser Bildungseffekt aber deutlich stärker ausgeprägt als bei den Deutschen.

Tabelle 3: Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Nationalität, Geschlecht, Alter und Bildung in Bayern, 2008

Migrationshintergrund	Deutsch	Nichtdeutsch
	Mittelwert *	
Frauen	6,4	5,9
Männer	6,6	6,4
18-29 Jahre	7,7	7,1
30-39 Jahre	7,0	7,5
40-49 Jahre	6,5	6,0
50-59 Jahre	6,2	5,5
60-69 Jahre	6,1	5,7
70+ Jahre	5,6	3,4
Kein Schulabschluss/Hauptschule (7-9.5 Jahre Bildung)	6,1	5,4
Realschulabschluss/Abitur o.ä. (10-13 Jahre Bildung)	6,5	6,2
Tertiäre Bildung (>13 Jahre Bildung)	6,8	7,6

Quelle: IGES Berechnungen nach SOEP 2008; * Skala von 0 (niedrig) bis 10 (hoch)

3.3 Übergewicht

Der Body-Mass-Index (BMI) stellt einen Bezug zwischen dem Gewicht einer Person und ihrer Körpergröße her und dient zur Beurteilung, ob eine Person übergewichtig oder adipös ist. Während man bei einem BMI zwischen 18,5 und 25 vom Normalgewicht spricht, werden ein BMI von 26-30 als Übergewicht und ein BMI von über 30 als Adipositas klassifiziert. Von gesundheitlicher Relevanz ist vor allem die Adipositas. Adipositas gilt als gesundheitlicher Risikofaktor für z. B. Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, Gelenkerkrankungen und Krebs.

Tabelle 4 zeigt für Bayern, dass der Anteil der Menschen mit Übergewicht und Adipositas unter den Nichtdeutschen deutlich höher liegt als in der deutschen Bevölkerung. Dieser Befund ist bereits bei den Einschulungskindern zu beobachten (siehe dazu Kapitel 3.7).

Tabelle 4: Body-Mass-Index nach Nationalität in Bayern (in %), 2008

Nationalität	Body-Mass-Index (BMI)					Gesamt
	Fehlend	<20	20 - <25	25 - <30	30+	
Deutsch	15,8%	5,9%	34,2%	30,6%	13,4%	100,0%
Nichtdeutsche	10,5%	5,0%	28,3%	38,6%	17,6%	100,0%
Gesamt	15,3%	5,8%	33,6%	31,5%	13,9%	100,0%

Quelle: IGES Berechnungen auf Basis von SOEP, 2008

Der Sozialstatus, gemessen z.B. am Bildungsstand, spielt dabei eine wichtige Rolle (Beneke/Vogel 2005). Je geringer der Sozialstatus, desto häufiger ist Adipositas zu beobachten. Tendenziell weisen vor allem Nichtdeutsche mit einem niedrigen Bildungsabschluss im Durchschnitt einen höheren BMI auf (Tabelle 5).

Tabelle 5: Body-Mass-Index nach Nationalität, Bildung und Geschlecht in Bayern, 2008

Migrationshintergrund	Deutsch	Nichtdeutsch
	Mittlerer BMI-Wert	
Frauen	25,3	26,7
Männer	26,5	26,7
Kein Schulabschluss/Hauptschule (7-9,5 Jahre Bildung)	26,4	27,4
Realschulabschluss/Abitur o.ä. (10-13 Jahre Bildung)	26,0	26,5
Tertiäre Bildung (>13 Jahre Bildung)	25,5	24,6

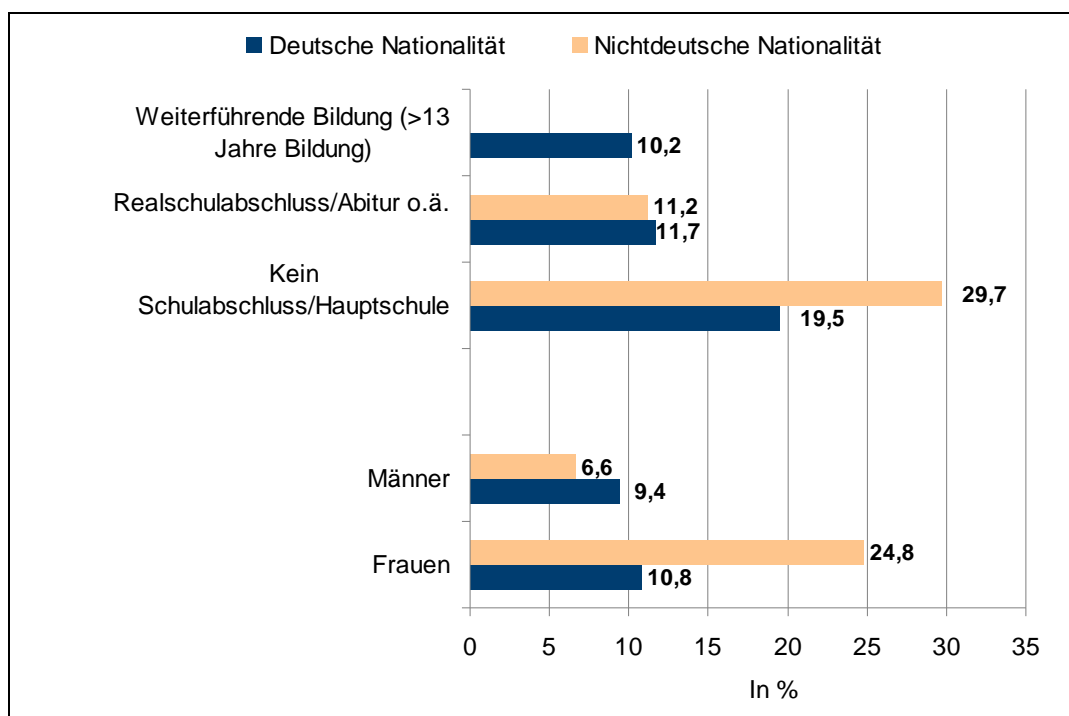
Quelle: IGES Berechnungen auf Basis von SOEP, 2008

3.4 Schmerz

Schmerzen beeinträchtigen die Lebensqualität eines Menschen in großem Maße. Das Empfinden von Schmerz ist durch kulturbedingte Einflüsse geprägt (Glier/Erim 2007) und der Umgang mit Schmerz durch familiäre Normen beeinflusst (Fydrich et al. 2007).

Abbildung 7 zeigt, dass vor allem nichtdeutsche Frauen und Nichtdeutsche mit niedrigem Bildungsabschluss (unter denen sich viele Frauen befinden) deutlich häufiger an Schmerzen litten als andere Bevölkerungsgruppen.

Abbildung 7: Anteil an Personen, die in den letzten vier Wochen immer oder oft an körperlichen Schmerzen litten, Bayern, 2008



Quelle: IGES Berechnungen auf Basis von SOEP; Anmerkung: In der Gruppe mit weiterführender Bildung ist bei den Nichtdeutschen die Fallzahl derer mit Schmerzen zu gering.

3.5 Krankenstand und Unfälle

Ein Indikator für den allgemeinen Gesundheitszustand von Arbeitnehmern sind Arbeitsunfähigkeitszeiten bzw. die Höhe des Krankenstandes und die Anzahl der Unfälle.

Eine **Arbeitsunfähigkeit** liegt dabei vor, wenn Arbeitnehmer aufgrund Krankheit nicht in der Lage sind, zu arbeiten. Auch hier zeigen sich innerhalb der nichtdeutschen Bevölkerungsgruppen sehr große Unterschiede. Einige Nationalitäten weisen höhere Krankenstände auf als deutsche Beschäftigte, andere niedrigere. So ist der Krankenstand türkischer Beschäftigter und Beschäftigter aus dem ehemaligen Jugoslawien vergleichsweise hoch, der von Beschäftigten aus asiatischen Ländern eher gering (Bundesverband der Betriebskrankenkassen 2007). Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine Studie (Brzoska et al. 2010). Sie zeigt für das Jahr 2006 in Deutschland, dass Arbeitsunfähigkeitstage bei Deutschen (12,2 Tage je Pflichtmitglied) unter denen von Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien (16,7 Tage je Pflichtmitglied) und der Türkei (18,2 Tage je Pflichtmitglied) liegen. Bei Personen mit asiatischer Staatsangehörigkeit (8,8 Tage je Pflichtmitglied) oder Staatsangehörigkeit aus osteuropäischen Ländern (9,7 Tage je Pflichtmitglied) liegen die Anzahlen der Arbeitsunfähigkeitstage am niedrigsten. Dabei spielen die Beschäftigungsfelder und damit verbunden der Sozialstatus der verschiedenen Migrantengruppen eine wichtige Rolle.

Als **Arbeitsunfälle** gelten Unfälle von Versicherten, die infolge einer versicherten Tätigkeit entstanden sind und zu einem Gesundheitsschaden führen. Eine Studie zeigt für Deutschland, dass die Häufigkeit von Arbeitsunfällen bezogen auf die Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigte bei Deutschen und Türken im Jahr 2007 mit ca. 4,5 % gleich hoch war und bei anderen Ausländern und Ausländerinnen mit ungefähr 3,7 % sowie bei Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien mit 2,2 % darunter lag (Razum et al. 2009).

Der Mikrozensus erweitert diese Perspektive und fragt nicht nur nach Arbeitsunfällen und Arbeitsunfähigkeit, sondern nach allen Unfällen und Krankheitsfällen, unabhängig vom Lebensbereich. Analysen dieser Daten zeigen, dass die Gesamtgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund in Bayern – wie auch in Deutschland insgesamt – etwas seltener krank oder unfallverletzt ist als die einheimische Bevölkerung (Tabelle 6).

Mikrozensus

Der Mikrozensus (MZ) ist eine jährlich erhobene, repräsentative 1 %-Stichprobe der deutschen Bevölkerung. Er wird vom Statistischen Bundesamt und den Statistischen Landesämtern durchgeführt. Der Mikrozensus umfasst ein breites Themenspektrum zu den in einem Haushalt lebenden Personen. Die Befragten unterliegen bei den meisten Fragen einer gesetzlich geregelten Auskunftspflicht. Die Beantwortung der Fragen im Themenkomplex "Gesundheit" ist freiwillig. Zur Gesundheit gibt es nur wenige Fragen. So wird danach gefragt, ob man in den letzten 4 Wochen vor der Befragung krank oder unfallverletzt war, des Weiteren wird nach dem Rauchverhalten gefragt und nach Körpergröße und Körpergewicht.

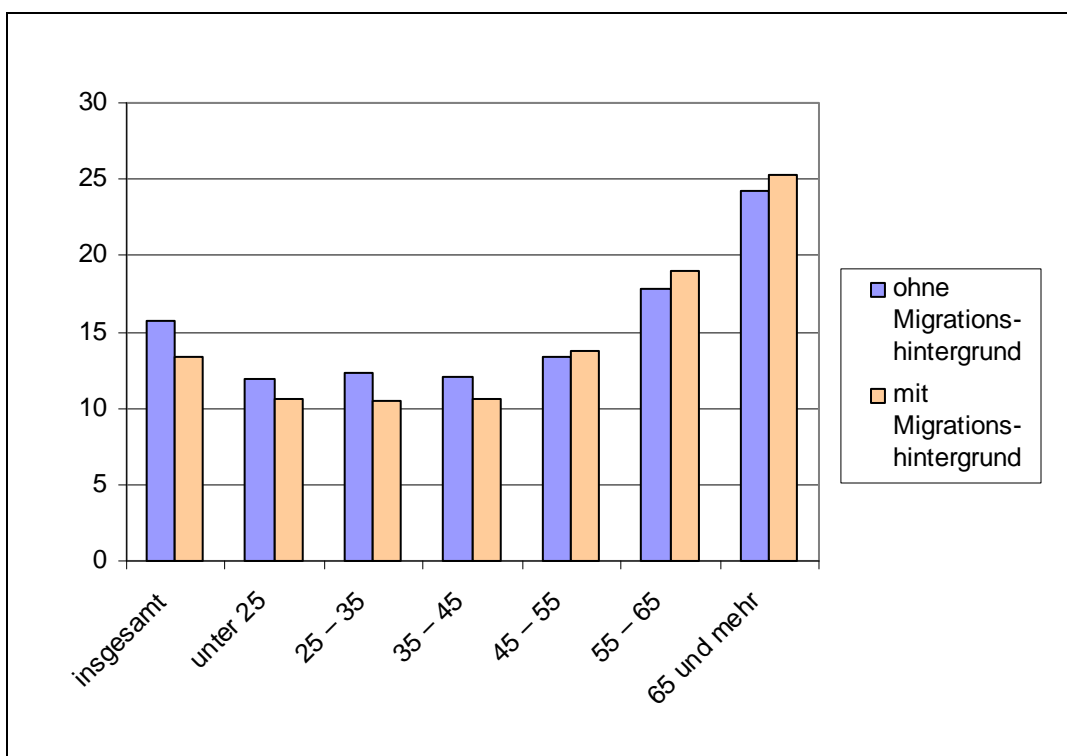
Tabelle 6: Anteil von Personen mit Unfall oder Krankheit (in den letzten 4 Wochen) nach Migrationshintergrund in Bayern, 2009

Migrationshintergrund	ohne Migrationshintergrund (in %)	mit Migrationshintergrund (in %)
Beide Geschlechter	15,8	13,4
Männer	15,3	13,3
Frauen	16,2	13,4

Quelle: Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung

Auch eine Untersuchung der Krankheitshäufigkeit nach Altersgruppen und Geschlecht zeigt zwar keine großen Unterschiede zwischen Migrantinnen und Migranten und der einheimischen Bevölkerung, jedoch lässt sich erkennen, dass der „Gesundheitsvorsprung“ der Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund von den jüngeren Altersgruppen kommt, während zum Rentenalter hin die einheimische Bevölkerung gesünder ist (Abbildung 8). Dieser Verlauf ist bei Männer und Frauen praktisch identisch.

Abbildung 8: Anteile derer, die in den letzten 4 Wochen vor der Befragung krank waren, nach Altersgruppen in Bayern (in %), 2009



Quelle: Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Mikrozensus 2009, Darstellung LGL

3.6 Sterblichkeit von Migrantinnen und Migranten

Tabelle 7 zeigt, dass die statistisch erfasste Sterblichkeit der ausländischen Bevölkerung deutlich niedriger ist als die der deutschen Bevölkerung. Dies scheint jedoch in erster Linie auf statistische Verzerrungen der Daten zur Sterblichkeit von Ausländern und Ausländerinnen in der Todesursachenstatistik zurückzuführen zu sein. Eine Studie des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (Kohls 2008) deutet darauf hin, dass sich Ausländer und Ausländerinnen vorwiegend in ihren gesünderen Lebensabschnitten in Deutschland aufhalten und oft im höheren Alter oder bei schwerwiegenden Krankheiten wieder in ihr Herkunftsland zurückkehren. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass die Sterblichkeit der ausländischen und der deutschen Bevölkerung wohl „annähernd identisch“ sei (Kohls 2008: 44).

