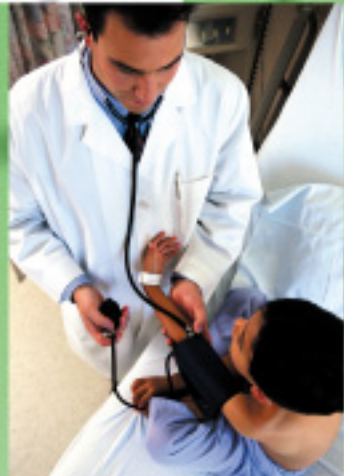




Gesundheitsberichte NRW

Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen



zdravlje

salud

saglık

NRW.

Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen

Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V.

Autorinnen und Autoren:

Caren Weilandt,

Adrienne Huisman, Ljiljana Joksimovic, Lothar Klaes

Saskia van den Toorn, Joachim Winkler

Sonderbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung
Nordrhein-Westfalen

im Auftrag des

Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit
des Landes Nordrhein-Westfalen

Vorwort

In Nordrhein-Westfalen leben rund zwei Millionen Mitbürgerinnen und Mitbürger ohne deutsche Staatsangehörigkeit sowie mehr als eine halbe Million deutschstämmiger Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler aus Mittel-, Ost- und Südosteuropa, die allein in den 90er-Jahren in unser Land gekommen sind. Sie haben zum Teil andere gesundheitliche Probleme und Bedürfnisse als die deutsche Bevölkerung, aber auch - aus ganz unterschiedlichen Ursachen - zum Teil spezifische Zugangsprobleme zu unserem Gesundheitswesen.

Mit dem vorliegenden Sonderbericht "Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen" im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung NRW wird - erstmals in einem Bundesland - der Versuch unternommen, die vorhandenen sozialmedizinischen und epidemiologischen Daten zur gesundheitlichen Situation und zur gesundheitlichen Versorgung der Zuwanderer in NRW zu erfassen und zu analysieren.

Eine solche Analyse ist erforderlich, um u.a. dem Anspruch an unser Gesundheitswesen gerecht zu werden, Chancengleichheit und den gleichberechtigten Zugang aller Bürgerinnen und Bürger zu seinen Leistungen zu garantieren. Hierzu verpflichten uns sowohl das im Grundgesetz verankerte Sozialstaatsgebot wie auch die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) formulierten gesundheitspolitischen Ziele.

Der Sonderbericht "Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen" weist - bei allen methodischen Problemen, die insbesondere durch Unterschiede im Altersaufbau aber auch in der sozialen Lage sowie erhebliche Defizite in der Datenlage bedingt sind - nach, dass es in vielen Bereichen deutliche Unterschiede im Bezug auf Krankheit und Gesundheit als auch bei der Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen durch Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur deutschen Bevölkerung gibt.

Hier gilt es anzusetzen und konkrete, in den bestehenden Strukturen des Gesundheitswesens umsetzbare Handlungsempfehlungen auf der Landes- und kommunalen Ebene für eine interkulturelle Öffnung der Einrichtungen und Institutionen des Gesundheitswesens sowie die Anpassung vorhandener gesundheitspolitischer Instrumente an die Bedürfnisse von Migrantinnen

und Migranten zu erarbeiten, die von den Beteiligten des Gesundheitswesens in enger Kooperation mit den Betroffenen auch umgesetzt werden können.

Die mit dem Bericht zugleich aufgezeigten methodischen Probleme sowie die Defizite in der Datenlage machen deutlich, dass die Grundlagen der Gesundheitsberichterstattung weiterentwickelt werden müssen. Die routinemäßige Einbeziehung migrationsspezifischer Fragestellungen muss in Zukunft gewährleisten, dass wir die Diskussion über eine zeitgemäße gesundheitliche Versorgung der hier lebenden Migrantinnen und Migranten auf einer weiterreichenden empirischen Grundlage führen können, als dies bisher der Fall ist.

Der Gesundheitsbericht NRW "Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen" soll ein erster Schritt in diese Richtung sein.

Ich danke den Autorinnen und Autoren für die von ihnen geleistete Arbeit.



Birgit Fischer,
Ministerin für Frauen, Jugend,
Familie und Gesundheit
des Landes Nordrhein-Westfalen



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1. Einleitung	7
2. Methodische Probleme des Vergleichs zwischen Zuwanderern und Deutschen	9
3. Zur sozialen Lage der Zuwanderer in NRW	11
3.1 Bevölkerungsanteile, Aufenthaltsdauer und Altersstruktur	11
3.2 Vergleich der Geburtenentwicklung bei Zuwanderern und Deutschen	15
3.3 Wohnverhältnisse von Deutschen und Zuwanderern	16
3.4 Arbeitsmarkt und Beschäftigungssituation von Zuwanderern	18
3.5 Arbeitslosigkeit	21
4. Daten zum Gesundheitsstatus von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen	23
4.1 Gesundheitliche Basisdaten	23
4.1.1 Definitionen	23
4.1.2 Säuglingssterblichkeit	23
4.1.3 Geburtsgewicht und Frühgeburtlichkeit	34
4.2 Morbidität und Risikostatus	36
4.2.1 Tuberkulose	36
4.2.1.1 Tuberkuloseinzidenzen in der deutschen und der zugewanderten Bevölkerung	36
4.2.1.2 Altersspezifische Tuberkuloseinzidenzen	38
4.2.1.3 Entwicklung der Tuberkuloseinzidenzen der Atmungsorgane 1980 - 1997	38
4.2.2 AIDS	39
4.2.3 Straßenverkehrsunfälle	42
4.2.4 Schwerbehinderte	48
4.2.4.1 Anteile der Schwerbehinderten in der deutschen und der zugewanderten Bevölkerung	48
4.2.4.2 Schwerbehinderte nach Staatsangehörigkeit	49
4.2.4.3 Schwerbehinderte nach Staatsangehörigkeit und Altersgruppen	51
4.2.4.4 Grad der Behinderung	52
4.2.4.5 Art der schwersten Behinderung	53
4.2.4.6 Ursachen der schwersten Behinderung	54
4.2.5 Orale Gesundheitszustand	54
4.2.6 Ausgewählte Befunde zu Morbidität und Risikostatus bei Kindern - Ergebnisse aus der Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen (DSU) -	57
4.2.7 Risikofaktoren und subjektive Morbidität bei Über- und Aussiedlern	61
4.2.7.1 Soziale Merkmale der Über- und Aussiedler	62
4.2.7.2 Die Prävalenz von Risikofaktoren bei Über- und Aussiedlern	63
4.2.7.3 Subjektive Morbidität bei Über- und Aussiedlern	68
4.2.7.4 Zusammenfassung	70
4.2.8 Subjektive Einschätzung der Gesundheit bei Zuwanderern und Deutschen	71
5. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	75
5.1 Dokumentation der schulärztlichen Untersuchung (DSU)	75
5.1.1 Vorbemerkungen zur Datenbasis	75
5.1.2 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1-U9	75
5.1.3 Schutzimpfungen	80
5.2 Reha-Fälle und Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen	85
5.2.1 Grundlegende Merkmale der Rehabilitanden - Deutsche und Zuwanderer im Vergleich	85

5.2.2	Arten der Behinderung und Rehabilitationsmaßnahmen	88
5.2.3	Träger der Rehabilitationsmaßnahmen	92
5.2.4	Die wichtigsten Ursachen der Behinderung bei Rehabilitanden unter den Zuwanderern	94
5.2.5	Ausgewählte altersspezifische Analysen der Rehabilitationsdaten	98
5.2.5.1	Altersgruppe von 0 bis unter 6 Jahren	98
5.2.5.2	Altersgruppe von 6 bis unter 18 Jahren	99
5.2.5.3	Altersgruppe von 18 bis unter 25 Jahren	100
5.2.5.4	Altersgruppe von 25 bis unter 65 Jahren	100
5.3	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen	101
5.3.1	Kur und stationäre Heilbehandlung	101
5.3.2	Krankenhausaufenthalte	101
5.3.3	Arztbesuche in den letzten drei Monaten	101
5.3.4	Ärztliche Behandlung aufgrund eines Arbeitsunfalls	103
5.4	Inanspruchnahmeverhalten von Über- und Aussiedlern	103
5.4.1	Inanspruchnahme von Ärzten	103
5.4.2	Inanspruchnahmeverhalten von Vorsorgeleistungen	105
6.	Gesundheitspersonal nicht-deutscher Staatsangehörigkeit	107
6.1	Ärztliches Personal insgesamt	107
6.1.1	Ärztliches klinisches Personal	107
6.1.2	Ärztliches Personal im ambulanten Bereich	108
6.2	Nicht-ärztliches Gesundheitspersonal	108
6.2.1	Nicht-ärztliches klinisches Personal	108
6.2.2	Nicht-ärztliches Personal im ambulanten Bereich	109
7.	Psychische Gesundheit und psychosoziale Versorgung von Zuwanderern	111
7.1	Vorbemerkungen	111
7.2	Belastungsfaktoren im Verarbeitungsprozess der Migration	111
7.3	Ergebnisse der Migrations-Gesundheitsforschung im Hinblick auf psychische Gesundheit	113
7.4	Psychosoziale und psychiatrische Versorgung von Zuwanderern	116
8.	Daten zur Sterblichkeit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen	121
8.1	Allgemeine Sterblichkeit	121
8.2	Spezifische Sterblichkeit	126
8.2.1	Problematik des Vergleichs	126
8.2.2	Formeln zur Berechnung der spezifischen Mortalitätsraten	127
8.2.3	Ausgewählte Todesursachen bei Deutschen und Zuwanderern in NRW (standardisierte Mortalitätsraten)	127
8.2.4	Ausgewählte Todesursachen bei Deutschen und Zuwanderern in NRW nach Altersgruppen (altersspezifische Mortalitätsraten)	129
9.	Zusammenfassung	131
	Anhang	143
I.	Tabellenverzeichnis	145
II.	Abbildungsverzeichnis	149
III.	Quellenverzeichnis	151
IV.	Literaturverzeichnis	153
V.	Resolutionen zu Migration und Gesundheit	159
VI.	Tabellenanhang	165

1. Einleitung

Seit Mitte der 50er-Jahre sind in großem Umfang Ausländer aus den südeuropäischen Ländern als Arbeitskräfte angeworben worden. Zu der ursprünglich erwarteten Remigration (sogenanntes Rotationsprinzip) ist es aber nur bei einem kleinen Teil der Zuwanderer gekommen. Bei vielen führte die ursprünglich als vorübergehend geplante Anwesenheit in Deutschland zu langfristigen Aufhalten, die endgültigen Charakter haben. Heute leben ca. 7,3 Millionen Zuwanderer in der Bundesrepublik Deutschland, was einem Ausländeranteil von 8,9% entspricht. Nordrhein-Westfalen ist das Bundesland, in dem, verglichen mit den anderen Bundesländern, die meisten Zuwanderer ansässig sind. Aktuell leben rd. zwei Millionen Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit in Nordrhein-Westfalen; dies sind 27,2% aller in Deutschland ansässigen Zuwanderer. Der Ausländeranteil lag in Nordrhein-Westfalen am 31.12.1997 bei 11,2%. Ca. 60% der in Nordrhein-Westfalen lebenden Zuwanderer stammen aus den Staaten, aus denen in organisierter Form Arbeitskräfte angeworben wurden, d.h. aus der Türkei, Italien, Griechenland, Spanien, Portugal und dem ehemaligen Jugoslawien.

Es ist evident, dass angesichts dieser Zahlen die Zuwanderer inzwischen ein sehr wesentlicher sozialer Faktor geworden sind, vor allem auch im System der gesundheitlichen Versorgung. In dem vorliegenden Bericht werden die gesundheitliche Lage von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen und die diesbezüglichen Unterschiede zwischen der deutschen und nicht-deutschen Wohnbevölkerung dargestellt. Hierbei handelt es sich um eine erste Bestandsaufnahme und migrationsspezifische Analyse vorliegender sozialmedizinischer und epidemiologischer Datenbestände. Dies kann aber nur jene Teilbereiche der gesundheitlichen Situation von Zuwanderern abdecken, zu denen entsprechendes Datenmaterial verfügbar ist. Es soll an dieser Stelle betont werden, dass auf der Basis der tatsächlich verfügbaren Informationen und Daten zu Morbidität und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen keine umfassende Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Zuwanderern vorgelegt werden kann.

Auf grundlegende methodische Probleme des Vergleichs zwischen Deutschen und Zuwanderern wird in Kapitel 2 gesondert eingegangen. Spezifische methodische Aspekte, die für die

Interpretation des Vergleichs zwischen den beiden Gruppen bzw. eine Differenzierung innerhalb der Zuwanderergruppen relevant sind, werden darüber hinaus auch jeweils in den einzelnen Abschnitten diskutiert.

Es ist offensichtlich problematisch, eine zufriedenstellende Bezeichnung oder Definition für die in Frage stehende Gruppe zu finden. Der offizielle Ausdruck „ausländische Arbeitnehmer“, der später um den Zusatz „und ihre Familien“ erweitert wurde, reduziert diese in Deutschland lebenden Menschen lediglich auf ihre Arbeitskraft. In der Umgangssprache hat sich dieser Begriff nie durchsetzen können. Hier wurde und wird nach wie vor überwiegend der Begriff „Ausländer“ verwendet, der neben dem diskriminierenden Beigeschmack auch insofern unangemessen ist, da offensichtlich wird, dass ein großer Teil der angeworbenen ausländischen Arbeitskräfte sowie ihre Familien und Nachkommen dauerhaft in Deutschland bleiben werden. Die Bezeichnung „Ausländer“ für diese Gruppe der „Inländer mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit“ ist demnach nur wenig angemessen. Der Begriff „Ausländer“ ist jedoch nicht nur in der Umgangssprache gebräuchlich, sondern wird auch in Gesetzen und Statistiken als Bezeichnung für Einwohner ohne deutschen Pass verwendet. In der internationalen Literatur wird überwiegend von „ethnic minorities“ oder „migrants“ gesprochen. Wenn im Deutschen der Begriff „ethnische Minderheit“ verwendet wird, führt dies zwangsläufig zu Assoziationen bzgl. der jüngeren deutschen Geschichte, die diesen Begriff mehr als unangemessen erscheinen lassen. Die Bezeichnung „Migrant“ hat sich im deutschen Sprachgebrauch bisher nicht durchsetzen können und klingt für viele fremd. Die deutsche Version des Begriffs „Einwanderer“ wiederum wird mit allgemein bekannten und stetig sich wiederholenden politischen Stellungnahmen, dass Deutschland kein Einwanderungsland sei, in Verbindung gebracht. Angesichts der Daten wird allerdings deutlich, dass Deutschland de facto ein Land mit sehr hohen Einwanderungszahlen ist, sodass dieser Begriff eigentlich als zutreffend anzusehen ist. In den folgenden Darstellungen in diesem Band wird überwiegend der Begriff „Zuwanderer“ verwendet, wobei hier grundsätzlich und sofern nicht anders ausgewiesen ausländische Zuwanderer gemeint sind. Dieser Begriff ist ebenfalls nicht optimal, da ein großer Teil der zu definierenden Gruppe, nämlich

die junge, so genannte zweite Generation, nicht zugewandert ist, sondern bereits in Deutschland geboren wurde. Allerdings wird daneben weiterhin auch von „Ausländern“ die Rede sein müssen, da in den meisten Statistiken die Definition auf der Staatsangehörigkeit basiert.

Bevor im Einzelnen auf den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei Zuwanderern eingegangen wird, werden in Kapitel 3 dieses Bandes einige Aspekte der sozialen Lage von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen gesondert dargestellt. Unabhängig von spezifischen medizinischen oder biologischen Faktoren von Krankheit und Gesundheit gibt es eine große Zahl sozialer Bedingungen der Arbeits- und Lebenswelt von Zuwanderern im Aufnahmeland, die für die Entstehung und den Verlauf von Erkrankungen und die Inanspruchnahme von Beratung und Behandlung von Bedeutung sein können. So sind z.B. Arbeits- und Lebenswelt in ihrem Beitrag zur Pathogenese unumstritten, obwohl im Einzelnen wenig erforscht bzw. quantifiziert oder in ihren Wechselwirkungen bekannt. Die gesundheitlichen Folgeerscheinungen der Migration werden nicht nur durch intraindividuelle (physische und psychische) Faktoren beeinflusst, sondern auch in nicht unerheblichem Ausmaß durch soziale und ökonomische Faktoren. Bei den meisten der in diesem Bericht beschriebenen Datenanalysen ist aber der Einfluss der sozialen Lage nicht von migrationspezifischen Effekten auf die gesundheitliche Situation zu trennen, da in den meisten gesundheitsbezogenen Statistiken keine sozialrelevanten Merkmale mit erhoben werden.

In Kapitel 4 werden vorliegende sozialmedizinische Daten zum Gesundheitsstatus von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen dargestellt. Im Einzelnen wird neben der Analyse der Mortalitätsstatistiken auch auf Vergleiche bzgl. der Säuglingssterblichkeit und Frühgeburtlichkeit, Tuberkulose, Straßenverkehrsunfällen, Schwerbehinderungen, Zahngesundheit und AIDS sowie ausgewählte Befunde zur Morbidität von Kindern eingegangen. Des Weiteren werden in diesem Kapitel Vergleiche hinsichtlich Risikofaktoren und Morbidität zwischen Über- und Aussiedlern und der deutschen Bevölkerung dargestellt, und es wird auf einige Ergebnisse hinsichtlich der subjektiven Einschätzung der Gesundheit bei Zuwanderern und Deutschen eingegangen.

Kapitel 5 dieses Bandes befasst sich mit verschiedenen Aspekten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, beginnend mit den Ergebnissen der Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen. Im Weiteren werden die Ergebnisse der nationalitätsspezifischen Analyse der Rehabilitationsstatistiken, sowie das Inanspruchnahmeverhalten ärztlicher Leistungen durch Zuwanderer, Über- und Aussiedler und Deutsche beschrieben. In Kapitel 6 werden Daten zur Beschäftigungssituation von ärztlichem und nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal in Nordrhein-Westfalen dargestellt.

Im anschließenden Kapitel wird ausführlich auf die psychische Gesundheit und psychosoziale Versorgung von Zuwanderern eingegangen. Dieses Kapitel unterscheidet sich vom Aufbau her insofern von den vorhergehenden, da zur psychischen Morbidität kaum zuverlässige statistische Daten vorliegen (methodische Probleme hierzu werden in Abschnitt 7.1 diskutiert) und die Darstellung somit auf die Ergebnisse von Literaturrecherchen begrenzt bleiben musste.

Im Kapitel 8 werden ausgewählte Aspekte der spezifischen Mortalität von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen dargestellt und diskutiert. Da aufgrund verschiedener methodischer Probleme, die auch in diesem Kapitel angesprochen werden, die Aussagekraft der Mortalitätsdaten sehr eingeschränkt ist, werden die Ergebnisse erst am Ende dieses Bandes beschrieben.

Die Zusammenfassung der Ergebnisse des Berichts finden sich im abschließenden Kapitel 9.

2. Methodische Probleme des Vergleichs zwischen Zuwanderern und Deutschen

Zur Krankheits- und Versorgungssituation von Zuwanderern liegt inzwischen eine Reihe von Untersuchungen vor. Die Aussagekraft fast aller Studien im Hinblick auf eine Gesamteinschätzung der gesundheitlichen Situation und Versorgung von Zuwanderern ist jedoch sehr begrenzt. Einschränkungen ergeben sich durch:

- den Zeitpunkt der Untersuchungen: Ergebnisse aus frühen Phasen des Migrationsprozesses sind nicht mehr auf die momentane Situation übertragbar;
- Begrenzungen bzgl. der untersuchten ethnischen Gruppen;
- regionale Ausrichtung/kleine Fallzahlen;
- die Begrenzung auf bestimmte Altersgruppen und/oder Erkrankungsbilder;
- die Generalisierung von selektiven Erfahrungsberichten.

An dieser Stelle muss auch betont werden, dass über eine Gruppe von Zuwanderern, nämlich Aussiedler, kaum spezifisch gesundheitsrelevante Aussagen getroffen werden können, da diese die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen und in den meisten Statistiken nicht gesondert ausgewiesen werden.

Die in diesem Bericht vorgelegten Ergebnisse basieren zum Teil auf Sonderauswertungen der Todesursachenstatistik, der Statistik der Straßenverkehrsunfälle, der Statistik über Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie der Statistik der Rehabilitationsmaßnahmen. Weitere wichtige Datenquellen (neben publizierten Studienergebnissen) sind das AIDS-Register des Robert Koch-Instituts, Surveydaten der Deutschen-Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP), das sozio-ökonomische Panel (SOEP), die Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen (DSU) des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst sowie die Perinatalerhebungen der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe.

Die Sozialleistungsstatistiken zu Rehabilitationsmaßnahmen, Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen geben Auskunft über den Leistungsumfang für die versicherten Personen, d.h., die hierüber ermittelten Morbiditätsdaten beziehen sich ausschließlich auf erwerbstätige Personen.

Da keine umfassenden Morbiditätsdaten verfügbar sind, wird auf die Todesursachenstatistik

zurückgegriffen mit dem Ziel, das Ausmaß der Verbreitung von Krankheiten zu erschließen, die mit einem hohen Sterblichkeitsrisiko verbunden sind. Hiermit sind eine Reihe nicht auszuschließender methodischer Probleme verknüpft, auf die in Abschnitt 8.2.1 genauer eingegangen wird. Wesentlich ist hierbei, dass das zu analysierende Krankheitsspektrum a priori eingeschränkt wird, da viele Erkrankungen, die als Todesursache keine Rolle spielen, nicht berücksichtigt werden können. So können mit dieser Datenbasis z.B. keine Aussagen über psychiatrische Krankheiten oder Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparats gemacht werden.

Um Schwankungsfehler, mit denen bei seltenen Ereignissen wie Sterbefällen in definierten Subgruppen zu rechnen ist, zu minimieren, wurden bei der Analyse der spezifischen Mortalität die Daten der Jahre 1990 bis 1994 zusammengefasst und jeweils auf die kumulierte Größe der Bevölkerung dieser Jahre bezogen. Die Interpretation der spezifischen Mortalitätsdaten ist zusätzlich erschwert durch das Fehlen vergleichbarer Studien mit gleicher Alters- und Nationalitätskategorisierung.

Bei der Interpretation der Daten der Leistungsträger zu Rehabilitationsmaßnahmen, Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten ist zusätzlich zu beachten, dass das zurückhaltende Inanspruchnahmeverhalten der zugewanderten Bevölkerung die Vergleichbarkeit der Morbidität anhand dieser Indikatoren erheblich einschränkt.

Darüber hinaus werden Vergleiche bzgl. der Morbidität (soweit hierzu überhaupt Daten vorliegen) und Mortalität zwischen Deutschen und Zuwanderern dadurch erschwert, dass sich der Altersaufbau in den beiden Gruppen deutlich unterscheidet: Das Durchschnittsalter der Zuwanderer liegt wesentlich unter demjenigen der deutschen Bevölkerung. Die Unterschiede sind vor allem in den höheren Altersgruppen auffällig: Nur 3,7% der zugewanderten Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen sind 1997 älter als 64 Jahre, demgegenüber liegt in der deutschen Bevölkerung der entsprechende Anteil bei 17,5%.

Bei einem Vergleich gesundheitsrelevanter Merkmale von Deutschen und Zuwanderern spielen zudem Unterschiede in der sozialen Lage und den Beschäftigungsverhältnissen, wie in Ab-

schnitt 3 dieses Bandes ausgeführt, eine wesentliche Rolle und haben entscheidenden Einfluss auf die Ergebnisse. Die vorherrschende Art der Erwerbstätigkeit sowie die durchschnittliche berufliche Qualifikation der erwerbstätigen zugewanderten Bevölkerung unterscheidet sich erheblich von derjenigen der deutschen Bevölkerung. Arbeitsmigranten stehen meist in Beschäftigungsverhältnissen, die durch körperliche Tätigkeiten bestimmt sind, eher geringe formale berufliche Qualifikation voraussetzen und häufig auch mit flexiblen Arbeitszeiten verbunden sind. Beim Vergleich des Gesundheitszustandes der deutschen und nicht-deutschen Bevölkerung müssten Kriterien der Erwerbstätigkeit und andere soziale Schichtungsmerkmale zusätzlich mit herangezogen werden, um eine Vergleichbarkeit herzustellen. Da aber in die meisten gesundheitsbezogenen Statistiken sozialrelevante Merkmale nicht mit einfließen, ist eine Kontrolle dieser Aspekte nicht möglich.

Zudem ergeben sich aus einer Reihe von Untersuchungen Hinweise darauf, dass sich das Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten der zugewanderten Bevölkerung, bedingt durch den kulturellen und sozialen Hintergrund, zum Teil erheblich von dem der deutschen Bevölkerung unterscheidet.

Die Differenzen hinsichtlich der Mortalitätsraten werden zudem durch zwei Selektionsprozesse in quantitativ kaum kalkulierbarer Weise beeinflusst. Zum Einen ist davon auszugehen, dass es sich bei den in Deutschland ansässigen Zuwanderern nicht um eine Zufallsauswahl der Bevölkerung aus den Heimatländern handelt, da im Rahmen der Anwerbung ausländischer Arbeitnehmer eine positive Selektion nach gesundheitlichen Merkmalen durch die medizinischen Voruntersuchungen der potenziellen Arbeitsmigranten in den Heimatländern stattgefunden hat. Des Weiteren haben sich sicherlich auch Mechanismen in der Selbstselektion ausgewirkt, sodass gesundheitlich beeinträchtigte Personen von vornherein keinen Antrag auf Arbeitslaubnis gestellt haben. Durch diese positive Selektion ist die Vergleichbarkeit langfristig auftretender Gesundheitsprobleme erheblich eingeschränkt.

Schließlich ist anzunehmen, dass sich auch Mechanismen der negativen Selektion wesentlich auf die Mortalitätsraten bei den Zuwande-

ren auswirken. Es ist zu vermuten, dass der Gesundheitszustand ein Faktor ist, der das Remigrationsverhalten beeinflusst. Es ist zu vermuten, dass bei Zuwanderern aus höheren Altersgruppen auch gesundheitliche Probleme bei der Entscheidung zur Rückkehr in die Heimatländer eine Rolle spielen. Dies würde bedeuten, dass das Sterbe geschehen der Zuwanderer nur zum Teil durch die deutschen Statistiken erfasst wird und daher die dokumentierten Mortalitätsverhältnisse fehlerbehaftet sind (s. hierzu auch Abschnitt 8.1).

Abschließend soll darauf hingewiesen werden, dass in diesem Bericht zwei unterschiedliche Bevölkerungszahlen von Zuwanderern in Nordrhein Westfalen verwendet wurden, die leicht voneinander abweichen.

- das Ergebnis einer Auszählung des Ausländerzentralregisters beim Bundesverwaltungsamt in Köln durch das Statistische Bundesamt und
- das Ergebnis der amtlichen Fortschreibung des Bevölkerungsstandes.

Infolgedessen war es grundsätzlich nicht immer möglich, den verwendeten Daten eine einheitliche Basis zu Grunde zu legen.

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass aufgrund der oben erwähnten Einschränkungen und Fehlerquellen sich bei einer vergleichenden Betrachtung der gesundheitlichen Situation von Zuwanderern und Deutschen methodische Probleme ergeben, die die Ergebnisse beeinflussen. Daher sollten die im Folgenden dargestellten Ergebnisse und Analysen auf der Basis verfügbarer sozialmedizinischer Datenquellen als erste Annäherung an die Darstellung der gesundheitlichen Situation bzw. Krankheitslast von Zuwanderern betrachtet werden.

3. Zur sozialen Lage der Zuwanderer in Nordrhein-Westfalen

3.1 Bevölkerungsanteile, Aufenthaltsdauer und Altersstruktur

In Nordrhein-Westfalen leben heute rund zwei Millionen ausländische Zuwanderer. Der Ausländeranteil an der Gesamtbevölkerung Nordrhein-Westfalens lag Ende 1997 bei 11,2%. Mit diesem Bevölkerungsanteil ausländischer Zuwanderer liegt Nordrhein-Westfalen deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 9,0%, allerdings unter den entsprechenden Werten von z.B. Hamburg (18,2%), Berlin (14,0%), Hessen (13,9%) und Baden-Württemberg (12,3%).

Tab. 3.1: Zahl der Zuwanderer und Bevölkerungsanteil nach Bundesländern

Bundesland	Bevölkerung insgesamt ¹	Zuwanderer ²	Zuwandereranteil (in %)
Baden-Württemberg	10.396.610	1.280.020	12,3
Bayern	12.066.375	1.110.696	9,2
Berlin	3.425.759	478.819	14,0
Brandenburg	2.573.291	58.433	2,3
Bremen	673.883	82.091	12,2
Hamburg	1.704.731	310.279	18,2
Hessen	6.031.705	839.331	13,9
Mecklenburg-Vorpommern	1.807.799	25.621	1,4
Niedersachsen	7.845.398	480.550	6,1
Nordrhein-Westfalen	17.974.487	2.011.363	11,2
Rheinland-Pfalz	4.017.828	300.352	7,5
Saarland	1.080.790	79.875	7,4
Sachsen	4.522.412	85.923	1,9
Sachsen-Anhalt	2.701.690	49.146	1,8
Schleswig-Holstein	2.756.473	142.348	5,2
Thüringen	2.478.148	30.983	1,3
Deutschland insgesamt	82.057.379	7.385.833	9,0

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: 31.12.1997)
Raumbezug: Gesamtes Bundesgebiet

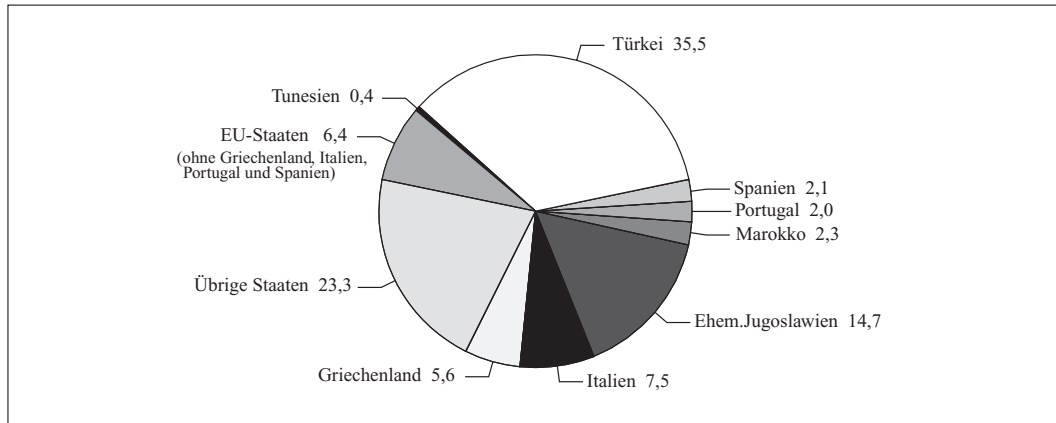
WIAD 1999

Den größten Anteil der ausländischen Zuwanderer in Nordrhein-Westfalen bilden die Menschen mit türkischer Staatsangehörigkeit. Sie stellen einen Anteil von 35,5% an allen Nichtdeutschen. Es folgen die Zuwanderer aus dem ehemaligen Jugoslawien mit 14,7%, aus Italien mit 7,5% und aus Griechenland mit 5,6%. Es ist hervorzuheben, dass die Zuwanderer aus der Türkei und aus dem ehemaligen Jugoslawien zusammen die Hälfte der ausländischen Zugewanderten in Nordrhein-Westfalen ausmachen.

1 Ergebnis der amtlichen Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

2 Ergebnis einer Auszählung des Ausländerzentralregisters beim Bundesverwaltungsamt Köln durch das Statistische Bundesamt.

Abb. 3.1: Zugewanderte Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit (in %)

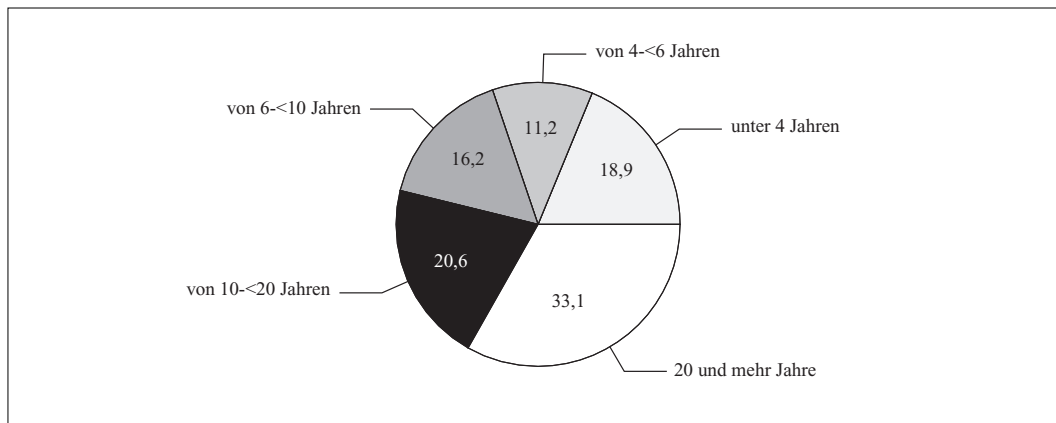


Quelle: Ausländerzentralregister beim Bundesverwaltungsamt, Köln.
(Stand: 31.12.1997) Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Knapp ein Drittel (33,1%) der am 31.12.1997 in Nordrhein-Westfalen registrierten ausländischen Zuwanderer lebt seit 20 Jahren und mehr in der Bundesrepublik, weitere 20,6% seit 10 bis 20 Jahren. Es kann angenommen werden, dass es sich dabei zum Einen überwiegend um vor 1973 als Arbeitskräfte angeworbene Zuwanderer und zum Anderen um deren teilweise in Deutschland geborene Kinder handelt, da im Jahre 1973 in der Bundesrepublik die Anwerbung ausländischer Arbeitnehmer eingestellt wurde und viele Zuwanderer sich entschlossen, nicht in ihr Heimatland zurückzukehren, sondern ihre Familien nachzuholen.

Abb. 3.2: Aufenthaltsdauer der Zuwanderer (in %)



Quelle: LDS NRW (Stand: 31.12.1997)
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Den höchsten Anteil der 20 Jahre und länger hier lebenden Zuwanderer ohne deutschen Pass findet man bei den Spaniern (72,9%) und bei den Griechen (54,5%). Bei den Zuwanderern aus dem ehemaligen Jugoslawien (27,6%) und der Türkei (36,5%) fällt hingegen der Anteil der seit mehr als 20 Jahren hier Lebenden deutlich geringer aus. Dies hängt allerdings damit zusammen, dass sich in diesen beiden Nationalitätengruppen Bürgerkriegsflüchtlinge bzw. Asylbewerber in großer Zahl befinden und überdies nach wie vor aus beiden Herkunftsgebieten ein reger Familiennachzug festgestellt werden kann.

Tab. 3.2: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer der zugewanderten Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit (absolut und in %)

Aufenthaltshaltsdauer		Insgesamt	Griechen	Italiener	Ehem. Jugoslawen	Portugiesen	Spanier	Türken	übriges Ausland
unter 4 Jahren	n	380.120	11.784	17.861	55.644	6.742	3.398	101.925	182.766
	%	18,9	10,4	11,9	18,7	16,7	7,9	14,2	28,0
von 4 - unter 6 Jahren	n	225.630	6.657	6.226	80.735	3.259	1.282	80.094	73.906
	%	11,2	5,9	4,1	27,2	8,1	3,0	11,2	11,3
von 6 - unter 10 Jahren	n	325.402	17.738	13.769	48.248	4.069	2.057	109.145	132.802
	%	16,2	15,7	9,2	16,2	10,1	4,8	15,3	20,4
von 10 - unter 20 Jahren	n	413.351	15.354	32.055	30.248	5.599	4.944	191.482	133.669
	%	20,6	13,6	21,3	10,2	13,8	11,5	26,8	20,5
20 und mehr Jahre	n	666.860	61.743	80.480	82.061	20.773	31.467	261.307	129.029
	%	33,1	54,5	53,5	27,6	51,3	72,9	36,5	19,8

Quelle: LDS NRW (Stand: 31.12.1997)
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Die Altersstruktur der Bevölkerung mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit weicht deutlich von der der deutschen Bevölkerung ab. Dies betrifft vor allem die jungen und die ganz alten Jahrgänge. Während 31,7% der Deutschen über 55 Jahre alt sind, erreicht der Anteil bei den ausländischen Zuwanderern nur 11,5%. Auf der anderen Seite liegt der Anteil der unter 25-Jährigen in der zugewanderten Bevölkerung bei 39,1%, während dieser Anteil in der deutschen Bevölkerung lediglich 25,1% beträgt. Hingegen sind die Altersjahrgänge zwischen 25 und 55 Jahren sowohl bei den Einheimischen als auch bei den ausländischen Zugewanderten von der Größenordnung her vergleichbar.

Tab. 3.3: Deutsche und zugewanderte Bevölkerung nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Deutsche				Zuwanderer			
	Insgesamt	%	Männlich	Weiblich	Insgesamt	%	Männlich	Weiblich
0-<4	624.686	3,9	320.247	304.439	113.855	5,7	58.823	55.032
4-<15	1.854.305	11,6	949.629	904.676	312.880	15,6	163.230	149.650
15-<25	1.536.156	9,6	781.082	755.074	358.011	17,8	186.546	171.465
25-<35	2.465.570	15,6	1.247.861	1.217.709	452.845	22,5	251.448	201.397
35-<45	2.461.377	15,6	1.239.711	1.221.666	293.505	14,6	161.276	132.229
45-<55	1.929.324	12,1	959.984	969.340	248.191	12,3	131.632	116.559
55-<65	2.222.525	14,0	1.081.023	1.141.502	159.559	7,9	102.097	57.462
65-<75	1.639.553	10,3	709.673	929.880	50.228	2,5	28.508	21.720
75 u. mehr	1.187.906	7,4	340.915	846.991	22.289	1,1	9.798	12.491
Insgesamt	15.921.402	100,0	7.630.125	8.291.277	2.011.363	100,0	1.093.358	918.005

Quelle: LDS NRW (Stand: 31.12.1997)
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

In der regionalen Verteilung der ausländischen Zuwanderer zeigt sich, dass in den wirtschaftlich starken Regionen an Rhein und Ruhr die Anteile höher liegen als in den ländlichen Gebieten. 1996 streuten sie bei den kreisfreien Städten zwischen 20,6% in Köln und 8,0% in Münster, während sich bei den Kreisen unterschiedliche Prozentanteile von 4,3% (Kreis Coesfeld) bis zu 12,6% im Märkischen Kreis ergaben.

Tab. 3.4: Bevölkerungsanteile der Zuwanderer in den Kreisen und kreisfreien Städten
(Einwohner mit Hauptwohnsitz)

Stadt oder Kreis	Bevölkerung (n)	Zuwanderer (n)	Anteil Zuwanderer (in %)
Köln	964.346	198.681	20,6
Düsseldorf	571.475	111.534	19,5
Remscheid	121.592	21.943	18,0
Duisburg	532.701	93.636	17,6
Solingen	165.087	25.593	15,5
Hagen	210.950	32.213	15,3
Wuppertal	379.820	58.106	15,3
Gelsenkirchen	289.023	41.271	14,3
Krefeld	247.772	35.293	14,2
Bonn	302.873	42.692	14,1
Aachen	247.792	34.103	13,8
Herne	178.718	23.466	13,1
Bielefeld	324.132	41.761	12,9
Märkischer Kreis	459.548	58.125	12,6
Dortmund	597.024	74.963	12,6
Leverkusen	162.977	20.162	12,4
LK Mettmann	504.522	62.003	12,3
LK Neuss	439.328	53.947	12,3
Oberhausen	223.884	25.338	11,3
Hamm	182.213	20.303	11,1
Mönchengladbach	266.873	29.717	11,1
LK Aachen	303.116	33.157	10,9
Erftkreis	444.878	47.629	10,7
Essen	611.827	61.458	10,0
Rheinisch-Berg. Kreis	270.967	26.889	9,9
LK Recklinghausen	662.712	65.387	9,9
Ennepe-Ruhr-Kreis	351.482	33.663	9,6
Mülheim/ Ruhr	176.000	16.960	9,6
LK Wesel	467.948	44.323	9,5
Bochum	398.467	37.431	9,4
LK Gütersloh	333.162	31.028	9,3
Rhein-Sieg-Kreis	552.217	50.738	9,2
LK Unna	425.305	38.727	9,1
Oberbergischer Kreis	282.074	24.705	8,8
Bottrop	121.051	10.629	8,8
LK Siegen-Wittgenstein	299.162	26.036	8,7
LK Warendorf	274.309	23.344	8,5
LK Heinsberg	241.420	20.046	8,3
LK Kleve	290.969	23.980	8,2
LK Düren	260.081	21.238	8,2
LK Olpe	138.528	11.066	8,0
Münster	265.748	21.323	8,0
LK Herford	252.378	19.715	7,8
Hochsauerlandkreis	284.392	21.939	7,7
LK Viersen	291.137	22.260	7,6
LK Soest	301.449	21.944	7,3
LK Paderborn	281.435	19.005	6,8
LK Lippe	362.079	24.198	6,7
LK Borken	346.875	22.543	6,5
LK Steinfurt	421.096	23.068	5,5
LK Euskirchen	183.564	10.133	5,5
LK Minden-Lübbecke	318.400	17.546	5,5
LK Höxter-Warburg	155.074	6.993	4,5
LK Coesfeld	205.763	8.887	4,3

Quelle: MAGS NRW: Zahlenspiegel 1997 (Stand: 31.12.1996)
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Recht unterschiedlich ist auch der Anteil der jeweiligen Nationalität. So sind z.B. in Köln 40% der ausländischen Zugewanderten türkischer Herkunft, in Duisburg gar 57,1%, während in Düsseldorf Türcinnen und Türken nur knapp 16% der dort lebenden ausländischen Zugewanderten ausmachen. Bei der Gruppe der Italienerinnen und Italiener gibt es Schwankungen zwischen einem Anteil von 2,4% an allen Ausländerinnen und Ausländern in Coesfeld und immerhin 25,3% in Solingen.

Der Gesundheitsbegriff der WHO schließt auch die soziale Lage der Menschen, ihre Teilhabe an Bildung und Ausbildung, an Beschäftigung und Wohnen mit in den Zusammenhang von psychischer und physischer Gesundheit ein.

Die Landesregierung teilt diese Auffassung des Gesundheitsbegriffs. Der vorliegende Bericht beschränkt sich allerdings auf die Darstellung der Gesundheitsaspekte im engeren Sinne. Zur Darstellung der sozialen Lage von Zuwanderern wird auf den ersten Zuwanderungsbericht der Landesregierung verwiesen „Zuwanderung in Nordrhein -Westfalen - Situation, Perspektiven und Anforderungen an eine zukunftsorientierte Integrationspolitik“, der beim Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen zu beziehen ist. Der zweite Zuwanderungsbericht, der aktualisierte Daten enthalten wird, ist für das Frühjahr 2000 angekündigt.

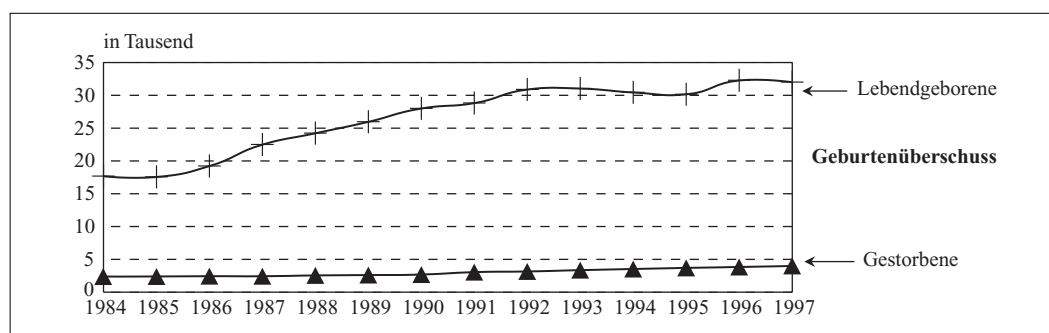
3.2 Vergleich der Geburtenentwicklung bei Zuwanderern und Deutschen

In den bisherigen Abschnitten wurde auf die demographische Entwicklung der zugewanderten Bevölkerung eingegangen. Im Folgenden wird die natürliche Bevölkerungsbewegung, d.h. das Verhältnis von Geburten zu Sterbefällen näher untersucht.

Bezüglich des Verhältnisses von Geburten zu Sterbefällen zeigen sich extreme Differenzen zwischen Deutschen und Zuwanderern. Aufgrund der eher jüngeren Altersstruktur der Zuwanderer ergeben sich für diese deutlich weniger Sterbefälle im Vergleich zur deutschen Bevölkerung.

Im Jahr 1997 lag die Zahl der Sterbefälle bei den Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen bei 3.999. Dagegen wurden 32.004 Lebendgeborene verzeichnet, was einen Geburtenüberschuss von 28.005 ergibt (vgl. Abb. 3.3). Bei der Betrachtung der Zahlen für die deutsche Bevölkerung wird deutlich, wie sehr sich die demographische Entwicklung von Zuwanderern und Deutschen unterscheidet. Im Jahr 1997 wurden bei den Deutschen 185.947 Gestorbene und nur 157.740 Lebendgeborene registriert. Im Gegensatz zur zugewanderten Bevölkerung ergab sich somit bei den Deutschen ein deutlicher Überhang der Sterbefälle gegenüber den Geborenen (vgl. Abb. 3.4). Das Verhältnis Geborene zu Gestorbenen liegt bei den Zuwanderern bei 8:1 im Vergleich zu 0,85:1 bei der deutschen Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Kumuliert lässt sich für die deutsche Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen für den Zeitraum von 1979 bis 1996 ein Überschuss der Gestorbenen gegenüber den Lebendgeborenen von mehr als 650.000 errechnen (vgl. MAGS NRW 1997, S. 123).

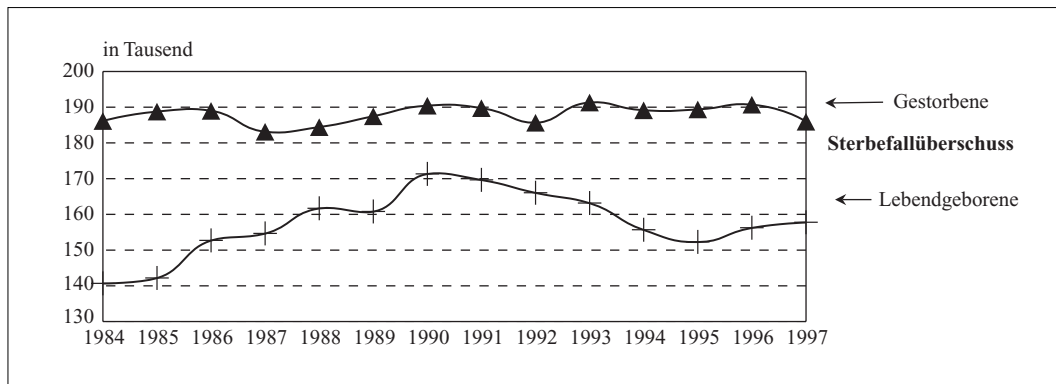
Abb. 3.3: Überschuss der Geborenen bzw. Gestorbenen 1984 - 1997: Zuwanderer



Quelle: MAGS NRW: Zahlenspiegel 1997/LDS NRW
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Abb. 3.4: Überschuss der Geborenen bzw. Gestorbenen 1984 - 1997: Deutsche

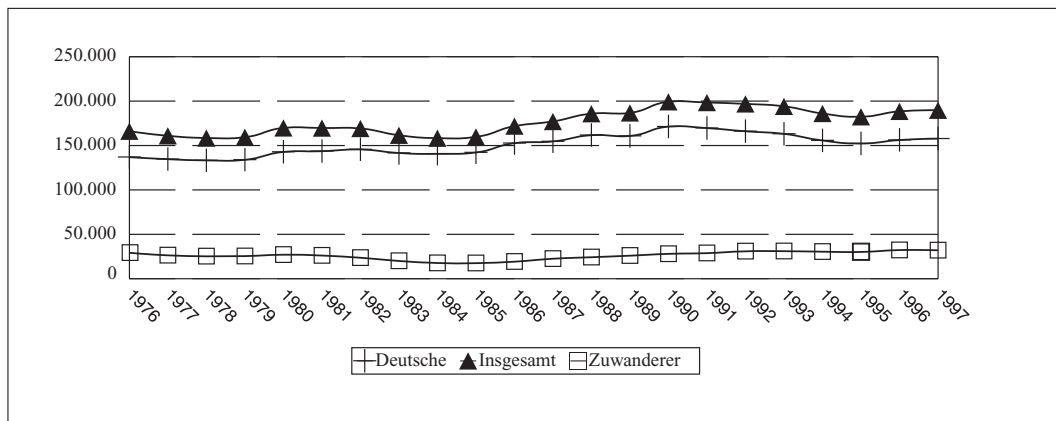


Quelle: MAGS NRW: Zahlenspiegel 1997/LDS NRW
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Im Jahr 1997 wurden in Nordrhein-Westfalen insgesamt 189.744 Kinder lebend geboren. Diese Zahl ist zwar geringer als zu Beginn der neunziger Jahre, dennoch kann eine deutliche Zunahme im Vergleich zu den siebziger und achtziger Jahren festgestellt werden. Die Zahl der lebend geborenen deutschen Kinder lag 1997 bei 157.740 und bei Zuwanderern waren es 32.004, d.h. jedes sechste (16,9%) in Nordrhein-Westfalen geborene Kind hat nicht-deutsche Eltern. Die folgende Abbildung stellt die Geburtenentwicklung für Deutsche und Zuwanderer in Nordrhein-Westfalen seit 1976 dar.

Abb. 3.5: Deutsche und nicht-deutsche Lebendgeborene 1976-1997



Quelle: MAGS NRW: Zahlenspiegel 1997/LDS NRW
Raumbezug: NRW

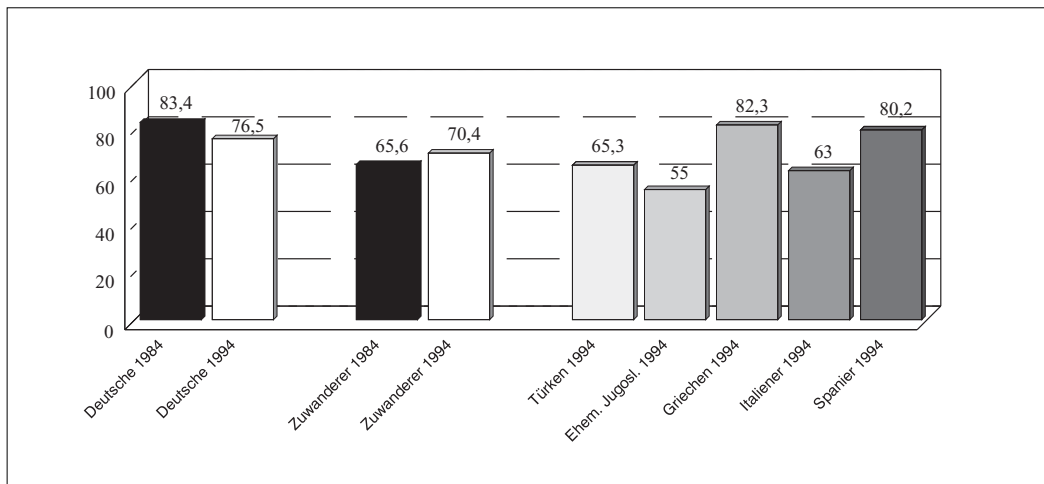
WIAD 1999

3.3 Wohnverhältnisse von Deutschen und Zuwanderern

Die Wohnsituation ist für die in Deutschland lebenden Zuwanderer auch insofern von besonderer Relevanz, da sie für die Erlangung eines verfestigten aufenthaltsrechtlichen Status und für den Familiennachzug bedeutsam ist. Die Verhältnisse auf dem Wohnungsmarkt sind jedoch insbesondere für Zuwanderer problematisch. Sie sind von der Wohnungsknappheit in besonderem Maße betroffen, da sie nicht selten aufgrund von Vorurteilen auf Schwierigkeiten bei der Wohnungssuche stoßen. Hinzu kommt, dass zugewanderte Familien bedingt durch ihren kulturellen Hintergrund teilweise von den hiesigen Normen abweichende Wohnbedürfnisse haben, wie z.B. eine größere Bedeutung des äußeren Wohnbereichs und eine andere Aufteilung des Wohnraums.

Ein deutscher Haushalt in Nordrhein-Westfalen hatte 1994 durchschnittlich 76 qm Wohnfläche zur Verfügung, ein Haushalt von Zuwanderern 70 qm¹. Zwischen den einzelnen Zuwanderergruppen lassen sich erhebliche Unterschiede in der Wohnraumversorgung feststellen. Die Zuwanderer aus dem ehem. Jugoslawien haben mit 55 qm pro Haushalt die geringste und die Griechen mit 82 qm die größte Wohnfläche zur Verfügung (s. Abb. 3.6).

Abb. 3.6: Durchschnittliche Wohnfläche pro Haushalt von Deutschen und Zuwanderern (in qm)



Quelle: SOEP 1984 und 1994. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Vergleicht man diese Zahlen mit denen aus 1984, zeigt sich, dass ein deutscher Haushalt damals noch durchschnittlich 83 qm (knapp 8 qm mehr als 1994) und ein Haushalt von Zuwanderern 66 qm (knapp 5 qm weniger als 1994) umfasste. Die Verringerung der durchschnittlichen Wohnungsgröße bei den deutschen Haushalten ist auf die deutliche Zunahme von Ein-Personen-Haushalten zurückzuführen.

Aussagekräftig werden die Daten zur Wohnungsgröße erst dann, wenn man sie für die verschiedenen Haushaltsgrößen vergleicht und die Wohnfläche pro Kopf im Durchschnitt aller Haushaltsgrößen heranzieht. Die durchschnittliche Wohnfläche bei deutschen Zwei-Personen-Haushalten in Nordrhein-Westfalen liegt bei 80,4 qm und für Drei-Personen-Haushalte bei 91,9 qm, während ein Zuwandererhaushalt mit zwei Personen lediglich über 64,7 qm und mit drei Personen über 74,7 qm verfügt. Noch deutlicher werden die Unterschiede bei Vier- und Mehr-Personen-Haushalten, wobei für diese Gruppe zu berücksichtigen ist, dass die Deutschen im Vergleich zu den Zuwanderern überproportional häufig in Eigenheimen oder Eigentumswohnungen leben. Auf sämtliche Haushaltsgrößen bezogen sind 42,3% der Deutschen und 11,0% der Zuwanderer Eigentümer ihrer Wohnungen bzw. Häuser.

Berechnet man für alle Haushaltsgrößen die Wohnfläche pro Person, so zeigt sich, dass Deutschen 1994 in Nordrhein-Westfalen durchschnittlich 43,6 qm zur Verfügung stehen, jedem Zugewanderten dagegen im Durchschnitt nur 31,7 qm, d.h. ein Deutscher hat durchschnittlich 11,9 qm Wohnfläche mehr zur Verfügung als ein Zuwanderer. Beim Vergleich der einzelnen Nationalitäten zeigt sich, dass den Zuwanderern aus dem ehem. Jugoslawien mit 20,0 qm pro Person am wenigsten und den Italienern mit 45,5 qm am meisten Wohnraum zur Verfügung steht.

¹ Datenbasis hierfür sind die Haushalte des Sozioökonomischen Panels (SOEP). Das SOEP ist ein Langzeitpanel und wird seit 1984 jährlich durchgeführt.

Seit 1984 hat sich in Nordrhein-Westfalen die durchschnittliche Wohnfläche pro Person erhöht. Obwohl sie im Vergleich zu Deutschen immer noch mit erheblich weniger Wohnraum pro Kopf auskommen müssen, hat sich die Situation für Zuwanderer verbessert, wobei dies für die einzelnen Nationalitäten allerdings in unterschiedlichem Maße gilt (s. Tab. 3.5).

Tab. 3.5: Durchschnittliche Wohnfläche pro Kopf 1984 und 1994 (in qm)

	1984	1994	Gewinn/Verlust '94 zu '84
Deutsche	39,3	43,6	4,3
Zuwanderer insgesamt	21,8	31,7	9,9
<i>darunter:</i>			
Türken	16,5	23,3	6,8
ehem. Jugoslawen	22,7	20,0	- 2,7
Griechen	26,5	42,4	15,9
Italiener	25,1	44,5	19,4
Spanier	23,7	34,3	10,6

Quelle: SOEP 1984 und 1994. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

3.4 Arbeitsmarkt und Beschäftigungssituation von Zuwanderern

Zum Jahresende 1996 waren in Nordrhein-Westfalen 9,1% (524.534) der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmer Zuwanderer, darunter 68,9% (361.381) Männer und 31,1% (163.153) Frauen. Bei der Gegenüberstellung zu den deutschen sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmern (5.242.491) zeigt sich, dass der Anteil der Frauen dort bedeutend höher, nämlich bei 42,5% (2.226.122), liegt (Tab. 3.6).

Tab. 3.6: Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland

Bundesland	Gesamt			Darunter Zuwanderer		
	Insgesamt	Männlich	Weiblich	Insgesamt	Männlich	Weiblich
Baden-Württemberg	3.674.475	2.081.855	1.592.620	461.811	298.758	163.053
Bayern	4.135.116	2.301.862	1.833.254	381.119	238.896	142.223
Berlin-West	792.243	407.047	385.196	77.650	45.393	32.257
Berlin-Ost	392.711	199.558	193.153	8.313	5.681	2.632
Brandenburg	871.790	470.561	401.229	7.262	5.519	1.743
Bremen	284.751	166.046	118.705	17.976	12.077	5.899
Hamburg	738.721	406.898	331.823	65.210	39.851	25.359
Hessen	2.105.726	1.200.737	904.989	233.307	150.019	83.288
Mecklenburg-Vorpommern	626.243	331.549	294.694	3.309	2.289	1.020
Niedersachsen	2.338.042	1.317.359	1.020.693	108.713	73.281	35.432
Nordrhein-Westfalen	5.767.025	3.377.750	2.389.275	524.534	361.381	163.153
Rheinland-Pfalz	1.151.814	652.368	499.446	76.639	52.610	24.029
Saarland	340.906	204.007	136.899	28.587	20.663	7.924
Sachsen	1.630.726	875.996	754.730	12.385	9.224	3.161
Sachsen-Anhalt	925.893	486.880	439.013	5.169	3.861	1.308
Schleswig-Holstein	798.130	432.200	365.930	34.110	22.239	11.871
Thüringen	850.974	448.476	402.498	4.386	3.163	1.233
Gesamt	27.425.286	15.361.149	12.064.137	2.050.480	1.344.905	705.575

Quelle: Statistisches Bundesamt. (Stand: 31.12.1996)
Raumbezug: Bundesgebiet

WIAD 1999

Die Erwerbsquote von zugewanderten Männern lag 1998 in Nordrhein-Westfalen mit 56,5% knapp über der der deutschen Männer (55,2%) (s. Tab.3.7). Bei den Frauen zeigen sich nur geringe Unter-

schiede zwischen den Deutschen und nicht-Deutschen (36,4 zu 31,3%), wobei anzunehmen ist, dass viele zugewanderte Frauen als geringfügig Beschäftigte nicht sozialversicherungspflichtig sind (z.B. in Familienbetrieben).

Tab. 3.7: Erwerbsquoten³ von deutschen und zugewanderten Männern und Frauen

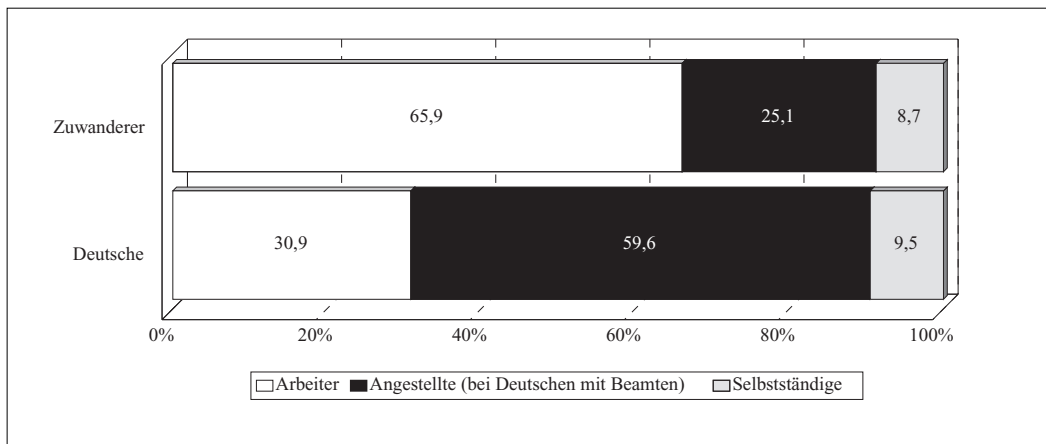
Jahre	Deutsche		Zuwanderer	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1990	59,3	35,7	59,4	30,2
1992	57,5	35,7	59,6	31,9
1994	56,5	35,7	59	32,1
1996	55,1	35,2	56,3	30,5
1998	55,2	36,4	56,5	31,3

Quelle: LDS NRW. Ergebnisse des Mikrozensus 1990-1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Beim Vergleich der erwerbstätigen deutschen und zugewanderten Bevölkerung nach ihrer Stellung im Beruf im April 1996 in Nordrhein-Westfalen zeigt sich, dass ca. zwei Drittel der Zuwanderer Arbeiter sind (65,9%) und ein Viertel Angestellte. Bei den Deutschen hingegen sind über die Hälfte (59,6%) Angestellte (einschl. Beamte) und nur ein Drittel (30,9%) Arbeiter. Der Anteil der Selbstständigen beträgt sowohl bei den Zuwanderern als auch bei den Deutschen weniger als 10% (s. Abb. 3.7).

Abb. 3.7: Erwerbstätige Deutsche und Zuwanderer nach Stellung im Beruf (in %)



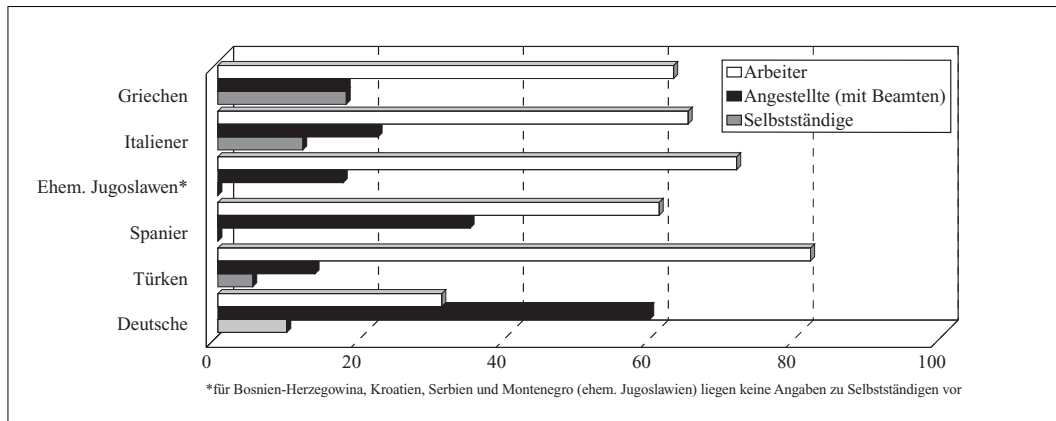
Quelle: LDS NRW 1997. Ergebnisse des Mikrozensus. (Stand April 1996)
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Die Anteile der Arbeiter, Angestellten und Selbstständigen variieren bei den Zuwanderern z.T. sehr stark je nach ihrer nationalen Herkunft. 81,8% der Türken sind Arbeiter und nur 13,4% Angestellte. Der Anteil der Selbstständigen ist gering. Bei den anderen nicht-deutschen Staatsangehörigkeiten liegt der Arbeiteranteil zwischen 60,9 und 71,6%. Bei den Spaniern, Italienern und Griechen erreichen Angestellte Anteile zwischen 17,7 und 34,8%. Bei Griechen und Italienern sind die höchsten Anteile an Selbstständigen zu erkennen (s. Abb. 3.8).

1 Zahl der Erwerbspersonen (Erwerbstätige und Erwerbslose) je 100 der Bevölkerung entsprechenden Geschlechts.

Abb. 3.8: Erwerbstätige nach Staatsangehörigkeit und Stellung im Beruf (in %)



Quelle: LDS NRW 1997. Ergebnisse des Mikrozensus. (Stand 1996)
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Mit Hilfe der Daten des SOEP kann eine detailliertere Betrachtung der beruflichen Stellung vorgenommen werden. Es können sechs Gruppen differenziert werden: ungelernete Arbeiter, angelernte Arbeiter, Facharbeiter, Selbstständige, Angestellte und Beamte (s. Tab. 3.8).