Die folgende Tabelle informiert daher primär über die Verteilung der Todesursachen der in Deutschland verstorbenen Ausländer und Ausländerinnen, die Höhe der damit verbundenen Mortalitätsraten ist dagegen nur eingeschränkt interpretierbar.

Tabelle 7: Altersstandardisierte Mortalitätsraten je 100.000 Einwohner nach ICD-Gruppen, Bayern, 2008

ICD-10-Gruppe	Männer		Frauen	
	Nicht-deutsch	Deutsch	Nicht-deutsch	Deutsch
A00-T98 Alle Krankheiten u. Folgen äußerer Ursachen	365,18	700,55	222,90	460,33
A00-B99 Bestimmte infektiöse u. parasitäre Krankheiten	8,86	13,85	7,01	9,41
C00-D48 Neubildungen	115,33	198,74	74,41	130,41
D50-D90 Krankheiten des Blutes u. d. blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen m. Beteiligung des Immunsystems	0,25	1,47	0,70	1,62
E00-E90 Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	9,26	15,68	5,44	12,25
F00-F99 Psychische u. Verhaltensstörungen	8,09	18,26	4,86	12,06
G00-H95 Krankheiten des Nervensystems u. d. Sinnesorgane	6,69	16,60	6,05	11,95
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	109,86	266,54	69,18	189,85
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	25,30	57,91	15,26	29,47
K00-K93 Krankheiten d. Verdauungssystems	18,39	40,17	10,60	26,40
L00-L99 Krankheiten d. Haut u. d. Unterhaut	0,00	0,07	0,00	0,07
M00-M99 Krankheiten d. Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	0,61	1,64	0,68	1,49
N00-N99 Krankheiten d. Urogenitalsystems	5,37	12,73	3,33	9,29
O00-O99 Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett	0,00	0,00	0,10	0,19
P00-P96 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	10,01	3,23	2,65	2,30
Q00-Q99 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	3,06	2,53	2,40	2,41
R00-R99 Symptome u. abnorme klinische u. Laborbefunde, d. andernorts nicht klassifiziert sind	19,58	10,91	10,14	6,87
S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen u. bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	24,50	40,23	10,07	14,29
S00-T14 Verletzungen	13,23	24,55	7,25	8,78
T15-T19 Folgen d. Eindringens eines Fremdkörpers durch eine natürliche Körperöffnung	0,63	0,44	0,35	0,16

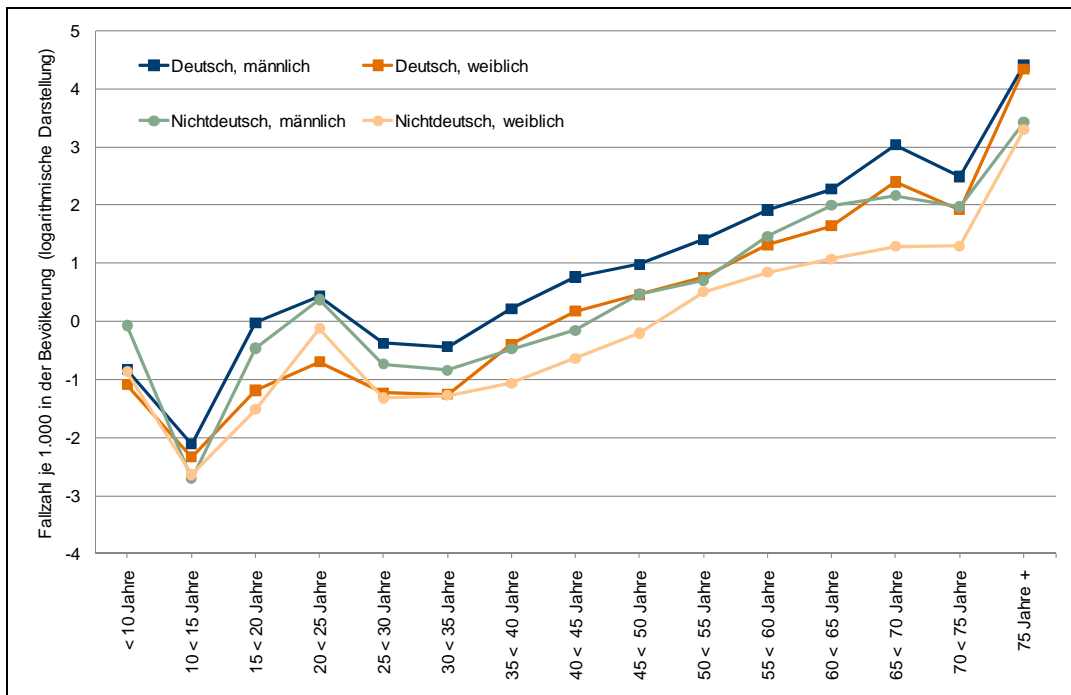
T20-T32 Verbrennungen o. Verätzungen	0,45	0,53	0,00	0,26
T33-T35 Erfrierungen	0,00	0,02	0,00	0,00
T36-T50 Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	0,84	1,95	0,71	1,80
T51-T65 Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen	0,43	1,16	0,13	0,41
T66-T78 Sonstige u. nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen	8,15	11,33	1,63	2,77
T79-T79 Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas	0,00	0,01	0,00	0,00
T80-T88 Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen u. medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert	0,40	0,11	0,00	0,06
T90-T98 Folgen von Verletzungen, Vergiftungen u. sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen	0,36	0,13	0,00	0,05
V01-Y98 Äußere Ursachen von Morbidität u. Mortalität u. Folgezustände äußerer Ursachen	24,50	39,35	10,07	14,29
X60-X84 Vorsätzliche Selbstbeschädigung	10,26	19,28	3,62	5,66

Quelle: IGES Berechnungen nach Statistisches Bundesamt 2010, standardisiert auf alte Europabevölkerung

Weniger stark verzerrt durch die angesprochenen Datenprobleme sind vor allem Todesursachen im jüngeren Alter. In den jüngeren Altersgruppen ist der Vorteil der ausländischen Bevölkerung bei der Sterblichkeit deutlich geringer; in der untersten Altersgruppe (< 10 Jahre) haben die nichtdeutschen Jungen sogar eine höhere Sterblichkeit, auch bei den Frauen im Alter von 20 bis 25 Jahre ist die Sterblichkeit der Ausländer und Ausländerinnen deutlich höher als die der Deutschen.

Dieser Sachverhalt zeigt sich auch bei einzelnen Krankheiten, die häufiger im jüngeren Lebensalter auftreten. Dies gilt vor allem für die Sterblichkeit aufgrund von Fehlentwicklungen in der Schwangerschaft (P00-P96), aufgrund von angeborenen Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99). Hier weist die ausländische männliche Bevölkerung eine deutlich höhere Sterblichkeit auf. Auffällig hoch ist auch die Sterblichkeit ausländischer Männer aufgrund von andernorts nicht klassifizierten Symptomen und Befunden (R00-R99).

Abbildung 9: Mortalität nach Alter und Geschlecht, Bayern, 2008



Quelle: IGES Berechnungen nach Todesursachenstatistik und Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes 2010

Der Befund, dass die Sterblichkeit unter Menschen mit Migrationshintergrund in den ersten Lebensjahren vergleichsweise hoch ist, wird auch durch andere Studien gedeckt, wonach Todesfälle im Zusammenhang mit der Geburt und im ersten Lebensjahr unter Menschen mit Migrationshintergrund häufiger auftreten als in der einheimischen Bevölkerung (Razum et al. 2008). Im Rahmen einer Expertenbefragung für diesen Bericht wurde darauf hingewiesen, dass es bei der Schwangerenvorsorge unter Migrantinnen in Bayern noch Defizite gibt.

Vielfach diskutiert wird auch das Thema des **Suizids** unter Migrantinnen und Migranten. Dabei ist das Suizidrisiko vor allem bei Vorliegen bestimmter psychischer Erkrankungen (posttraumatische Belastungsstörungen, Depression, Schizophrenie, Drogenabhängigkeit) erhöht. Die oben analysierten Daten der Todesursachenstatistik für 2008 zeigen, dass die Suizidrate bei deutschen und nichtdeutschen Männern auf einem vergleichbar hohen Niveau liegt, während die Suizidrate der nichtdeutschen Frauen die schon – im Vergleich zu den Männern – niedrige Suizidrate deutscher Frauen noch unterschreitet. Allerdings ist hier wiederum auf besondere Risikogruppen innerhalb der Migranten und Migrantinnen hinzuweisen. Als Risikogruppen gelten insbesondere junge Türkinnen und männliche Aussiedler im Alter von etwa 50 Jahren. (Scheider/Fritze 2008, Razum et al. 2008).

Entsprechend zeigt eine Studie zu **Suizidversuchen** in Nürnberg, dass der Anteil der ausländischen Mitbürger an den Suizidversuchen mit 15,6 % (episodenbezogen) bzw. 16,1 % (fallbezogen) etwas unter dem Anteil ausländischer Mitbürger an der Nürnberger Gesamtbevölkerung (18,8 %) lag (Lehfeld et al. 2007). In der Studie wurde aber auch deutlich, dass unter den Ausländern und Ausländerinnen vor allem jüngere türkische Frauen mit neurotischen und Belastungsstö-

rungen versuchten, sich das Leben zu nehmen. Erklärt wird die insgesamt niedrigere Suizidrate bei Migrantinnen und Migranten u. a. mit einer stärkeren Ächtung des "Selbstmordes" in anderen Kulturen. Auf der anderen Seite muss Migration aber auch als Risikofaktor für einen Suizid bzw. Suizidversuch gelten (Westman et al. 2003; Grube 2004). Die niedrigen Fallzahlen lassen für Bayern zwar keine zuverlässigen Aussagen nach Altersgruppen zu. Daher lässt sich die etwas niedrigere Suizidrate bei nichtdeutschen Frauen nicht näher analysieren. Die Daten zu den Suizidversuchen in Nürnberg passen aber teilweise in das Bild, dass sich auch in anderen Studien (Razum/Zeeb 2004) und einer Auswertung der bundesweiten Todesursachenstatistik ergibt: Demnach ist die Suizidhäufigkeit bei nichtdeutschen Frauen insbesondere im Alter von 20-25 Jahren höher als bei deutschen Frauen.

3.7 Gesundheits- und Entwicklungsstand von Kindern mit Migrationshintergrund

Angesichts des großen Anteils an Menschen mit Migrationshintergrund in den jüngeren Bevölkerungsgruppen kommt der Kindergesundheit bei Migrantinnen und Migranten eine besondere Bedeutung zu.

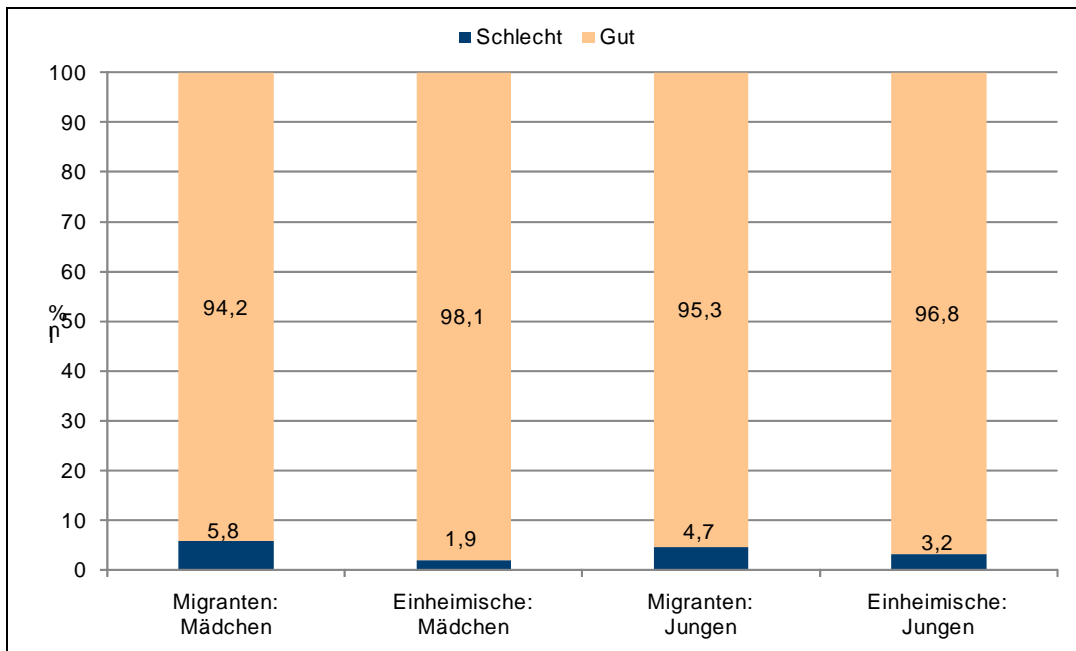
Abbildung 10 zeigt für Bayern anhand der Daten einer Elternbefragung im Rahmen der Gesundheitsmonitoring-Einheiten (GME), dass der **Gesundheitszustand** von 5 bis 7-jährigen Kindern mit Migrationshintergrund häufiger als „schlecht“ eingeschätzt wird als der Gesundheitszustand einheimischer Kinder. Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied bei den Mädchen.

Gesundheits-Monitoring-Einheiten

Die Daten der **Gesundheits-Monitoring-Einheiten** (GME) beinhalten die Ergebnisse der Befragungen von Eltern von Einschulungskindern in ausgewählten bayerischen Regionen (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2009: 33)

Die Befragung wird von den zuständigen Gesundheitsämtern durchgeführt. Die Daten stellen eine geeignete Datenquelle zur Analyse des Zusammenhangs von Migration und Gesundheit bei 5 bis 7-jährigen Kindern dar. Der Migrationsstatus wurde in den ersten Erhebungsjahren des Surveys nur mit der Unterscheidung Deutsch-Nichtdeutsch erfasst. Neuerdings wurden zusätzliche Variablen zur Bestimmung des Migrationsstatus erhoben.

Abbildung 10: Anteil der Kinder im Alter von 5-7 Jahren mit gutem und schlechtem Gesundheitszustand, Bayern, 2008/2009



Quelle: IGES Berechnungen nach GME-Survey 2008/2009

Die Daten der allgemeinen Schuleingangsuntersuchung bieten weitere Informationen zum Gesundheits- und Entwicklungsstand von Kindern deutscher und nichtdeutscher Herkunft in Bayern.