Unter den erwerbstätigen Zuwanderern sind 76% Arbeiter, darunter sind 19% ungelernete, 40% angelernte Arbeiter und nur 17% Facharbeiter (s. Tab. 3.8). Bei den Deutschen sind nur 3% ungelernete und 7% angelernte Arbeiter und vergleichbar viele Facharbeiter (18%) wie bei den Zuwanderern.

Tab. 3.8: Differenzierter Berufsstatus nach Nationalität (in %)

	Deutsche	Zuwanderer	Türken	Ehem. Jugosl.	Griechen	Italiener	Spanier
Ungelernte Arbeiter	3	19	28	15	13	11	10
Angelernte Arbeiter	7	40	44	31	38	37	44
Facharbeiter	18	17	12	35	13	18	17
Angestellte	50	19	12	19	26	25	23
Beamte	11	0	0	0	0	0	0
Selbstständige	10	5	4	0*	9	10	4

* Die Gruppe der Selbstständigen des ehem. Jugoslawien ist in der Stichprobe des SOEP nicht vertreten, aber in der amtl. Statistik mit 5,5% ausgewiesen.

Quelle: SOEP 1994. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Bei der Differenzierung der Nationalität zeigt sich, dass 72% der Türken un- und angelernte Arbeiter sind, während dieser Anteil bei den anderen Nationalitäten zwischen 46 und 54% liegt. Auffallend hoch sind die Anteile der Angestellten bei den Griechen, Italienern und Spaniern.

„Wenig teilgenommen haben die Einwanderer allerdings am Wandel hin zu den Angestellten- und Dienstleistungsberufen, der in den letzten Jahrzehnten vollzogen worden ist.“ (Thränhardt 1995, S. 95). Die Zuwanderer gehören immer noch eher zu den Berufsgruppen, die insgesamt gesellschaftlich benachteiligt sind (Thränhardt 1995, S. 97), dennoch wird deutlich, dass die Zuwanderer immer häufiger auch Berufe im Dienstleistungssektor ausüben. Seifert (1995, S. 9) stellt fest, „...dass sich ein Teil der ausländischen Arbeitnehmer in mittleren und höheren beruflichen Positionen eingegliedert hat, folglich [kann] auch keine dauerhafte Marginalisierung dieser Migrantengruppen angenommen werden“. Allerdings sind Zuwanderer nach wie vor häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen (s. Abschnitt 3.5).

3.5 Arbeitslosigkeit

Die Arbeitslosenquote der Zuwanderer war 1996 in Nordrhein-Westfalen doppelt so hoch wie die der Deutschen. Ein Grund dafür ist darin zu sehen, dass die Zuwanderer „... zum größten Teil in krisenanfälligen und konjunkturrempfindlichen Industriearbeitsplätzen arbeiten und kaum in sicheren Staatspositionen und relativ sicheren privaten Dienstleistungsberufen beschäftigt sind“ (Thränhardt 1995, S. 97).

Aus der Tabelle 3.9 ist ersichtlich, dass die Arbeitslosenquote der Zuwanderer durchgängig auf einem deutlich höheren Niveau liegt als die Gesamtarbeitslosenquote und zudem auch stärkeren Schwankungen ausgesetzt ist. 1996 war die Arbeitslosenquote der Zuwanderer fast doppelt so hoch wie die Gesamtarbeitslosenquote, d.h. jeder fünfte Zuwanderer war 1996 arbeitslos, während – bezogen auf die Gesamtbevölkerung – nur jeder Neunte von Arbeitslosigkeit betroffen war.

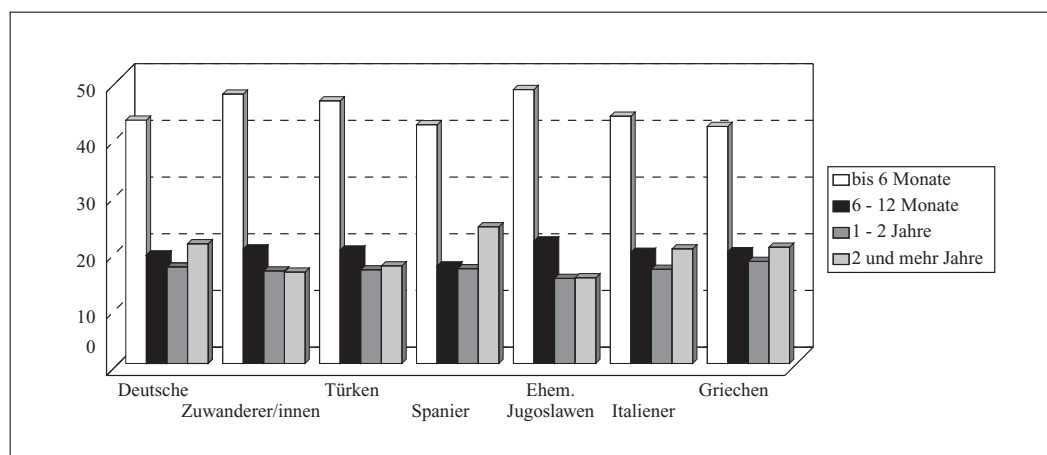
Tab. 3.9: Arbeitslosenquoten von Zuwanderern im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (in %)

Jahr	Arbeitslosenquote insg.	Arbeitslosenquote Zuwanderer
1983	10,4	16,8
1984	10,5	15,6
1985	10,7	16,2
1986	10,5	16,6
1987	10,8	18,5
1988	10,6	18,2
1989	9,4	15,1
1990	8,4	13,8
1991	7,6	13,8
1992	8,0	15,2
1993	9,8	18,6
1994	10,4	18,8
1995	10,5	19,3
1996	11,4	21,8

Quelle: Landesarbeitsamt NRW 1997
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Abb. 3.9: Dauer der Arbeitslosigkeit nach Staatsangehörigkeit (in %)



Quelle: MAGS NRW: Zahlenspiegel 1997 (Stand: 30.09.1996). Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Insgesamt kann festgehalten werden (s. auch Tab. 3.8), dass Zuwanderer wesentlich häufiger als un- und angelernte Arbeitskräfte beschäftigt sind, d.h. fast jeder fünfte Zuwanderer ist ungelerner

und jeder zweite bzw. dritte angelernter Arbeiter (bei den Deutschen jeder 33. bzw. jeder 14.). Zugleich ist der Anteil der Angestellten bei den Zuwanderern (19%) wesentlich geringer als bei den Deutschen (50%). Der Anteil der Facharbeiter unter den erwerbstätigen Zuwanderern hat sich mittlerweile dem der Deutschen angeglichen (ca. 18%). Dennoch liegt die Arbeitslosenquote der Zuwanderer im Vergleich zur Gesamtquote relativ hoch. Fast 50% sind jedoch „nur“ Kurzarbeitslose, d.h. unter sechs Monaten arbeitslos gemeldet, und etwa ein Drittel der Zuwanderer sind über ein Jahr arbeitslos.

4. Daten zum Gesundheitsstatus von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen

4.1 Gesundheitliche Basisdaten

4.1.1 Definitionen

Folgende Definitionen sind in Kapitel 4.1 im Weiteren von Bedeutung: Als Lebendgeborene gelten Kinder, wenn nach der Trennung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen, die natürliche Lungenatmung eingesetzt oder die Nabelschnur pulsiert hat, unabhängig von Länge oder Gewicht des Kindes oder der Dauer der Schwangerschaft. Totgeburten haben mindestens ein Geburtsgewicht von 1.000 Gramm und weisen keins der o.g. Lebenszeichen auf.

Daran anknüpfend wird unter Säuglingssterblichkeit die Zahl der im 1. Lebensjahr gestorbenen Kinder bezogen auf 1.000 Lebendgeborene des Sterbejahres verstanden. Innerhalb der Säuglingssterblichkeit wird im vorliegenden Text stellenweise folgendermaßen differenziert: Die sogenannte Frühsterblichkeit bezieht sich auf verstorbene Säuglinge im Alter von 0-6 Tagen, die Spätsterblichkeit auf verstorbene Säuglinge im Alter von 7 bis 364 Tagen.

Als zusätzlicher Parameter wird noch die perinatale Sterblichkeit einbezogen. Hier finden neben den Lebendgeborenen auch die Totgeburten der sogenannten Perinatalperiode, also nach der 28. Schwangerschaftswoche Berücksichtigung.

Als Frühgeburt wird ein lebendes Neugeborenes eingestuft, wenn es nach der 28. und vor Beendigung der 37. Schwangerschaftswoche zur Welt kommt. Damit zusammenhängend wird Untergewicht als Geburtsgewicht < 2.500 g definiert.

4.1.2 Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit ist ein im Zeitverlauf und im internationalen Vergleich wichtiger Indikator für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung und die Entwicklung des Gesundheitssystems. In den vergangenen 100 Jahren ist, insbesondere in den entwickelten Industrieländern Europas und in den USA, die Säuglingssterblichkeit drastisch zurückgegangen, was u.a. wesentlich zum Anstieg der Lebenserwartung in

diesen Ländern beigetragen hat. So ist die dramatische Senkung der Säuglingssterblichkeit in den USA in den letzten vier Dekaden zum größten Teil eine Folge des Rückgangs der Sterblichkeit an Pneumonie und Influenza, Respirator-Distress-Syndrom, Frühgeburten und Untergewicht sowie kongenitale Anomalien und Unfälle (Sigh & Yu, 1995).

In Nordrhein-Westfalen hat in den letzten Jahren vor allem die starke Verringerung der Fälle von „plötzlichem Säuglingstod“ (SIDS) zum Rückgang der Säuglingssterblichkeit beigetragen¹. Die Säuglingssterblichkeit lag in Nordrhein-Westfalen 1950 noch bei 61,5 Sterbefällen pro 1.000 Lebendgeborene im ersten Lebensjahr. In den folgenden Dekaden ging die Säuglingssterblichkeit auf 37,1 im Jahre 1960, 21,8 im Jahre 1970, 14,8 im Jahre 1980 und 7,6 im Jahre 1990 zurück. Tabelle 4.1 weist die Lebendgeborenen und Säuglingssterbefälle im ersten Lebensjahr in Nordrhein-Westfalen zwischen 1990 und 1993 nach Staatsangehörigkeit aus.

¹ vgl. Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990, IDIS, Bielefeld, 1991 S. 14-15

Tab. 4.1: Lebendgeborene und Säuglingssterbefälle im ersten Lebensjahr LG = Lebendgeborene

Berichtsjahr	1990		1991		1992		1993	
	LG	GS	LG	GS	LG	GS	LG	GS
Deutschland	171.298	1.309	169.620	1.250	166.015	1.096	163.124	956
G, I, P, S ¹	3.444	25	3.437	15	3.460	22	3.494	18
Übrige EU ²	725	2	649	0	685	4	600	3
Ehem. Jugoslawien	2.030	18	2.501	19	4.100	33	4.338	35
Türkei	15.553	136	15.934	156	16.291	158	16.156	30
Übriges Ausland ³	6.244	44	6.295	57	6.348	55	6.444	65

Berichtsjahr	1994		1995		1996		1997	
	LG	GS	LG	GS	LG	GS	LG	GS
Deutschland	155.637	889	152.242	831	156.216	766	157.740	821
G, I, P, S ¹	3.160	12	3.231	15	3.446	13	3.636	16
Übrige EU ²	608	5	705	6	689	5	657	4
Ehem. Jugoslawien	4.601	24	4.678	21	4.910	15	4.961	22
Türkei	15.948	80	15.263	139	16.520	113	16.427	129
Übriges Ausland ³	6.125	45	6.274	44	6.172	49	6.965	50

GS = Gestorbene Säuglinge

Quelle: LDS NRW 1990-1997. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Tabelle 4.2 enthält die Säuglingssterblichkeit für denselben Berichtszeitraum und dieselben Populationen. Aufgrund der nur sehr geringen Fallzahlen von Säuglingen aus den übrigen EU-Ländern können diese bei einer vergleichenden Betrachtung nicht berücksichtigt werden. Für die übrigen Gruppen zeigt sich eine abnehmende Tendenz der Sterblichkeit bei Säuglingen deutscher Nationalität (von 7,6 in 1990 auf 5,2 in 1997) und - allerdings zwischen den Jahren schwankend - bei Säuglingen, deren Eltern die griechische, italienische, portugiesische oder spanische Staatsangehörigkeit besitzen (von 7,3 in 1990 auf 4,4 in 1997). Die Sterblichkeit der Säuglinge aus dem ehemaligen Jugoslawien ist in der Zwischenzeit auf ein vergleichbares Niveau gesunken. Bis 1993 waren hier deutlich höhere Werte von mehr als 8 zu verzeichnen. Nach wie vor hoch zeigt sich die Sterblichkeit der Säuglinge türkischer Abstammung und der Herkunftsbezeichnung „Übriges Ausland“. Die Werte bewegen sich hier bei gewissen Schwankungen zwischen 7 und 9. Insgesamt ist bei der Interpretation der Daten zu beachten, dass es sich hierbei um relativ kleine Fallzahlen handelt. Aus verschiedenen Untersuchungen ist bekannt, dass innerhalb der einzelnen nicht-deutschen Nationalitäten die Raten der Säuglingssterblichkeit zum Teil erheblich streuen (vgl. z.B. Weber et al., 1990, S. 583). So sind die Differenzen zwischen der Gruppe der Deutschen und der der Türken sowie den Säuglingen aus dem ehemaligen Jugoslawien und dem übrigen Ausland besonders akzentuiert.

-
- 1 Griechenland, Italien, Portugal, Spanien
 - 2 ab 1995 mit Finnland, Schweden und Österreich
 - 3 bis 1994 mit Finnland, Schweden und Österreich

Tab. 4.2: Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene nach Staatsangehörigkeit

	1990	1991	1992	1993
Deutschland	7,6	7,4	6,6	5,9
G, I, P, S ¹	7,3	4,4	6,4	5,2
Übrige EU ²	2,8	0,0	5,8	5,0
Ehem. Jugoslawien	8,9	7,6	8,0	8,1
Türkei	8,7	9,8	9,7	8,0
Übriges Ausland ³	7,0	9,1	8,7	10,1

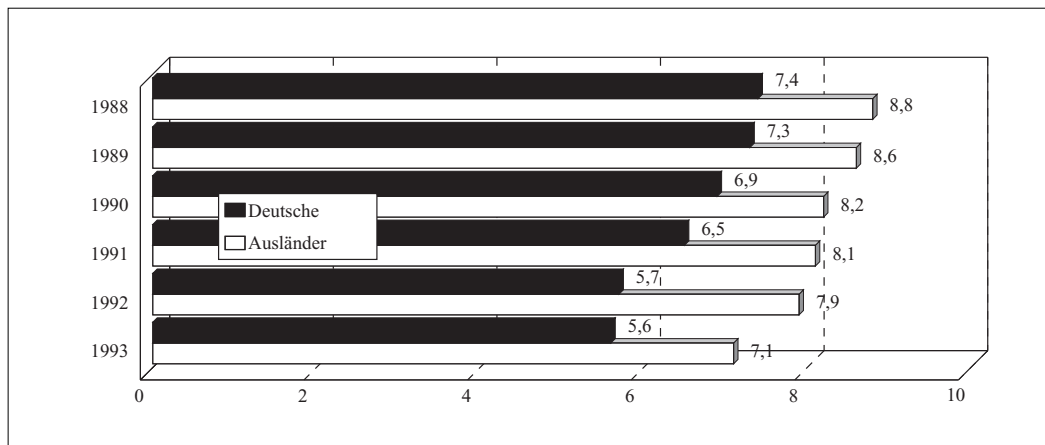
	1994	1995	1996	1997
Deutschland	5,7	5,5	4,9	5,2
G, I, P, S ¹	3,8	4,6	3,7	4,4
Übrige EU ²	8,2	8,5	7,2	6,1
Ehem. Jugoslawien	5,2	4,5	3,1	4,4
Türkei	8,9	9,1	6,8	7,9
Übriges Ausland ³	7,3	7,0	7,9	7,2

Quelle: LDS NRW 1990-1997. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Trotz der abnehmenden Tendenz bezüglich der Säuglingssterblichkeit sowohl bei Deutschen als auch z.T. bei Zuwanderern scheint sich die Differenz zwischen der Säuglingssterblichkeit in den beiden Gruppen nicht wesentlich zu verändern. Abbildung 4.1 zeigt diese Entwicklung für das gesamte Bundesgebiet. Hiernach zeigt sich, dass die Säuglingssterblichkeit bei Zuwanderern in den Jahren von 1988 bis 1993 zwischen 1,3 und 2,2 über derjenigen von Deutschen liegt.

Abb. 4.1: Säuglingssterblichkeit nach Staatsangehörigkeit (BRD)



Quelle: Statistisches Bundesamt 1988-1993. Daten des Gesundheitswesens
Raumbezug: BRD

WIAD 1999

Sigh & Yu (1995) beschreiben ebenfalls eine abnehmende Tendenz hinsichtlich der Säuglingssterblichkeit sowohl bei der weißen als auch bei der schwarzen Bevölkerung in den USA seit 1950. Bei der weißen Bevölkerung sinkt aber die Säuglingssterblichkeit schneller als bei der Gruppe der schwarzen US-Amerikaner. Die Differenz zwischen beiden Gruppen vergrößert sich sogar mit der Zeit.

1 Griechenland, Italien, Portugal, Spanien
2 ab 1995 mit Finnland, Schweden und Österreich
3 bis 1994 mit Finnland, Schweden und Österreich

Die Ursachen der Säuglingssterblichkeit sind vielfältig und hängen unter anderem mit den folgenden Faktoren zusammen: Untergewicht bei Geburt, Alter der Mutter, soziale Lage der Mutter, Familieneinkommen, Ausbildungsgrad der Mutter und gesundheitsrelevantes Verhalten der Mutter. Auch die Möglichkeiten zur gesundheitlichen Vorsorge und die medizinische Versorgung generell sowie das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen die Säuglingssterblichkeit in einer Population. So wird z.B. auch im Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen (S. 17 ff.) festgestellt, dass die Säuglingssterblichkeit immer noch starke Unterschiede in Abhängigkeit vom sozialen Status der Mutter/Familie aufweist. Am Beispiel der Säuglingssterblichkeit in West-Berlin von 1982 bis 1985 wird dargelegt, dass Säuglinge unverheirateter Mütter sowohl bei Deutschen als auch bei Türken und anderen Zuwanderern im ersten Lebensjahr deutlich häufiger sterben als die Säuglinge der verheirateten Mütter. Auch für die USA konnte gezeigt werden, dass trotz der allgemeinen Senkung der Säuglingssterblichkeit deutliche Unterschiede bezüglich Bildungsniveau, Einkommen und Ethnizität bestehen (Sigh & Yu, 1995).

Tab. 4.3: Schwangere nach Alter und Staatsangehörigkeit

Alter	1		2		3		4		5		6		7	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<15	9	0,01	0	0,0	2	0,02	1	0,02	3	0,02	0	0,0	1	0,05
15-20	4.700	3,3	101	4,0	886	8,9	593	8,9	2.093	11,0	88	4,0	118	6,0
21-25	19.302	13,4	492	19,3	3.340	33,4	2.166	32,6	7.263	38,2	456	20,9	481	24,4
26-30	52.735	36,5	895	35,0	3.324	33,2	1.969	29,7	5.681	29,9	775	35,6	667	33,9
31-35	50.749	35,1	788	30,8	1.821	18,2	1.215	18,3	2.931	15,4	615	28,2	493	25,0
36-40	15.150	10,5	251	9,8	532	5,3	562	8,5	834	4,4	210	9,6	183	9,3
41-45	1.794	1,2	27	1,1	90	0,9	125	1,9	171	0,9	36	1,7	25	1,3
>46	43	0,03	1	0,04	4	0,04	4	0,06	14	0,1	0	0,0	2	0,1
Gesamt	144.482	100,0	2.555	100,0	9.999	100,0	6.635	100,0	18.992	100,0	2.180	100,0	1.970	100,0

1 - Deutschland

2 - Mittel- und Nordeuropa und Nordamerika

3 - Mittelmeerländer (Griechenland, Italien, Portugal, Spanien, Ehem. Jugoslawien, Israel, Malta)

4 - Osteuropa

5 - Mittlerer Osten inkl. Türkei, Afghanistan, Pakistan und Nordafrika

6 - Asien (ohne 4)

7 - Übriges Ausland

Quelle: Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe (Perinatalerhebung 1997)

Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Die Altersverteilung der Schwangeren weist auffällige Unterschiede zwischen den einzelnen Nationalitätengruppen auf (s. Tab. 4.3). Die Ergebnisse der Perinatalerhebung (1997) der Ärztekammer Nordrhein und Westfalen Lippe bzgl. des Alters der Schwangeren zum Zeitpunkt der Entbindung verdeutlichen z.B., dass Mütter aus Deutschland und Mittel- und Nordeuropa und Nordamerika zum Zeitpunkt der Entbindung älter sind - 35,1% der deutschen Mütter sind zwischen 31 und 35 Jahre alt - als die Mütter aus anderen Regionen. Demgegenüber sind z.B. 33,4% der Mütter aus den Mittelmeerländern und 38,2% derjenigen aus dem Mittleren Osten inkl. der Türkei zum Zeitpunkt der Entbindung im Alter von 21 - 25 Jahren. Auch der Anteil der sehr jungen Schwangeren ist in den Zuwanderergruppen (ohne Mittel- und Nordeuropa und Nordamerika) deutlich höher als bei den Deutschen. Nur 3,3% der deutschen Schwangeren sind zwischen 15 und 20 Jahren alt im Vergleich zu 11,0% aus dem Mittleren Osten inkl. Türkei und 8,9% aus den Mittelmeerländern sowie 8,9% der Schwangeren aus Osteuropa. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass diese Daten keine Informationen bzgl. vorhergehender Schwangerschaften der Mütter enthalten.

Ein Zeitvergleich mit Daten von 1994 zeigt, dass diese Werte über alle Herkunftsländer hinweg gewisse Veränderungen aufweisen. So sinken tendenziell auch bei den Zuwanderinnen (außer bei denen aus dem „übrigen Ausland“) die Schwangerschaftsquoten in den Alterskategorien 15 - 20 und 21 - 25. Entsprechend steigt auch bei den Zuwanderinnen dieser Länder die Quote der Schwangerschaften vor allem im Alter zwischen 26 und 35. Prinzipiell zeigt sich jedoch auch bei den Deutschen nach wie vor die Tendenz zu Schwangerschaften in höheren Alterskategorien, wobei hier vor allem die Alterskategorien ab 30 Zuwächse verzeichnen.

Der hohe Anteil der sehr jungen Schwangeren aus dem Mittleren Osten, den Mittelmeerländern und Osteuropa ist ein Faktor, der das Risiko der Sterblichkeit dieser Säuglinge erhöht. Es scheint aber ebenfalls berechtigt, die Sterblichkeit der Säuglinge von Müttern aus den Industrieländern vor dem Hintergrund des vergleichsweise hohen Anteils älterer Mütter in diesen Gruppen zu betrachten.

Betrachtet man die Mortalität der ausländischen Säuglinge in den frühen Phasen des ersten Lebensjahres, so zeigt sich, dass die Differenzen zwischen der Gruppe der Zuwanderer und der Deutschen besonders deutlich ausgeprägt sind (Tab. 4.4). Die Frühsterblichkeit bei deutschen Neugeborenen lag 1993 in Nordrhein-Westfalen bei 2,5 je 1.000 Lebendgeborene. Im selben Zeitraum lag die Frühsterblichkeit für die in Nordrhein-Westfalen geborenen Kinder aus Griechenland, Italien, Portugal und Spanien mit 1,7 pro 1.000 Lebendgeborene noch unter dem entsprechenden Wert für die deutsche Bevölkerung. Für alle anderen Nationalitätengruppen liegen die Werte jedoch deutlich darüber: ehem. Jugoslawien 4,4, Türkei 3,4, EU-Länder (ohne Griechenland, Italien, Portugal und Spanien) 5,0 und übriges Ausland 4,5. Wenn man die Entwicklung bis 1997 betrachtet, fällt jedoch auf, dass nur die Frühsterblichkeit bei den türkischen Säuglingen unverändert hoch bleibt. Besonders bei Säuglingen aus dem ehemaligen Jugoslawien passt sie sich dagegen, wie auch die allgemeine Sterblichkeit, den Werten der G.I.P.S.-Herkunftsländer an. Der hohe Wert für die Kinder aus den übrigen EU-Ländern kann aufgrund der geringen Fallzahlen nur eingeschränkt zum Vergleich herangezogen werden.

Tab. 4.4: Frühsterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene nach Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit	1990	1991	1992	1993
Deutschland	2,7	2,7	2,7	2,5
G, I, P, S ¹	4,1	1,7	2,3	1,7
Übrige EU ²	1,4	0,0	4,4	5,0
Ehem. Jugoslawien	3,0	3,6	3,7	4,4
Türkei	2,3	3,5	3,5	3,4
Übriges Ausland ³	3,2	3,3	2,5	4,5

Staatsangehörigkeit	1994	1995	1996	1997
Deutschland	2,4	2,6	2,3	2,4
G, I, P, S ¹	1,9	1,9	2,0	2,8
Übrige EU ²	3,3	0,0	4,4	3,0
Ehem. Jugoslawien	5,7	2,4	1,8	1,8
Türkei	3,6	4,3	2,8	3,5
Übriges Ausland ³	2,6	3,7	4,8	2,2

Quelle: LDS NRW 1990-1997. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Eine ähnliche Tendenz ist bei der perinatalen Sterblichkeit bis 1993 zu beobachten. Die perinatale Sterblichkeit ist ein Maß für die Gefährdung der Kinder vor, während und kurz nach der Geburt. Mütter von Kindern, die erst spät oder insgesamt weniger Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben, haben ein erhöhtes Risiko bzgl. der perinatalen Sterblichkeit ihrer Kinder. Tabelle 4.5 stellt die perinatale Sterblichkeit in Nordrhein-Westfalen zwischen 1990 und 1993 nach ausgewählten Nationalitäten dar.

Betrachtet man die perinatale Sterblichkeit im Zeitverlauf, so zeigt sich, dass die Werte zum Teil starken Schwankungen unterliegen. Es wird jedoch insgesamt deutlich, dass das Risiko der perinatalen Sterblichkeit für Kinder aus der Türkei, dem ehem. Jugoslawien, aus EU-Ländern (ohne Griechenland, Italien, Spanien und Portugal) und dem übrigen Ausland im Vergleich zu deutschen Kindern und Kindern aus dem Mittelmeerraum deutlich erhöht ist. Die Zusammenhänge zwischen diesen Ergebnissen und der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen sollen im Folgenden weiter analysiert werden.

Tab. 4.5: Perinatale Sterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene

Staatsangehörigkeit	1990	1991	1992	1993
Deutschland	6,4	5,9	6,2	5,5
G, I, P, S ¹	7,8	3,7	7,2	4,5
Übrige EU ²	6,8	6,1	11,5	8,3
Ehem. Jugoslawien	8,3	7,5	8,9	9,2
Türkei	7,5	8,5	8,2	8,1
Übriges Ausland ³	8,6	9,9	7,8	9,7

Quelle: LDS NRW 1990- 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

-
- 1 Griechenland, Italien, Portugal, Spanien
 - 2 ab 1995 mit Finnland, Schweden und Österreich
 - 3 bis 1994 mit Finnland, Schweden und Österreich

Die Tabelle 4.6 zeigt den Zeitpunkt der Wahrnehmung der ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung nach Nationalitätengruppen aus der Perinatalerhebung der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe.

Tab. 4.6: Zeitpunkt der Wahrnehmung der ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung nach Staatsangehörigkeit

	1		2		3		4		5		6		7	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
vor 13. SW	130.993	92,0	2.053	81,7	7.880	79,8	4.533	69,6	15.495	82,5	1.769	82,0	1.506	78,0
nach 13. SW	12.158	8,0	461	18,3	1.9999	20,2	1.984	30,4	3.277	17,5	388	18	424	22,0
Gesamt	143.151	100,0	2.514	100,0	9.9879	100,0	6.517	100,0	18.772	100,0	2.157	100,0	1.930	100,0

1 - Deutschland

2 - Mittel- und Nordeuropa und Nordamerika

3 - Mittelmeerländer (Griechenland, Italien, Portugal, Spanien, Ehem. Jugoslawien, Israel, Malta)

4 - Osteuropa

5 - Mittlerer Osten inkl. Türkei, Afghanistan, Pakistan und Nordafrika

6 - Asien (ohne 4)

7 - Übriges Ausland

Quelle: Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe (Stand 1997)
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Die Ergebnisse lassen erkennen, dass schwangere Zuwanderinnen, einschließlich derer aus Mittel- und Nordeuropa und Nordamerika, die Vorsorgeuntersuchungen deutlich später in Anspruch nehmen als die Deutschen. Unter den Zuwanderinnen, die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen, liegt die Quote derjenigen, deren erste Untersuchung in der 13. Schwangerschaftswoche oder davor stattfand, abhängig von der Herkunft bis zu 20% niedriger als bei den Deutschen (92,0%). Auffallend niedrig erweist sich mit 69,6% die Quote der Zuwanderinnen aus Osteuropa.

Diese Daten lassen jedoch keine Rückschlüsse zu über Dauer und Kontinuität der Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen. In der Migrationsliteratur ist immer wieder auf kürzere und weniger kontinuierliche Vorsorgeverläufe bei schwangeren Zuwanderinnen hingewiesen worden (z.B. Geiger und Korporal, 1991). Die nachfolgende Tabelle 4.7 gibt einen Überblick über die Anzahl der wahrgenommenen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen nach Nationalitätengruppen.

Hiernach zeigt sich, dass die nicht-deutschen Schwangeren im Schnitt weniger Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen als die deutschen. Knapp 55% der deutschen Schwangeren nahmen 11-15 Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch, während die meisten Schwangeren nicht-deutscher Nationalität (mit Ausnahme der Frauen aus Mittel- und Nordeuropa und Nordamerika) lediglich 6 - 10 Vorsorgeuntersuchungen durchführen ließen. Auffällig ist hier v.a. auch der Unterschied zwischen deutschen Frauen und Zuwanderinnen, die nur 1 - 5 Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen. Während dies bei den deutschen Schwangeren 1997 nur 1,7% waren, erreichte diese Quote bei den Zuwanderinnen Werte von bis zu 7% bei den Frauen aus Osteuropa.

1 ab 1995 mit Finnland, Schweden und Österreich

2 bis 1994 mit Finnland, Schweden und Österreich

Als problematisch zeigt sich die Kategorie „Rest“, da es auf Basis der verfügbaren Daten nicht möglich war, für Nordrhein-Westfalen zwischen den Schwangeren ohne jegliche Vorsorgeuntersuchung und denen, über die keine Angaben vorlagen zu unterscheiden. Die Kategorie „Rest“ kann aus diesem Grund nicht in die Interpretation einbezogen werden und dient ausschließlich der Vollständigkeit der Darstellung. Aus einer genaueren Betrachtung der Daten aus Westfalen-Lippe, für die eine Trennung der Kategorien „Keine Untersuchung“ und „Keine Angabe“ möglich ist, lässt sich jedoch eine Tendenz ausmachen. Danach fallen in Westfalen-Lippe nur sehr wenige der erfassten deutschen Schwangeren in die Gruppe derer, die keine Vorsorgeuntersuchung haben durchführen lassen (1,3‰). Die entsprechenden Werte bei Zuwanderinnen aus den Mittelmeerländern und Osteuropa liegen hier bei 12,6‰ bzw. 12,0‰. Auch die übrigen Zuwandererländer (außer Mittel- und Nordeuropa und Nordamerika) weisen hier mit Werten zwischen ca. 6 und 10% verglichen mit den Deutschen deutlich erhöhte Quoten auf.

Tab. 4.7: Anzahl der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen nach Staatsangehörigkeit

	1		2		3		4		5		6		7	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-5	2.455	1,7	95	3,7	514	5,1	460	6,9	851	4,5	97	4,4	113	5,7
6-10	53.887	37,3	956	37,3	4.779	47,7	3.172	47,8	9.636	50,7	1.057	48,5	961	48,7
11-15	78.492	54,3	1.240	48,3	4.109	41,0	2.590	39,0	7.517	39,6	913	41,9	766	38,9
über 15	7.529	5,2	202	7,9	316	3,2	218	3,3	611	3,2	72	3,3	64	3,2
Rest	2.226	1,5	72	2,8	297	3,0	198	3,0	383	2,0	41	1,9	68	3,5
Gesamt	144.589	100,0	2.565	100,0	10.015	100,0	6.638	100,0	18.996	100,0	2.180	100,0	1.972	100,0

1 - Deutschland

2 - Mittel- und Nordeuropa und Nordamerika

3 - Mittelmeerländer (Griechenland, Italien, Portugal, Spanien, Ehem. Jugoslawien, Israel, Malta)

4 - Osteuropa

5 - Mittlerer Osten inkl. Türkei, Afghanistan, Pakistan und Nordafrika

6 - Asien (ohne 4)

7 - Übriges Ausland

Quelle: Ärztekammer Nordrhein und Ärztekammer Westfalen-Lippe. (Stand: 1997). Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Tabelle 4.8 gibt einen Überblick über die Totgeburtenrate nach Staatsangehörigkeit von 1990 bis 1993. Die Totgeburtenrate in der deutschen Bevölkerung ist zwischen 1990 bis 1993 von 3,7 auf 3,1 zurückgegangen. Abgesehen von den Mittelmeerländern (Griechenland, Italien, Spanien und Portugal) liegt die Totgeburtenrate bei Zuwanderern über derjenigen der deutschen Bevölkerung. Ab 1994 zeigen sich deutlich erhöhte Werte über alle Kategorien hinweg. Dieser Anstieg ist darauf zurückzuführen, dass mit Wirkung vom 1.4.1994 die Bemessungsgrenze für Totgeburten von einem Geburtsgewicht von mindestens 1.000 g auf mindestens 500 g gesenkt wurde. Dadurch erhöht sich die Zahl der gemeldeten Totgeburten. Die hohe Totgeburtenrate bei Frauen aus den übrigen EU-Ländern ist aufgrund der geringen Fallzahlen nicht interpretierbar.

Tab. 4.8: Totgeburten nach Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit	1990		1991		1992		1993	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Deutschland	642	3,7	551	3,2	590	3,5	506	3,1
G,I,P ¹	13	3,8	7	2,0	17	4,9	10	2,8
Übrige EU ¹	4	5,5	4	6,1	5	7,2	2	3,3
Ehem. Jugoslawien	11	5,4	10	3,9	22	5,3	21	4,8
Türkei	82	5,2	82	5,1	78	4,7	76	4,7
Übriges Ausland ²	34	5,4	41	6,5	34	5,3	34	5,2

Staatsangehörigkeit	1994		1995		1996		1997	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Deutschland	587	3,8	712	4,7	663	4,2	655	4,2
G,I,P ³	16	5,1	21	6,5	21	6,1	13	3,6
Übrige EU ²	3	4,9	4	5,7	3	4,4	2	3,0
Ehem. Jugoslawien	26	6,3	26	5,6	30	6,1	27	5,4
Türkei	80	5,0	85	5,6	104	6,3	107	6,5
Übriges Ausland ³	45	7,3	57	9,1	49	7,3	61	8,8

Quelle: LDS NRW 1990-1997. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Anzumerken bleibt, dass es eine Reihe weiterer Faktoren gibt, die die Gesundheit der Frauen und den Schwangerschaftsverlauf beeinflussen, die aber nur schwer oder gar nicht zu quantifizieren sind (psychosoziale Stressoren, die durch die Migration hervorgerufen bzw. aufrechterhalten werden wie z.B. Unsicherheitsgefühle, soziale bzw. gesellschaftliche Marginalisierung, Kulturwandel etc.). Es ist naheliegend anzunehmen, dass die schwangeren Frauen in der Zuwandererpopulation, bedingt durch die Migration, eher psychosozialen Stressfaktoren ausgesetzt sind als die deutschen Frauen und Schwangerschaftsängste stärker ausgeprägt sind. Viele Untersuchungen (vgl. Richter & Stäuber, 1990, S. 965) konnten bestätigen, dass (durch sozialen Stress) psychisch belastete Schwangerschaften, wie diese z.B. bei ledigen Müttern beobachtet wurden, ein somatisches Risiko für Mutter und Kind darstellen.

1 Griechenland, Italien, Portugal, Spanien
2 ab 1995 mit Finnland, Schweden und Österreich
3 bis 1994 mit Finnland, Schweden und Österreich

4.1.3 Geburtsgewicht und Frühgeburtslichkeit

Trotz der in den letzten Jahren durch medizinisch-technische Fortschritte stark verbesserten Überlebenschancen für Frühgeborene, „beträgt die Säuglingssterbeziffer bei Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht (< 2.500 g) 71,0 pro 1.000 gegenüber 4,7 pro 1.000 bei reif Geborenen“ (Weber et al., 1990, S. 120). Zwischen 1990 und 1994 wurden in Nordrhein-Westfalen 3.546 männliche und 3.497 weibliche deutsche Säuglinge mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g geboren. Dies entspricht einem Anteil von 8,6 pro 1.000 männlicher und 8,3 pro 1.000 weiblicher Lebendgeborener für diesen Zeitraum.

Tab. 4.9: Lebendgeborene mit Untergewicht nach Staatsangehörigkeit (kum. Werte 1990 - 1994)

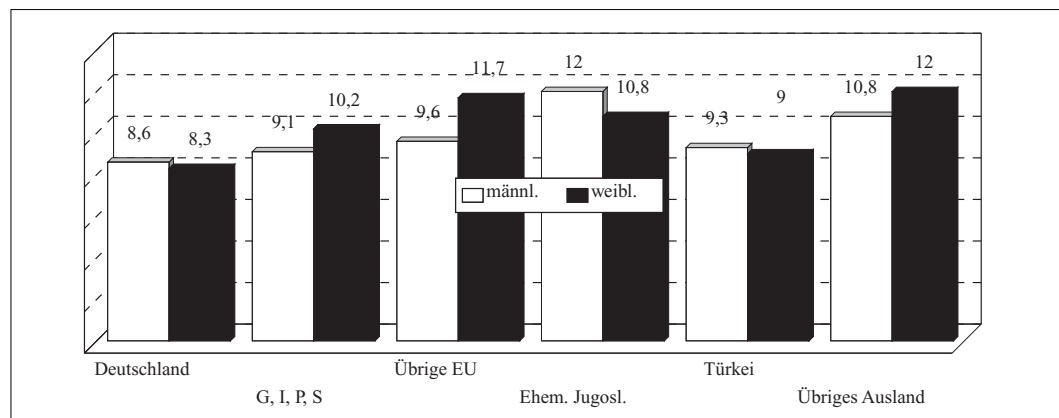
Staatsangehörigkeit	< 1.500 g		je 1.000 Lebendgeborene		< 2.500 g		je 1.000 Lebendgeborene	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Deutschland	3.546	3.497	8,6	8,3	22.774	25.486	53,7	63,3
G, I, P, S ¹	81	84	9,1	10,2	434	585	49,2	71,4
Übrige EU ²	16	19	9,6	11,7	109	116	65,9	71,7
Ehem. Jugoslawien	108	93	12,0	10,8	587	725	65,3	73,6
Türkei	388	349	9,3	9,0	2.228	2.577	53,9	66,8
Übriges Ausland ³	176	171	10,8	12,0	910	1.013	56,2	66,3

Quelle: LDS NRW 1990-1994. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Abbildung 4.2 stellt den Anteil der Lebendgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g nach Staatsangehörigkeit in den Jahren 1990 bis 1994 dar. Sowohl in Tab. 4.9 als auch in Abb. 4.2 weisen die Zuwanderer verglichen mit den Deutschen leicht erhöhte Anteile untergewichtiger Lebendgeborener auf.

Abb. 4.2: Anteil der Kinder (pro 1.000 Lebendgeborene) mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit (kum. Werte 1990 - 1994)



Quelle: LDS NRW 1990 - 1994. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Dennoch sind die Tendenzen aus Tab. 4.9 und Abb. 4.2 mit Vorsicht zu bewerten. Auf Basis der Daten der Perinatalerhebungen von 1997 der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe zu Geburtsgewicht und Frühgeburten lässt sich der zunächst gewonnene Eindruck nur bedingt bestätigen. So weisen die Zuwanderer bzgl. von Lebendgeborenen mit Untergewicht nur teilweise erhöhte Quoten auf (Tab. 4.10), und bei den Frühgeburten weisen sogar alle Zuwanderernationalitäten (außer Kategorie 7) niedrigere Quoten auf als die Deutschen (Tab. 4.11).

Tab. 4.10: Lebendgeborene mit Untergewicht nach Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit	< 1.500 Gramm	je 1.000 Lebendgeborene	< 2.500 Gramm	je 1.000 Lebendgeborene
1	1.842	12,7	9.991	68,8
2	24	9,4	147	57,5
3	126	12,6	647	64,5
4	100	15,1	405	61,0
5	268	14,1	1.310	68,7
6	36	16,4	176	80,4
7	40	20,2	157	79,5

1 = Deutschland; 2 = Mittel- und Nordeuropa, Nordamerika; 3 = Mittelmeerländer: Jugoslawien, Griechenland, Italien, Spanien, Portugal, Israel, Malta, Zypern; 4 = Osteuropa; 5 = Mittlerer Osten (incl. Türkei, Afghanistan und Pakistan) und Nordafrika; 6 = Asien ohne 4; 7 = Übriges Ausland

Quelle: Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe 1997
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Tab. 4.11: Frühgeburten (< 37. Schwangerschaftswoche) nach Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit	n	pro 1.000 Schwangere
1	12.811	88,2
2	194	75,9
3	815	81,2
4	531	80,0
5	1.599	83,8
6	179	81,7
7	201	101,7

1 = Deutschland; 2 = Mittel- und Nordeuropa, Nordamerika; 3 = Mittelmeerländer: Jugoslawien, Griechenland, Italien, Spanien, Portugal, Israel, Malta, Zypern; 4 = Osteuropa; 5 = Mittlerer Osten (inkl. Türkei, Afghanistan und Pakistan) und Nordafrika; 6 = Asien ohne 4; 7 = Übriges Ausland

Quelle: Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe 1997
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Von den oben angeführten Faktoren, die die Säuglingssterblichkeit begünstigen, haben sich hier auf Basis der verfügbaren Daten u.a. das Alter der Mutter als auch das Inanspruchnahmeverhalten bzgl. Schwangerschaftsuntersuchungen als relevante Parameter erwiesen. Dagegen ließen sich bei den Faktoren Untergewicht und Frühgeburt keine eindeutigen Unterschiede zwischen Zuwanderern und Deutschen ausmachen. In die Analyse müssen jedoch auch die soziodemographischen Faktoren Einkommen, sozialer Status und Bildung miteinbezogen werden. Auch hier zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Deutschen und Zuwanderern (vgl. Kap. 3). Abschließend lässt sich festhalten, dass die hier auszumachenden erhöhten Werte für Säuglingssterblichkeit, perinatale Sterblichkeit und Totgeburten stark mit Faktoren in Zusammenhang zu bringen sind, die alle gleichermaßen als Indikatoren für eine bisher erfolgte bzw. nicht erfolgte Assimilation und Integration von Zuwanderern gelten können.

4.2 Morbidität und Risikostatus

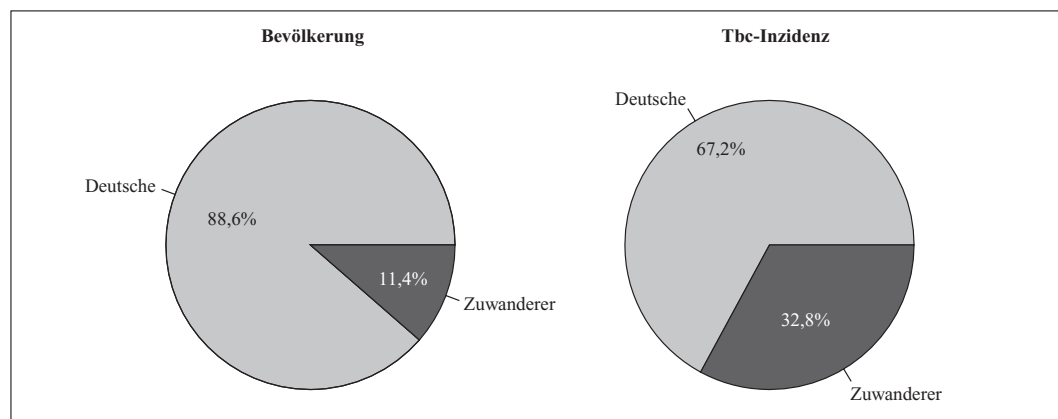
4.2.1 Tuberkulose

4.2.1.1 Tuberkuloseinzidenzen in der deutschen und der zugewanderten Bevölkerung

Bei der Analyse der Tbc-Inzidenzdaten fällt auf, dass Migration einen deutlichen Einfluss auf die Tuberkuloseepidemiologie in Deutschland hat. Der Anteil der Zuwanderer an den Tbc-Zugängen¹ (32,8%) ist in Nordrhein-Westfalen ca. dreimal so groß wie der Zuwandereranteil in der Gesamtbevölkerung (11,1%); siehe Abb. 4.3 sowie Tab. A4.1 im Anhang. Setzt man die Tbc-Inzidenz mit den Bevölkerungszahlen (je 100.000 Einwohner) in Relation, so zeigt sich auch hier eine ähnliche Tendenz. Die Tbc-Inzidenz in der zugewanderten Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen (43,0 je 100.000) ist nahezu viermal so hoch verglichen mit der deutschen Bevölkerung (11,4 je 100.000); siehe Abb. 4.4. An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass in den Statistiken der Tbc-Inzidenzen in Deutschland die Nationalität und nicht das Geburtsland erfasst werden. Das bedeutet, dass die Aus- und Übersiedler nicht von der deutschen Population differenziert werden können.

Unterschiede zwischen der Inzidenz der Deutschen und Zuwanderer beruhen in erster Linie darauf, dass die Tbc in den Herkunftsländern weiter verbreitet ist als in Deutschland. Die zugewanderte Bevölkerung hat darüber hinaus insgesamt einen niedrigeren Sozialstatus und lebt demzufolge häufig auch in schlechteren und beengten Wohnverhältnissen (s. auch Kap. 3.9), was das Auftreten der Tbc zusätzlich begünstigt.

Abb. 4.3: Bevölkerungsanteile und Tbc-Inzidenz nach Staatsangehörigkeit



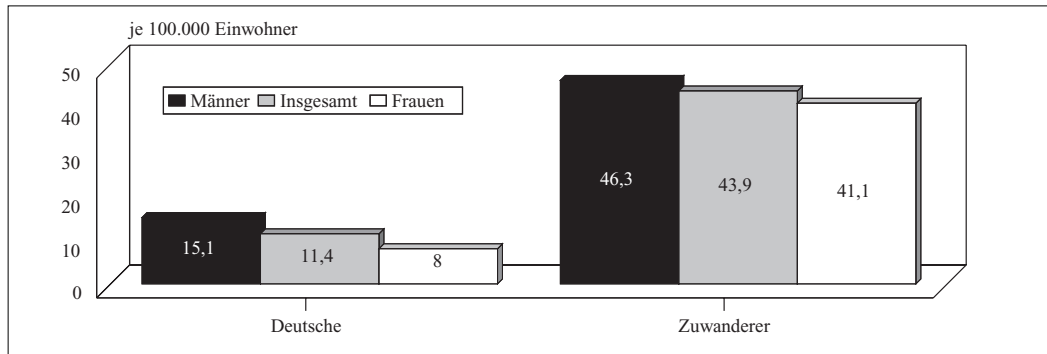
Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: 31.12.1997). Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Die deutschen Frauen sind im Vergleich zu den deutschen Männern nur knapp halb so häufig von Tbc betroffen. Dagegen liegen die Anteile für Zuwanderinnen (41,1) und Zuwanderer (46,3) enger zusammen (s. Abb. 4.4).

¹ Die Statistik beruht auf den Mitteilungen meldepflichtiger Personen an die unteren Gesundheitsbehörden (Tuberkulose-Fürsorgestellen). Die unteren Gesundheitsbehörden melden diese Fälle an die Statistischen Landesämter. Es werden nur die Tbc-Zugänge (d.h. Erst- und Wiedererkrankte) erfasst, nicht die Bestände.

Abb. 4.4: Zugänge an Tbc in der deutschen und der zugewanderten Bevölkerung je 100.000 Einwohner



Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: 31.12.1997). Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Tab. 4.12: Verteilung der nicht-deutschen Zugänge an Tbc und der nicht-deutschen Bevölkerung nach Bundesländern

Bundesland	nicht-deutsche Zugänge an Tbc		zugewanderte Bevölkerung
	n	%	%
Nordrhein-Westfalen	883	25,8	27,2
Bayern	440	12,8	15,0
Baden-Württemberg	514	15,0	17,6
Hessen	435	12,7	11,4
Niedersachsen	246	7,2	6,5
Berlin	203	5,9	6,5
Hamburg	146	4,3	4,2
Rheinland-Pfalz	142	4,1	4,1
Schleswig-Holstein	69	2,0	1,9
Sachsen	78	2,3	1,2
Brandenburg	50	1,5	0,8
Sachsen-Anhalt	93	2,7	0,8
Saarland	28	0,8	1,1
Bremen	39	1,1	1,1
Thüringen	37	1,1	0,4
Mecklenburg-Vorpommern	24	0,7	0,3
Deutschland	3.427	100,0	100,0

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: 12/1997)
Raumbezug: BRD

WIAD 1999

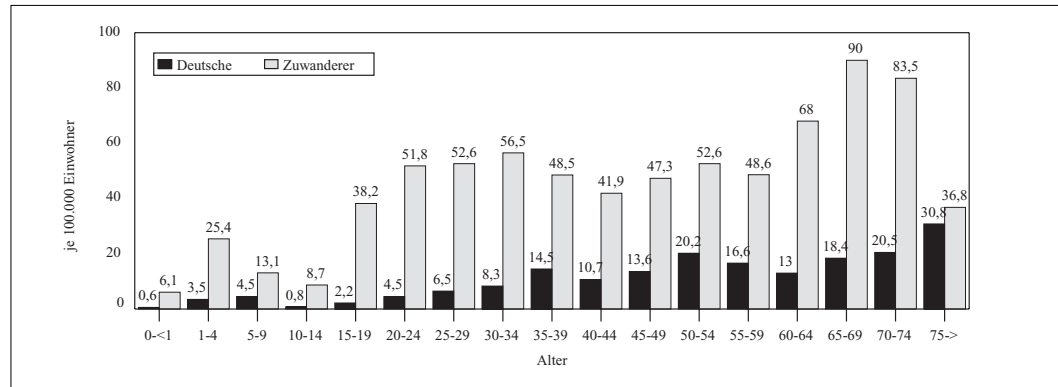
Bei der Betrachtung der Verteilung der nicht-deutschen Zugänge an Tbc auf die einzelnen Bundesländern wird ersichtlich, dass diese mit der entsprechenden Verteilung der Zuwanderer nahezu deckungsgleich ist (s. Tab. 4.12). Der Anteil der nicht-deutschen Tbc-Zugänge in Nordrhein-Westfalen macht 25,8% der für das gesamte Bundesgebiet registrierten nicht-deutschen Tbc-Zugänge aus. Der Anteil der Zuwanderer in Nordrhein-Westfalen beläuft sich entsprechend auf 27,2% der gesamten Ausländerpopulation in der Bundesrepublik Deutschland.

In den neuen Bundesländern stellen sich die Verhältnisse etwas anders dar. Der Anteil der Tbc-Neuzugänge liegt hier - bei allerdings wesentlich niedrigeren Fallzahlen - deutlich über dem entsprechenden Bevölkerungsanteil.

4.2.1.2 Altersspezifische Tuberkuloseinzidenzen

Kinder im Alter von 1 bis 4 Jahren sind in der Gruppe der Zuwanderer verglichen mit den angrenzenden Alterskategorien relativ stark betroffen (24,6 pro 100.000); siehe Abb. 4.5 und Tab. A4.2 im Anhang Die 20- bis 50-jährigen Zuwanderer sind im Vergleich zu den Deutschen besonders stark betroffen. Ab dem 65. Lebensjahr sind beide Bevölkerungsgruppen erwartungsgemäß stärker betroffen.

Abb. 4.5: Altersspezifische Tbc-Inzidenz (je 100.000 Einwohner)



Quelle: LDS NRW (Stand: 31.12.1997). Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Verglichen mit Zahlen von 1994 zeigen sowohl Deutsche als auch Zuwanderer in den meisten Alterskategorien sinkende Anteile von Tbc-Zugängen an der Gesamtbevölkerung. Die proportionale Verteilung zwischen den verschiedenen Alterskategorien erweist sich im Zeitvergleich jedoch nur bei den Deutschen als stabil.

4.2.1.3 Entwicklung der Tuberkuloseinzidenzen der Atmungsorgane 1980 - 1997

Bei den Deutschen waren die Neuerkrankungsraten an Tuberkulose zwischen 1980 und 1997 rückläufig. Auch bei Zuwanderern haben die Neuerkrankungsraten von 1980 bis 1986 stark abgenommen (von 24,2 auf 11,4 pro 100.000 Einwohner). 1986 lag die Neuerkrankungsrate bei Zuwanderern mit 11,4 pro 100.000 Einwohner nur um 21% über der Neuerkrankungsrate bei der deutschen Bevölkerung (9,4 pro 100.000 Einwohner) in Nordrhein-Westfalen. Ab 1987 dagegen steigt die Tbc-Inzidenz in der zugewanderten Bevölkerung steil, nämlich von 15,3 (1987) auf 26,5 (1992) pro 100.000 nicht-deutsche Einwohner an. Diese Steigerung hängt vermutlich mit den zunehmenden Flüchtlingsströmen zusammen. 1992 gab es z.B. eine sehr hohe Asylbewerberanzahl aus Rumänien (n = 103.787), wo die Tbc-Prävalenz sehr hoch ist. Die Infektionsgefahr ist in den Erstaufnahmeeinrichtungen durch die räumliche Enge erhöht, wenn Erkrankte dort untergebracht sind. Nach 1992 ist die Tbc-Inzidenz wieder leicht rückläufig, bleibt aber auf vergleichsweise hohem Niveau.

Tab. 4.13: Neuerkrankungen an Tuberkulose der Atmungsorgane (mit Erregernachweis)

Jahr	Insgesamt		Davon:			
	n	je 100.000 Einwohner	Deutsche		Zuwanderer	
			n	je 100.000 deutsche Einwohner	n	je 100.000 nicht-deutsche Einwohner
1980	2.207	13,0	1.892	11,5	315	24,2
1981	2.135	12,5	1.854	11,2	281	19,2
1982	2.034	12,0	1.753	10,6	281	22,4
1983	1.925	11,4	1.711	10,3	214	15,6
1984	1.841	11,0	1.632	9,7	209	16,8
1985	1.812	9,7	1.605	9,5	207	16,7
1986	1.728	10,4	1.576	9,4	152	11,4
1987	1.657	9,9	1.456	8,6	201	15,3
1988	1.569	9,3	1.329	8,6	240	17,8
1989	1.594	9,4	1.306	8,4	288	20,0
1990	1.643	9,5	1.336	8,5	307	19,8
1991	1.619	9,3	1.259	8,0	360	21,6
1992	1.858	10,6	1.380	8,7	478	26,5
1993	1.784	10,1	1.319	8,3	465	24,5
1994	1.684	9,5	1.201	7,6	483	24,9
1995	1.619	9,1	1.175	7,4	444	22,3
1996	1.625	9,1	1.176	7,4	449	22,0
1997	1.507	8,4	1.084	6,8	423	20,6

Quelle: LDS NRW (Stand 1997)
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Abschließend soll festgehalten werden, dass es auf der Basis der von den statistischen Landesämtern bereitgestellten Daten sehr schwierig ist, Risikofaktoren für Tuberkulose zu analysieren. Die amtlichen Daten sind nur begrenzt nutzbar und bedürfen einer Revision, die sich an den Vorgaben des Euro-TB Netzwerkes orientieren sollte (WHO Collaborating Centre for the Surveillance of Tuberculosis in Europe, Saint-Maurice, France). Z.B. scheint es wichtig, nicht nur die Staatsangehörigkeit, sondern auch das Geburtsland und das Einwanderungsjahr als Variable aufzunehmen und u.a. auch Informationen zu Organlokalisation und Resistenzen.

4.2.2 AIDS

In das AIDS-Fallregister des AIDS-Zentrums am Robert Koch-Institut (Berlin) werden alle AIDS-Patienten aufgenommen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. In Nordrhein-Westfalen waren bis zum 30.03.1999 3.952 AIDS-Fälle gemeldet, wovon 497 (12,6%) Patienten nicht die deutsche Staatsangehörigkeit hatten. Somit liegt hier der Anteil der Zuwanderer unter den gemeldeten AIDS-Fällen leicht über dem Anteil Nicht-Deutscher an der Gesamtbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Der Anteil der nicht-deutschen Patienten unter den AIDS-Fällen in Nordrhein-Westfalen liegt noch unter dem Bundesdurchschnitt (bis zum 30.03.1999 waren 13,7% der bundesweit gemeldeten AIDS-Fälle Zuwanderer). In Abb. 4.6 ist die Verteilung der nicht-deutschen AIDS-Patienten in Nordrhein-Westfalen nach WHO-Regionen dargestellt und in Abb. 4.7 die entsprechende Verteilung bundesweit.

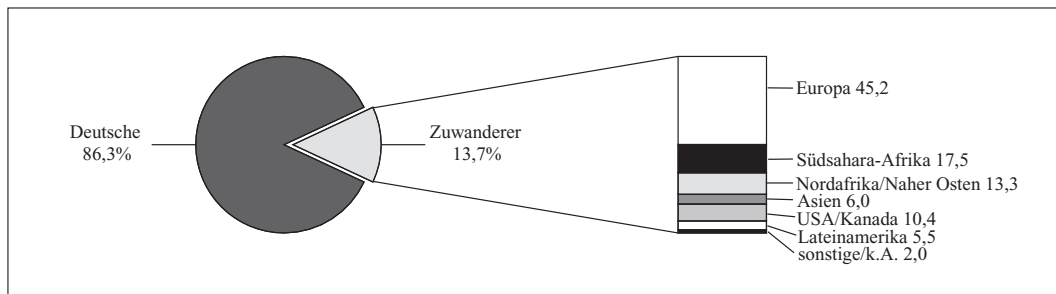
Abb. 4.6: Verteilung der AIDS-Fälle in NRW nach WHO-Regionen



Quelle: Robert Koch-Institut Berlin (Stand: 30.03.1999). Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Abb. 4.7: AIDS-Fälle in Deutschland



Quelle: Robert Koch-Institut Berlin (Stand: 30.03.1999). Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

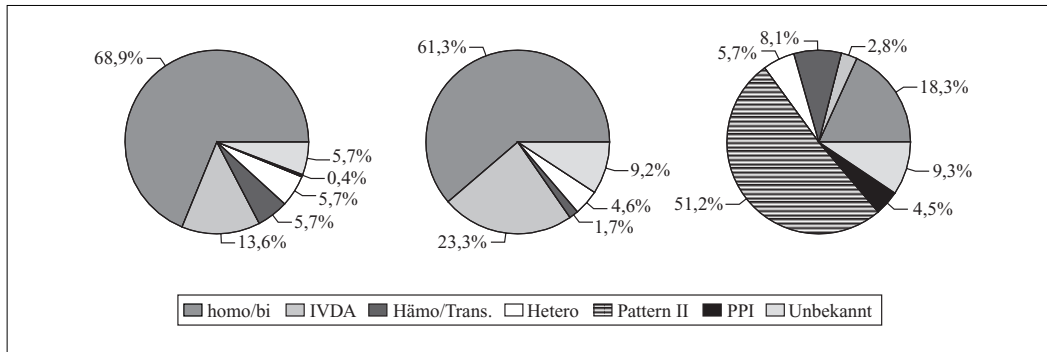
WIAD 1999

Im Vergleich zur Verteilung der AIDS Fälle in Deutschland fällt auf, dass in Nordrhein-Westfalen der Anteil der gemeldeten AIDS Fälle aus Afrika und dem Nahen Osten mehr als 10 Prozentpunkte höher ist als im Bundesschnitt. Betrachtet man die Verteilung der Nationalitäten in der Gruppe der nicht-deutschen AIDS-Fälle in Nordrhein-Westfalen, so wird deutlich, dass einige Nationalitätengruppen gemessen an ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung deutlich überrepräsentiert sind. Patienten aus den Endemiegebieten (Subsahara-Afrika und Nordafrika/Naher Osten) stellen mit einem Anteil von über 40% der gemeldeten nicht-deutschen AIDS Fälle die größte Gruppe dar. Auch US-Amerikaner und Kanadier sind gemessen an ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung von Nordrhein-Westfalen im AIDS-Fallregister überrepräsentiert. Die türkischen Patienten sind in der Kategorie Europa enthalten. Gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil von knapp 30% der Migrantenpopulation in Deutschland ist ihr Anteil an den gemeldeten nicht-deutschen AIDS Fällen (9%) relativ gering. In der Kategorie „sonstige/k.A.“ sind neben den Patienten, für die keine feste Nationalitätszuordnung möglich war (2,0 bzw. 1,3%) auch die Zuwanderer aus der Karibik (0,4 bzw. 0,3%) und aus Osteuropa (0,2 bzw. 0,4%) zusammengefasst.

Die Verteilung der nicht-deutschen AIDS-Fälle auf Bundesebene zeigt einen ähnlichen Trend (s. Abb. 4.7) wie in Nordrhein-Westfalen. Während die Mehrheit der in Deutschland lebenden Zuwanderer aus der Türkei und Osteuropa kommen, stellen diese nur ca. ein Viertel der AIDS-Fälle bei Zuwanderern dar. Auf Bundesebene sind im Verhältnis zu ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung AIDS-Patienten aus den westlichen Industriestaaten (EU, Nordamerika), Lateinamerika, Afrika und Asien überrepräsentiert.

Betrachtet man die Verteilung der Infektionswege bei den AIDS-Fällen in Nordrhein-Westfalen nach Nationalitätsgruppen, so zeigen sich hier einige deutliche Unterschiede (s. Abb. 4.8).

Abb. 4.8: Verteilung der Infektionswege im AIDS-Fallregister nach Nationalitätsgruppen



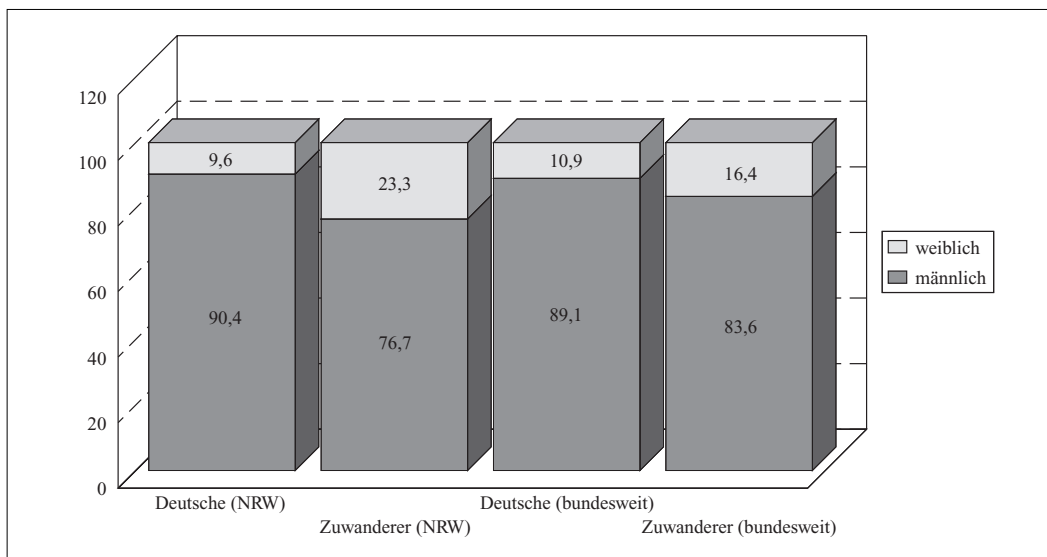
Quelle: Robert Koch-Institut Berlin (Stand: 30.03.1999). Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Soweit Angaben zu den möglichen Übertragungswegen vorliegen, wird deutlich, dass sich die Verteilungen bei den Patienten aus Deutschland und den westlichen Industrienationen relativ ähnlich sind und sich deutlich von dem Muster der Patienten aus den Endemiegebieten abheben.

Der Anteil der Patienten, die sich auf homo- bzw. bisexuellem Weg und über intravenösen Drogenkonsum infiziert haben, ist bei den Patienten aus Afrika, Asien und Lateinamerika sehr viel niedriger (18,3% bzw. 2,8%). Die heterosexuellen Transmissionsraten bei den deutschen und zugewanderten AIDS Patienten sind nicht direkt miteinander vergleichbar, da die Zuwanderer aus Pattern II Ländern¹ in die Kategorie heterosexuelle Transmission nicht mit einbezogen sind. Geht man davon aus, dass bei den Patienten aus Pattern II Ländern das Virus vorwiegend heterosexuell übertragen wurde, liegt die heterosexuelle Transmissionsrate bei den Patienten, die nicht aus westlichen Industrienationen kommen, sehr viel höher als bei den deutschen Patienten. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass der Frauenanteil unter den nicht-deutschen AIDS Fällen wesentlich höher ist als bei den deutschen Patienten (s. Abb. 4.9).