Tabelle 8: Anteile von Kindern mit Prävalenz von Laut-, Wort- und Satzbildungsstörungen unter Kindern mit ausreichenden Deutschkenntnissen in Bayern (in %), 2006/2007

Migrationshintergrund		Muttersprache beider Elternteile: Deutsch	Muttersprache eines Elternteils: Deutsch	Muttersprache beider Elternteile: Nichtdeutsch
Mädchen	Lautbildungsstörungen	14,5	15,0	14,5
	Wort-/ Satzbildungsstörungen	4,5	8,9	19,1
Jungen	Lautbildungsstörungen	22,9	22,8	21,6
	Wort-/ Satzbildungsstörungen	7,5	12,7	23,2

Quelle: IGES Darstellung nach Schuleingangsuntersuchung (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2009)

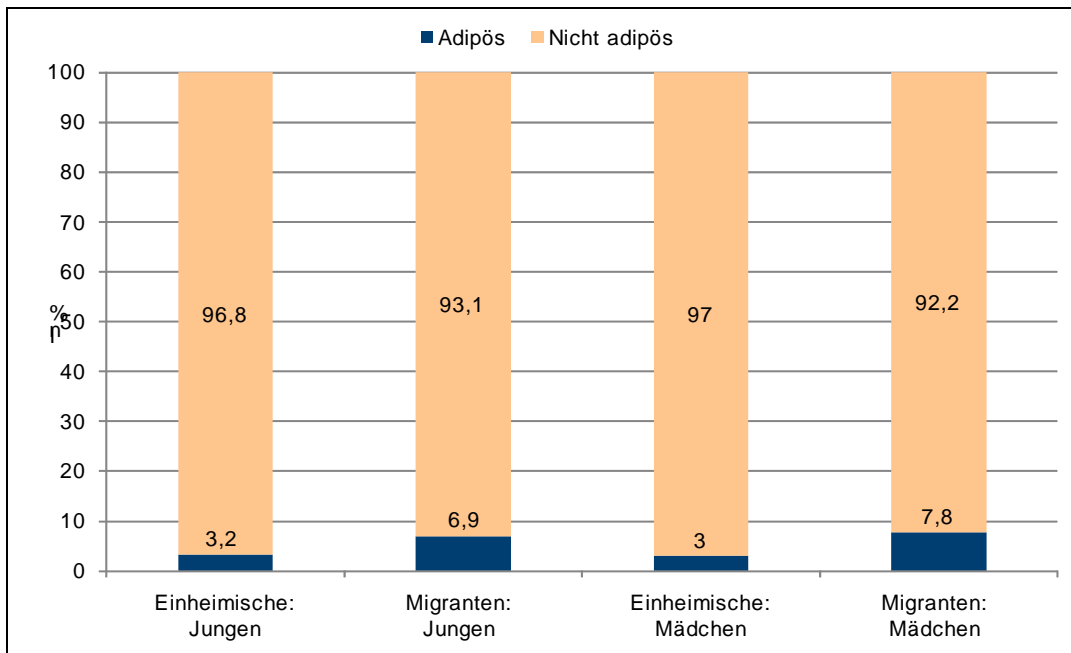
Tabelle 8 zeigt, dass Kinder mit einem und besonders mit zwei nicht muttersprachlich deutschen Elternteilen vor der Einschulung häufiger an **Wort- und Satzbildungsstörungen** leiden als Kinder, deren Eltern beide Deutsch als Muttersprache sprechen. In Bezug auf Lautbildungsstörungen treten dagegen so gut wie keine Unterschiede nach der Muttersprache der Elternteile auf. Die Auswertungen beziehen nur Kinder mit ausreichenden Deutschkenntnissen mit ein, um nicht fehlende Deutschkenntnisse als Entwicklungsstörung einzuordnen. Da Kinder mit nicht ausreichenden Deutschkenntnissen vermutlich eher einen schlechteren Entwicklungsstand aufweisen, werden die Unterschiede zwischen deutschen und nichtdeutschen Kindern in dieser Auswertung eher unterschätzt.

Da **Mundgesundheit** unmittelbar durch individuelles Verhalten beeinflusst werden kann, ist die Zahngesundheit ein guter Indikator gesundheitsrelevanten Verhaltens. Schenk/Knopf (2007b) finden in Deutschland eine ungleich höhere Kariesprävalenz bei Kindern aus sozial benachteiligten Schichten und bei Kindern mit Migrationshintergrund. Eine Augsburger Studie stellt für Kindergartenkinder in den Jahren 2001 bis 2004 fest, dass die Verteilung der Häufigkeit von naturgesunden Gebissen beim Vergleich von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund sehr unterschiedlich ist (Storr et al. 2009). Unter Kindern mit Migrationshintergrund wird häufiger ein hohes Kariesrisiko, die Notwendigkeit einer Behandlung und einer Individualprophylaxe diagnostiziert. Eine weitere Studie zur Entwicklung der Kariesprävalenz bei Vorschulkindern in Augsburg zeigt, dass in den Jahren 2001-2004 59,8 % der deutschen Kinder kariesfrei waren, während dies nur auf 38,2 % der ausländischen Kindern zutraf (Schneidtberger 2007).

In Bezug auf ihre Ernährung profitieren zugewanderte Kinder unter Umständen von der ausreichenden und sicheren Versorgung in Deutschland im Vergleich zu der Lage im Herkunftsland. Allerdings tritt **Adipositas** bei Kindern mit Migrationshintergrund im Alter von 3-17 Jahren in Deutschland häufiger auf als bei gleichaltrigen Kindern ohne Migrationserfahrung (Bundeszentrale für politische Bildung 2009).

In Bayern besteht in dieser Hinsicht die gleiche Situation. Auch hier weisen Kinder nichtdeutscher Herkunft höhere Adipositasraten auf. Die Daten des GME-Surveys zeigen für Bayern, dass Adipositas fast doppelt so häufig unter Kindern mit Migrationshintergrund (6,9 - 7,8 %) auftritt wie bei einheimischen Kindern (ca. 3,0 %) (Abbildung 11).

Abbildung 11: Kinder mit Adipositas, Alter von 5-7 Jahre, Bayern (in %), 2008/2009



Quelle: IGES Darstellung nach GME-Survey 2008/2009

Die Daten der Schuleingangsuntersuchung in Bayern zeichnen ein ähnliches Bild (Tabelle 9). Sowohl Übergewicht, als auch Adipositas kommen häufiger bei Kindern mit einem ausländischen Elternteil und fast doppelt so häufig bei Kindern mit zwei nicht deutsch-muttersprachlichen Eltern vor.

Tabelle 9: Anteile von Kinder im Alter von 5 bis 6 Jahren mit Adipositas und Übergewicht nach Migrationshintergrund und Geschlecht in Bayern (in %), 2009

Migrationshintergrund		Muttersprache beider Elternteile: Deutsch	Muttersprache eines Elternteils: Deutsch	Muttersprache beider Elternteile: Nichtdeutsch
Mädchen	Adipositas	2,7	4,8	6,2
	Übergewicht	7,5	10,2	14,2
Jungen	Adipositas	2,9	4,9	7,2
	Übergewicht	7,6	10,8	15,1

Quelle: IGES Darstellung nach Daten Schuleingangsuntersuchung; (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2009)

Adipositas ist vor allem bei Kindern türkischer Herkunft besonders häufig. Unter Russisch sprechenden Kindern hingegen traten Übergewicht und Fettleibigkeit seltener auf (Weber et al. 2008, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2004).

Schuleingangsuntersuchung

Die **Schuleingangsuntersuchung** stellt eine Screeningerberhebung dar, bei der alle 5 bis 6-jährigen Kinder eines Jahrgangs erfasst werden. Die Schuleingangsuntersuchung dient der Früherkennung von für den Schulbesuch relevanten gesundheitlichen oder entwicklungsbezogenen Einschränkungen. Die Daten der Schuleingangsuntersuchung unterscheiden sich darum von den Früherkennungsuntersuchungen (U8 und U9), bei denen vor allem die Erkennung behandlungsbedürftiger akuter und chronischer Erkrankungen im Vordergrund steht.

4 Was tun Migrantinnen und Migranten für ihre Gesundheit?

Das individuelle Verhalten beeinflusst in vielfältiger Weise die Gesundheit. Als gesundheitsbewusstes Verhalten wird üblicherweise Nichtrauchen, Vermeidung von übermäßigem Alkoholkonsum, Sporttreiben, ausgewogene Ernährung und ausreichend Schlaf angesehen. Solches Verhalten kann in vielfältiger Weise durch die kulturellen Rahmenbedingungen im Herkunftsland der Migrantinnen und Migranten vorgeprägt sein, so dass hier Unterschiede zwischen Migrantinnen bzw. Migranten und einheimischer Bevölkerung zu erwarten sind.

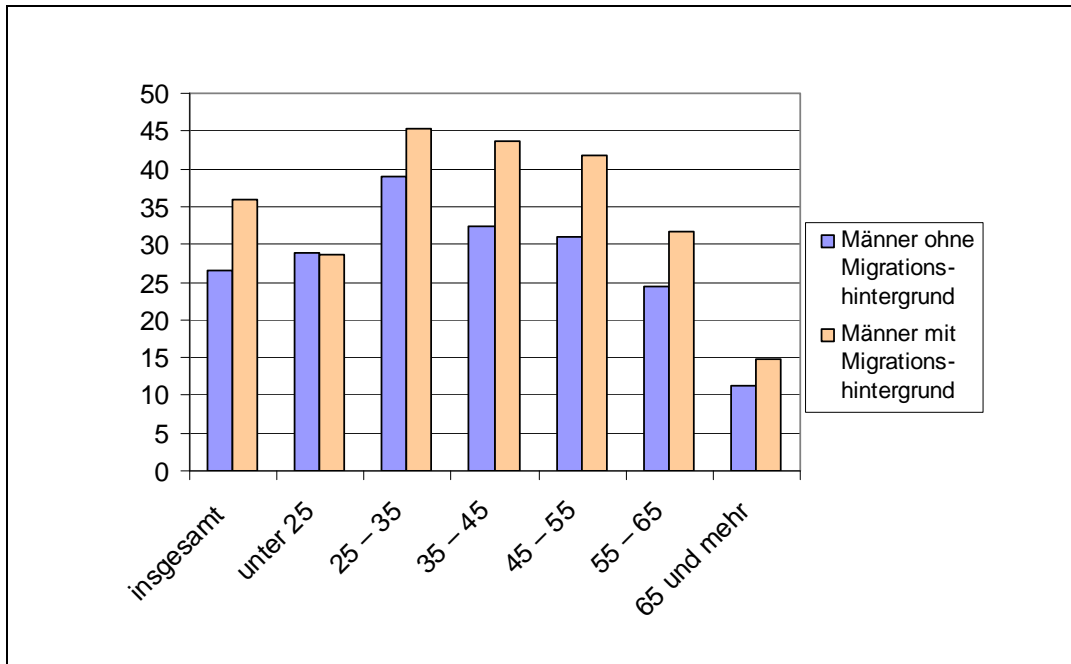
4.1 Rauchverhalten

Rauchen ist eine der führenden vermeidbaren Todesursachen und Deutschland ein Land mit einem vergleichsweise hohen Anteil an Rauchern (WHO 2009). Mikrozensusauswertungen zeigen, dass Männer mit Migrationshintergrund häufiger rauchen als Männer ohne Migrationshintergrund (Mikrozensus 2009: 35,7 % versus 29,4 %). Bei den Frauen ist es umgekehrt, d.h. Frauen mit Migrationshintergrund rauchen etwas seltener (19,8 % versus 21,3 %), allerdings gibt es auch hier Ausnahmen, z.B. rauchen Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien, Polen oder Italien deutlich häufiger als deutsche Frauen. Bei den Jugendlichen in Deutschland weisen Jugendliche mit Migrationshintergrund niedrigere Raucherquoten auf als herkunftsdeutsche Jugendliche (Bergmann et al. 2008: 56).

Die Abbildung 12 zeigen anhand der Daten des Mikrozensus für Bayern den Anteil der Rauchenden nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht. Die Daten zeigen, dass Männer mit Migrationshintergrund in allen Altersgruppen häufiger rauchen als Männer ohne Migrationshintergrund. Bei den Frauen zeigt sich in Bayern ein auf den ersten Blick etwas paradoxes Bild. Demnach sind in der Gesamtgruppe der Migrantinnen mehr Raucherinnen als unter den herkunftsdeutschen Frauen, während differenziert nach Altersgruppen in fast jeder Altersgruppe mehr Raucherinnen unter den herkunftsdeutschen Frauen zu finden sind. Dies kommt dadurch zustande, dass in den einzelnen Altersgruppen unterschiedlich häufig geraucht wird und diese Altersgruppen bei den Migrantinnen und bei den Frauen deutscher Herkunft unterschiedlich stark vertreten sind (sog. „Simpsonsches Paradox“). Rechnet man dieses Altersgruppeneffekt heraus, verschwindet dieses Paradox. Unter den Frauen mit Migrationshintergrund in Bayern beträgt die altersstandardisierte Quote an Raucherinnen dann 19,8 %, unter den Frauen ohne Migrationshintergrund 21,8 % (zum Vergleich in Deutschland: 18,8 % versus 25,5 %).