Abb. 4.9: Verteilung der Geschlechter nach Staatsangehörigkeit bei den gemeldeten AIDS-Fällen (in %)



Quelle: Robert Koch-Institut Berlin (Stand: 30.03.1999)
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

1 Pattern II = Patienten aus Ländern, in denen AIDS endemisch ist und vorwiegend heterosexuell übertragen wird.

Die Analysen der aktuellen Angaben aus dem AIDS-Fallregister haben gezeigt, dass der Zuwandereranteil unter den AIDS-Patienten leicht über deren Anteil an der Gesamtbevölkerung in Nordrhein-Westfalen liegt. Bedenklich ist jedoch die Tatsache, die durch einige, meist regionale Studien belegt werden konnte, dass die zugewanderte Bevölkerung schlechter über HIV und AIDS sowie die entsprechenden Schutzmaßnahmen informiert ist und sich auch hinsichtlich der Risikowahrnehmung von der einheimischen Bevölkerung unterscheidet. Dies wurde z.B. in einer 1992 im Auftrag des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministeriums vom Zentrum für Türkeistudien durchgeführten Befragung von türkischen Multiplikatoren (Lehrer, Ärzte, Journalisten etc.) sowie einer vom niedersächsischen Gesundheitsministerium im Auftrag gegebenen Befragung von männlichen türkischen Jugendlichen zu AIDS nachgewiesen (Niedersächsisches Sozialministerium, 1992). Diese Studien konnten belegen, dass die Mehrheit der befragten Türken nicht umfassend über AIDS aufgeklärt war bzw. nicht über die genauen Hintergründe und Zusammenhänge der Krankheit Bescheid wusste. Es waren vor allem Fehlinformationen bzw. Informationslücken bezüglich der Übertragungswege festzustellen. Aber nicht nur bei den in der Türkei aufgewachsenen Jugendlichen waren Informationsdefizite vorhanden, sondern auch bei den in Deutschland aufgewachsenen Jugendlichen. Da davon auszugehen ist, dass den meisten unter ihnen in der Schule oder über die Medien Grundkenntnisse zu HIV und AIDS vermittelt worden sind, ist anzunehmen, dass diese Informationen von ihnen nicht ausreichend aufgenommen wurden.

Sehr auffällig ist auch die Tatsache, dass der Zuwandereranteil an den jährlich bundesweit gemeldeten AIDS Fällen (AIDS-Inzidenz) stetig ansteigt: von 12,5% in 1990 auf 14,2% 1995 und 21,3% in 1998. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die gemeldeten AIDS Fälle nur die „Spitze des Eisberges“ anzeigen und das HIV-Infektionsgeschehen mit einer Latenzzeit abbilden. Die Daten des Robert Koch-Instituts über Neufektionen sind aufgrund der Vielzahl fehlender Angaben für diesen Zweck nicht auswertbar gewesen. Angesichts des dargestellten Trends bezüglich der Verteilung der AIDS Fälle ist damit zu rechnen, dass der Migrantenanteil hier in den nächsten Jahren weiterhin ansteigen wird. Daher scheint es besonders wichtig, auch in Zukunft

zielgruppenspezifische und kulturell sensitive Präventionsansätze auszuweiten. Hierbei sollten insbesondere Schlüsselpersonen aus Migrantenorganisationen für die HIV-Prävention sensibilisiert werden, um eine möglichst hohe Akzeptanz erreichen zu können.

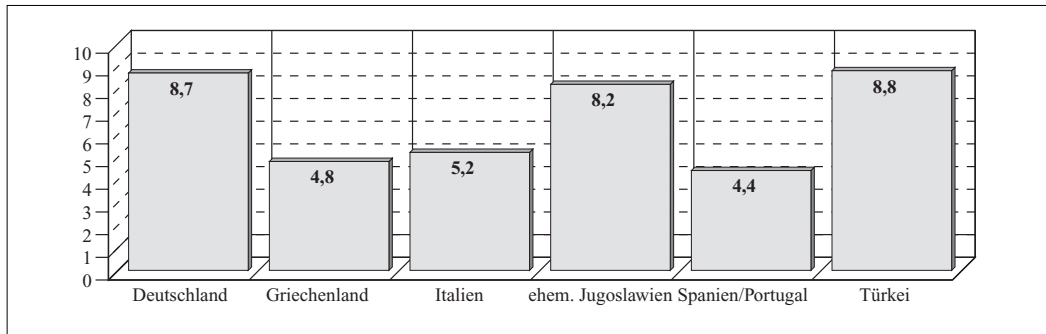
Ein weiteres Problem, das immer häufiger von Mitarbeitern aus Schwerpunktpraxen und AIDS-Ambulanzen berichtet wird, ist dass HIV-positive Migranten erst in deutlich fortgeschrittenen Stadien der Infektion in ärztliche Behandlung kommen, was darauf hindeutet, dass auch hier bezüglich der ärztlichen Versorgung die Zugangschancen schlechter sind.

4.2.3 Straßenverkehrsunfälle

Im folgenden wird eine erste migrationspezifische Analyse der Statistiken zu Straßenverkehrsunfällen aus dem Jahr 1997 dargestellt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um einen relativ kurzen Zeitraum handelt und die Ergebnisse in Zukunft durch die Analyse und Darstellung längerfristiger Entwicklungen zu erhärten sind.

In Nordrhein-Westfalen waren 1997 151.725 Personen an Straßenverkehrsunfällen beteiligt, von denen 91,4% die deutsche Staatsangehörigkeit besaßen und 8,6% Zuwanderer waren (vgl. Tab. 4.14). Bezogen auf die Bevölkerung sind dies 8,7 Beteiligte je 1.000 Einwohner deutscher Staatsangehörigkeit und 6,5 Beteiligte je 1.000 Einwohner anderer Staatsangehörigkeiten. Ohne die Türken und Zuwanderer aus dem ehemaligen Jugoslawien (8,2) lag die Zahl der zugewanderten Beteiligten je 1.000 Einwohner ca. bei 5, während bei den Türken der entsprechende Wert mit 8,8 noch über dem der deutschen Bevölkerung lag (vgl. Abb. 4.10).

Abb. 4.10: Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen je 1.000 Einwohner nach Staatsangehörigkeit



Quelle: LDS NRW 1997. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Tabelle 4.14 ist zu entnehmen, dass der Anteil der Straßenverkehrsunfälle, die 1997 in Nordrhein-Westfalen außerhalb geschlossener Ortschaften passierten, bei Zuwanderern geringer ist als bei deutschen Verkehrsteilnehmern (29,9% vs. 23,2%), wobei hier der Anteil der Türken relativ niedrig ist.

Tab. 4.14: Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen nach Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit	innerhalb geschlossener Ortschaften			außerhalb geschlossener Ortschaften			Gesamt			innerhalb	außerhalb
	n	%	je 1.000 Einw.	n	%	je 1.000 Einw.	n	%	je 1.000	%	%
Deutschland	97.181	90,6	6,1	41.434	93,2	2,6	138.615	91,4	8,7	70,1	29,9
Griechenland	434	0,4	3,8	114	0,3	1,0	548	0,4	4,8	79,1	20,9
Italien	622	0,5	4,1	164	0,4	1,1	786	0,5	5,2	79,1	20,9
Ehem. Jugoslawien	1.067	1,0	6,0	402	0,9	2,3	1.469	1,0	8,2	72,6	27,4
Spanien/Portugal	271	0,3	3,2	95	0,2	1,1	366	0,2	4,4	74,0	26,0
Türkei	5.018	4,7	7,0	1.296	2,9	3,4	6.314	4,2	8,8	79,5	20,5
Übriges Ausland	2.659	2,5	-	968	2,2	-	3.627	2,4	-	73,3	26,7
Ges. Zuwanderer	10.071	9,4	5,0	3.039	6,8	1,5	13.110	8,6	6,5	76,8	23,2
Gesamt	107.252	100,0	-	44473	100,0	-	151.725	100,0	-	70,7	29,3

Quelle: LDS NRW 1997. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Betrachtet man lediglich die Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden außerhalb geschlossener Ortschaften, so liegt hier - bezogen auf die Gesamtbevölkerung - der Anteil der beteiligten Zuwanderer mit 6,8% (im Vergleich zu den Deutschen mit 93,2%) noch niedriger. An 93,5% der Unfälle mit Personenschaden außerhalb geschlossener Ortschaften sind bei Deutschen Kfz-Führer beteiligt. In der Gruppe der Zuwanderer liegt dieser Anteil mit 95,3% etwas höher, wobei hierfür die relativ stärkere Beteiligung von PKW an diesen Unfällen verantwortlich ist (s. Tab. 4.15).

Anhand der Statistiken des Kraftfahrt-Bundesamtes ist eine Differenzierung der Kraftfahrzeugbestände nach Staatsangehörigkeit nicht möglich, da die Fahrzeugpapiere eine derartige Angabe nicht enthalten. Eine differenzierte Betrachtung der Verkehrsunfalldaten unter Einbeziehung der Unterschiede hinsichtlich des Motorisierungsgrades der zugewanderten Bevölkerung ist daher nicht möglich.

Tab. 4.15: Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden außerhalb geschlossener Ortschaften nach Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit	An Unfällen mit Personenschaden Beteiligte						
	Gesamt	Kfz-Führer	darunter			Radfahrer	Fußgänger
			PKW	LKW	Mot. Zweir.		
Deutschland n	41.434	38.742	30.743	3.706	3.693	1.802	527
%	100,0	93,5	74,2	8,9	8,9	4,3	1,3
Griechenland n	114	110	98	10	1	1	3
%	100,0	96,5	86,0	8,8	0,9	0,9	2,6
Italien n	164	161	130	22	8	2	1
%	100,0	98,2	79,3	13,4	4,9	1,2	0,6
Ehem. Jugoslawien n	402	369	330	26	9	20	10
%	100,0	91,8	82,1	6,5	2,2	5,0	2,5
Spanien/Portugal n	95	94	83	6	4	0	1
%	100,0	98,9	87,4	6,3	4,2	0,0	1,1
Türkei n	1.296	1.264	1.133	98	26	15	15
%	100,0	97,5	87,4	7,6	2,0	1,2	1,2
Übriges Ausland n	968	897	782	80	32	46	24
%	100,0	92,7	80,8	8,3	3,3	4,8	2,5
Gesamt n	3.039	2.895	2.556	242	80	84	54
Zuwanderer %	100,0	95,3	84,1	8,0	2,6	2,8	1,8

Quelle: LDS NRW 1997. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Außerhalb geschlossener Ortschaften verunglückten in Nordrhein-Westfalen 1997 insgesamt 24.501 Menschen, von denen 7,1% Zuwanderer waren. Bezogen auf die jeweiligen Bevölkerungsgruppen sind dies 142,5 Deutsche und 86,1 Zuwanderer je 100.000 Einwohner (s. Tab. 4.16).

Auf die Berechnung der Inzidenz tödlicher Verkehrsunfälle außerhalb geschlossener Ortschaften nach Staatsangehörigkeit wurde aufgrund der z.T. geringen Fallzahlen verzichtet. Die Inzidenz tödlicher Verkehrsunfälle in der deutschen Bevölkerung lag im Jahre 1997 in Nordrhein-Westfalen bei 3,9 pro 100.000 Einwohner und für die gesamte Gruppe der Zuwanderer bei 2,5.

Tab. 4.16: Verunglückte Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen außerhalb geschlossener Ortschaften nach Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit	Gesamt n	je 100.000 Einwohner	Getötete		Schwerverl.		Leichtverl.	
			n	%	n	%	n	%
Deutschland	22.769	142,5	623	2,7	7.042	30,9	15.104	66,3
Griechenland	62	54,7	2	3,2	23	37,1	37	59,7
Italien	95	63,2	2	2,1	27	28,4	66	69,5
Ehem. Jugoslawien	227	128,2	7	3,1	72	31,7	148	65,2
Spanien/Portugal	54	64,6	1	1,8	19	35,2	34	63,0
Türkei	751	194,7	24	3,2	236	31,4	491	65,4
Übriges Ausland	543	-	14	2,6	174	32,0	355	65,4
Gesamt								
Zuwanderer	1.732	86,1	50	2,8	551	31,8	1.131	65,3

Quelle: LDS NRW 1997. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Bei den Unfällen mit Personenschaden innerhalb geschlossener Ortschaften ist der Anteil der Kfz-Führer in der Gruppe der deutschen Unfallbeteiligten (75,5%) etwas höher als in der Gruppe der Zuwanderer (73,9%). Dabei ist bei den Deutschen der Anteil der motorisierten Zweiradfahrer mit 9,6% besonders hoch im Vergleich zu 3,4% bei den Zuwanderern (vgl. Tab. 4.17). Der Anteil der Radfahrer liegt hier bei der deutschen Bevölkerung nur 2,0 Prozentpunkte über dem entsprechenden An-

teil der Zuwanderer. Bei den Fußgängern unter den Unfallbeteiligten mit Personenschaden liegt der Anteil bei den Zuwanderern jedoch mit 13,2% deutlich über dem entsprechenden Anteil der deutschen Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen (9,0%). Der prozentuale Anteil der Radfahrer und Fußgänger bei den Verkehrsunfällen mit Personenschaden innerhalb geschlossener Ortschaften ist innerhalb der einzelnen Zuwanderergruppen sehr unterschiedlich. Auffällig ist z.B., dass bei den Zuwanderern aus dem ehem. Jugoslawien der Anteil der nichtmotorisierten Unfallbeteiligten (18,4% Radfahrer und 13,9% Fußgänger) besonders hoch ist. Auch bei den Türken fällt der vergleichsweise hohe Anteil der Fußgänger (13,4%) unter den Unfallbeteiligten auf.

Tab. 4.17: Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden innerhalb geschlossener Ortschaften nach Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit	An Unfällen mit Personenschaden Beteiligte							
	Gesamt	Kfz-Führer	d a r u n t e r			Radfahrer	Fußgänger	
			PKW	LKW	Mot. Zweir.			
Deutschland	n 97.181	73.340	58.515	3.927	9.346	14.104	8.765	
	% 100,0	75,5	60,2	4,0	9,6	14,5	9,0	
Griechenland	n 434	346	310	12	23	34	53	
	% 100,0	79,7	71,4	2,8	5,3	7,8	12,2	
Italien	n 622	488	429	27	28	58	74	
	% 100,0	78,5	69,0	4,3	4,5	9,3	11,9	
Ehem. Jugoslawien	n 1.067	719	630	37	41	196	148	
	% 100,0	67,4	59,0	3,5	3,8	18,4	13,9	
Spanien/Portugal	n 271	219	188	9	19	30	22	
	% 100,0	80,8	69,4	3,3	7,0	11,1	8,1	
Türkei	n 5.018	3.850	3.538	139	143	477	670	
	% 100,0	76,7	70,5	2,8	2,8	9,5	13,4	
Übriges	n 2.659	1.820	1.620	92	92	462	363	
Ausland	% 100,0	68,4	60,9	3,5	3,5	17,4	13,7	
Gesamt	n 10.071	7.442	6.715	316	346	1.257	1.330	
Zuwanderer	% 100,0	73,9	66,7	3,1	3,4	12,5	13,2	

Quelle: LDS NRW 1997. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Betrachtet man die Verteilung der verletzten und getöteten Personen innerhalb geschlossener Ortschaften (s. Tab. 4.18), so zeigt sich, dass hier der Anteil der Zuwanderer etwas unter dem Zuwandereranteil in der Gesamtbevölkerung liegt (90,4% der Verletzten waren Deutsche, 9,6% Zuwanderer). Bezogen auf die entsprechenden Bevölkerungszahlen heißt dies, dass 292,9 Deutsche und 247,3 Zuwanderer pro 100.000 Einwohner bei Straßenverkehrsunfällen innerhalb geschlossener Ortschaften verunglückten. Auffällig hoch (mit 342,5 pro 100.000 Einwohner) ist jedoch der Anteil der durch Verkehrsunfälle innerhalb geschlossener Ortschaften verunglückten Türken. Auf die Berechnung der Inzidenz tödlicher Verkehrsunfälle innerhalb geschlossener Ortschaften nach einzelnen Staatsangehörigkeiten wurde in der Tabelle ebenfalls aufgrund der z.T. geringen Fallzahlen verzichtet. In der Gruppe der Zuwanderer lag die Inzidenz bei 0,9 und in der Gruppe der Deutschen bei 1,9 pro 100.000 Einwohner.

Tab. 4.18: Verunglückte Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen innerhalb geschlossener Ortschaften

Staatsangehörigkeit	Gesamt	je 100.000 Einwohner	Getötete		Schwerverl.		Leichtverl.	
			n	%	n	%	n	%
Deutschland	46.755	292,9	298	0,6	10.079	21,6	36.378	77,8
Griechenland	175	154,5	2	1,1	40	22,9	133	76,0
Italien	295	196,2	0	0,0	54	18,3	241	81,7
Ehem. Jugoslawien	559	315,7	2	0,4	104	18,6	453	81,0
Spanien/Portugal	125	149,5	2	1,6	29	23,2	94	75,2
Türkei	2.449	342,5	7	0,3	542	22,1	1.900	77,6
Übriges Ausland	1.371	-	6	0,4	318	23,2	1.047	76,4
Gesamt Zuwanderer	4.974	247,3	19	0,4	1.087	21,9	3.868	77,8

Quelle : LDS NRW 1997. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Die Tabelle 4.19 zeigt die Altersverteilung der Unfallbeteiligten mit Personenschaden nach Staatsangehörigkeit. Es zeigen sich einige Differenzen zwischen den Deutschen und der Gruppe der Zuwanderer und auch zwischen den einzelnen Zuwanderergruppen in dem Sinne, dass bei diesen der Anteil der minderjährigen Unfallbeteiligten deutlich höher ist als bei den Deutschen. Hier liegt der Anteil der Unfallbeteiligten unter 6 Jahren lediglich bei 0,7%, während er gerade bei den Zuwanderern aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien deutlich darüber liegt. In der Gruppe der Türken liegt der Anteil der Kinder unter 6 Jahren sogar bei 3,3%. 17,5% der Verkehrsunfallbeteiligten in dieser Altersgruppe sind türkische Kinder. Auch der Anteil der 6- bis 15-jährigen Zuwanderer unter den Unfallbeteiligten ist z.T. deutlich höher als der Anteil der Deutschen dieser Altersgruppe an allen deutschen Unfallbeteiligten. Der größte Anteil von Kindern an Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden ist bei Türken und ehemaligen Jugoslawen zu beobachten. Eine nationalitätsspezifische Darstellung der Unfalldaten nach 100.000 pro Altersgruppe ist aufgrund der unterschiedlichen Altersgruppierungen in den Unfall- bzw. Bevölkerungsstatistiken nicht möglich.

Im folgenden sollen die Radfahrer und Fußgänger unter den Unfallbeteiligten mit Personenschaden genauer betrachtet werden (s. Tab. 4.20 und 4.21). Bei Fußgängern wird deutlich, dass hier die Altersgruppe der 6- bis 15-Jährigen bei allen Nationalitäten (mit Ausnahme der Griechen) am stärksten betroffen ist - wobei hier die Ergebnisse aufgrund der relativ geringen Fallzahlen nur vorsichtig zu interpretieren sind. Diese Altersgruppe ist bei Türken mit 39,6% und bei Zuwanderern aus dem ehemaligen Jugoslawien mit 39,2% vertreten. Bei den Deutschen ist aufgrund der Unterschiede im Altersaufbau der Bevölkerung der Anteil der älteren Verkehrsunfallbeteiligten (d.h. ab 65 Jahren) unter den Fußgängern deutlich höher als in den Zuwanderergruppen. Dagegen weisen die Deutschen bei den unter 6-Jährigen mit 8% eine deutlich niedrigere Quote auf als v.a. die Zuwanderer aus der Türkei (26,3%) und dem ehemaligen Jugoslawien (15,8%).

Auch bei den an Verkehrsunfällen mit Personenschaden beteiligten Fahrradfahrern sind deutliche Unterschiede bzgl. der Altersverteilung zwischen den einzelnen Zuwanderergruppen zu beobachten. Hier fällt ebenfalls der sehr hohe Anteil von Kindern und Jugendlichen

(6 bis 14 Jahre) unter den türkischen Unfallbeteiligten auf (48,6%). In der Altersgruppe ab 65 Jahren ist der Anteil der Unfallbeteiligten unter den Zuwanderern relativ niedrig verglichen mit der deutschen Bevölkerung.

Tab. 4.19: Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden nach Altersgruppen und Staatsangehörigkeit

	< 6		6≤15		15≤35		35≤55		55≤65		> 65		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Türkei	206	3,3	516	8,2	4.213	66,7	1.073	17,0	290	4,6	16	0,3	6.314	100,0
Ehem. Jugoslawien	28	1,9	113	7,7	834	56,8	420	28,6	67	4,6	7	0,5	1.469	100,0
Italien	8	1,0	46	5,9	387	49,2	265	33,7	68	8,7	12	1,5	786	100,0
Griechenland	1	0,2	25	4,6	303	55,3	149	27,2	64	11,7	6	1,1	548	100,0
Spanien	-	-	2	1,2	83	51,2	59	36,4	16	9,9	2	1,2	162	100,0
Deutschland	934	0,7	1	4,6	61.099	44,7	39.031	28,5	13.426	9,8	19	7,1	136.795	100,0

Quelle: LDS NRW 1997. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Tab. 4.20: Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen (Fußgänger) mit Personenschaden nach Altersgruppen und Staatsangehörigkeit

	< 6		6≤15		15≤35		35≤55		55≤65		> 65		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Türkei	180	26,3	271	39,6	138	20,1	61	8,9	34	5,0	1	0,1	685	100,0
Ehem. Jugoslawien	25	15,8	62	39,2	40	25,3	26	16,5	3	1,9	2	1,3	158	100,0
Italien	7	9,3	27	36,0	15	20,0	13	17,3	8	10,7	5	6,7	75	100,0
Griechenland	1	1,8	15	26,8	13	23,2	15	26,8	10	17,9	2	3,6	56	100,0
Spanien	-	-	-	-	4	57,1	3	42,9	-	-	-	-	7	100,0
Deutschland	738	8,0	2.527	27,3	2.043	22,1	1.422	15,4	832	9,0	1.584	17,1	9.245	100,0

Quelle: LDS NRW 1997. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Tab. 4.21: Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen (Fahradfahrer) mit Personenschaden nach Altersgruppen und Staatsangehörigkeit

	< 6		6≤15		15≤35		35≤55		55≤65		> 65		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Türkei	26	5,3	239	48,6	164	33,3	37	7,5	23	4,7	3	0,6	492	100,0
Ehem. Jugoslawien	3	1,4	48	22,2	97	44,9	53	24,5	13	6,0	2	0,9	216	100,0
Italien	1	1,7	19	31,7	17	28,3	15	25,0	7	11,7	1	1,7	60	100,0
Griechenland	-	-	10	28,6	10	28,6	7	20,0	7	20,0	1	2,9	35	100,0
Spanien	-	-	1	8,3	5	41,7	4	33,3	2	16,7	-	-	12	100,0
Deutschland	193	1,2	3.726	23,6	5.105	32,3	3.035	19,2	1.801	11,4	1.616	10,2	16.634	100,0

Quelle: LDS NRW 1997. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

4.2.4 Schwerbehinderte

Als Behinderung gilt im Sinne des Schwerbehindertengesetzes die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionsbeeinträchtigung. Schwerbehinderte sind Personen, deren Erwerbsfähigkeit auf Grund einer solchen Behinderung um wenigstens 50% gemindert ist (sog. MdE = Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 50%). Das Schwerbehindertengesetz regelt Ansprüche zur Sicherung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

Die Bundes- und Landesstatistik umfasst die Zahl der Schwerbehinderten mit gültigem Ausweis. Auskunftspflichtig sind die Versorgungsämter, die die Daten über das Landesversorgungsamt zur Verfügung stellen. Leichter Behinderte (Grad der Behinderung bis 50%) wurden nur bis einschließlich 1985 erfasst.

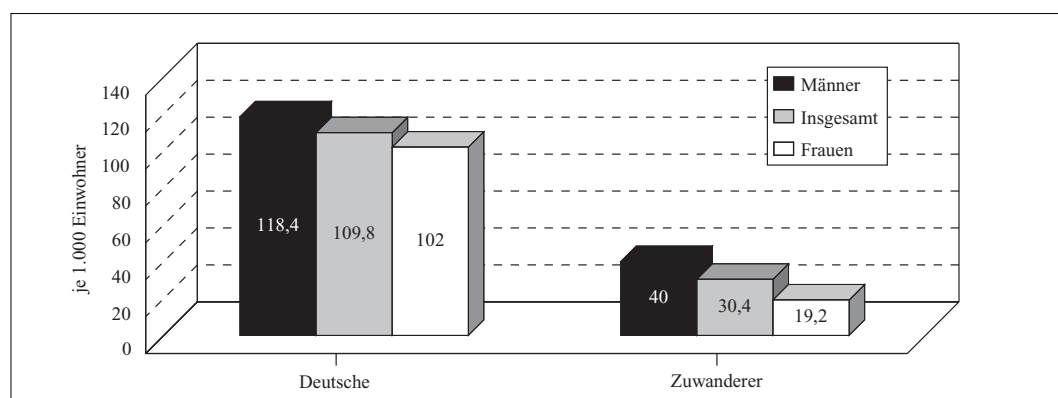
4.2.4.1 Anteile der Schwerbehinderten in der deutschen und der zugewanderten Bevölkerung

Zum Jahresende 1997 waren in Nordrhein-Westfalen bei den Versorgungsämtern 1,81 Mill. Personen als schwerbehindert mit gültigem Ausweis registriert, darunter 62.325 Zuwanderer. Bezogen auf die jeweilige Bevölkerung war damit bei Deutschen durchschnittlich jeder 9. Einwohner von einer Schwerbehinderung betroffen (11,0%), bei Zuwanderern dagegen nur jeder 33. Einwohner (3,0%), also nahezu viermal weniger (Abb. 4.11 sowie Tabelle A4.7 im Anhang). Dafür gibt es verschiedene Gründe, die im Folgenden weiter analysiert werden.

Sowohl bei den Deutschen als auch bei den Zuwanderern sind Frauen weniger von Schwerbehinderungen betroffen als Männer. Bei den Zuwanderinnen aber ist der Unterschied zu den Männern wesentlich größer; der Anteil schwerbehinderter Frauen ist hier nur ca. halb so groß wie der schwerbehinderter Männer in der zugewanderten Bevölkerung.

Bei der Betrachtung der Verteilung der nicht-deutschen Schwerbehinderten auf die einzelnen Bundesländer wird ersichtlich, dass diese mit der entsprechenden Verteilung der Zuwanderer fast deckungsgleich ist (s. Tab. 4.22). Entsprechend machen die Zuwanderer an den Schwerbehinderten in Nordrhein-Westfalen einen Anteil von 29,2% aus, während sich der Anteil der Zuwanderer insgesamt in NRW auf 27,9% beläuft.

Abb. 4.11: Anteile der Schwerbehinderten in der deutschen und der zugewanderten Bevölkerung



Quelle: LDS NRW. Statistisches Bundesamt (Stand: 31.12.1997)
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Tab. 4.22: Verteilung der nicht-deutschen Schwerbehinderten und Bevölkerungsanteile nach Bundesländern

Bundesland	Nicht-deutsche Schwerbehinderte		Nicht-deutsche Bevölkerung
	n	%	%
Nordrhein-Westfalen	62.325	29,9	27,2
Baden-Württemberg	44.488	21,4	17,6
Bayern	30.943	14,9	15,0
Hessen	22.740	10,9	11,4
Berlin	14.895	7,1	6,5
Niedersachsen	11.527	5,5	6,5
Hamburg	6.454	3,1	4,2
Rheinland-Pfalz	6.815	3,3	4,1
Schleswig-Holstein	2.941	1,4	1,9
Saarland	1.906	0,9	1,1
Bremen	2.268	1,1	1,1
Sachsen	430	0,2	1,2
Sachsen-Anhalt	211	0,1	0,7
Brandenburg	166	0,1	0,8
Mecklenburg-Vorpommern	129	0,1	0,3
Thüringen	92	0,0	0,4
Deutschland	208.330	100,0	100,0

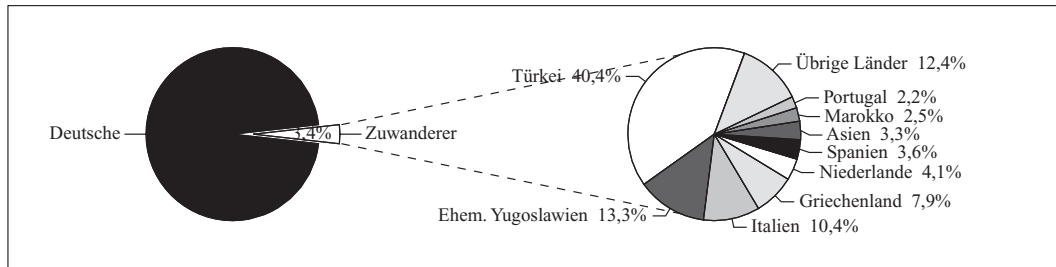
Quelle: LDS NRW. Statistisches Bundesamt (Stand: 31.12.1997)
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

4.2.4.2 Schwerbehinderte nach Staatsangehörigkeit

Die Türken stellen entsprechend ihrem Anteil an der nicht-deutschen Bevölkerung (35,5% der in Nordrhein-Westfalen lebenden Zuwanderer sind Türken) auch den größten Anteil an den nicht-deutschen Schwerbehinderten in Nordrhein-Westfalen (40,4%) (s. Abb. 4.12 sowie Tab. A4.4 im Anhang). In Abbildung 4.13 werden die Schwerbehindertenzahlen in Relation zu den jeweiligen Bevölkerungsanteilen dargestellt. Die größten relativen Schwerbehindertenanteile stellen „alte Anwerberländer“ wie Spanien (51,6‰), Griechenland (43,6‰) und Italien (42,9‰). Die in den 60er-Jahren angeworbenen Arbeiter sind inzwischen älter geworden und daher eher von Schwerbehinderungen betroffen. Obwohl die Türkei auch zu den sogenannten „alten Anwerberländern“ gehört, ist der Anteil von Schwerbehinderten innerhalb der türkischen Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen vergleichsweise niedrig (s. Abb. 4.13: 35,2‰). Ursache dafür ist u.a. die jüngere Alterspyramide der türkischen Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen (siehe Kapitel 3 in diesem Band). Im Vergleich mit Zahlen von 1993 zeichnet sich jedoch zwischen der Türkei und den übrigen „alten Anwerberländern“ eine Angleichungstendenz ab. Während der Schwerbehindertenanteil in der türkischen Population seitdem deutlich angestiegen ist (von 29,7 auf 35,2 pro Tausend), ist er in den übrigen Nationalitätsgruppen abgesunken. Dies hängt damit zusammen, dass sich der Anteil der älteren Personen unter den Türken im Zuge des Alterungsprozesses dem der übrigen „alten Anwerberländer“ annähert. Für die allgemein ältere Bevölkerung dieser Staatsangehörigkeiten ist dagegen in der Zwischenzeit eine mortalitätsbedingte Abnahme der Schwerbehindertenquote anzunehmen.

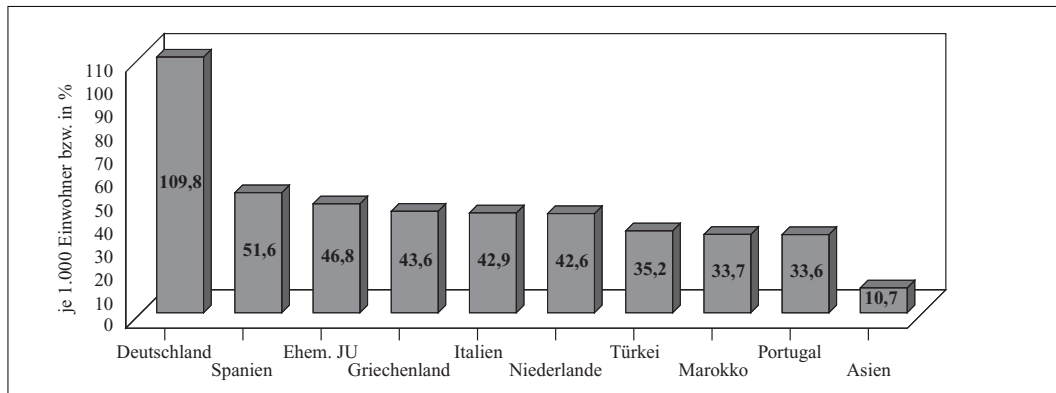
Abb. 4.12: Verteilung der Schwerbehinderten nach Staatsangehörigkeit



Quelle: LDS NRW. Statistisches Bundesamt (Stand: 31.12.1997)
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Abb. 4.13: Anteile der Schwerbehinderten innerhalb ihrer eigenen Staatsangehörigkeit

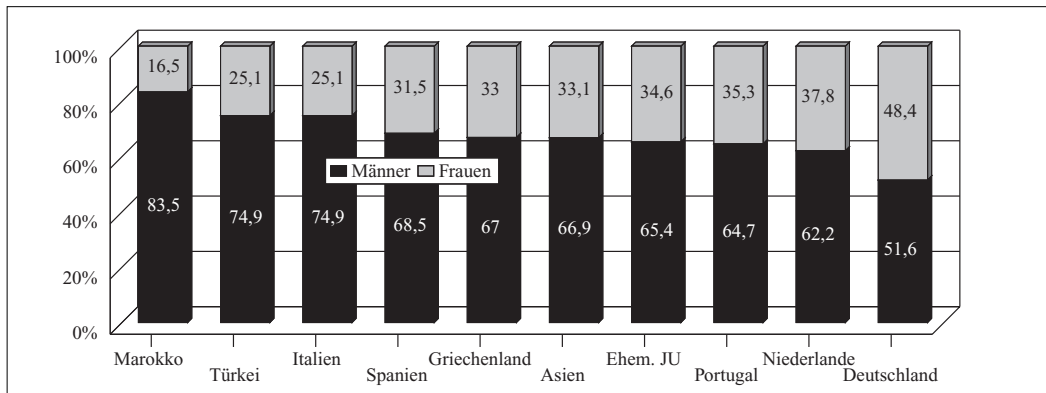


Quelle: LDS NRW. Statistisches Bundesamt (Stand: 31.12.1997)
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Die Geschlechtsverteilung der Schwerbehinderten ist je nach Staatsangehörigkeit sehr unterschiedlich (s. Abb. 4.14 und Tab. A4.4 im Anhang). In den Zuwanderergruppen, in denen die Frauenerwerbsquote am niedrigsten ist (Marokko, Türkei und Italien), ist auch der Frauenanteil unter den Schwerbehinderten am niedrigsten. Allerdings verrichten viele zugewanderte Frauen beispielsweise in Familienbetrieben Tätigkeiten, die von der Sozialversicherungspflicht nicht erfasst werden und daher bei den Erwerbsquoten keine Beachtung finden. In Verbindung mit einer höheren Schwelle bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Zuwanderer kann dies auch als Indiz für eine möglicherweise innerhalb dieser Staatsangehörigkeiten erhöhte Dunkelziffer nichtgemeldeter Schwerbehinderungen gelten (vgl. Kap. 3.10).

Abb. 4.14: Schwerbehinderte nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht



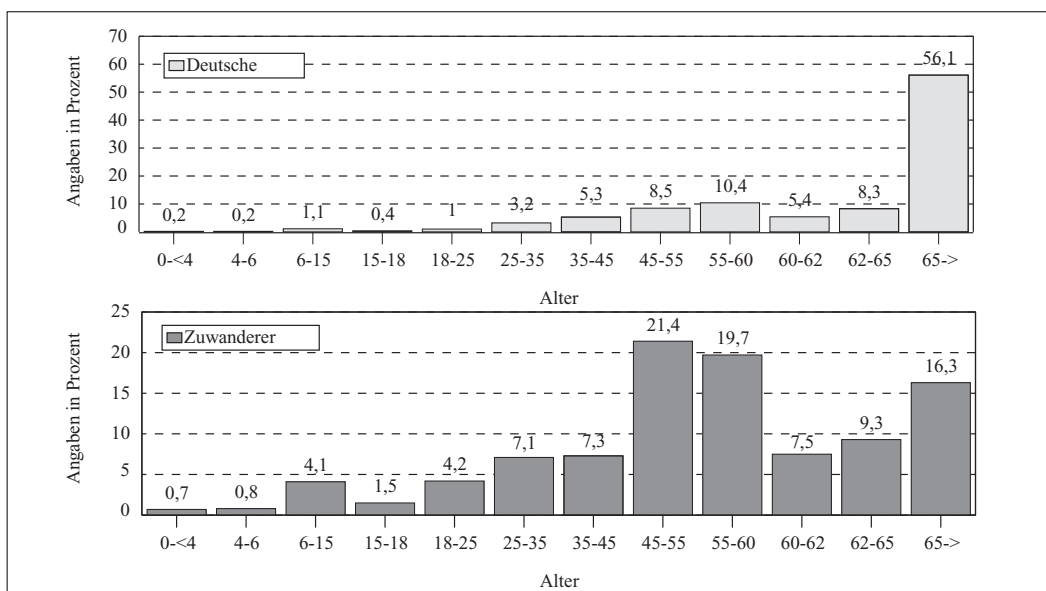
Quelle: LDS NRW. (Stand: 31.12.1997) Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

4.2.4.3 Schwerbehinderte nach Staatsangehörigkeit und Altersgruppen

Die Verteilung der Schwerbehinderten in den Altersgruppen ist bei Deutschen und Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen sehr unterschiedlich. Über die Hälfte der deutschen Schwerbehinderten ist 65 Jahre und älter, bei den nicht-deutschen Schwerbehinderten dagegen sind es nur 16,3%. Das liegt daran, dass der Zuwandereranteil in den höheren Altersgruppen deutlich niedriger ist; der Zuwandereranteil in der Bevölkerung über 65 Jahre liegt bei 2,5% im Vergleich zu 11,1% verteilt über alle Altersgruppen (vgl. Kap. 3. Eigene Berechnungen). Die am stärksten von Schwerbehinderungen betroffene Altersgruppe bei den Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen ist die der 45- bis 54-Jährigen, die 21,4% aller nicht-deutschen Schwerbehinderten ausmachen (s. Abb. 4.15 und Tab A4.5 im Anhang).

Abb. 4.15: Verteilung der deutschen und nicht-deutschen Schwerbehinderten nach Altersgruppen (in %)



Quelle: LDS NRW. (Stand: 31.12.1997) Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

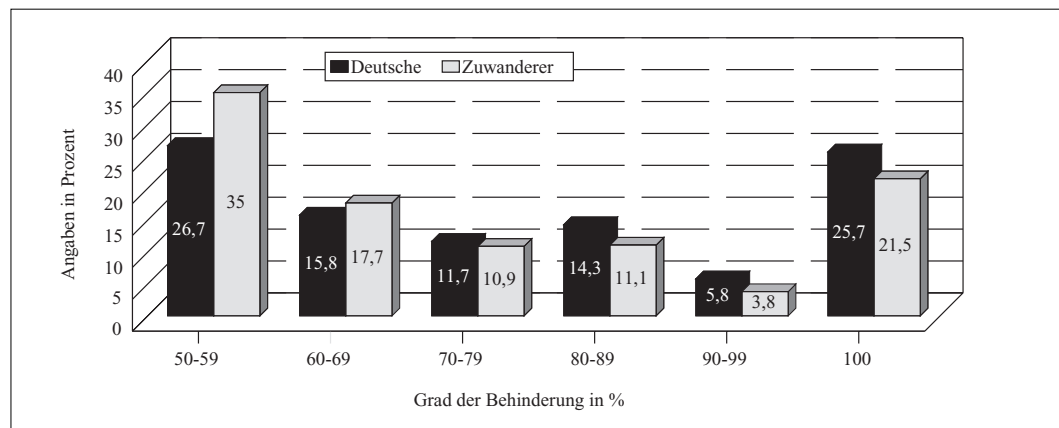
Setzt man die Schwerbehindertenzahlen nach Altersgruppen mit den entsprechenden Bevölkerungszahlen in Beziehung, so wird deutlich, dass über alle Altersgruppen hinweg der Anteil der Schwerbehinderten in der zugewanderten Bevölkerung niedriger ist als bei den Deutschen. Diese Unterschiede sind vor allem in den höheren Altersgruppen stärker ausgeprägt (s. Tab. A4.5 im Anhang). Auch hier muss zur Erklärung jedoch auf ein abweichendes Inanspruchnahmeverhalten hingewiesen werden. Auf einen besseren Gesundheitsstatus der Zuwanderer kann daraus nicht geschlossen werden.

Aus der Statistik über Personen mit einem Grad der Behinderung bis 50% (nur bis 1985 erhoben) traten besonders bei nicht-deutschen Kindern (v.a. türkischen) höhere Behinderungsgraden deutlich hervor. Dies ist in der Schwerbehindertenstatistik (Grad der Behinderung ab 50%) nicht der Fall. Einige Studien (Majewski, Collatz & Mancke, 1980; Majewski, 1988; Scholz et al., 1980, 1982, 1985) weisen auf eine tendenziell spätere Diagnosestellung bzw. eine seltener erfolgte Frühdiagnostik bei nicht-deutschen behinderten Kindern hin, die dann wegen Schamgefühlen der Eltern keine entsprechende Behandlung erhalten.

4.2.4.4 Grad der Behinderung

Der Grad der Behinderung gibt das Ausmass der Funktionseinschränkung, gestuft nach Zehnergraden in Prozentwerten von 20% bis 100%, wieder. Die Verteilungen der Schwerbehinderten nach dem Grad der Behinderung (ab 50%) unterscheiden sich nur leicht in den beiden Gruppen. Die Deutschen sind mehr bei stärkeren Behinderungsgraden vertreten (ab 70%). Dies ist im Wesentlichen auf die unterschiedliche Altersschichtung in den beiden Gruppen zurückzuführen. Die Zuwanderer sind insgesamt jünger und deshalb unter den leichteren Behinderungsgraden etwas stärker vertreten (s. Abb. 4.16 und Tab. A4.6 im Anhang).

Abb. 4.16: Verteilung der deutschen und nicht-deutschen Schwerbehinderten nach Grad der Behinderung

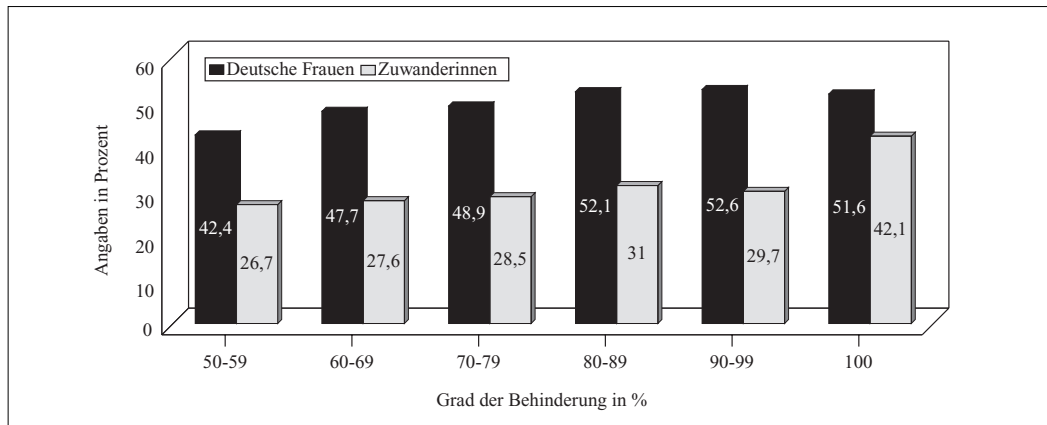


Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: 31.12.1997)
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Sowohl bei Deutschen als auch bei Zuwanderern steigt der Frauenanteil mit dem Grad der Behinderung (für Zuwanderinnen von 26,7% bei einem Behinderungsgrad von 50 - 59% bis auf 42,1% bei einem Grad von 100%) (s. Abb. 4.17). Dies hängt mit der höheren Lebenserwartung von Frauen und der Tatsache zusammen, dass in höheren Altersgruppen Schwerbehinderungen wahrscheinlicher werden.

Abb. 4.17: Frauenanteil bei Schwerbehinderten nach Grad der Behinderung und Staatsangehörigkeit



Quelle: LDS NRW (Stand: 31.12.1997). Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

4.2.4.5 Art der schwersten Behinderung

In der Schwerbehindertenstatistik wird bei mehreren vorhandenen Behinderungen auf die schwerwiegendste abgestellt. Vergleicht man die Art der schwersten Behinderung, ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede bzgl. der prozentualen Häufigkeitsverteilung zwischen Deutschen und Zuwanderern (s. Tab. 4.23).

Tab. 4.23: Art der schwersten Behinderung bei Deutschen und Zuwanderern

Art der schwersten Behinderung	Deutsche		Zuwanderer	
	n	%	n	%
Beeinträchtigung der Funktion von inneren Organen bzw. Organsystemen	543.687	31,1	19.024	30,5
Funktionseinschränkung der Wirbelsäule und des Rumpfes, Deformierung des Brustkorbes	318.724	18,2	10.467	16,8
Sonstige und ungenügend bezeichnete Behinderungen	277.809	15,9	10.484	16,8
Funktionseinschränkung von Gliedmaßen	227.102	13,0	6.343	10,2
Querschnittslähmung, zerebrale Störungen, geistig-seelische Behinderungen, Suchtkrankheiten	200.392	11,5	8.881	14,3
Andere	180.923	9,7	7.126	11,4
Insgesamt	1.748.637	100,0	62.325	100,0

Quelle: LDS NRW (Stand: 31.12.1997). Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Die mit Abstand am meisten verbreitete Art der schwersten Behinderung sind Beeinträchtigungen der Funktion von inneren Organen bzw. Organsystemen. Fast jede dritte Art der schwersten Behinderung ist dieser Gruppe zuzuordnen. Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule und des Rumpfes sowie Deformierung des Brustkorbes folgen an zweiter Stelle.

4.2.4.6 Ursachen der schwersten Behinderung

Die bei Weitem häufigste Ursache der schwersten Behinderung ist sowohl bei deutschen (90,3% der Fälle) als auch bei nicht-deutschen Schwerbehinderten (88,7% der Fälle) die der allgemeinen Krankheiten (s. Tab. 4.24), d.h. solche Erkrankungen, die nicht als Berufskrankheit anerkannt und nicht angeboren sind.

Tab. 4.24: Ursache der schwersten Behinderung nach Staatsangehörigkeit

Ursachen der schwersten Schwerbehinderte	Deutsche Behinderung		Nicht-deutsche Schwerbehinderte	
	n	%	n	%
Allgemeine Krankheit' (einschl. Impfschaden)	1.579.614	90,3	55.269	88,7
Anerkannte Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung	41.060	2,3	133	0,2
Angeborene Behinderung	55.439	3,2	3.811	6,1
Sonstige, mehrere oder ungenügend bezeichnete Ursachen	34.905	2,0	985	1,6
Arbeitsunfall, Berufskrankheit	20.302	1,2	1.148	1,8
Verkehrsunfall	8.280	0,5	458	0,7
Sonstiger oder nicht näher bezeichneter Unfall	6.410	0,4	409	0,7
Häuslicher Unfall	2.627	0,2	112	0,2
Insgesamt	1.748.637	100,0	62.325	100,0

Quelle: LDS NRW (Stand: 31.12.1993). Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1996

4.2.5 Orale Gesundheitszustand

Es liegen keine Informationen für das gesamte Bundesland Nordrhein-Westfalen zum Zahngesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen nach Nationalität vor. Die Unterschiede bezüglich des oralen Gesundheitszustandes zwischen deutschen und Kindern aus Zuwandererfamilien in Nordrhein-Westfalen lassen sich jedoch, basierend auf den Ergebnissen dreier regionaler Studien, abschätzen, deren wesentliche Resultate nachfolgend zusammengefasst werden.

Die in einer Querschnittstudie an 5/6-, 8-, 12- und 15-jährigen Vorschul- und Schulkindern 1994 in Bielefeld (Geiger & Künzel, 1995) ermittelte Kariesprävalenz (DMF-T)² weist für die Zuwandererkinder im Vergleich zu den deutschen einen höheren Kariesbefall aus. Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse verdeutlichen, dass die Kinder und Jugendlichen nicht-deutscher Nationalität als eine „Kariesrisiko-Gruppe“ anzusehen sind, die der gezielten zahnärztlichen Fürsorge bedarf.

Tab. 4.25: Kariesprävalenz (DMF-T-Index) deutscher und nicht-deutscher Schulkinder (n = 2.121) in Bielefeld 1994

Alter	deutsche Schulkinder		nicht-deutsche Schulkinder	
	n	Mittelwert DMF	n	Mittelwert DMF
6	93	0,2	43	0,7
8	348	0,8	149	1,4
12	428	2,9	181	3,5
15	374	5,3	247	5,9

Quelle: Geiger & Künzel (1995), Untersuchungszeitraum: 1994
Raumbezug: Stadt Bielefeld

WIAD 1999

- 1 Alle Krankheiten, die nicht als Berufskrankheit anerkannt und nicht angeboren sind.
- 2 DMF-T = Index der Kariesprävalenz (d = decayed, m = missing, f = filled)

Zwischen den beiden Gruppen (Deutsche und Zuwanderer) finden sich, mit Ausnahme der 15-Jährigen, signifikante Unterschiede zugunsten der deutschen Schulkinder. Die Autoren fanden auch beachtenswerte Differenzen zwischen den Gruppen hinsichtlich der zahnärztlichen Versorgung. Der Anteil der Kinder mit sanierten Zähnen ist zunächst in beiden Probandengruppen unbefriedigend, liegt bei Kindern aus Zuwandererfamilien in allen Altersgruppen aber deutlich unter dem der Deutschen. Außerdem deutlich höher ist der Anteil der Kinder (Alter 5/6) mit sanierungsbedürftigen Milchzähnen (67,5%) in der Gruppe der Zuwanderer im Vergleich zu den deutschen Kindern (41,7%).

Die Unterschiede im Kariesbefall zwischen den beiden Gruppen spiegeln sich auch bei der Verteilung kariesfreier bzw. sanierungsbedürftiger Gebisse wieder (s. Tab. 4.26). Das qualitativ schlechtere Sanierungsergebnis schlägt sich für die 12- und 15-jährigen Zuwandererkinder vor allem in der zwei- bis dreifach höheren Extraktionsrate nieder.

Tab. 4.26: Prozentuale Verteilung kariesfreier, sanierungsbedürftiger und sanierter Vorschul- und Schulkinder in Bielefeld 1994 (bleibendes Gebiss)

Alter	kariesfrei		sanierungsbedürftig		saniert	
	D	Z	D	Z	D	Z
6	83,9	65,1	14,0	30,2	2,1	4,7
8	58,9	38,3	29,0	44,3	12,1	17,4
12	19,6	18,8	43,5	58,0	36,9	23,2
15	15,0	6,5	45,9	61,9	39,1	31,6

D = Deutsche / Z = Zuwanderer

Quelle: Geiger & Künzel (1995), Untersuchungszeitraum: 1994
Raumbezug: Stadt Bielefeld

WIAD 1999

Eine weitere kariesepidemiologische Untersuchung an 1.244 Grundschulern und 730 12-jährigen Schülern des Rems-Murr-Kreises (Steenkiste, 1995) wies ebenfalls signifikante Unterschiede bezüglich Kariesbefall, Mundhygiene und Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen zugunsten der deutschen Schulkinder auf. Auffällig war in dieser Studie auch, dass das Bildungsniveau negativ mit der Kariesprävalenz korreliert. Der durchschnittliche Kariesbefall an Milch- und bleibenden Zähnen bei Zuwanderern ist, je nach Altersgruppe, fünfmal so hoch wie bei deutschen Kindern. Dabei haben Zuwanderer der ersten Generation bis zu anderthalbmal mehr kariöse, fehlende oder gefüllte Milch- und Dauerzähne als diejenigen, die in Deutschland geboren wurden. Die Tabelle 4.27 fasst die wesentlichen Ergebnisse dieser Untersuchung zusammen.

Tab. 4.27: Durchschnittlicher Kariesbefall bei Schulkindern des Rems-Murr-Kreises nach Altersgruppe und Staatsangehörigkeit

	6- bis 7-Jährige			9- bis 10-Jährige			12-Jährige		
	D	Z 1. Gen.	Z 2. Gen.	D	Z 1. Gen.	Z 2. Gen.	D	Z 1. Gen.	Z 2. Gen.
n	512	50	49	520	41	22	611	87	32
DMF-T ¹	0,13	0,46	0,63	0,87	1,78	2,91	2,11	3,52	3,72
dmf-t ²	2,41	5,06	6,12	2,40	2,87	3,36	-	-	-

D = Deutsche / Z = Zuwanderer

Quelle: Steenkiste (1995), Untersuchungszeitraum: 1993
Raumbezug: Rems-Murr Kreis

WIAD 1999

1 DMF-T = Kariesbefall an Dauerzähnen
2 dmf-t = Kariesbefall an Milchzähnen

Dieser Trend des generell schlechteren oralen Gesundheitszustandes bei Kindern nicht-deutscher Nationalität ist weiterhin sowohl hinsichtlich Fissurenversiegelungen, Gingivitis und kieferorthopädischer Behandlung zu erkennen. In der Gruppe der Zuwanderer kommen ebenso wie in der Gruppe der Haupt- und Förderschüler deutscher und nicht-deutscher Nationalität Versiegelungen am seltensten vor. Kieferorthopädische Behandlungen werden von diesen Gruppen ebenfalls deutlich weniger in Anspruch genommen.

In einer Studie des Gesundheitsamtes Düsseldorf (Schäfer & Päßler, 1996) wurde erstmals im Rahmen der Schulneulingsuntersuchung für das Schuljahr 1995/96 auch die Kariesprävalenz bei Milchzähnen nach Nationalität erhoben. Es nahmen 632 (70,2%) deutsche und 268 (29,8%) nicht-deutsche Kinder an der Erhebung teil.¹ Die Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigen ebenfalls den in den vorher zitierten Studien belegten Trend. Der Kariesbefall bei den Kindern aus Zuwandererfamilien lag deutlich über dem der deutschen Kinder. Die Anzahl der kariesfreien Gebisse unter den deutschen Kindern (57,0%) war nahezu doppelt so hoch wie bei den nicht-deutschen Kindern (30,8%). Einer Behandlung bedürfen 35,6% der deutschen und 61,9% der nicht-deutschen Kinder.

Der dmf-t Index bei den nicht-deutschen Kindern lag bei 3,9 gegenüber 1,7 bei den deutschen Kindern. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass gesundheitsfördernde und zahnmedizinische Programme die nicht-deutschen Kinder nur in geringem Maße erreichen. Die ersten oralprophylaktischen Programme werden im Kindergarten angeboten. Da aber der Anteil der Kinder aus Zuwandererfamilien, die keinen Kindergarten besucht haben, deutlich über dem entsprechenden Anteil bei den deutschen Kindern liegt (s. Kapitel 3.8.1), wird ein Teil der Kinder von diesen Programmen überhaupt nicht erreicht.

In einer weiteren Studie von Steenkiste und Groth (1996) wurde nachgewiesen, dass auch deutliche Unterschiede zwischen Deutschen und Zuwanderern zu beobachten sind bzgl. der Ver-

wendung häuslicher Fluoridpräparate bei Vorschulkindern. Die Autoren befragten zwischen März und August 1995 490 Eltern, die vom Gesundheitsamt des Rems-Murr-Kreises zur Einschulungsuntersuchung ihres Kindes eingeladen wurden. Der Migrantenanteil in der Stichprobe der befragten Eltern lag bei 13,5%. Die Ergebnisse zeigen, dass deutlich weniger Kinder von Migranten (63,2%) als von Einheimischen (92,9%) im Laufe ihrer Kindheit Fluoridtabletten genommen hatten (wobei keine weiteren Angaben über die Regelmäßigkeit der Einnahme zu machen waren). Der Migrationsstatus scheint hier ein eigenständiger Faktor zu sein, denn diese ausgesprochenen Unterschiede bestanden nicht bei der Aufteilung nach Bildungsniveau. Der Prozentsatz der Kinder, die zum Zeitpunkt der Untersuchung (d.h. im Alter von 6 Jahren) noch Fluoridtabletten nehmen, betrug 30% bei den einheimischen Kindern und nur 13,6% bei Kindern von Zuwanderern.

Diese Unterschiede waren auch in Bezug auf die Verwendung anderer fluoridhaltiger Produkte (Salze, Mundspülungen etc.) sichtbar. Die Tatsache, dass Zuwanderer im Schnitt auch einen höheren Kariesbefall aufweisen, kann teilweise durch diese Verhaltensmuster erklärt werden.

Eine aktuelle Studie von Kühnisch et al. (1998) kommt zu ähnlichen Ergebnissen, die die Autoren zu der Schlussfolgerung kommen lassen, dass Migrantenkinder als Kariesrisikopatienten einzustufen sind. Die Autoren verglichen den oralen Gesundheitszustand einer Zufallsstichprobe von 8-jährigen Kindern des Ennepe-Kreises, die an der gesetzlichen Reihenuntersuchung teilnahmen. Der Anteil ausländischer Schüler betrug 20% (n = 90).

Bei den ausländischen Schülern wurde eine höhere Kariesverbreitung als bei ihren deutschen Altersgefährten registriert. 34,4 bzw. 87,8% aller Migranten wiesen im Vergleich zu den deutschen Mitschülern mit 17,5 bzw. 63,1% ein kariös betroffenes bleibendes Gebiss bzw. kariös betroffenes Wechselgebiss auf. Der zahn- und zahnflächenbezogene Kariesbefall war sowohl im Milch- als auch im bleibenden Gebiss bei den ausländischen Schülern mit 4,5 und 12,0 dfs so-

¹ In dieser Studie liegt jedoch ein nicht weiter kontrollierter Selektionsbias vor, da von den 5.250 Schulneulingen lediglich 17,1% freiwillig an der zahnärztlichen Untersuchung teilnahmen. Des Weiteren ist zu beachten, dass der Anteil der Zuwandererkinder unter den Probanden deutlich über dem Zuwandereranteil an der Gesamtbevölkerung lag.

wie 0,8 und 1,1 DMFS etwa doppelt so hoch wie bei den deutschen Grundschulern (2,6 dft; 6,5 dfs; 0,4 DMFT und 0,6 DMFS); diese Unterschiede waren in beiden Dentitionen signifikant.

Weiterhin wurden bei etwa zwei Drittel der ausländischen 8-Jährigen (64,4%) verfärbte Fissuren der bleibenden Molaren im Vergleich zu 33,6% bei den deutschen Kindern aufgefunden. Bei 54,4 bzw. 32,2% der Migranten lagen initial kariöse Läsionen der Grübchen bzw. bukkalen und oralen Glattflächen vor: 31,9 bzw. 25,6% wurden bei ihren deutschen Altersgefährten registriert. Deutliche Unterschiede zeigten sich auch im Hinblick auf Fissurenversiegelungen: Bei den Migranten lag eine Prävalenz von 22,2% im Vergleich zu 32,8% bei den deutschen Schülern vor.

Bei der Inanspruchnahme von zahnärztlichen Betreuungsleistungen lagen ebenfalls signifikante Unterschiede vor: Während lediglich 21,1% der ausländischen Kinder zweimal jährlich zum Zahnarzt gingen, suchten diesen immerhin 41,1% ihrer deutschen Altersgefährten mindestens zweimal im Jahr auf. Nur jeder fünfte 8-Jährige (21,8%) besuchte unregelmäßig seinen Zahnarzt, diese Angabe machten 17,8% der deutschen und 37,8% der ausländischen Kinder.

Bei der Diskussion der Hintergründe für das deutlich schlechtere Ergebnis bzgl. des oralen Gesundheitszustandes bei den Kindern aus Zuwandererfamilien sind verschiedene Aspekte zu beachten. Zum einen ist die Kariesprävalenz in den Herkunftsländern im Allgemeinen höher und der zahnärztliche Versorgungsgrad im Vergleich zu Deutschland niedriger. Weitere Faktoren, die eine Rolle spielen könnten, sind die Unterschiede bzgl. der Essgewohnheiten, Einstellungen zur Mundhygiene und generelle Einstellungen zum ästhetischen Aspekt von Zahngesundheit. Vor allem für die Gruppe der Flüchtlinge und Asylbewerber ist anzunehmen, dass die mit den Begleitumständen der Auswanderung verbundenen Faktoren stark belastend sind, und somit orale Gesundheitsprobleme in den Hintergrund rücken. Eine weitere wichtige Rolle spielen sicherlich die infolge der Sprachbarrieren und traditionellen Verhaftung geringere Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen und gesundheitsfördernder Informationen sowie das Fehlen gezielter und speziell auf die Bedürfnisse

der Migrantenkinder ausgerichteter oraler Präventionsprogramme.

4.2.6 Ausgewählte Befunde zu Morbidität und Risikostatus bei Kindern - Ergebnisse aus der Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen (DSU) -

Im Folgendem werden mit Hilfe der Daten aus der Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen (DSU) Morbiditäts- und Risikobefunde für Schulanfänger dargestellt (nähere Angaben zur Datenbasis der DSU-Dokumentation sind dem Abschnitt 5.1.1 zu entnehmen).

In die Analyse zur Morbidität und zum Risikostatus bei Kindern konnten die Befunde „Übergewicht“, „Ekzem“, „Asthma“, „Skoliose“, „Herabsetzung der Sehschärfe“, „Hörstörungen“ und „Sprachstörungen“ einbezogen werden, da bezüglich dieser Befunde repräsentative Aussagen gemacht werden können. Hier wird zwischen den folgenden Gruppen unterschieden: (1) Deutsche, (2) in Deutschland geborene Zuwanderer, (3) im Heimatland geborene Zuwanderer und (4) Aussiedler.

Tab. 4.28: Im Rahmen der DSU untersuchte Schulanfänger nach Befunden und Nationalitätengruppen (1998)

	Untersuchte	Übergewicht		Untersuchte	Ekzem	
	n	n	%	n	n	%
Deutsche	37.816	1.599	4,2	39.875	1.328	3,3
In Deutschland geb. Zuwanderer	4.538	321	7,1	5.165	74	1,4
Im Heimatland geb. Zuwanderer	1.184	74	6,3	1.332	11	0,8
Aussiedler	1.171	45	3,8	1.147	18	1,6
Gesamt	44.709	2.039	4,6	47.519	1.431	3,0
		Asthma			Skoliose	
Deutsche	44.373	540	1,2	43.539	1.464	3,4
Im Heimatland geb. Zuwanderer	1.391	6	0,4	1.340	17	1,3
In Deutschland geb. Zuwanderer	5.991	46	0,8	5.530	73	1,3
Aussiedler	1.213	4	0,3	1.227	24	2,0
Gesamt	52.968	596	1,1	51.636	1.578	3,1
		Herabsetzung der Sehschärfe			Hörstörungen	
Deutsche	59.003	11.113	18,8	59.003	4.267	7,2
In Deutschland geb. Zuwanderer	7.393	1.229	16,6	7.393	538	7,3
Im Heimatland geb. Zuwanderer	1.822	247	13,6	1.822	153	8,4
Aussiedler	1.643	239	14,6	1.643	119	7,2
Gesamt	69.861	12.828	18,4	69.861	5.077	7,3
		Sprachstörungen				
Deutsche	28.887	4.686	12,4			
In Deutschland geb. Zuwanderer	3.746	391	8,6			
Im Heimatland geb. Zuwanderer	1.036	97	8,2			
Aussiedler	808	73	6,2			
Gesamt	34.477	5.247	11,7			

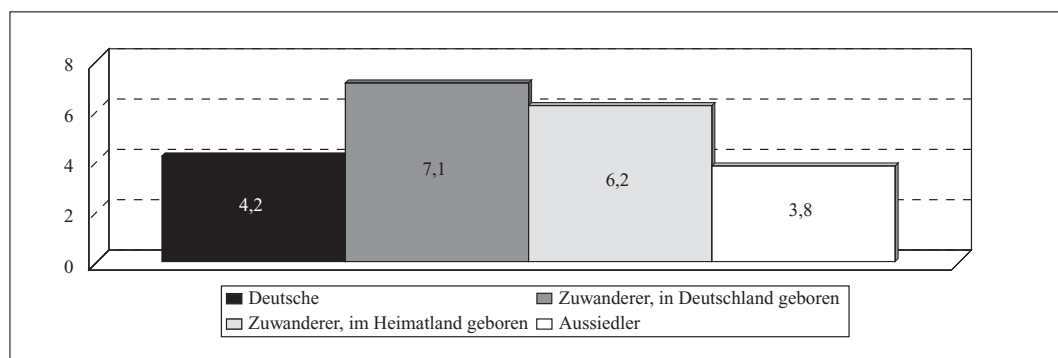
Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Aus der Tabelle 4.28 ist ersichtlich, dass beim Übergewicht die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen relativ gering sind. Die Werte liegen zwischen 3,8% und 7,1%. Bemerkenswert ist jedoch, dass die in Deutschland geborenen Zuwanderer eine um fast drei Prozentpunkte höhere Prävalenz des Befundes Übergewicht aufweisen als Schulanfänger deutscher Nationalität (s. Abb. 4.18).