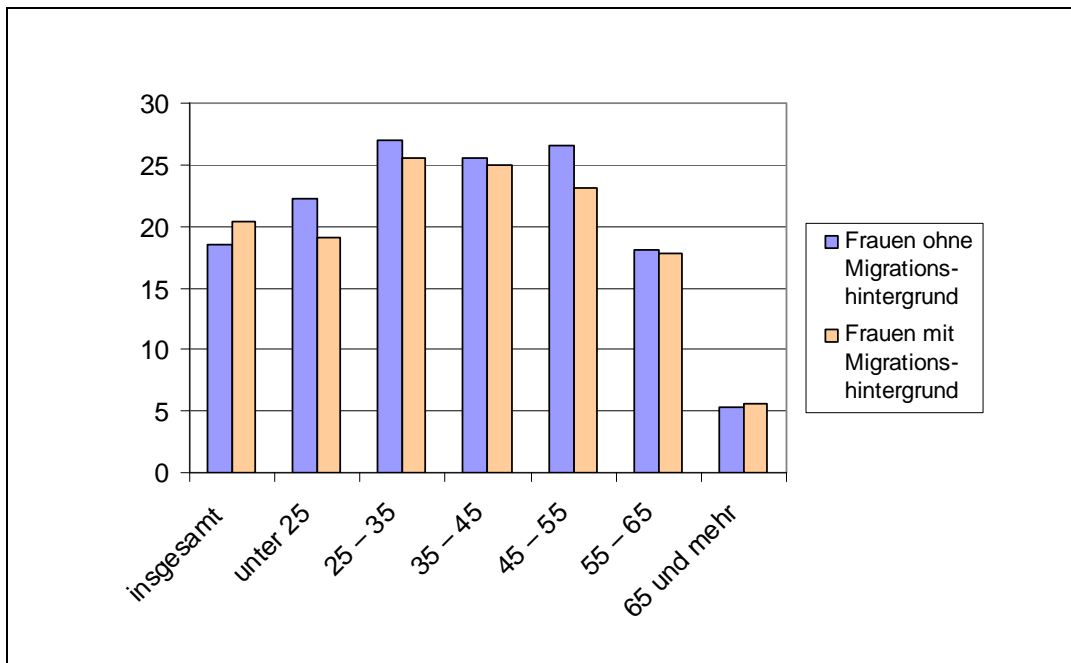
Eine Auswertung der Daten des Sozioökonomisches Panels zeigt zudem, dass auch Migrantinnen und Migranten bei höherer Schulbildung weniger häufig rauchen.

Abbildung 12: Anteil der Raucher nach Migrationshintergrund und Alter, Bayern (in %), 2009



Quelle: Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Mikrozensus 2009, Darstellung LGL

Abbildung 13: Anteil der Raucherinnen nach Migrationshintergrund und Alter, Bayern (in %), 2009



Quelle: Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Mikrozensus 2009, Darstellung LGL

4.2 Alkoholkonsum

Alkoholkonsum wird in der deutschen Gesellschaft weitgehend als sozialadäquat angesehen. In anderen Ländern und Kulturen wird er hingegen insbesondere durch religiöse Normen vielfach stark eingeschränkt. So zeigen auch entsprechende Studien, dass Menschen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien häufig überhaupt keinen oder deutlich weniger Alkohol trinken als Schweizer bzw. Deutsche (Züfam 2009; Razum et al. 2008).

Bei Russlanddeutschen scheint der Alkoholkonsum hingegen ähnlich wie in der deutschen Bevölkerung deutlicher stärker akzeptiert zu sein und deshalb auch zu einem erhöhten Alkoholkonsum zu führen (Zdun o. J.).

Am Beispiel des Bierkonsums zeigt sich, dass nichtdeutsche Männer und insbesondere nichtdeutsche Frauen deutlich seltener regelmäßig Bier trinken als deutsche Männer und Frauen (Tabelle 10). Unter den nichtdeutschen Frauen trinken gut zwei Drittel (66,3 %) nie Bier; während es unter den deutschen Frauen nur gut ein Drittel (34,0 %) ist. Unter den deutschen Männern ist der Anteil der Bier-Abstinenten mit 10,9 % am geringsten.

Tabelle 10: Häufigkeit des Bierkonsums nach Nationalität und Geschlecht in Bayern (in %), 2008

	Häufigkeit des Bierkonsums	Deutsch	Nichtdeutsch
		in %	
Frauen	Regelmäßig	5,3	0,9
	Nie	34,0	66,3
Männer	Regelmäßig	23,0	16,5
	Nie	10,9	27,5

Quelle: IGES Berechnungen nach SOEP 2008

Beim Weinkonsum zeigen sich teilweise andere Konsummuster. Nichtdeutsche Männer trinken häufiger regelmäßig Wein als deutsche Männer (12,3 % vs. 7,5 %). Allerdings ist auch der Anteil derjenigen, die nie Wein trinken, unter nichtdeutschen Männern höher als bei deutschen Männern (36,5 % vs. 20,4 %). Nichtdeutsche Frauen fallen auch im Hinblick auf den Weinkonsum durch eine hohe Abstinenzrate auf (53,5 % vs. 19,4 % bei deutschen Frauen).

Ähnliches wie für den Weinkonsum gilt für den Spirituosenkonsum: Auch diese trinken nichtdeutsche Männer häufiger regelmäßig als deutsche Männer (2,0 % vs. 1,6 %), während sie gleichzeitig eine höhere Abstinenzrate aufweisen als deutsche Männer (53,3 % vs. 33,2 %). Nichtdeutsche Frauen weisen wiederum die mit Abstand höchste Abstinenzrate auf (78,9 % vs. 48,3 % bei deutschen Frauen).

Diese Konsummuster lassen sich ggf. durch das oben schon erwähnte unterschiedliche Alkoholkonsumverhalten in verschiedenen Ausländergruppen erklären. So weisen die für diesen Bericht befragten Experten auch für Bayern insbesondere auf den Alkoholmissbrauch unter russischstämmigen Migranten und Migrantinnen hin.

4.3 Andere Suchtmittel

Wie Tabak- und Alkoholkonsum gehört **Drogenkonsum** wegen seiner nachhaltigen Folgen für die Gesundheit zu den zentralen Themenfeldern der Prävention und Gesundheitsförderung. Die Ergebnisse zu ethnischen Unterschieden beim Drogenkonsum sind nicht ganz eindeutig.

Einige Studien zeigen Unterschiede nach ethnischer Herkunft, während andere keine Unterschiede finden. Rommel (2005) kommt zu dem Schluss, dass Drogengebrauch unter jüngeren männlichen Migranten mindestens ebenso häufig vorkommt wie unter Deutschen gleichen Alters. Eine Studie über Aussiedler in Nordrhein-Westfalen zeigt dagegen, dass der Drogenkonsum von Aussiedlern signifikant unter dem der einheimischen Deutschen liegt (Strobl et al. 2000).

Eine – allerdings nicht für ganz Bayern repräsentative – Studie über Münchner Berufsschüler mit und ohne Migrationshintergrund und einem hohen Anteil von türkischen Menschen mit Migrationshintergrund zeigte ebenfalls, dass Menschen mit Migrationshintergrund weniger illegale Substanzen zu sich nahmen (Bayerische Akademie für Suchtfragen 2003). Innerhalb dieser Gruppe zeigte sich die Aufenthaltsdauer als ein entscheidender Faktor: In Deutschland geborene und aufgewachsene Jugendliche hatten tendenziell ein ähnliches Risikoverhalten wie Deutsche. Eine bayerische Studie zu GUS-Staaten Aussiedlern zeigt im Gegensatz dazu, dass Drogentote in dieser Gruppe häufiger vorkommen als unter Einheimischen und zudem weitaus jünger sind (Landeszentrale für Gesundheit 2002).

4.4 Sport und Ernährung

Der starke positive Einfluss von Sport und körperlichem Training auf die Gesundheit und das Wohlbefinden sind gut dokumentiert. Durch einen aktiven Lebensstils lässt sich in jeder Altersstufe der Entwicklung vieler Krankheiten und Beschwerden wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus Typ II oder Rückenschmerzen vorbeugen.

Aus vielen Studien ist bekannt, dass körperliche Aktivität und soziale Lage eng zusammenhängen. Dies gilt auch für Bayern und sowohl für Deutsche als auch für Nichtdeutsche, wie die Auswertung der SOEP-Daten zeigt (Tabelle 11).

Tabelle 11: Anteil von Personen, die mindestens 1 Mal pro Woche Sport treiben in Bayern (in %), 2008

	Deutsch	Nichtdeutsch
	in %	
Frauen	36,5	8,2
Männer	33,4	16,4
Kein Schulabschluss/Hauptschule (7-9.5 Jahre Bildung)	30,7	6,8
Realschulabschluss/Abitur o.ä. (10-13 Jahre Bildung)	39,2	15,6
Tertiäre Bildung (>13 Jahre Bildung)	50,2	21,2

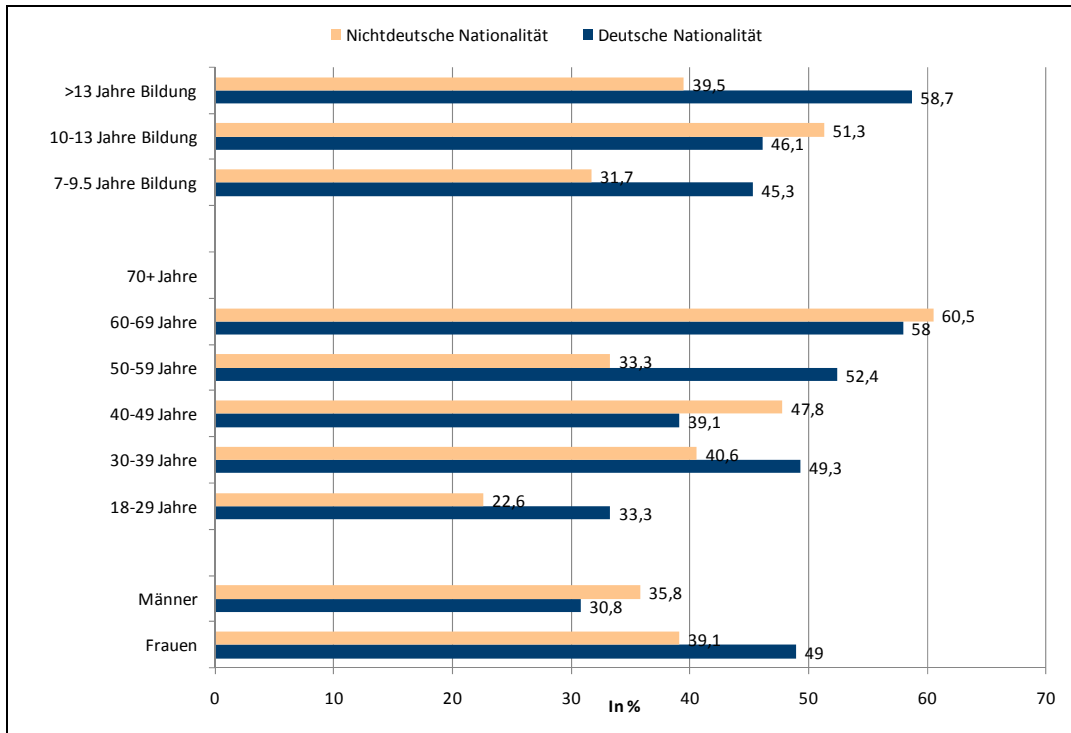
Quelle: IGES Berechnungen nach SOEP 2008

Nichtdeutsche Personen treiben deutlich seltener Sport als Deutsche. Besonders groß ist der Unterschied bei Frauen: Nur 8,2 % der nichtdeutschen Frauen treibt mindestens einmal pro Woche Sport, während dieser Anteil unter den deutschen Frauen gut viermal höher liegt (36,5 %). Der Anteil der Personen, die regelmäßig Sport treiben, steigt bei Deutschen und Nichtdeutschen mit zunehmendem Bildungsniveau an deutlich an. Für Kinder sind solche Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität und sozialer Lage, einschließlich des Migrationsstatus, ebenfalls belegt (Lampert et al. 2007).

Auch die gesundheitsbewusste **Ernährung** ist ein wichtiges gesundheitsrelevantes Verhalten. Für Menschen mit Migrationshintergrund, die zum Teil selbst Zeiten von Mangelernährung im Herkunftsland erfahren haben, scheint eine Problemlage darin zu bestehen, dass bestimmte habitualisierte Essgewohnheiten bei stark veränderten gesellschaftlichen Lebensbedingungen nicht verändert werden (Zwick 2007). Die Bedeutung des Essens ist gerade bei türkischen Migrantinnen und Migranten kulturell sehr groß und das Anbieten von Speisen wird als Indikator für das ökonomische Wohlergehen einer Person gesehen (Zwick 2007).

Insgesamt legen deutsche Frauen deutlich häufiger Wert auf eine gesunde Ernährung als nichtdeutsche Frauen. Bei den Männern ist es umgekehrt. Unabhängig von der Herkunft legen Frauen mehr Wert auf gesunde Ernährung als Männer. Zudem scheinen vor allem Menschen mit einem höheren Bildungsabschluss auf gesunde Ernährung zu achten. Besonders selten legen Menschen zwischen 18 und 29 Jahren Wert auf eine gesunde Ernährung (Abbildung 14).

Abbildung 14: Anteil derer, die stark bzw. sehr stark auf gesunde Ernährung achten, Bayern (in %), 2008



Quelle: IGES Berechnungen nach SOEP 2008

5 Gehen Migrantinnen und Migranten häufiger zum Arzt?

Zwischen dem Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsdienstleistungen und dem Bedarf, d. h. dem Gesundheitszustand, besteht ein starker Zusammenhang. Darüber hinaus beeinflussen Faktoren wie die soziale Lage, Geschlecht und Alter das Inanspruchnahmeverhalten in Deutschland (Thode et al. 2005). Bei Menschen mit Migrationshintergrund können u. a. auch die Erfahrungen, die sie mit dem Gesundheitssystem in ihrer Heimat gemacht haben, bei der Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens eine große Rolle spielen.

5.1 Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgung

Unterschiede zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und einheimischer Bevölkerung bestehen u. a. in Bezug auf die Kontakt- und Häufigkeitsentscheidung bei der Inanspruchnahme von ambulanter und stationärer Versorgung. Die Häufigkeit von Arztwechseln nimmt z.B. zu, wenn sich die Migrantinnen und Migranten missverstanden oder "schlecht behandelt" fühlen (Svejda-Hirscha/Strebb 2009). Eine Studie zeigt für Deutschland zudem, dass Migranten der 1. Generation und Migrantinnen der 1. und 2. Generation häufiger zum Arzt gingen, wenn ihre subjektiv eingeschätzten Deutschkenntnisse sehr gut waren (Sander 2008). Eine Nürnberger Schmerztagestudie ermittelte, dass Patienten mit Migrationshintergrund häufiger mehrere Ärzte gleichzeitig aufsuchten, eine deutliche höhere Anzahl von Diagnosen hatten, wesentlich mehr Medikamente gleichzeitig verordnet bekamen, eine höhere Anzahl von Krankenhausaufenthalten hatten und sich sehr viel häufiger einer Untersuchung mit Ultraschall oder Computertomographie unterziehen mussten als Patienten ohne Migrationshintergrund (Siegler 2009).

Dabei unterscheiden sich Deutsche und Menschen mit Migrationshintergrund nicht nur in der Häufigkeit der Inanspruchnahme bestimmter Leistungen (z. B. Anzahl Arztbesuche, Teilnahme an Impfungen) sondern weisen auch spezifische Inanspruchnahmepatterns auf. Menschen mit Migrationshintergrund nehmen bevorzugt Klinikambulanzen in Anspruch, da die Barrieren zur Inanspruchnahme von Klinikambulanzen niedriger sind als die Barrieren beim Notfalldienst der Kassenärztlichen Vereinigungen (Schulte-Sasse 2003).

Der Anteil der Deutschen und Nichtdeutschen, die im Jahr 2007 nicht zum Arzt gegangen sind, war in etwa gleich hoch (26,0 % vs. 26,8 %). Unter Nichtdeutschen war der Anteil derer, die im Jahr 2007 nicht im Krankenhaus behandelt wurden, etwas höher als unter Deutschen (Tabelle 12).

Tabelle 12: Anteil von Personen ohne Krankenhaus- und Arztbesuche im Jahr 2007 und die durchschnittliche Anzahl von Arztbesuchen in den letzten 3 Monaten nach Nationalität, Geschlecht und Bildung in Bayern, 2008

Migrationshintergrund	Deutsche	Nichtdeutsch
	in %	
Keine Arztbesuche	26,0	26,8
Keine Krankenhausbesuche	73,6	82,1
Anzahl Arztbesuche in den letzten 3 Monaten	Mittelwert	
Frauen	3,9	3,7
Männer	3,8	2,6
Kein Schulabschluss/Hauptschule (7-9.5 Jahre Bildung)	4,5	3,2
Realschulabschluss/Abitur o.ä. (10-13 Jahre Bildung)	3,8	3,3
Tertiäre Bildung (>13 Jahre Bildung)	3,6	3,1

Quelle: IGES Berechnungen nach SOEP 2008

Bei der Anzahl der Arztbesuche in den letzten drei Monaten vor der Befragung zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen deutschen und nichtdeutschen Frauen. Nichtdeutsche Männer scheinen jedoch deutlich seltener zum Arzt zu gehen als deutsche Männer.

5.2 Inanspruchnahme von präventiven Angeboten

Die Daten der Schuleingangsuntersuchung zeigen für Bayern, dass auch Kinder mit Migrationshintergrund häufig an den **Früherkennungsuntersuchungen** U1-U9 teilnehmen, allerdings seltener als einheimische Kinder. Dabei nehmen die Kinder, deren Eltern beide nicht Deutsch als Muttersprache haben, seltener an Früherkennungsuntersuchungen teil als die Kinder mit nur einem Elternteil, das Deutsch nicht als Muttersprache hat. Obwohl alle Kinder mit zunehmendem Alter seltener an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen, ist dieser Trend unter Kindern mit Migrationshintergrund deutlicher zu beobachten (Tabelle 13).

Tabelle 13: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 nach Muttersprache der Eltern bei Kindern im Alter von 5 bis 6 Jahren und mit Angaben zur jeweiligen U-Untersuchung in Bayern (in %), 2005/6

	Einheimische (Muttersprache beider Elternteile Deutsch)	Muttersprache eines Elternteils Deutsch	Muttersprache beider Elternteile nicht Deutsch
U1	99,6	96,6	95,2
U2	99,4	96,2	94,9
U3	99,3	96,0	93,9
U4	99,0	95,7	92,8
U5	98,6	95,1	90,9
U6	98,6	95,1	89,4
U7	97,7	93,3	86,9
U8	94,5	88,7	81,9
U9	94,3	91,2	86,7

Quelle: IGES Darstellung nach Schuleingangsuntersuchung 2005/6 (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2009)

Auch in Bezug auf die **Zahngesundheit** lassen sich in Bayern Unterschiede in Bezug auf die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen finden. Einheimische Kinder in Augsburg nahmen signifikant häufiger an einer zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung teil als Kinder mit Migrationshintergrund. Auch die Putzhäufigkeit lag bei deutschen Kindern deutlich höher als bei Kindern mit Migrationshintergrund (Storr et al. 2009).

Daten zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen im Erwachsenenalter bei Migranten und Migrantinnen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung liegen für Bayern nicht vor.

5.3 Teilnahme an Impfungen

Kinder mit Migrationshintergrund sind im Durchschnitt etwas besser geimpft als einheimische Kinder (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2010; Tabelle 14).

Allerdings überschätzen diese Daten den Impfstatus von Kindern mit Migrationshintergrund vermutlich etwas, da die Impfraten nur für Kinder mit vorgelegtem Impfdokument bestimmt werden und die nichtdeutschen Kinder seltener ein Impfdokument vorgelegt haben. Es ist davon auszugehen, dass Kinder ohne vorgelegtes Impfdokument etwas schlechter geimpft sind (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2010).

Tabelle 14: Impfstatus nach Muttersprache in Bayern (in %), 2008/9

	Einheimische (Muttersprache beider Elternteile Deutsch)	Muttersprache eines Elternteils Deutsch	Muttersprache beider Elternteile nicht Deutsch
Kinderlähmung	95,3	97,1	98,2
Diphtherie	97,0	98,1	98,9
Tetanus	98,2	98,6	98,9
Keuchhusten	91,5	93,5	96,0
Hib	93,8	95,1	95,2
Hepatitis B	87,9	91,7	95,3
Masern	92,5	95,2	97,8
Mumps	92,0	94,8	97,7
Röteln	91,9	94,7	97,5
FSME	37,9	30,0	28,9

Quelle: IGES Darstellung nach Daten der Schuleingangsuntersuchung (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2010)

6 Welche Versorgungsangebote für Migrantinnen und Migranten gibt es?

Angesichts der offensichtlich bestehenden Über- Unter und auch Fehlversorgung von Migrantinnen und Migranten kann es einerseits darum gehen, die Kompetenz von Migrantinnen und Migranten im Umgang mit Gesundheit und Krankheit und dem deutschen Gesundheitswesen zu steigern. Dies kann z. B. geschehen durch eine verbesserte Integration insgesamt (insbesondere durch das Erlernen der deutschen Sprache) und die Vermittlung von migranten-spezifischen Informationsangeboten zu diesen Themen.

Andererseits sind gegenwärtig auch die Dienstleister im Gesundheitswesen teilweise nicht genügend auf die Aufgabe vorbereitet, mit Migrantinnen und Migranten und ihren gesundheitlichen Problemen umzugehen: Neben Sprachproblemen gibt es offensichtlich kulturell bedingte Verständigungsschwierigkeiten, die im vielfach stressigen Versorgungsalltag in Krankenhäusern und Arztpraxen noch zusätzlich an Bedeutung erlangen und eine fachgerechte Versorgung der Patienten erschweren. Die Studienlage zu dieser Thematik ist jedoch nicht gut: In einer Befragung aus dem Jahre 1999 nannten niedergelassene Ärzte im Stadt- und Landkreis München vor allem Sprachprobleme (30 %) im Umgang mit Migrantinnen und Migranten. Mit deutlichem Abstand folgen Probleme im Rahmen der Behandlung, z.B. die mangelnde „Compliance“, der hohe Zeitaufwand und Mentalitätsunterschiede (8 %) (Landeshauptstadt München 2005: 31).

In einigen Großstädten (z. B. Berlin, Bremen, Frankfurt am Main und Hamburg) gibt es informelle Netzwerke zur Gesundheitsversorgung von illegalen Migrantinnen und Migranten (Razum et al. 2008). Diese privaten Initiativen zur ambulanten Gesundheitsversorgung, die Ärztinnen und Ärzte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Hebammen, Dolmetscherinnen und Dolmetscher häufig ehrenamtlich und kostenlos anbieten, können jedoch nicht die Breite der medizinischen Versorgung abdecken.

Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus können öffentliche Institutionen, wie beispielsweise das Sozialamt oder Gesundheitsämter, in Anspruch nehmen, dabei unterliegen öffentliche Stellen jedoch einer Mitteilungsverpflichtung, wenn ihnen ein illegaler Aufenthalt in Deutschland bekannt wird. Krankenhäuser sind bei entsprechender medizinischer Indikation grundsätzlich dazu verpflichtet, jeden Menschen aufzunehmen und die benötigte Behandlung zu gewährleisten.

Für Krankenhäuser besteht keine Meldeverpflichtung. Krankenhausverwaltungen versuchen jedoch, Patientendaten festzuhalten, da sie so entstandene Kosten von den zuständigen Sozialbehörden zurückerstattet bekommen. Die Sozialbehörden wiederum sind zur Mitteilung eines illegalen Aufenthaltes verpflichtet (Razum et al. 2008). Illegale Migrantinnen, die schwanger sind, befinden sich dadurch in einer besonders prekären Versorgungssituation, die sie oftmals ohne Partner bewältigen müssen, da sie gerade während der Schwangerschaft und beim Austragen eines Kindes unter ärztlicher Anleitung eine Abschiebung nach der Geburt mit dem Kind befürchten müssen (Landeshauptstadt München 2003).

6.1 Migrationsbeauftragte an Krankenhäusern

Um die Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Krankenhäusern wirksam und nachhaltig zu verbessern, hat der 1997 bei der Bundesbeauftragten für Migration ins Leben gerufene "Bundesweite Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit"³ im Jahr 2009 eine Empfehlung zur Einrichtung von Migrationsbeauftragten an deutschen Krankenhäusern veröffentlicht. Diese Migrationsbeauftragten sollen vielfältige Aktivitäten übernehmen bzw. anstoßen, so z. B.:

- Aufbau eines Dolmetscher-Netzes
- Übersetzung relevanter Formulare, Merkblätter etc.
- Etablierung besonderer Angebote für Patienten (Sprechstunden, Info-Veranstaltungen)
- Einwirkung auf klinikinterne Strukturen und Aufgabenprofile
- Etablierung eines Intranets zu migrationsspezifischen Themen (z. B. Dolmetscherlisten, Arbeitshilfen, Formulare etc.)
- Interne Fort- und Weiterbildung
- Öffentlichkeitsarbeit

Dabei wird die Einrichtung einer solchen Stelle nicht nur aus Migrantensicht gesehen, sondern auch als möglicher Wettbewerbsvorteil für das Krankenhaus: Nach Ansicht des Positionspapiers sind Krankenhäuser "in Zeiten verschärften Wettbewerbs gehalten, geeignete Maßnahmen zur Kundenbindung und Umsatzsteigerung zu ergreifen." Die Schaffung einer(s) Migrations-/Migranten-/ oder Integrationsbeauftragten sei dabei "geeignet, die wachsende Klientel mit Migrationshintergrund anzusprechen, für die Klinik zu gewinnen und angemessen zu versorgen."

In Bayern gibt es solche Stellen beim städtischen Klinikum München⁴ und beim Klinikum Nürnberg (seit 4/2010).⁵ Vor allem im Städtischen Klinikum München konnten schon vielfältige Aktivitäten angestoßen und durchgeführt werden, um das Klinikum mit seinen fünf Standorten besser auf die Versorgung von Migrantinnen und Migranten vorzubereiten. Dazu gehören neben einer detaillierten Erfassung der behandelten Migrantinnen und Migranten als Arbeitsgrundlage für alle weiteren Aktivitäten z. B. die Einrichtung eines umfassenden Dolmetscherdienstes, hausinterne Befragungen der Patienten mit Migrationshintergrund, Workshops für Beschäftigte des Klinikums zum Thema sowie besondere Präventions- und Versorgungsangebote für Migrantinnen und Migranten.

3 www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/IB/Artikel/Themen/Gesellschaft/Gesundheit/2009-09-01-bundesweiter-arbeitskreis.html

4 www.klinikum-muenchen.de

5 www.klinikum.nuernberg.de/DE/aktuelles/knzeitung/2010/201003/richter.html

6.2 Besondere Schulungsangebote für Gesundheitspersonal

Eine spezifische Maßnahme, um den Umgang des Personals in Krankenhäusern und Arztpraxen mit Migrantinnen und Migranten zu verbessern, sind Schulungsangebote zum Ausbau der interkulturellen Kompetenz des Personals. Ziel solcher Programme ist es u. a., das Personal für die Bedeutung kultureller Unterschiede zu sensibilisieren, ihnen migrationsspezifisches Basiswissen zu vermitteln und sie dazu zu befähigen, die Verhaltensweisen von Migrantinnen und Migranten besser zu verstehen und mit diesem Verhalten besser umgehen zu können. Solche Schulungsprogramme werden teilweise direkt in den Einrichtungen in "Eigenregie" erstellt. Allerdings gibt es auch einige Anbieter, die solche Kurse für andere Einrichtungen anbieten, so z. B. das Klinikum Nürnberg⁶, die AWO Nürnberg⁷ und das Bayerische Zentrum für Transkulturelle Medizin e. V. in München.⁸

6.3 Angebote zur Überwindung von Sprachbarrieren

Sprachbarrieren zwischen dem Personal in den Krankenhäusern und Arztpraxen und den Patienten mit Migrationshintergrund sind ein zentraler Grund für die oben beschriebene Über-, Unter- und Fehlversorgung dieser Patientengruppe. Vor allem in der Anamnese und der Patientenaufklärung (z. B. vor Operationen) und bei sprachbasierten Therapieansätzen (vor allem in der Psychotherapie) entstehen hier besondere Probleme.

6.3.1 Dolmetscherdienste im Krankenhaus

Um die Probleme in der sprachlichen Verständigung zu mildern bzw. zu überwinden, können Dritte als Dolmetscher hinzugezogen werden. In vielen Fällen werden – von den Patienten nur teilweise auch zu diesem Zweck mitgebrachte – Familienangehörige oder Bekannte als Übersetzer herangezogen. Die Hinzuziehung von Familienangehörigen / Bekannten wird jedoch von Fachleuten eher abgelehnt oder nur als Notlösung akzeptiert, da es auf diese Weise – gerade bei Tabuthemen (schwere körperliche Erkrankungen, psychische Erkrankungen, Verletzungen infolge von Gewaltanwendung) – oft nur zu einer stark eingeschränkten oder verzerrten Kommunikation kommt.