Die Unterschiede bei den Anteilen der zu Ekzem neigenden Kindern sind dagegen größer. Die niedrigste Prävalenz findet sich in der Gruppe der Zuwanderer, die im Heimatland geboren sind (mit 0,8%), und die höchste in der Gruppe der Deutschen mit 3,3% (s. Abb. 4.19).

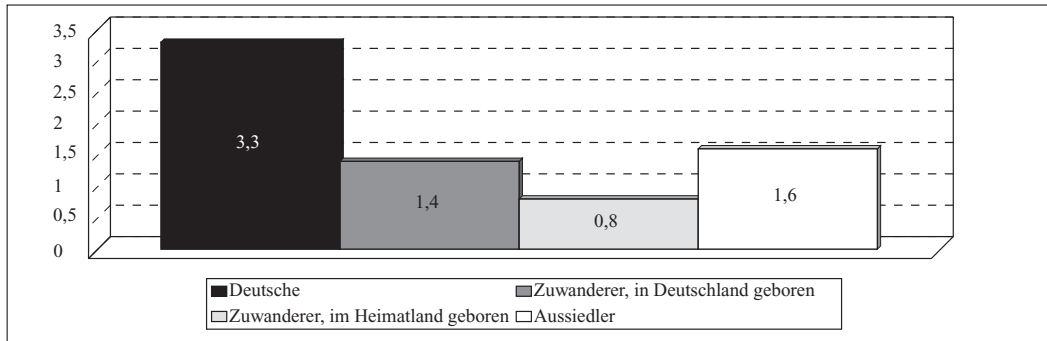
Abb. 4.18: Anteil der Übergewichtigen bei Schulanfängern (DSU 1998) nach Nationalitätengruppen (in %)



Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Abb. 4.19: Anteil der zu Ekzem neigenden Schulanfänger (DSU 1998) nach Nationalitätengruppen (in %)

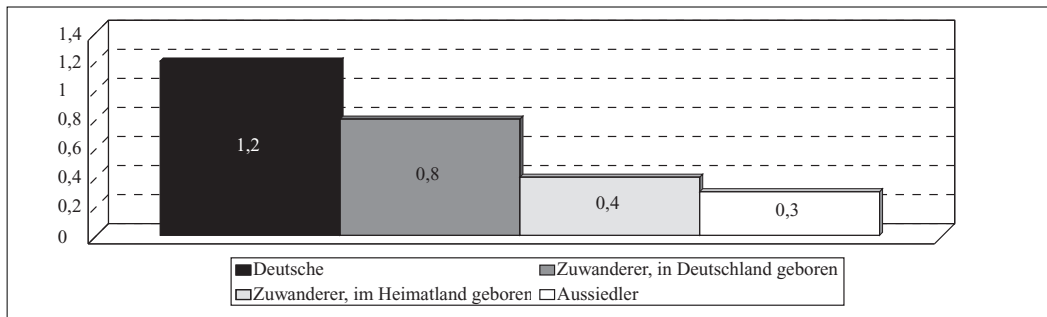


Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Bezüglich des Befundes „Asthma“ zeigen sich relativ große Unterschiede. Nur 0,3% der Aussiedler und 0,4% der im Heimatland geborenen Zuwanderer weisen diesen Befund auf, während die restlichen Gruppen zwischen 0,8% und 1,2% liegen (s. Abb. 4.20).

Abb. 4.20: Anteil der Asthmatiker (DSU 1998) bei Schulanfängern nach Nationalitätengruppen (in %)

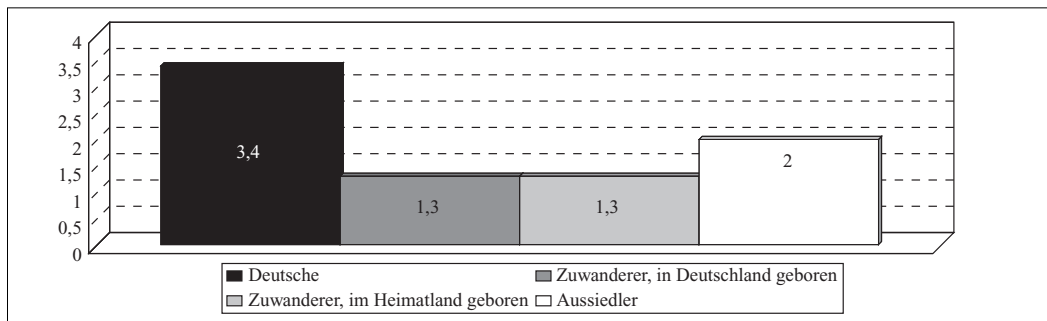


Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Beim Befund „Skoliose“ zeigt sich, dass die Deutschen mit 3,4% und Aussiedler mit 2,0% stärker betroffen sind als die Zuwanderer mit 1,3% (s. Abb. 4.21).

Abb. 4.21: Befund „Skoliose“ (DSU 1998) bei Schulanfängern nach Nationalitätengruppen (in %)

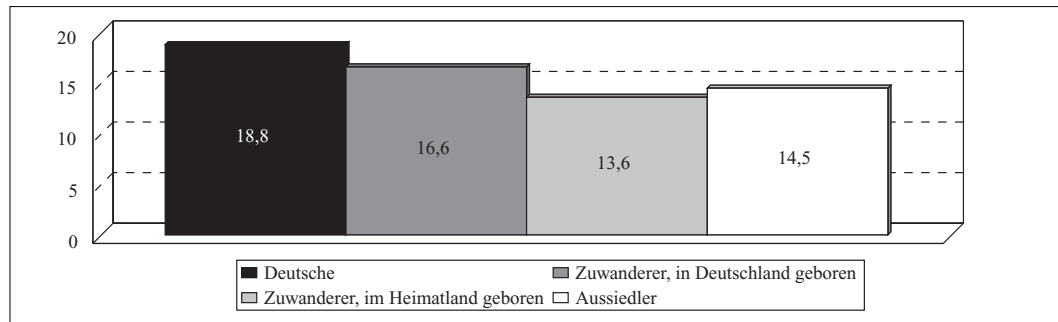


Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Die Sehschwäche ist ein Befund, der bei den Deutschen (18,8%), gefolgt von den Zuwanderern, die in Deutschland geboren sind (16,6%), am häufigsten gestellt wird (s. Abb. 4.22).

Abb. 4.22: Schulanfänger mit „herabgesetzter Sehschärfe“ (DSU 1998) nach Nationalitätengruppen (in %)

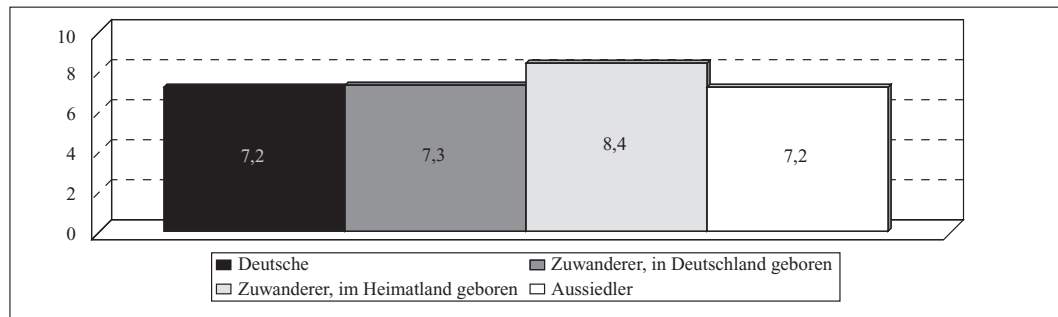


Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Beim Befund „Hörstörungen“ liegen im Heimatland geborene Zuwanderer mit 8,4% der untersuchten Kinder etwas oberhalb des Niveaus der drei übrigen Gruppen (zwischen 7,2% und 7,3%) (s. Abb. 4.23).

Abb. 4.23: Schulanfänger mit „Hörstörungen“ (DSU 1998) nach Nationalitätengruppen (in %)

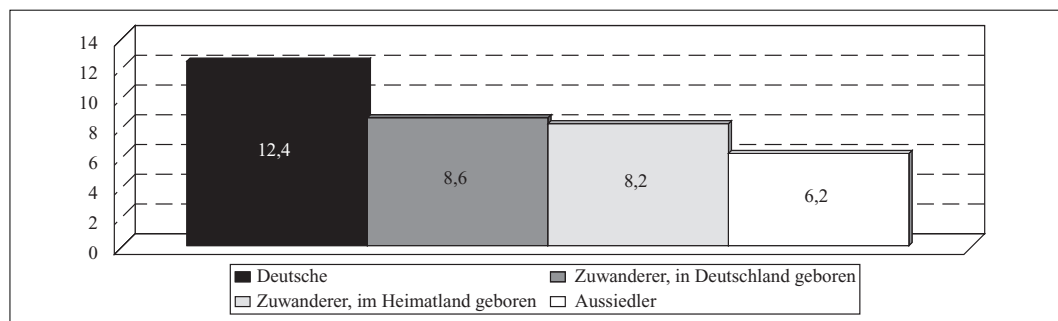


Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Erstaunlich scheint jedoch, dass Sprachstörungen am häufigsten bei deutschen Kindern (12,4%) diagnostiziert werden und seltener bei Aussiedlern und Zuwanderern (s. Abb. 4.24). Es ist zu vermuten, dass eventuell ein Teil der de facto bestehenden Sprachstörungen bei Zuwandererkindern aufgrund sprachlicher Verständigungsprobleme zwischen Arzt und dem untersuchten Kind nicht diagnostiziert werden.

Abb. 4.24: Schulanfänger mit „Sprachstörungen“ (DSU 1998) nach Nationalitätengruppen (in %)



Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass hinsichtlich der im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen erhobenen Befunde meist keine gravierenden Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen bestehen. Die Deutschen und die in Deutschland geborenen Zuwanderer weisen bei den meisten Befunden die höchsten Prävalenzen auf.

4.2.7 Risikofaktoren und subjektive Morbidität bei Über- und Aussiedlern

In diesem Abschnitt sollen Daten für eine spezifische Gruppe von Zuwanderern vorgestellt werden, nämlich die der Über- und Aussiedler. Die nachfolgend beschriebenen Ergebnisse basieren auf Daten der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP; vgl. Forschungsverbund DHP, 1998). Im dritten Untersuchungssurvey der DHP (t2: 1990/1991) wurde, da er nach der Wende von 1989 und der Öffnung Osteuropas stattfand und große Wanderungsbewegungen zu beobachten waren, danach gefragt, ob die Befragten Über- oder Aussiedler sind. Als Übersiedler wurden Personen betrachtet, die aus der DDR kamen, und als Aussiedler diejenigen deutschstämmigen Personen, die aus einem anderen Land (in der Regel aus dem ehemaligen Ostblock) umsiedelten.

Der Untersuchungssurvey t2 bestand aus sieben unabhängigen Stichproben der deutschen Wohnbevölkerung im Alter von 25 - 69 Jahren für die Bundesrepublik (West) insgesamt und für die 5 regionalen Surveys in den Interventionsregionen der DHP (Bremen, Berlin-Spandau, Karlsruhe, Bruchsal/Mosbach, Stuttgart und Landkreis Traunstein). Aufgrund der relativ geringen Anteile von Aus- und Übersiedlern wurden die sieben Stichproben gepoolt und gemeinsam ausgewertet. 11.663 Befragte gingen in die Analyse ein. 670 (5,2%) der Befragten kamen aus der ehemaligen DDR und 964 (8,3%) aus einem anderen Land des ehemaligen Ostblocks. Aus dem gleichen Grund musste auf eine separate Analyse der Über- und Aussiedler in Nordrhein-Westfalen verzichtet werden. Es wird allerdings auch davon ausgegangen, dass die geographische Verteilung dieser Bevölkerungsgruppen keinen Einfluß auf die analysierten Parameter hat.

4.2.7.1 Soziale Merkmale der Über- und Aussiedler

Im Vergleich nach Geschlecht und Altersgruppen zeigen sich zwischen Westdeutschen, Übersiedlern und Aussiedlern einige Unterschiede. In der Stichprobe kamen aus der DDR überproportional mehr Männer und aus den Ostblockstaaten überproportional mehr Frauen (s. Tab. 4.29). Tendenziell weisen beide Wanderungsgruppen größere Anteile bei den höheren Altersgruppen gegenüber der einheimischen deutschen Bevölkerung auf (s. Tab. 4.30).

Tab. 4.29: Geschlecht der Befragten nach Herkunft (in %)

Geschlecht	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler (aus der DDR)	Aussiedler
Männer	48,1	49,1	51,6	43,5
Frauen	51,2	50,9	48,4	56,5
n	11.663	10.029	670	964

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

Tab. 4.30: Alter der Befragten nach Herkunft (Zehn-Jahres-Altersgruppen; in %)

	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler (aus der DDR)	Aussiedler
25 - 29 Jahre	13,3	14,1	7,9	8,0
30 - 39 Jahre	22,7	23,3	17,8	19,4
40 - 49 Jahre	22,8	23,1	24,5	18,5
50 - 59 Jahre	23,8	22,9	30,1	28,6
60 - 69 Jahre	17,5	16,6	19,7	25,5
n	11.663	10.029	670	964

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

Der Zuzug der Über- und Aussiedler findet kontinuierlich seit Ende des Zweiten Weltkriegs statt. In der DHP-Stichprobe zeigen sich allerdings bei beiden Gruppen spezifische, durch geographisch-politische Ereignisse bedingte Wellen. Bis zur Gründung der beiden deutschen Staaten sind lediglich 4,6% der Übersiedler in das Gebiet der Bundesrepublik gezogen, aber 24,0 der Aussiedler aus anderen Ländern. Über die Hälfte der Übersiedler (ca. 55%) verließen die DDR bis zum Mauerbau 1961. In der gleichen Zeit siedelten 13,2% der Aussiedler um. Während bis zum Abschluss der verschiedenen Ostverträge lediglich 2,5% der Übersiedler umsiedelten, waren es 13,7% bei den Aussiedlern. Nach Beginn einer tatsächlichen „Ostpolitik“ sind 13,7% der Übersiedler aber 30,1% der Aussiedler in die Bundesrepublik zugezogen. Seit dem Jahr der Wende wechselte ein Viertel der Übersiedler (24,3%) in den Westen und 19,0% der Aussiedler (s. Tab. 4.31).

Tab. 4.31: Zuzug der Über- und Aussiedler nach politischen Zeitspannen (in %)

Zuzug	Übersiedler (aus der DDR)	Aussiedler
bis 1948	4,6	24,0
1949 - 1961	54,9	13,2
1962 - 1972	2,5	13,7
1973 - 1988	13,7	30,1
1989 - 1991	24,3	19,0
n	634	920

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

Vergleicht man die soziale Schichtzugehörigkeit der Bevölkerung nach ihrer Herkunft, zeigen sich signifikante Unterschiede. Übersiedler und Aussiedler haben eine geringere soziale Lage als die in der Bundesrepublik geborene Bevölkerung und die Aussiedler wiederum eine geringere Lage als die Übersiedler. Gehören bei den Westdeutschen 16,4% der Unterschicht an, sind dies bei den Übersiedlern 21,0% und bei den Aussiedlern 37,7%; während 29,0% der Westdeutschen der Oberschicht angehören, sind dies bei den Übersiedlern 18,4% und bei den Aussiedlern nur noch 10,9% (s. Tab. 4.32).

Tab. 4.32: Soziale Schichtung der Über- und Aussiedler nach Herkunft (in %)¹

Schicht	Gesamt (aus der DDR)	Westdeutsche	Übersiedler	Aussiedler
Unterschicht	17,9	16,4	21,6	37,7
Mittelschicht	54,7	54,7	60,3	51,4
Oberschicht	27,4	29,0	18,4	10,9

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

1 Der hier verwendete Schicht-Index ist ausführlich dargestellt in Hoffmeister et al. (1992). Sozialer Status und Gesundheit. BGA-Schriften 2/92, München: MMV, S. 24 ff.

4.2.7.2 Die Prävalenz von Risikofaktoren bei Über- und Aussiedlern

Im Folgenden werden einige ausgewählte gesundheitliche Parameter betrachtet, die als Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen angesehen werden. Zu ihnen gehören der erhöhte Blutdruck (Hypertonie), erhöhte Blutfettwerte (Hypercholesterinämie), das Rauchen und das Übergewicht. Die Prävalenzen dieser Risikofaktoren werden für Westdeutsche, Übersiedler und Aussiedler berechnet und verglichen. Für letztere beiden Gruppen wurde zudem eine Splittung nach Aufenthaltsdauer vorgenommen. Als Schnittpunkt wurde dabei 1980 gewählt. Dies liegt zum einen technisch begründet in der Notwendigkeit, genügend Fallzahlen pro Gruppe zu erhalten, und andererseits um inhaltlich einen Generationenzeitraum abzubilden. Letzterem liegt die Annahme zugrunde, dass spezifische Verhaltensweisen, die zum Auftreten der Risikofaktoren führen können, sich nur langsam verändern, auch bei Anpassungsprozessen infolge von Zuwanderung in ein anderes Land.

Hypertonie¹

Bei ca. 21% der Aussiedler liegt eine Hypertonie vor. Diese Prävalenz liegt deutlich höher als bei den Westdeutschen und Übersiedlern. Nach Altersklassen variiert das Bild; es ist kein eindeutiger Trend zu erkennen. Allerdings ist in der Altersgruppe der 60- bis 69-jährigen die Prävalenz der Hypertonie bei den Aussiedlern überproportional hoch, während die Übersiedler in dieser Altersklasse eine geringere Prävalenz als die Westdeutschen aufweisen (s. Tab. 4.33).

Tab. 4.33: Prävalenz der Hypertonie (nach Altersgruppen in %)

Altersgruppe	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler (aus der DDR)	Aussiedler
Alle Altersgruppen	16,9	16,5	17,5	20,9
25 - 29	3,4	3,3	3,8	5,3
30 - 39	7,1	7,1	9,2	5,6
40 - 49	14,5	14,5	15,2	14,0
50 - 59	25,3	25,6	21,8	25,4
60 - 69	31,4	30,9	26,5	37,4

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

Die überdurchschnittlichen Prävalenzen der Hypertonie bei Aussiedlern (und teilweise bei den Übersiedlern) sind nicht durch die insgesamt geringere soziale Lage dieser Gruppen bedingt. Auch in der Subgruppenbetrachtung nach sozialer Schicht liegen die Aussiedler bei der Mittelschicht und die Übersiedler bei der Oberschicht signifikant höher (s. Tab. 4.34). Bei den anderen Risikofaktoren zeigt sich ebenfalls ein ähnliches Bild, sodass auf eine schichtspezifische Betrachtung im Weiteren verzichtet wird.

Tab. 4.34: Prävalenz der Hypertonie (nach sozialer Schicht in %)

Altersgruppe	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler (aus der DDR)	Aussiedler
Unterschicht	24,1	22,7	27,3	32,0
Mittelschicht	18,1	17,6	20,3	25,0
Oberschicht	13,2	12,7	27,0	14,3

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

¹ Als hyperten wurden gemäß WHO die Befragten eingestuft, die eine Systole ≥ 160 mmHg und/oder eine Diastole ≥ 95 mmHg aufwiesen.

Unterscheidet man die Übersiedler und Aussiedler nach dem Zeitpunkt des Zuzugs, zeigt sich, dass die Übersiedler der Jahre vor 1981 in den jeweiligen Altersgruppen ähnliche Prävalenzen aufweisen wie die Westdeutschen; die Prävalenzen der Aussiedler (vor 1981) liegen etwas höher. Bei den Übersiedlern zeigen die Altersgruppen ab 50 Jahren deutlich geringere Prävalenzen als die Übersiedler vor 1981 und als die Westdeutschen. Bei den Aussiedlern sind zwar die Prävalenzen für die nach 1980 umgesiedelten Personen tendenziell geringer, allerdings gilt dies nicht für die 30- bis 39-Jährigen und die 60- bis 69-Jährigen (s. Tab. 4.35).

Tab. 4.35: Prävalenz der Hypertonie (nach Altersgruppen und Aufenthaltsdauer in %)^{1,2}

Altersgruppe	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler bis 1980	Übersiedler ab 1981	Aussiedler bis 1980	Aussiedler ab 1981
Alle Altersgruppen	16,9	16,5	21,0	10,7	23,9	16,2
25 - 29	3,4	3,3	-	3,9	7,1	4,3
30 - 39	7,1	7,1	6,7	10,6	2,9	7,1
40 - 49	14,6	14,5	15,5	16,4	16,5	11,3
50 - 59	25,3	25,6	22,3	5,9	26,4	22,4
60 - 69	31,6	30,9	28,7	18,8	36,6	42,9

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

Erhöhte Blutfettwerte

Für die Prävalenz der Hypercholesterinämie (> 220 mg/dl) zeigen sich nur unwesentliche Unterschiede zwischen den drei Bevölkerungsgruppen. Sie liegt für alle Befragten bei ca. 60%. Auffallend ist lediglich die geringe Prävalenz bei 25- bis 29-jährigen Aussiedlern. Tendenziell sind die befragten Aussiedler ab 30 Jahren den Westdeutschen ähnlicher als die Übersiedler (s. Tab. 4.36).

Tab. 4.36: Prävalenz der Hypercholesterinämie³³ (>220 mg/dl) (nach Altersgruppen in %)

Altersgruppe	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler (aus der DDR)	Aussiedler
Alle Altersgruppen	59,6	58,9	63,8	63,2
25 - 29	30,2	30,8	36,5	14,7
30 - 39	43,9	43,4	47,4	47,5
40 - 49	61,9	61,9	59,9	64,4
50 - 59	74,7	75,2	71,1	73,1
60 - 69	78,5	78,2	83,0	78,4

Quelle DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

- 1 Aufgrund der Fallzahlen und aus inhaltlichen Gründen bzgl. der Generationsspanne wurde als Schnittpunkt das Jahr 1980 gewählt.
- 2 Aufgrund der erweiterten Aufgliederung der Über- und Aussiedler nach Aufenthaltsdauer ergeben sich fehlende Werte, sodass es zu geringfügigen Differenzen in der Prozentuierung der Gesamt-Prävalenzen kommt. Dies gilt für alle folgenden Prävalenztabellen.

Für die Prävalenz der Hypercholesterinämie > 250 mg/dl zeigt sich ein ähnliches Bild wie in Tabelle 4.36, wobei zu beobachten ist, dass die Aussiedler ab dem Alter von 40 Jahren geringere Prävalenzen aufweisen als Westdeutsche und Übersiedler (s. Tab. 4.37).

Tab. 4.37: Prävalenz der Hypercholesterinämie¹ (>250 mg/dl) (nach Altersgruppen in %)

Altersgruppe	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler (aus der DDR)	Aussiedler
Alle Altersgruppen	33,1	32,7	37,5	34,0
25 - 29	11,8	12,0	15,4	6,7
30 - 39	18,9	19,0	17,2	19,1
40 - 49	32,3	32,5	32,5	29,9
50 - 59	45,0	45,6	44,7	41,0
60 - 69	52,5	52,4	59,7	49,0

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

Unterteilt man die Über- und Aussiedler nach Aufenthaltsdauer, werden einige Unterschiede hinsichtlich der Hypercholesterinämie > 220 mg/dl deutlich: Die Zuwanderergruppen nach 1980 haben eine deutlich geringere Prävalenz der Hypercholesterinämie als die entsprechenden Gruppen, die vor 1981 über- bzw. aussiedelten. Differenziert nach Altersklassen wird dieser Trend bei den Aussiedlern und Übersiedlern ab 30 sichtbar. Tendenziell gleichen sich die Prävalenzen der Über- und Aussiedler ab 40 Jahre denen der Westdeutschen an (s. Tab. 4.38).

Tab. 4.38: Prävalenz der Hypercholesterinämie (> 220 mg/dl) (nach Altersgruppen und Aufenthaltsdauer in %)

Altersgruppe	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler bis 1980	Übersiedler ab 1981	Aussiedler bis 1980	Aussiedler ab 1981
Alle Altersgruppen	59,5	58,9	70,9	50,9	68,8	52,7
25 - 29	30,2	30,8	-	35,3	14,3	15,2
30 - 39	43,9	43,4	48,3	47,6	49,3	46,0
40 - 49	61,8	61,9	59,8	55,6	64,2	63,9
50 - 59	74,8	75,2	72,9	70,6	75,7	65,2
60 - 69	78,5	78,2	84,9	81,3	80,7	69,6

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

1 Als Grenzwerte für eine Hypercholesterinämie wurden 220 mg/dl und 250 mg/dl Gesamtcholesterin verwendet.

Betrachtet man die Hypercholesterinämie mit dem Grenzwert > 250 mg/dl, ergibt sich folgender Zusammenhang: Während insgesamt die Übersiedler und Aussiedler bis 1980 höhere Prävalenzen aufweisen als die Westdeutschen, liegen die Prävalenzen für diese beiden Gruppen ab 1981 unter denen der Westdeutschen. In altersgruppenspezifischer Betrachtung zeigt sich hingegen ein anderes uneinheitliches Bild: Bei den Übersiedlern steigen die Prävalenzen für diejenigen, die ab 1981 umsiedelten, in allen Altersgruppen mit Ausnahme der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen. Die jungen Übersiedler nach 1981 sind den Westdeutschen ähnlich, während die älteren Übersiedler, die vor 1981 zugewandert sind, deutlich mehr hohe Cholesterinwerte aufweisen. Bei den Aussiedlern hingegen bestehen nahezu keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen der vor 1981 und nach 1980 zugewanderten Personen. Auch hier ist die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen mit geringerer Prävalenz eine Ausnahme (s. Tab. 4.39).

Tab. 4.39: Prävalenz der Hypercholesterinämie (> 250 mg/dl)
(nach Altersgruppen und Aufenthaltsdauer in %)

Altersgruppe	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler bis 1980	Übersiedler ab 1981	Aussiedler bis 1980	Aussiedler ab 1981
Alle Altersgruppen	33,0	32,7	43,5	25,7	37,6	26,2
25 - 29	11,8	12,0	-	13,7	10,7	4,4
30 - 39	18,9	19,0	10,3	19,1	19,4	18,9
40 - 49	32,3	32,5	30,9	33,3	29,3	31,2
50 - 59	45,0	45,6	47,1	29,4	42,9	30,3
60 - 69	52,5	52,4	59,6	68,8	48,5	48,2

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

Rauchen

Etwa ein Drittel der bundesdeutschen Bevölkerung in den alten Bundesländern raucht. Die Prävalenz des Rauchens liegt bei den Übersiedlern mit 34,5% um 2,1%-Punkte höher, während die Raucherprävalenz der Aussiedler mit 27,1% um 5,3%-Punkte niedriger ausfällt. Die höhere Raucherprävalenz der Übersiedler gilt gegenüber den Westdeutschen für alle Altersklassen mit Ausnahme der 40- bis 49-Jährigen und gegenüber den Aussiedlern mit Ausnahme der Altersklasse der 25- bis 29-Jährigen. Diese Altersgruppe und die der 30- bis 39-jährigen Aussiedler rauchen häufiger als die entsprechenden westdeutschen Gruppen. Bei den Aussiedlern ab 40 Jahren bestehen deutlich geringere Raucherprävalenzen (s. Tab. 4.40).

Tab. 4.40: Prävalenz des Rauchens (nach Altersgruppen in %)

Altersgruppe	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler (aus der DDR)	Aussiedler
Alle Altersgruppen	32,4	32,8	34,5	27,1
25 - 29	41,9	41,4	45,3	48,1
30 - 39	43,8	43,0	57,1	44,9
40 - 49	35,1	35,4	35,4	31,5
50 - 59	24,2	24,6	25,4	20,3
60 - 69	18,3	18,9	22,7	11,4

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

Die Differenzierung der Über- und Aussiedler nach Aufenthaltsdauer ergibt ebenfalls eine Differenzierung der Raucherprävalenzen. Die Über- und Aussiedler bis 1980 rauchen in geringerer Zahl als die Über- und Aussiedler, die nach 1980 zugewandert sind. Zudem weisen die Aussiedler ab 1981 ähnliche Raucherprävalenzen wie die Westdeutschen auf (vgl. Tab. 4.41).

Tab. 4.41: Prävalenz des Rauchens (nach Altersgruppen und Aufenthaltsdauer in %)

Altersgruppe	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler bis 1980	Übersiedler ab 1981	Aussiedler bis 1980	Aussiedler ab 1981
Alle Altersgruppen	32,5	32,8	27,6	47,3	23,2	35,0
25 - 29	41,9	41,4	-	44,2	60,7	41,7
30 - 39	43,8	43,0	50,0	60,0	39,1	49,6
40 - 49	35,1	35,4	31,1	43,6	32,1	30,7
50 - 59	24,2	24,6	25,1	25,0	18,1	25,4
60 - 69	18,4	18,9	21,8	25,0	10,9	16,1

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

Übergewicht¹

Die Prävalenz des Übergewichtes liegt mit 22,5% bei den Westdeutschen unter dem Gesamtdurchschnitt, während die Übersiedler mit 24,5% und die Aussiedler mit 31,4% über dem Gesamtdurchschnitt liegen. Dieser Trend gilt für die Aussiedler für alle Altersklassen mit Ausnahme der 25- bis 29jährigen. Die Übersiedler gleichen sich mit Ausnahme der Altersklasse der 25- bis 29jährigen an die Prävalenzen der Westdeutschen an (s. Tab. 4.42).

Tab. 4.42: Prävalenz des Übergewichts (≥ 20 %) (nach Altersgruppen in %)

Altersgruppe	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler (aus der DDR)	Aussiedler
Alle Altersgruppen	23,4	22,5	24,8	31,4
25 - 29	8,7	8,9	3,8	6,6
30 - 39	14,7	14,5	13,1	19,1
40 - 49	23,1	22,5	24,7	29,6
50 - 59	31,5	30,5	31,0	40,4
60 - 69	35,1	34,5	34,1	39,8

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

¹ Das Übergewicht wurde auf der Basis des Body Mass Index (BMI) berechnet (BMI = Körpergewicht (kg)/Größe² (m²)); Grenzwert für Übergewicht BMI = 25.

Im Vergleich zur Tabelle 4.42 zeigt Tabelle 4.43, dass auch bei einer Differenzierung nach Übersiedlungszeitpunkt die Prävalenzen bei den Aussiedlern höher liegen, unabhängig davon, ob diese bis 1980 oder nach 1980 zuwanderten. Bei den Übersiedlern zeigt sich bei denjenigen, die bis 1980 zugewandert sind, ein Angleichungsprozess an die „einheimische“ Bevölkerung (s. Tab. 4.43).

Tab. 4.43: Prävalenz des Übergewichts (BMI \geq 25) (nach Altersgruppen und Aufenthaltsdauer in %)

Altersgruppe	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler bis 1980	Übersiedler ab 1981	Aussiedler bis 1980	Aussiedler ab 1981
Alle Altersgruppen	23,3	22,5	27,6	17,7	31,4	30,0
25 - 29	8,7	8,9	-	3,9	-	10,6
30 - 39	14,8	14,5	13,8	13,4	16,2	21,8
40 - 49	23,1	22,5	22,3	25,9	26,6	35,0
50 - 59	31,4	30,5	31,8	29,4	40,6	35,8
60 - 69	34,8	34,5	29,7	43,8	35,1	50,0

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

4.2.7.3 Subjektive Morbidität bei Über- und Aussiedlern

In den DHP-Surveys wurden die Probanden befragt, ob sie unter bestimmten Krankheiten in den letzten vier Wochen vor der Befragung gelitten hatten bzw. noch leiden. Es handelt sich dabei um eine subjektive Einschätzung und nicht um die Diagnose von Ärzten. Aufgrund der relativ geringen Häufigkeiten wird nur eine Auswahl der erfragten Krankheiten im Folgenden wiedergegeben. Es handelt sich dabei um Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus und Magengeschwüre.