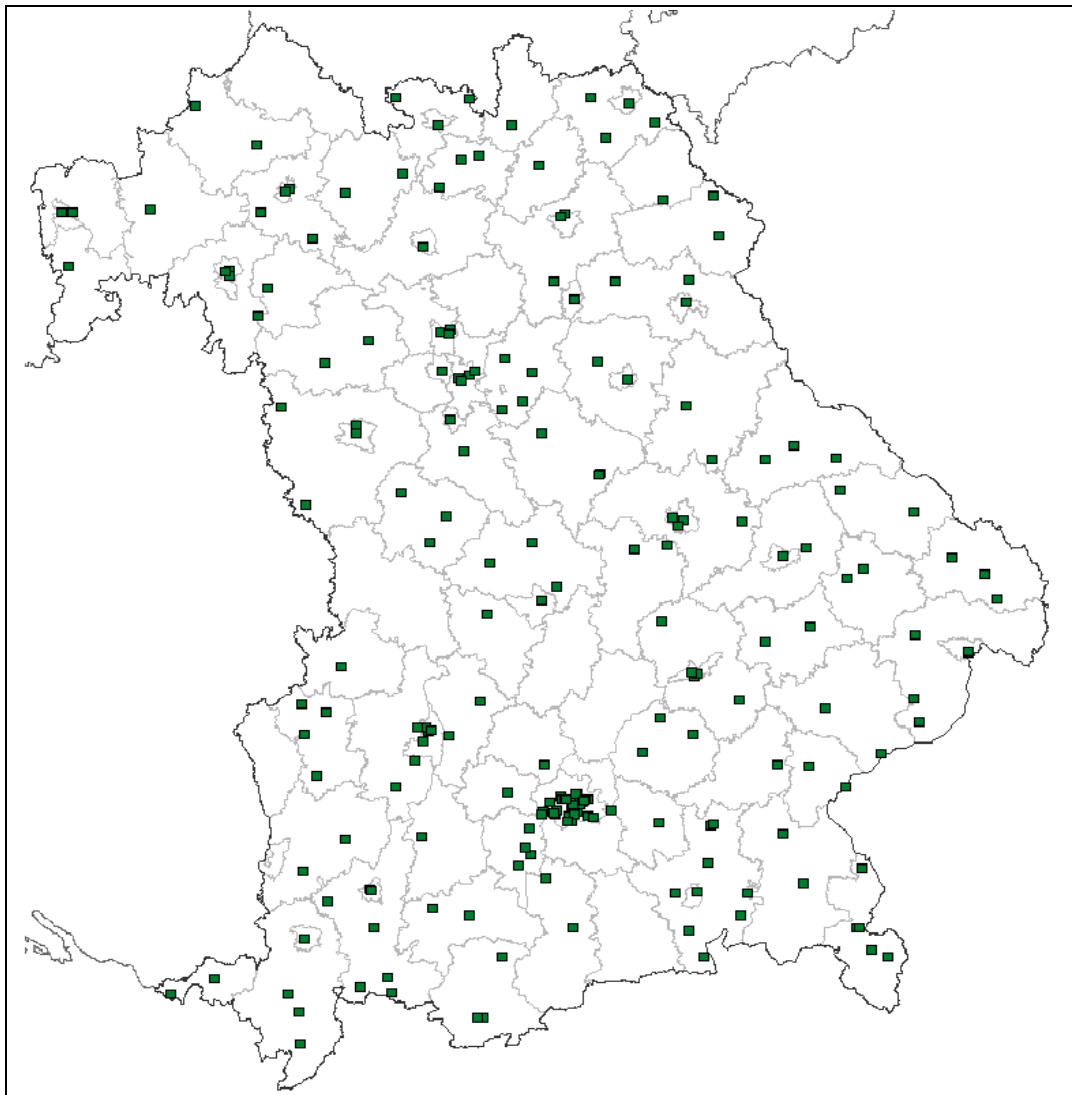
Um die Situation zu verbessern, haben viele Krankenhäuser Dolmetscherdienste eingerichtet. Gemäß den strukturierten Qualitätsberichten des Jahres 2008 verfügen 216 der 329 Krankenhäuser in Bayern nach eigenen Angaben über einen Dolmetscherdienst; allerdings werden dabei auch Gebärdendolmetscher berücksichtigt (Abbildung 15).

⁶ www.cekib.de/migrantinnen-und-migranten-im-gesundheitswesen/articles/migrantinnen-und-migranten-im-gesundheitswesen.html

⁷ www.awo-nuernberg.de/startseite/unsere-angebote/bildung-service-entwicklung/inkutra/unsere-seminare.html

⁸ www.bayzent.de

Abbildung 15: Bayerische Krankenhäuser mit Dolmetscherdienst, 2008



Quelle: IGES Darstellung nach: Strukturierte Qualitätsberichte 2008
Anmerkung: Ausgewertet wurde hierfür das Merkmal SA41 Dolmetscherdienste (z.B. Sprache; ggf. Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin)

Dieser Dienst ist in den Berichtsvorgaben inhaltlich nicht näher spezifiziert. Aus Freitextangaben in diesen Berichten lässt sich entnehmen, dass es sich bei diesen "Dolmetscherdiensten" überwiegend um Krankenhausmitarbeiter (v. a. Pflegekräfte, aber auch Reinigungskräfte) mit muttersprachlichen Kenntnissen in den relevanten Sprachen handelt. Meist liegen in den Kliniken interne Listen aus, auf denen die Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen aufgelistet werden. Einige Freitextangaben ("Im Bedarfsfall werden geeignete Dolmetscher gesucht") lassen aber auch vermuten, dass es in den Kliniken keine spezifischeren Regeln zum Dolmetscherdienst gibt.

Migrationsspezifische Schulungen dieser Mitarbeiter (sowohl medizinische oder sprachliche) gibt es nur in seltenen Fällen. Ein Beispiel für einen elaborierten

hausinternen Dolmetscherdienst ist das Städtische Klinikum München.⁹ Dort gibt es z.B. neben internen Schulungen für die Laiendolmetscher und eine Supervision auch Regelungen zur Inanspruchnahme dieser Dolmetscher und zum Arbeitszeitausgleich für als Dolmetscher tätige Mitarbeiter. Nur selten verweisen die Kliniken auf externe Dolmetscherdienste; vereinzelt werden als Kooperationspartner öffentliche Stellen¹⁰ (Landratsamt, Amtsgericht, Stadtverwaltung) genannt. Ein besonderes Dolmetscherangebot für Patienten mit Migrationshintergrund bietet das Bayerische Zentrum für Transkulturelle Medizin e. V. in München an.¹¹

Ein Grundproblem für die Hinzuziehung von externen Dolmetscherdiensten ist die Tatsache, dass diese Leistung von den gesetzlichen Krankenkassen gegenwärtig nicht übernommen wird. So müssen in der Regel entweder die Krankenhäuser oder die Patienten die Kosten selbst übernehmen.¹²

6.3.2 Fremdsprachenangebote in Arztpraxen

Aufschluss über Fremdsprachenkenntnisse in der ambulanten Versorgung liefert die Arztsuche der KVB. Eine explorative Analyse ergab eine Liste von 82 Hausarztpraxen in Bayern mit türkischen Sprachkenntnissen.¹³ Wie die Abbildung 16 zeigt, waren diese Ärzte überwiegend in den größeren Städten tätig.

Eine differenziertere Analyse findet sich in der Erhebung der Stadt München aus dem Jahre 1999 (Landeshauptstadt München 2005: 22f.): Danach nannten die meisten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Englisch (93 % aller Antwortenden) Französisch (59 %) und Italienisch (32 %) als die von ihnen beherrschten Fremdsprachen. Die Sprachen der Hauptherkunftsländer der in Bayern lebenden Ausländern und Ausländerinnen beherrschten insgesamt nur wenige: 3,8 % der Befragten gaben Türkisch (N=42), 3 % Griechisch (N=33) und 2,4 % Serbisch, Kroatisch oder Bosnisch (N=26) an, wobei es sich entsprechend den guten Noten, die sich die befragten Ärztinnen und Ärzte für diese Sprachkenntnisse gaben, meist um deren Muttersprache gehandelt haben dürfte. Bei den Angestellten der Praxen sah es etwas anders aus: Türkische Sprachkenntnisse ihrer Angestellten gaben 11 % der befragten Ärztinnen und Ärzte (N=121) an, serbische, kroatische oder bosnische Sprachkenntnisse knapp 10 % (N=105). Auch dabei dürfte es sich überwiegend um muttersprachliche Kenntnisse gehandelt haben.

⁹ www.migazin.de/2010/01/04/sprachmittlung-im-krankenhaus-bei-gesundheitsversorgung-von-migranten/2/

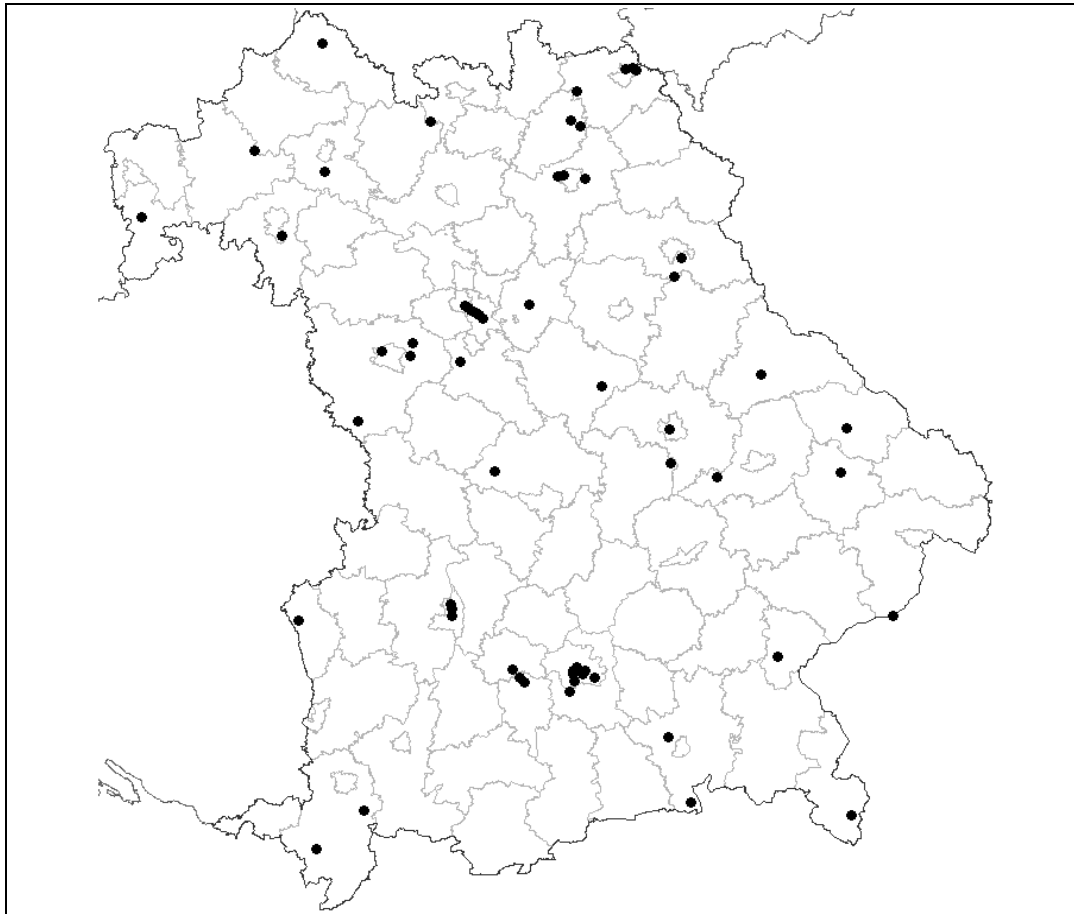
¹⁰ Ein Beispiel für einen Dolmetscherdienst unter maßgeblicher Verantwortung eines Gesundheitsamtes bietet die Stadt Bremen: www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/2_nb_Migration_Dolmetscherdienst.pdf

¹¹ www.bayzent.de/dolm.html

¹² www.welt.de/die-welt/politik/article7724578/Integration-Dolmetscher-als-Kassenleistung.html

¹³ Dabei handelte es sich um 70 Ärzte, von denen 12 jeweils zwei Betriebsstätten hatten.

Abbildung 16: Hausärzte / Hausarztpraxen mit türkischen Sprachkenntnissen in Bayern, 2010



Quelle: IGES Darstellung nach: KVB 2010

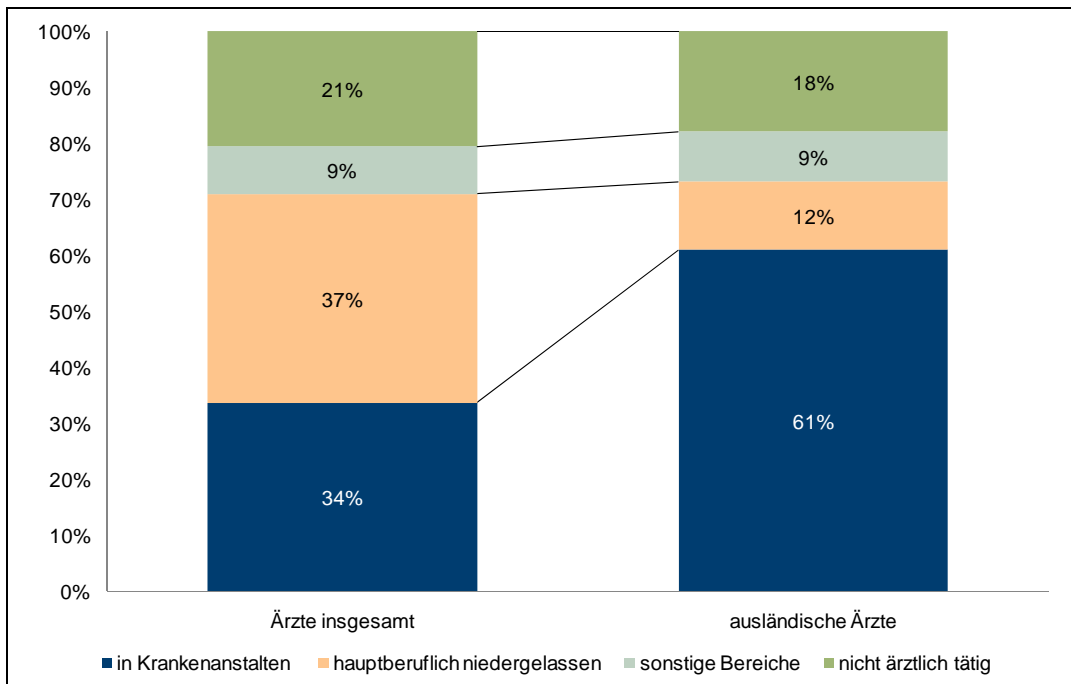
Anmerkung: Hausärztlich tätige Kinder- und Jugendärzte sind in der Abbildung nicht enthalten; in zwei Fällen hatten Ärzte je zwei Betriebsstätten in einem PLZ-Bereich, dort wurde je nur eine Niederlassung abgebildet.

6.4 Gesundheitspersonal mit Migrationshintergrund

Schon die vorangegangenen Kapitel zum Fremdsprachenangebot in Kliniken und Arztpraxen haben gezeigt, dass vielfach auf Muttersprachler zurückgegriffen wird, um Sprachbarrieren zu überwinden: Wo es noch nicht in ausreichendem Maße gelungen ist, deutsches Gesundheitspersonal auf die Versorgung von Migrantinnen und Migranten vorzubereiten, wird der Einsatz von Gesundheitspersonal mit Migrationshintergrund gesehen, um Sprachbarrieren und kulturelle Differenzen zu überwinden.

In Bayern waren (Stichtag: 30.12.2009) unter den insgesamt 41.563 Ärzten 3.943 (9,5 %) ausländische Ärzte. Die ausländischen Ärzte arbeiteten weit überwiegend (61 %) in der stationären Versorgung (Ärzte insgesamt: 34 %; Abbildung 17).

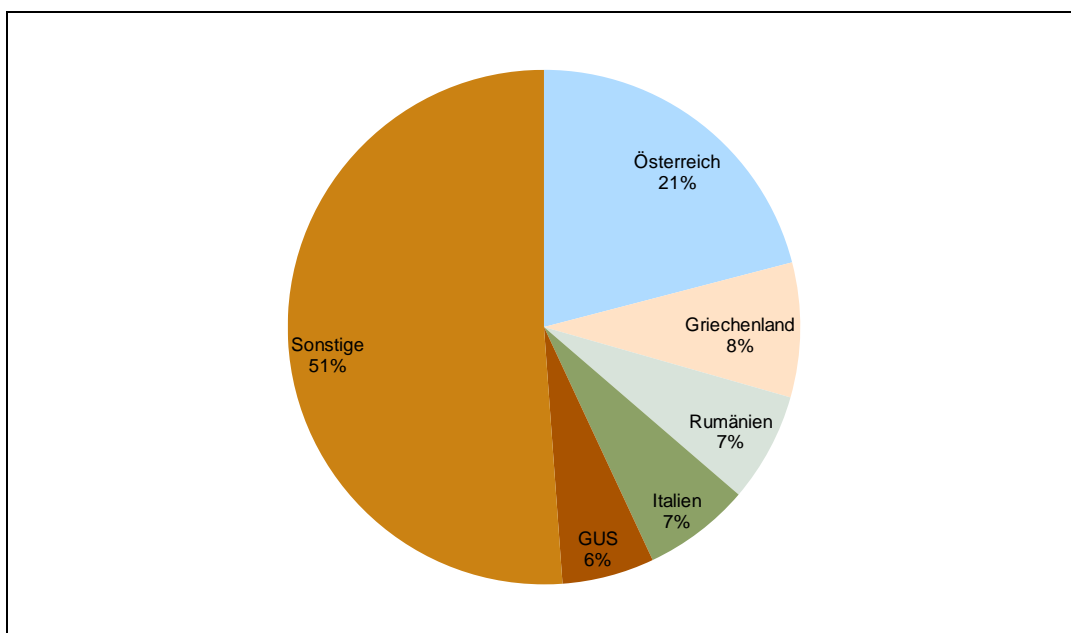
Abbildung 17: Tätigkeitsbereiche ausländischer Ärzte, Bayern (in %), 2009



Quelle: IGES Berechnungen nach Landesärztekammer Bayern 2010

Diese Ärzte kamen insgesamt aus 115 Ländern; rund ein Fünftel (21 %) besaß die österreichische Staatsangehörigkeit (Abbildung 18). Die türkische Staatsangehörigkeit besaßen insgesamt nur 2 % der Ärzte. Auch der Anteil der Ärzte aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens liegt insgesamt deutlich unter 5 %.

Abbildung 18: Ausländische Ärzte nach Staatsangehörigkeit in Bayern, 2009



Quelle: IGES Berechnung nach Landesärztekammer Bayern

6.5 Besondere Versorgungsangebote für Migrantinnen und Migranten

Es gibt viele bestehende Angebote, die sich an die Allgemeinbevölkerung wenden und natürlich auch Migrantinnen und Migranten offen stehen. Diese Angebote werden von den Migrantinnen und Migranten aufgrund sprachlicher und kultureller Barrieren zu wenig genutzt (Lenk-Neumann 2010).

Um den Zugang von Migrantinnen und Migranten zu Gesundheitsförderungsangeboten zu verbessern, gibt es daher auch Angebote, die speziell auf diese Bevölkerungsgruppe ausgerichtet sind. Die meisten sind lokal organisiert. So gibt es z. B. in Nürnberg ein gut ausgebautes Beratungs- und Betreuungsangebot der Arbeiterwohlfahrt und des Krisendienstes Mittelfranken für Migrantinnen und Migranten mit psychischen Problemen.¹⁴ In München organisiert der Verein Donna Mobile¹⁵ Informationsveranstaltungen zu gesundheitsbezogenen Themen für Menschen mit Migrationshintergrund.

Neben diesen lokalen Angeboten gibt es mit dem Projekt "MiMi – Mit Migranten für Migranten" – einen bayernweiten Ansatz: Seit 2008 wird MiMi als landesweiter Ansatz mit der Förderung des bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit, des BKK Landesverbands Bayern sowie – bis 2009 – des BKK Bundesverbands GbR durchgeführt.

Mit Migranten für Migranten (MiMi)

Um die Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern wurde im Jahr 2003 das "MiMi-Projekt - Mit Migranten für Migranten" ins Leben gerufen. Ziel dieses Projekts ist es, Migranten den Zugang zum Gesundheitssystem zu erleichtern und sie über wichtige Themen der Prävention (z. B. Ernährung und Bewegung, Kindergesundheit, Zahngesundheit) zu informieren. Bundesweit werden in diesem Projekt Migranten zu sogenannten 'Gesundheitsmediatoren' geschult. In Bayern läuft das Projekt seit 2008; Projektstandorte gibt es in München, Ingolstadt, Augsburg, Nürnberg, Schweinfurt, Coburg und Landshut.

www.stmug.bayern.de/gesundheit/aufklaerung_vorbeugung/giba/projekte/mimi.htm, www.bkk-bv-gesundheit.de/bkk-promig/127.0.html

Besondere Versorgungsangebote im Bereich der somatisch-medizinischen Versorgung gibt es vor allem für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, häufig also für sogenannte "Illegale" ohne gültigen Aufenthaltsstatus.¹⁶ Für diese Gruppe bietet die Malteser Migranten Medizin bundesweit sowie in Bayern in Augsburg und in München eine ambulante ärztliche Versorgung an.

¹⁴ www.awo-nuernberg.de/startseite/unsere-angebote/rat-und-hilfe-bei-psychischen-problemen/beratungszentrum-fuer-seelische-gesundheit-der-arbewe-ggmbh.html

¹⁵ www.donnamobile.org

¹⁶ Daneben gibt es auch Angebote, die ganz allgemein auf Menschen ohne Krankenversicherungsschutz ausgerichtet sind und u. a. auch Migranten versorgen, z. B. die Straßenambulanz "Franz von Assisi" der Caritas in Nürnberg.

Malteser Migranten Medizin

In den 11 über das ganze Bundesgebiet verteilten Praxen der Malteser Migranten Medizin (MMM) können Patienten ohne gültigen Aufnahmestatus und Menschen ohne Krankenversicherung ärztlich versorgt werden. Da bei den Behandlungsfällen häufig auch soziale und rechtliche Probleme auftreten, wird häufig auch eine soziale und sozialrechtliche Beratung angeboten. Rund 30 % der Patienten von MMM sind deutsche Bürger und 70 % sind Migranten. In Bayern gibt es eine MMM-Praxis in Augsburg und eine in München.

In München findet gegenwärtig jeden Dienstag von 9:30 bis 13:30 Uhr eine medizinische Erstversorgung und Beratung statt. Die MMM-Ärzte behandeln direkt oder verweisen an ein kooperierendes Netzwerk von Fachärzten und Kliniken, die die Patienten umsonst oder zu ermäßigten Kostensätzen behandeln. Medikamente und Hilfsmittel werden vielfach gespendet und direkt in der Praxis an die Patienten abgegeben. 2009 wurden dort 345 Fälle behandelt (davon 298 mit legalem und 47 mit illegalem Aufenthaltsstatus).

Die Finanzierung erfolgt vor allem über Spendengelder. Seit Juli 2009 unterstützt auch die Stadt München das Projekt mit einem Notfallfond für nichtversicherte Menschen.

www.malteser-migranten-medizin.de

In München gibt es ein vergleichbares Angebot durch Open.Med / Ärzte der Welt¹⁷ in Kooperation mit dem Café 104. Eingebunden sind diese Angebote in ein Kooperationsnetzwerk von niedergelassenen Ärzten, Apotheken, Laboren und auch Krankenhäusern. Die Finanzierung dieser Angebote erfolgt weitgehend durch Spenden und in München auch durch den Notfallfonds der Stadt zur Finanzierung der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung.

Das FrauenTherapieZentrum in München (<http://ftz-muenchen.de/>) bietet Beratung für Frauen mit psychischen Störungen an. Für Migrantinnen stehen neben muttersprachlichen Fachkräften auch Dolmetscherinnen zur Verfügung, kulturreflexives Arbeiten ist Teil des Konzepts. Aber auch für andere Migrantengruppen gibt es spezielle Versorgungsangebote: So bietet das Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren eine v. a. psychiatrisch / psychotherapeutisch ausgerichtete Sprechstunde in russischer Sprache für die dort sehr stark vertretene Bevölkerungsgruppe der russlanddeutschen Spätaussiedler an.¹⁸

¹⁷ www.aerztederwelt.org/fileadmin/pdf/open_med_2009.pdf

¹⁸ www.all-in.de/nachrichten/allgaeu/kaufbeuren/Kaufbeuren-keylok-key52-spaetestens-russensprechstunde-Sprechstunde-auf-Russisch;art2759,102424

7 Fazit und Folgerungen für die Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten

Als Fazit lassen sich sechs wesentliche Ergebnisse festhalten:

1. Der Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten in Bayern entspricht in vielen Bereichen dem von Nicht-Migranten. Allerdings stehen für einige möglicherweise wichtige Krankheitsgruppen notwendige Daten für Bayern nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung (z.B. Infektionskrankheiten, psychische Erkrankungen).
2. Unterschiede gibt es hinsichtlich der Gesundheitsrisiken durch Übergewicht: Nichtdeutsche Frauen haben häufiger ein überhöhtes Körpergewicht (höhere Werte des Body-Mass-Index) als Frauen mit deutscher Nationalität. Auch Kinder mit Migrationshintergrund sind häufiger übergewichtig oder adipös als herkunftsdeutsche Kinder.
3. Menschen mit Migrationshintergrund weisen häufig ein anderes gesundheitsrelevantes Verhalten auf als Einheimische: Sie trinken seltener Alkohol, rauchen aber häufiger und treiben weniger Sport.
4. Migrantinnen und Migranten suchen nicht wesentlich seltener einen Arzt oder ein Krankenhaus auf als der Rest der Bevölkerung. Aufgrund von angebots- und nachfrageseitigen Zugangshürden unterliegen sie jedoch einem größeren Risiko von Unter-, Über- und Fehlversorgung.
5. Unterschiede im Gesundheitszustand, dem gesundheitsrelevanten Verhalten und der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund lassen sich teilweise durch den niedrigeren sozialen Status und eine andere Altersstruktur der Migrantinnen und Migranten erklären.
6. Eine Reihe von Versorgungsangeboten in Bayern enthält mittlerweile spezifische Elemente mit Blick auf Migrantinnen und Migranten, insbesondere im Bereich der Fremdsprachenkompetenz. Die Angebote unterscheiden sich bezüglich der Qualität aber teilweise sehr stark, Informationen hierüber sind freiwillig und meist lückenhaft. Auch entsprechen die verfügbaren Angebote nicht der relativen Bedeutung der unterschiedlichen Herkunftsländer.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse dafür, dass ein Migrationshintergrund für sich genommen nur eingeschränkt systematische Unterschiede im Gesundheitszustand erklären kann. Vielmehr sind es relativ ungünstigere sozioökonomische Bedingungen und sprachlich-kulturelle Faktoren, die häufig mit einem Migrationshintergrund zusammen auftreten und das Risiko eines schlechteren Gesundheitszustandes oder eines schlechteren Zugangs zur Gesundheitsversorgung erhöhen.

Für die Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten lassen sich hieraus einige Schlussfolgerungen ziehen:

Allgemeine Integration von Migrantinnen und Migranten verbessern (vor allem im Bildungsbereich)

Für viele Migrantinnen und Migranten bestehen teilweise erhebliche sprachliche, kulturelle und auch rechtliche Barrieren beim Zugang zu den Versorgungsangeboten des Gesundheitswesens. Eine verbesserte allgemeine Integration von Migrantinnen und Migranten und insbesondere die Verbesserung ihrer Deutschkenntnisse können helfen, diese Hürden zumindest teilweise zu überwinden. Ein Ansatzpunkt ergibt sich zudem aus dem Zusammenhang zwischen Gesundheit und Bildungsstand: Da Migrantinnen und Migranten auch in Bayern ein durchschnittlich geringeres Bildungsniveau als die einheimische Bevölkerung aufweisen, ist die Bildungsintegration von Migrantinnen und Migranten als eine wirksame gesundheitspolitische Maßnahme zu werten. Zudem sollte der „Nationale Integrationsplan“ der Bundesregierung stärker als bisher das Thema Gesundheit berücksichtigen.

Stärkung der Prävention

Die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei Migrantinnen und Migranten sollten ausgebaut werden. Als Schwerpunkte legen die Ergebnisse des vorliegenden Berichts eine verstärkte Gesundheitsförderung und Prävention im Hinblick auf die Ernährung von Kindern, auf das Suchtverhalten insbesondere von Jugendlichen mit Migrationshintergrund und bei russlanddeutschen Aussiedlern sowie auf die seelische Gesundheit insbesondere bei jüngeren (türkischen) Migrantinnen nahe. Nach Ansicht der befragten Experten sollten auch die im MiMi-Projekt (Mit Migranten für Migranten) vorgenommenen inhaltlichen Schwerpunkte grundsätzlich beibehalten werden. Noch wichtiger als bei der einheimischen Bevölkerung scheint bei Migranten die Etablierung von aufsuchenden, niedrigschwelligen Setting-Ansätzen.

Geschlechtsspezifische Angebote etablieren

Geschlechtsspezifische Rollenvorstellungen und Verhaltensmuster sind in anderen Kulturen teilweise deutlich stärker ausgeprägt als unter der deutschen Bevölkerung. Darüber hinaus sehen Experten geschlechtsspezifische Angebote von Gesundheitsdiensten und -versorgung überwiegend als wichtig an. Frauenspezifische Angebote seien einerseits wegen bestimmter geschlechtsspezifischer Themen und des kulturellen Hintergrunds von Menschen mit Migrationshintergrund empfehlenswert. Weibliches Personal sei notwendig, da die Behandlung von Frauen durch männliches Personal in einigen Kulturen nicht erlaubt sei. Innerhalb dieser Angebote könne man Wissen spezifisch nach Alter und Geschlecht vermitteln und über die Frauen auch die Kinder erreichen.

Überwindung der Sprachbarrieren

Defizite bestehen sowohl in der mündlichen Kommunikation mit den Patienten als auch in der Verfügbarkeit von schriftlichen Aufklärungs- und Informationsmaterialien. Hier könnte von den zuständigen Institutionen auf Landes- wie auf Bundesebene zusammen mit Einrichtungen, die in der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund besonders aktiv sind, festgelegt werden, für welche Themen ein besonderer schriftlicher fremdsprachlicher Informationsbedarf besteht. Dies gilt insbesondere auch für den Einsatz von Patientenaufklärungsbögen. Im Hinblick auf das „Dolmetschen“ vor allem in Krankenhäusern scheint noch ein deutliches Verbesserungspotential zu bestehen. Es sollte überlegt wer-

den, in geeigneten Gremien hierfür entsprechende Mindeststandards zu erarbeiten und deren Umsetzung gemeinschaftlich zu erproben.

Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung

Die Einrichtung von Migrationsbeauftragten und die Schulung von Beschäftigten etwa in Krankenhäusern sind geeignete Maßnahmen, um Einrichtungen und Personal besser auf die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund vorzubereiten. Da sich der Migrantenanteil der Patienten in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in Bayern teilweise stark voneinander unterscheidet, sollte das Ausmaß, in dem die Einrichtungen sich dieses Themas annehmen, auf die konkreten Verhältnisse vor Ort abgestimmt werden können. Die Einrichtungen sollten hierbei unterstützt werden, insbesondere durch Informationen über entsprechende Schulungsprogramme, Anpassungs- und Umsetzungsmöglichkeiten (z.B. in Form von Kongressen, Workshops, Projekten zur Qualitätsverbesserung). Ein anderer wichtiger Schritt zur interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens ist die schnellere Anerkennung für Berufsabschlüsse in Gesundheitsberufen, die im Ausland erworben wurden.

Ziel sollte es grundsätzlich sein, den Zugang zum allgemeinen Versorgungsangebot des Gesundheitswesens für Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern, so dass spezialisierte Versorgungsangebote nur für Migrantinnen und Migranten eher als subsidiäre Angebote zur Erreichung besonderer Zielgruppen angelegt sein sollten. Als Beispiel sei auf Beratungseinrichtungen wie Refugio München (<http://www.refugio-muenchen.de/>) hingewiesen. Refugio München betreut Flüchtlinge, die ihr Land aufgrund von Folter, Krieg oder Verfolgung verlassen mussten. Solche Einrichtungen übernehmen Beratungs- und Betreuungsfunktionen, die auch ein interkulturell geöffnetes Gesundheitswesen nicht adäquat abdecken könnte.

Bearbeitung dieses Themas in etablierten Strukturen

Das Thema „Migration und Gesundheit“ betrifft – in unterschiedlichem Ausmaß – einen bedeutenden Teil der bayerischen Bevölkerung und der Einrichtungen des Gesundheitswesens. Daher sollten auch die zentralen Akteure des Gesundheitswesens (in Bayern tätige Krankenkassen, Landesärztekammer, KVB, LKHG, LZG, ÖGD) in die auf die Gesundheit der Migrantinnen und Migranten zielenden Maßnahmen einbezogen werden.

Verbesserung der Datenlage zur Gesundheit von Migrant/innen

In vielen Routine-Statistiken des Gesundheitswesens fehlt die Möglichkeit einer Differenzierung nach Migrationshintergrund bzw. eine Datendifferenzierung ist nur anhand der Staatsangehörigkeit möglich. Studien wiederum erfassen den Migrationshintergrund nach unterschiedlichen Merkmalen, so dass Datenvergleiche zwischen Studien erschwert sind. Eine bessere und einheitlichere Erfassung des Merkmals „Migrationshintergrund“ ist notwendig, um Integrationserfolge und -defizite in gesundheitlicher Hinsicht feststellen zu können.

8 Literaturverzeichnis

- Anderson P (2003) "Dass Sie uns nicht vergessen..." Menschen in der Illegalität in München. Eine empirische Studie im Auftrag der Landeshauptstadt München. München, August 2003.
- Bayerische Akademie für Suchtfragen (2003) Netzwerk Sucht Bayern, Dokumentation zur 8. Tagung „Migration und Sucht“, München, 1. Oktober 2003.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2004) Übergewicht und Adipositas bei Kindern in Bayern. Gesundheitsmonitor 2/2004-A. Erlangen.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2007) Gesundheit regional. Eine Untersuchung zu regionalen Unterschieden des Gesundheitsverhaltens. Gesundheitsberichterstattung für Bayern 3. Erlangen.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2009) Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2006/2007. Statistisch-epidemiologischer Bericht, Band 2. Erlangen.
- Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2008) Aktion Integration. Zehn-Punkte-Programm, Integrationsleitlinien, Integrationskonzept der Bayerischen Staatsregierung zur Integration von Menschen mit Migrationshintergrund. München.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung Familie und Frauen (2010) Soziale Lage in Bayern 2010. München.
- Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2010a) Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Bayern. Stand der Integration und integrationspolitische Maßnahmen. Bamberg, Anna Lutz und Friedrich Heckmann, europäisches forum für migrationsstudien, Institut an der Universität Bamberg.
- Beneke A, Vogel H (2005) Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft. 16. Zweite Auflage. Robert Koch-Institut: Berlin.
- Bergmann E, Eis D, Ellert U und andere (2008) Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut: Berlin.
- Brzoska P, Reiss K, Razum O (2010) Arbeit, Migration und Gesundheit. In: Fehlzeiten-Report 2010. Springer: Berlin Heidelberg.

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2009) Lebenslagen in Deutschland. 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Online verfügbar unter:
www.bmas.de/portal/26742/property=pdf/dritter__armuts__und__reichtumsbericht.pdf.
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (2007) Gesundheit in Zeiten der Globalisierung. Essen.
- Bundeszentrale für politische Bildung (2009) Wie gesund sind Migranten? focus Migration, 12.
- Fydrich T, Bastian H, Flor H (2007) Rolle der Familie und sozialer Unterstützung bei chronischen Schmerzen. In: Schmerzpsychotherapie: 221-229.
- Glier B, Erim Y (2007) Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In: Schmerzpsychotherapie: 231-244.
- Groot, W. (2000) Adaptation and scale of reference bias in self-assessments of quality of life. Journal of health economics 19(3): 403-420.
- Grube M (2004) Suizidversuche von Migranten in der Akutpsychiatrie. In: Der Nervenarzt, 7: 681-687.
- Helmert U (2003) Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken. Beiträge zur Sozialpolitikforschung. Augsburg: Marco Verlag.
- Kohls M (2008) Leben Migranten wirklich länger? Eine empirische Analyse der Mortalität von Migranten in Deutschland. Working Paper 16. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Nürnberg.
- Lampert T (2010) Soziale Determinanten des Tabakkonsums bei Erwachsenen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 2/3: 108-116.
- Lampert T, Mensink G, Romahn N, Woll A (2007) Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 5: 634-642.
- Lampert T, Thamm M (2007) Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 5: 600-608.
- Lampert T, Ziese T (2005): Migration und Gesundheit. In: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Berlin: 193-207.
- Lehfeld H, Richter K, Niklewski G (2007) Suizidversuche bei Migrantinnen und Migranten: Erste Ergebnisse aus dem "Nürnberger Bündnis für Depression". In: Suizidprophylaxe, 128: 33-34.
- Lenk-Neumann B (2010) Mit Migranten für Migranten - Interkulturelle Gesundheit in Bayern. Ein Projekt zur interkulturellen Gesundheitsförderung und Prävention. LZG Information 2010-S1: 17-19.
- Landeshauptstadt München (2003) "Dass sie uns nicht vergessen..." Menschen in der Illegalität in München. Stelle für interkulturelle Zusammenarbeit. Sozialreferat: München.

- Landeshauptstadt München (2005) Gesundheit von Migrantinnen und Migranten in München. Gesundheitsberichterstattung für die Landeshauptstadt München. Referat für Gesundheit und Umwelt: München.
- Landeshauptstadt München (2010) „Wir haben Sie nicht vergessen ...“. 10 Jahre Umgang mit Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus in der Landeshauptstadt München. Sozialreferat: München.
- Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V. (2002) Sucht und Migration. Suchtprävention und -arbeit mit Menschen aus der GUS. Drittes Bayerisches Forum Suchtprävention der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.. München.
- Lutz A, Heckmann F (2010) Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Bayern. Stand der Integration und integrationspolitische Maßnahmen. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung Familie und Frauen. München.
- Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. H. Huber.
- Nübling M, Andersen H, Mühlbacher A (2006) Entwicklung eines Verfahrens zur Berechnung der körperlichen und psychischen Summenskalen auf Basis der SOEP-Version des SF 12 (Algorithmus). Data Documentation. DIW, Berlin.
- Parkin D, Bray F, Ferlay J, Pisani P (2005) Global Cancer Statistics. In: Cancer Journal for Clinicians: 74-108.
- Razum O, Voigtländer S, Brzoska P, Reutin B, Yilmaz Y, Spallek J, Schott T (2009) Medizinische Rehabilitation für Personen mit Migrationshintergrund–Zwischenergebnisse eines Forschungsprojektes im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.
- Razum O, Zeeb H, Meesmann U, Schenk L, Bredehorst M, Brzoska P, Dercks T, Glodny S, Menkhaus B, Salman R, Saß A-C, Ulrich R, Neuhauser H, Brucks U (2008) Migration und Gesundheit - Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut. Berlin.
- Razum O, Zeeb H (2004) Suizidsterblichkeit unter Türkinnen und Türken in Deutschland. In: Der Nervenarzt, 11: 1092-1098.
- Rommel A (2005): Migration und Rehabilitation psychischer Erkrankungen- Perspektiven und Grenzen einer Gesundheitsberichterstattung mit Routinedaten. In: Das Gesundheitswesen, 4: 280-288.
- Schenk L, Knopf H (2007b) Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 5: 653-658.
- Schenk L (2007) Migration und Gesundheit–Entwicklung eines Erklärungs-und Analysemodells für epidemiologische Studien. In: International Journal of Public Health, 2: 87-96.
- Schneider B, Fritze J (2008) Suizid und Migration - Einwanderung als Risikofaktor? Psychoneuro 34(3): 144-149.

- Schneidtberger A (2007) Untersuchung zur Entwicklung der Kariesprävalenz bei Vorschulkindern in Augsburg. Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Zahnheilkunde an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München.
- Schönwälder K, Vogel D, Sciortino G (2004) Migration und Illegalität in Deutschland. Arbeitsstelle Interkulturelle Konflikte und Gesellschaftliche Integration.
- Siegler B (2009) Migranten als Patienten - Missverständnisse, Überversorgung und Unzufriedenheit.
www.klinikum.nuernberg.de/DE/aktuelles/knzeitung/2009/200904/migranten.html.
- Schulte-Sasse H (2003) Was bedeutet Migration für die Gesundheit? Gesunde Integration, Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin
- Schulz R, Güther B, Mutert S, Kuhn J (2010) Adipositas bei bayerischen Jugendlichen: Prävalenz im Trend, soziodemografische Strukturmerkmale und subjektive Gesundheit. In: Gesundheitswesen, 2: 88-98.
- Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung München (2009) Bildungsbericht Bayern 2009. Online verfügbar unter:
www.isb.bayern.de/isb/download.aspx?DownloadFileID=a7a65b93291bb864606565c888a36c8a.
- Statistisches Bundesamt (2009) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ausländische Bevölkerung - Ergebnisse des Ausländerzentralregisters. Destatis Fachserie 1 Reihe 2. Wiesbaden.
- Storr U, Paschos E, Michel H, Euba A (2009) Förderung der Zahngesundheit im Vorschulalter. In: BZB 09.
- Strobl R, Kühnel W, Heitmeyer W (2000) Junge Aussiedler zwischen Assimilation und Marginalität. In: Abschlussbericht (Kurzfassung). Bericht des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport NRW. Düsseldorf.
- Svejda-Hirscha L, Streb P (2009) Kulturwechsel und Erkrankung – von Unterschieden und Gemeinsamkeiten. Bulletin des médecins suisses| Schweizerische Ärztezeitung| Bollettino dei medici svizzeri 90: 41.
- Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P, Kurth B (2005) Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 3: 296-306.
- Trichopoulou A, Vasilopoulou E (2000): Mediterranean diet and longevity. In: British Journal of Nutrition: 205-209.
- Weber E, Hiebl A, Storr U (2008) Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern. In: Deutsches Ärzteblatt, 51-52: 883-889.
- Westman J, Hasselstrom J, Johansson S, Sundquist J (2003) The influences of place of birth and socioeconomic factors on attempted suicide in a defined population of 4.5 million people. In: Archives of general psychiatry, 4: 409.

- World Health Organization (2009) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2009. Implementing smoke-free environments. Geneva.
- Willett W, Sacks F, Trichopoulou A, Drescher G, Ferro-Luzzi A, Helsing E, Trichopoulos D (1995) Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. In: American Journal of Clinical Nutrition: 1402-1406.
- Zdun S (o. J.) Drogenkonsum junger Russlanddeutscher: Einflüsse des sozialen Umfeldes. Eine Untersuchung in Frankfurt am Main. Online verfügbar unter:
www.journascience.org/de/jugendkrimi/spezial/drogendelinquenz/zdun_drogen_russlanddeutsche.pdf.
- ZüFAM (2009) Alkoholkonsum unter Migrantinnen und Migranten. Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs. Online verfügbar unter: www.zuefam.ch/news/Newsletter_05_09.pdf.
- Zwick M (2007) Migration, Ernährung und Körper – das Beispiel türkischer MigrantInnen in Deutschland. In: SIETAR Journal, 7: 13-17.



91058 **Erlangen**
Eggenreuther Weg 43



85764 **Oberschleißheim**
Veterinärstraße 2



97082 **Würzburg**
Luitpoldstraße 1



80538 **München**
Pfarrstraße 3

www.lgl.bayern.de

**Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)**
Eggenreuther Weg 43, 91058 Erlangen

Telefon: 09131 6808-0
Telefax: 09131 6808-2202

E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de
Internet: www.lgl.bayern.de

Druck: KAISER MEDIEN GmbH, www.kaisermedien.de

ISBN 978-3-942018-28-9 Druckausgabe ISBN 978-3-942018-29-6 Internetausgabe