Für alle ausgewählten Erkrankungen ergeben sich für die Aussiedler höhere subjektive Prävalenzen als bei den Westdeutschen. Mit Ausnahme der Herzinfarkte und der Magengeschwüre liegen sie auch höher als bei den Übersiedlern. Für die Übersiedler zeigen sich gegenüber den Westdeutschen bei Schlaganfall, Herzschwäche und Durchblutungsstörungen im Gehirn niedrigere Prävalenzen, bei den restlichen Krankheiten höhere Werte. Die augenfälligsten Prävalenzen bei den Aussiedlern sind die für Angina pectoris, Herzschwäche und Magengeschwüre. Die auffälligste Prävalenz bei den Übersiedlern ist diejenige für Magengeschwüre (s. Tab. 4.44).

Tab. 4.44: Subjektive Prävalenzen ausgewählter Krankheiten (in %)

Krankheit	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler (aus der DDR)	Aussiedler
Angina pectoris	6,2	5,8	6,8	10,1
Herzinfarkt	2,0	2,0	3,0	2,4
Schlaganfall	1,0	1,0	0,8	1,9
Herzschwäche	4,0	3,8	2,8	7,4
Durchblutungsstörungen im Gehirn	3,2	3,2	1,7	4,7
Diabetes mellitus	3,6	3,4	3,7	5,1
Magengeschwüre	9,4	9,0	13,9	11,2

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

In der Regel liegen die subjektiven Prävalenzen bei Übersiedlern und Aussiedlern bis 1980 höher als bei denjenigen ab 1981 (Ausnahme: Herzschwäche bei Aussiedlern; Schlaganfall bei Übersiedlern) (s. Tab. 4.45). Die Übersiedler ab 1981 weisen in der Regel mit Ausnahme der Magengeschwüre geringere subjektive Prävalenzen auf als die Westdeutschen.

Tab. 4.45: Subjektive Prävalenz ausgewählter Krankheiten (nach Aufenthaltsdauer in %)

Krankheit	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler bis 1980	Übersiedler ab 1981	Aussiedler bis 1980	Aussiedler ab 1981
Angina pectoris	6,2	5,8	8,6	3,2	11,7	7,8
Herzinfarkt	2,0	2,0	3,7	1,6	3,0	1,4
Schlaganfall	1,0	1,0	0,8	1,0	2,2	1,1
Herzschwäche	4,0	3,8	3,7	1,0	6,7	8,5
Durchblutungsstörungen im Gehirn	3,3	3,2	2,1	1,0	6,1	2,2
Diabetes mellitus	3,6	3,4	4,2	1,6	5,8	3,6
Magengeschwüre	9,4	9,0	16,0	10,5	12,7	6,8

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

In der altersspezifischen Betrachtung der subjektiven Prävalenzen der ausgewählten Krankheiten ist zu berücksichtigen, dass die Fallzahlen nicht mehr sehr hoch sind; dies betrifft vor allem die jüngeren Altersgruppen. Auf eine Aufschlüsselung nach Zuzugszeitraum ist daher bei der altersspezifischen Betrachtung generell verzichtet worden. Für eine altersgruppenspezifische Bewertung des Herzinfarktes und des Schlaganfalles waren die tatsächlichen Häufigkeiten zu gering. Die auffälligsten Befunde dieser in den Tabellen 4.46 bis 4.50 wiedergegebenen Daten werden im Folgenden knapp skizziert.

Die Aussiedler weisen bei Angina pectoris ab 40 Jahren höhere Prävalenzen auf als die beiden anderen Gruppen (s. Tab. 4.46). Für die subjektive Prävalenz der Herzschwäche liegen für die Aussiedler in allen Altersgruppen überdurchschnittliche Werte vor. Für die Altersgruppen der 50- bis 59-Jährigen und 60- bis 69-Jährigen zeigt sich bei den Übersiedlern eine unterdurchschnittliche Prävalenz (s. Tab. 4.47).

Tab. 4.46: Subjektive Prävalenz der Angina pectoris (nach Altersgruppen in %)

Altersgruppe	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler (aus der DDR)	Aussiedler
alle Altersgruppen	6,2	5,8	6,8	10,1
25 - 29	0,5	0,4	2,5	-
30 - 39	1,1	1,0	2,0	2,1
40 - 49	2,7	2,5	3,6	5,1
50 - 59	8,2	8,2	6,2	10,3
60 - 69	17,2	16,8	16,2	20,2

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

Tab. 4.47: Subjektive Prävalenz der Herzschwäche (nach Altersgruppen in %)

Altersgruppe	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler (aus der DDR)	Aussiedler
alle Altersgruppen	4,0	3,8	2,8	7,4
25 - 29	0,3	0,2	-	3,8
30 - 39	0,5	0,3	1,0	2,8
40 - 49	1,6	1,6	0,7	2,6
50 - 59	4,7	4,8	4,2	4,8
60 - 69	12,7	12,6	5,4	17,2

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

Die subjektive Prävalenz der Durchblutungsstörungen des Gehirns bietet ein ähnliches Bild wie die subjektive Prävalenz der Herzschwäche (s. Tab. 4.48). Die altersgruppenspezifische Betrachtung der subjektiven Prävalenz des Diabetes mellitus erbringt keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen (s. Tab. 4.49).

Tab. 4.48: Subjektive Prävalenz der Durchblutungsstörungen des Gehirns
(nach Altersgruppen in %)

Altersgruppe	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler (aus der DDR)	Aussiedler
alle Altersgruppen	3,2	3,2	1,7	4,7
25 - 29	0,5	0,5	-	2,0
30 - 39	1,0	1,0	-	1,4
40 - 49	1,9	1,9	0,7	2,5
50 - 59	3,9	4,6	0,5	3,4
60 - 69	8,5	8,4	6,2	10,1

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

Tab. 4.49: Subjektive Prävalenz des Diabetes mellitus (nach Altersgruppen in %)

Altersgruppe	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler (aus der DDR)	Aussiedler
alle Altersgruppen	3,6	3,4	3,7	5,1
25 - 29	0,3	0,3	-	1,9
30 - 39	1,3	1,3	1,0	1,4
40 - 49	1,8	1,8	2,2	1,3
50 - 59	4,6	4,7	3,6	3,7
60 - 69	9,4	9,1	8,5	12,1

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

Die überdurchschnittliche Prävalenz von Magengeschwüren bei den Übersiedlern gegenüber den Westdeutschen wird in allen Altersgruppen deutlich (s. Tab. 4.50). Im Vergleich der Übersiedler zu den Aussiedlern ergibt sich ein ähnliches Bild, wobei allerdings die Prävalenz für die Altersgruppe 30 - 39 Jahre bei Aussiedlern höher liegt und für die Altersgruppe 40 - 49 Jahre gleich hoch bleibt.

Tab. 4.50: Subjektive Prävalenz der Magengeschwüre (nach Altersgruppen in %)

Altersgruppe	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler (aus der DDR)	Aussiedler
alle Altersgruppen	9,4	9,0	13,9	11,2
25 - 29	3,8	3,6	7,3	5,8
30 - 39	6,0	5,7	7,9	9,1
40 - 49	10,8	10,4	13,6	13,6
50 - 59	11,5	11,1	15,5	11,9
60 - 69	12,7	12,4	18,6	11,3

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

4.2.7.4 Zusammenfassung

Die Betrachtung der Prävalenzen der Risikofaktoren in den Bevölkerungsgruppen der Westdeutschen, der Übersiedler aus der DDR und der deutschstämmigen Aussiedler aus den Ostblockstaaten ergibt in der Tendenz höhere Risikoprofile für die Übersiedler und Aussiedler. Allerdings ist das Bild nicht durchgängig eindeutig und variiert zudem bei den Über- und Aussiedlern bezüglich der Aufenthaltsdauer in der Bundesrepublik. Nimmt man die Westdeutschen jeweils als Referenzgruppe, zeigen sich zusammengefasst folgende Auffälligkeiten:

- Höhere Prävalenzen für Hypertonie bei den jüngeren Übersiedlern.
- Höhere Prävalenzen für Hypertonie bei den älteren Aussiedlern.
- Angleichung der Prävalenzen für Hypertonie bei Über- und Aussiedlern, die bis 1980 zuwanderten.

Die Differenzen in der Prävalenz der Hypercholesterämie sind eher gering einzuschätzen, wobei hier allerdings die Übersiedler etwas größeren Risiken ausgesetzt sind als die Aussiedler. Der Risikofaktor Rauchen kommt bei den Übersiedlern vor allem in den jüngeren Jahrgängen verstärkt vor. Besonders augenfällig wird dies bei den Übersiedlern, die seit 1989 in die Bundesrepublik zugezogen sind. Bezüglich des Übergewichts zeigt sich besonders bei den Aussiedlern ein hoher Risikostatus, der auch bei einer Differenzierung nach Aufenthaltsdauer bestehen bleibt.

Bei der Analyse der subjektiven Morbidität ergaben sich in der Gesamttendenz für die meisten ausgewählten Krankheiten höhere subjektive Prävalenzen bei den Aussiedlern als bei den Übersiedlern. Die subjektiven Prävalenzen der Aussiedler liegen durchgängig über denen der Westdeutschen.

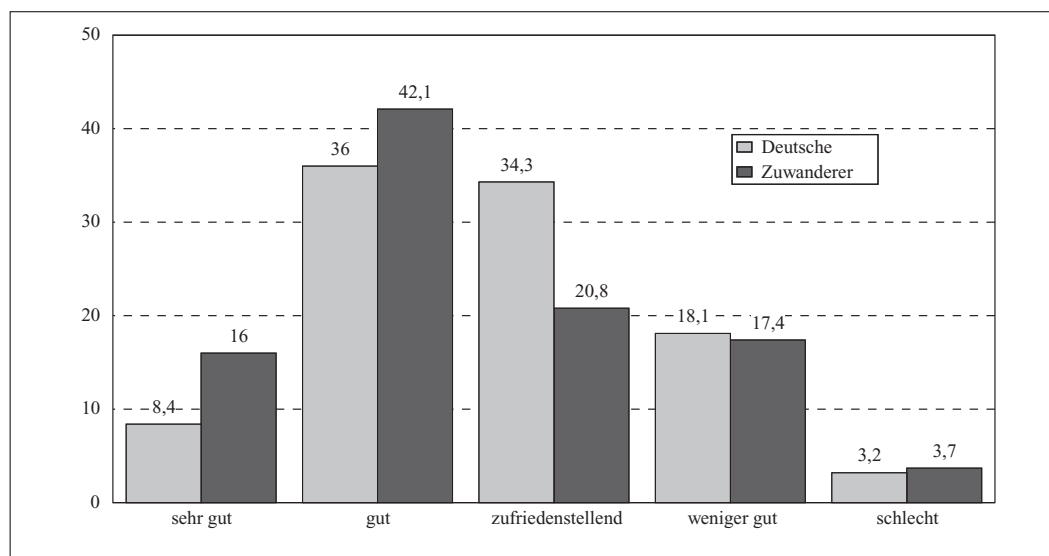
4.2.8 Subjektive Einschätzung der Gesundheit bei Zuwanderern und Deutschen

Im folgenden Abschnitt werden einige Daten zur subjektiven Einschätzung der Gesundheit bei Zuwanderern und Deutschen dargestellt. Hierzu wird wiederum auf die Daten des sozio-ökonomischen Panels (SOEP) zurückgegriffen. Im SOEP wurden u.a. Fragen zum „gegenwärtigen Gesundheitszustand“, zur „Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit“, zur „Entwicklung der eigenen Gesundheit“ und zur „Bedeutung der Gesundheit für die Zukunft“ gestellt.

In diesem Kontext stellt sich die Frage, ob sich Zuwanderer subjektiv gesundheitlich schlechter fühlen bzw. generell eine andere Einschätzung ihrer Gesundheit als Deutsche haben. Datenbasis ist das SOEP aus dem Jahr 1994, Grundgesamtheit sind die im SOEP enthaltenen Haushalte Deutscher und Zuwanderer in Nordrhein-Westfalen.

Nahezu zwei Drittel der Zuwanderer schätzten ihren eigenen gegenwärtigen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein, während dies demgegenüber weniger als die Hälfte der Deutschen tun (s. Abb. 4.25). Etwa doppelt so viele Zuwanderer wie Deutsche bezeichnen ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand als sehr gut. Ein Fünftel der zugewanderten und deutschen Bevölkerung schätzt den eigenen Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht ein. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse muss allerdings beachtet werden, dass die zugewanderte Bevölkerung durchschnittlich jünger ist und somit die Ergebnisse dadurch verzerrt sein können.

Abb. 4.25: Subjektiver Gesundheitszustand von Zuwanderern und Deutschen (in %)



Quelle: SOEP 1994. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Die Abbildung 4.28 verdeutlicht, dass Zuwanderer ihren Gesundheitszustand insgesamt besser einschätzen als die Deutschen. Es stellt sich die Frage, ob sich die subjektiv günstige Einschätzung des gegenwärtigen Gesundheitszustands auch in einem hohen Grad der Zufriedenheit mit der Gesundheit widerspiegelt.

Die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit wurde auf einer 11-stufigen Ratingskala abgebildet (ganz und gar unzufrieden bis ganz und gar zufrieden). Durchschnittlich sind sowohl Zuwanderer als auch Deutsche eher mit ihrer Gesundheit zufrieden. Der durchschnittliche Zufriedenheitsgrad liegt in beiden Gruppen bei 7. Allerdings streuen die Antworten unterschiedlich. So zeigt sich, dass 30,1% der Zuwanderer ganz bzw. ganz und gar zufrieden mit ihrer Gesundheit sind, die Deutschen hingegen nur zu 18,2% (s. Tab. 4.51).

Tab. 4.51: Subjektive Zufriedenheit mit der Gesundheit bei Zuwanderern und Deutschen (in %)

	Deutsche	Zuwanderer
Ganz und gar unzufrieden	1,6	2,3
1	0,8	0,1
2	3,1	2,4
3	7,4	5,7
4	5,3	6,6
5	10,9	15,9
6	12,1	8,0
7	16,1	12,2
8	24,6	16,8
9	11,3	17,1
Ganz und gar zufrieden	6,9	13,0

Quelle: SOEP 1994. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Bezüglich der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit zeigt sich demnach, dass sich die Zuwanderer zwar durchschnittlich kaum von den deutschen Befragten unterscheiden, aber viel mehr Zuwanderer ganz und gar mit ihrer Gesundheit zufrieden sind, während die Deutschen einen höheren Anteil an Unzufriedenen haben.

Auf die Frage „Wie wichtig für Ihr Wohlbefinden und für Ihre Zukunft ist die Gesundheit?“ antworteten mehr als 99% sowohl der Zuwanderer als auch der Deutschen, dass diese wichtig bzw. sehr wichtig sei (s. Tab. 4.52). Bei dieser durchgehend hohen Zuschreibung von Wichtigkeit der Gesundheit zeigt sich nur eine Differenz darin, dass Zuwanderer einen höheren Anteil an Personen aufweisen, die dies als sehr wichtig einschätzen.

Tab. 4.52: Wichtigkeit der Gesundheit für die Zukunft (in %)

	Deutsche	Zuwanderer
Sehr wichtig	79,6	85,3
Wichtig	19,7	14,1
Weniger wichtig	0,3	0,2
Ganz unwichtig	0,4	0,4

Quelle: SOEP 1994. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Auch bezüglich der Frage „Wie optimistisch oder pessimistisch sehen Sie für die nächsten Jahre die Entwicklung Ihrer Gesundheit?“ unterscheiden sich Zuwanderer und Deutsche kaum voneinander (s. Tab. 4.53). Ungefähr 80% beider Bevölkerungsgruppen betrachten die Entwicklung ihrer Gesundheit in der Zukunft optimistisch bzw. eher optimistisch. Allerdings zeigt sich auch bei dieser Frage eine graduell optimistischere Einschätzung bei den Zuwanderern.

Tab. 4.53: Entwicklung der Gesundheit bei Zuwanderern und Deutschen (in %)

	Deutsche	Zuwanderer
Optimistisch	21,3	30,4
Eher optimistisch	60,5	49,7
Eher pessimistisch	15,1	17,1
Pessimistisch	3,2	2,8

Quelle: SOEP 1994. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Zuwanderer gegenwärtig ihren Gesundheitszustand durchschnittlich etwas besser einschätzen als die Deutschen. Dies drückt sich auch in einer höheren subjektiven Zufriedenheit mit der Gesundheit aus. Bei den Fragen zur Wichtigkeit der Gesundheit und der Entwicklung der eigenen Gesundheit antworten beide Gruppen ähnlich, allerdings ist die Besetzung der jeweils höchsten Kategorie (sehr wichtig bzw. optimistisch) bei den Zuwanderern jeweils größer. Diese Ergebnisse sind unter dem Vorbehalt zu interpretieren, dass in der Gruppe der Zuwanderer die jüngeren, mutmaßlich gesünderen Altersgruppen stärker vertreten sind. Zudem sind die o.a. Ergebnisse angesichts der in diesem Band aufgestellten objektiven Unterschiede bzgl. des tatsächlichen Gesundheitszustandes zwischen Deutschen und Zuwanderern erstaunlich und lassen vermuten, dass sich die Tendenz, in Richtung sozialer Erwünschtheit zu antworten, bei den Zuwanderern stärker ausgewirkt hat als bei den deutschen Befragten. Dies ist jedoch eine Hypothese, die durch die vorliegenden Daten nicht geprüft werden kann.

5. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

5.1 Dokumentation der schulärztlichen Untersuchung (DSU)

5.1.1 Vorbemerkungen zur Datenbasis

Die DSU ist ein landesweites Dokumentationssystem, mit dem die Daten der vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der unteren Gesundheitsbehörden (ehemals Gesundheitsämter) durchgeführten Reihenuntersuchungen erfasst werden. Diese Reihenuntersuchungen können je nach Bedarf von den unteren Gesundheitsbehörden in Kindergärten, Vorschulen und Schulen durchgeführt werden. Während Untersuchungen in Kindergärten und Vorschulen sowie Schulentlassungsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen nicht flächendeckend vorgenommen werden, wird die Schuleingangsuntersuchung von jeder unteren Gesundheitsbehörde in Nordrhein-Westfalen verbindlich durchgeführt; sie bietet damit als einzige eine hinreichend große Fallzahl für überregionale Auswertungen. Im Rahmen der schulärztlichen und jugendärztlichen Untersuchung werden Daten zu bestimmten medizinischen Befunden, zum Impfstatus, zur Nutzung der von den Krankenkassen getragenen Früherkennungsuntersuchungen U1-U9, zu den eingeleiteten kompensatorischen Maßnahmen sowie bei den Schuleingangsuntersuchungen zur Beurteilung der Schulfähigkeit erhoben.

Als Vorschlag für die zu erhebenden Einzelbefunde, Erhebungstechniken sowie zur Vorgabe von Kriterien für die Beurteilung der Schulfähigkeit und die Einleitung weiterer Maßnahmen ist das gelbe Heft „Jugendärztliche Definitionen“ zu werten. Wird ein bestimmter Einzelbefund gemäß den „Jugendärztlichen Definitionen“ erhoben, so wird dieser als „standardisiert“, im anderen Fall als „nicht standardisiert“ bezeichnet. Daher kommt es bei einer Zusammenfassung verschiedener Kommunen für eine großflächige Auswertung häufig zu Problemen bei der Vergleichbarkeit der einzelnen Befunderhebungen. Aus dieser Tatsache erklärt sich, dass nur solche Befunde in die Auswertung nach Nationalität einbezogen wurden, bei denen eine Zusammenfassung der ausgewählten Kommunen in Nordrhein-Westfalen sinnvoll erscheint. Die Kodierung für die Nationalitätengruppen ist für die einzelne untere Gesundheitsbehörde nicht verbindlich, sodass nur diejenigen Kommunen, die in der Kodierung dieses Merkmals eine geeignet

große Schnittmenge haben, in die Auswertung einbezogen werden konnten.

Im Jahre 1998 konnten von den 54 nordrhein-westfälischen unteren Gesundheitsbehörden aus den beschriebenen Gründen nur 17 Landkreise oder kreisfreie Städte einbezogen werden. Aufgrund dieser niedrigen Quote müssen die Ergebnisse als starke allgemeine Tendenz betrachtet werden. Die Werte können damit im strengen Sinne nur für die einbezogenen Landkreise bzw. kreisfreien Städte, aber nicht für NRW allgemein als repräsentativ angesehen werden. Die Daten der DSU 1998, bezogen auf Nordrhein-Westfalen, lassen lediglich einen Vergleich von deutschen und zugewanderten Schulanfängern zu. Eine Differenzierung innerhalb der Zuwanderer nach Nationalitäten wurde nicht vorgenommen. Als Gruppen können (1) Deutsche (ohne Aussiedler), (2) in Deutschland geborene Zuwanderer, (3) im Heimatland geborene Zuwanderer und (4) Aussiedler unterschieden werden. Sowohl bei den Früherkennungsuntersuchungen als auch bei den Impfungen können nur diejenigen Schulanfänger berücksichtigt werden, die bei der DSU ein Früherkennungs- bzw. Impfheft vorgelegt haben. Diese Anteile unterscheiden sich jedoch stark unter den einzelnen Gruppierungen, sodass die Ergebnisse besonders für die im Heimatland geborenen Zuwanderer nicht als repräsentativ für diese Gruppierung in den erfassten Landkreisen und kreisfreien Städte gelten können (vgl. Anhang zu Kapitel 5). Die Ergebnisse der DSU aus dem Jahr 1998 werden im folgenden einzeln dargestellt.

5.1.2 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1-U9

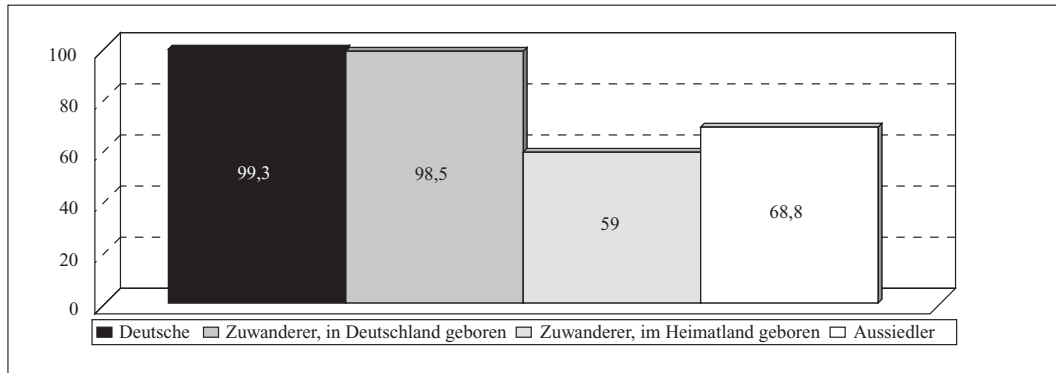
Die Ergebnisse der Früherkennungsuntersuchungen werden im folgenden graphisch dargestellt, die numerischen Ergebnisse wie auch der Anteil derjenigen Schulanfänger, die das Früherkennungsheft vorgelegt haben, sind dem Tabellenanhang zu entnehmen.

Die verschiedenen Früherkennungsuntersuchungen wurden bei den einzelnen Gruppen unterschiedlich häufig in Anspruch genommen (s. Abb. 5.1 bis 5.9). Die Untersuchungen U1-U7 wurden von einem hohen prozentualen Anteil der deutschen Schulanfänger (mehr als 90%) wahrgenommen. Auch bei den in Deutschland

geborenen Zuwanderern liegt der Anteil bis zur Untersuchung U3 bei über 90%, nimmt jedoch insgesamt bis auf ca. 55% bei der U9 ab. Aussiedler und im Heimatland geborene Zuwanderer weisen mit Werten von 65 bis 70% bzw. 55 bis 60% deutlich niedrigere Quoten auf. Mit der fortlaufenden Zahl der Untersuchungen vermindern sich die Unterschiede. So wird auch bei den Deutschen die U9 nur noch zu gut 80% wahrgenommen.

Vergleicht man die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U7 insgesamt, so zeigt sich, dass diese nur von gut der Hälfte der in Deutschland geborenen und von ca. einem Drittel der im Heimatland geborenen Kinder zugewanderter Familien komplett in Anspruch genommen wurden (vgl. Abb. 5.10). Dementsprechend beträgt auch die Quote bei den Aussiedlern nur 48,2%, während deutsche Kinder eine Quote von 91,7% aufweisen. Ein wesentliches Kriterium für diese Unterschiede dürfte die jeweilige Aufenthaltsdauer bzw. der Einwanderungszeitraum der Gruppen sein. Ein anderes Bild ergibt sich, wenn man die Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 zusammenfasst (vgl. Abb. 5.11). Auch hier ist die Inanspruchnahmequote bei Kindern deutscher Nationalität am höchsten. Die niedrigste Inanspruchnahmerate ist bei den im Heimatland geborenen Zuwanderern zu beobachten.

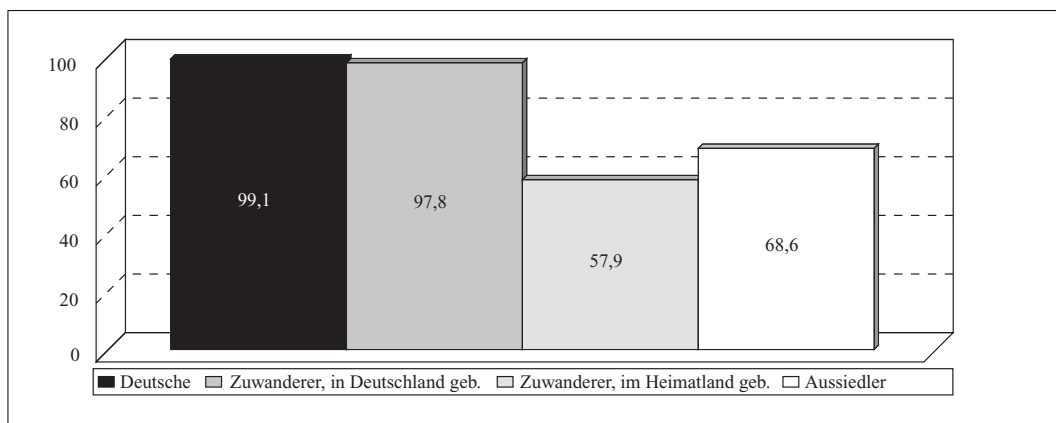
Abb. 5.1: Inanspruchnahme der U1 nach Staatsangehörigkeit (in %)



Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

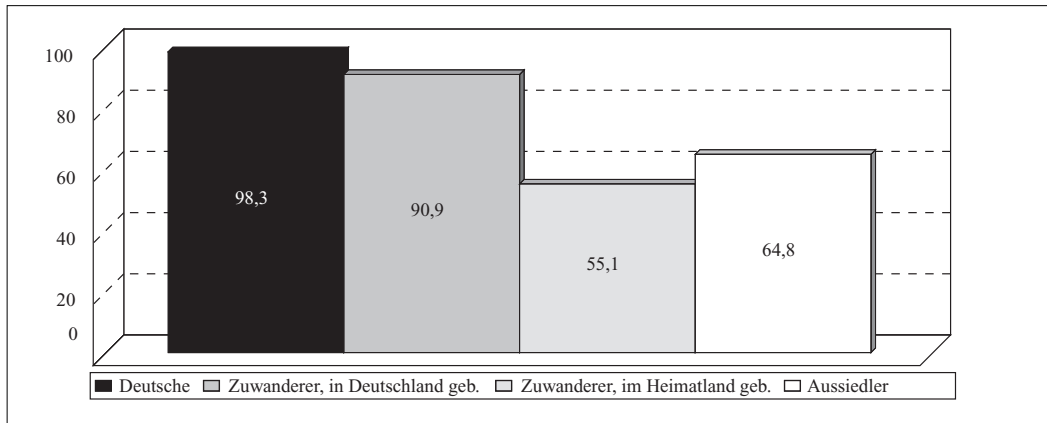
Abb. 5.2: Inanspruchnahme der U2 nach Staatsangehörigkeit (in %)



Quelle: LÖGD Bielefeld 1999
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

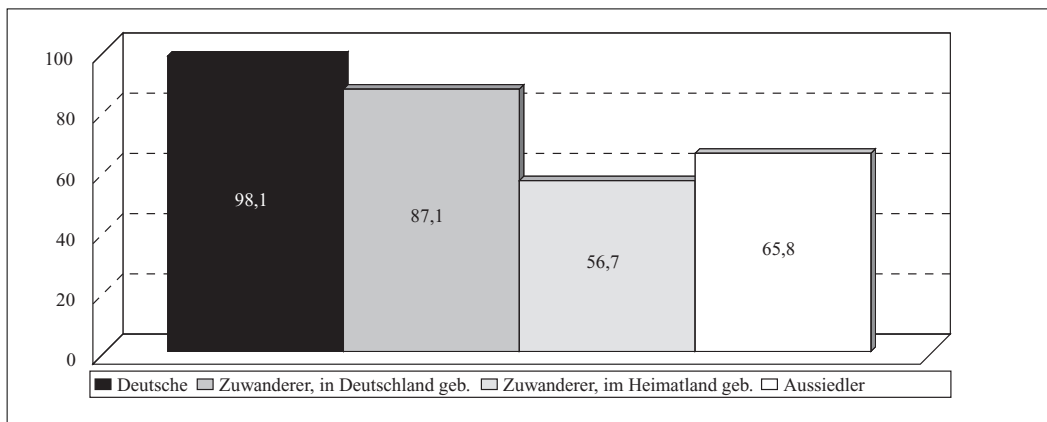
Abb. 5.3: Inanspruchnahme der U3 nach Staatsangehörigkeit (in %)



Quelle: LÖGD Bielefeld 1999
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

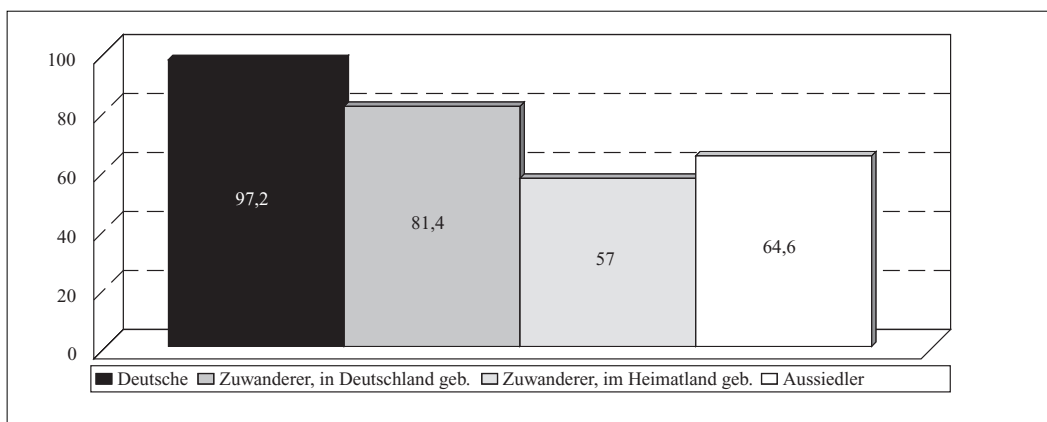
Abb. 5.4: Inanspruchnahme der U4 nach Staatsangehörigkeit (in %)



Quelle: LÖGD Bielefeld 1999
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

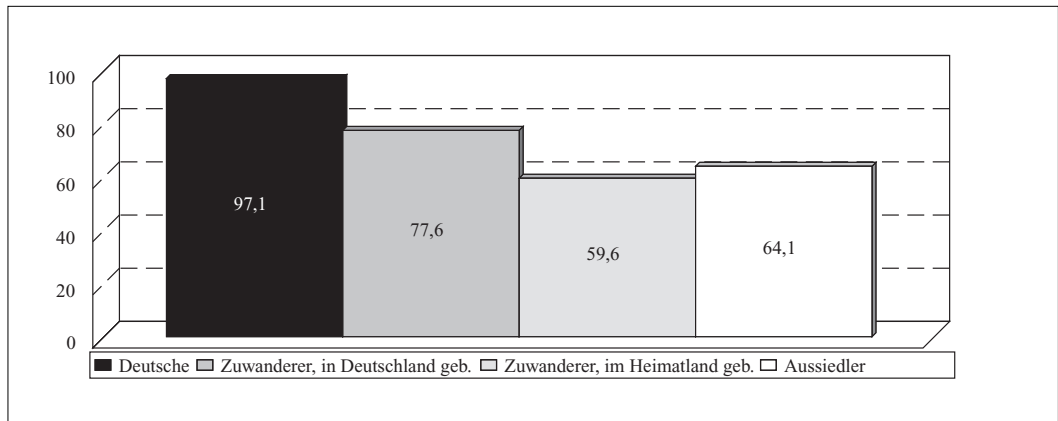
Abb. 5.5: Inanspruchnahme der U5 nach Staatsangehörigkeit (in %)



Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

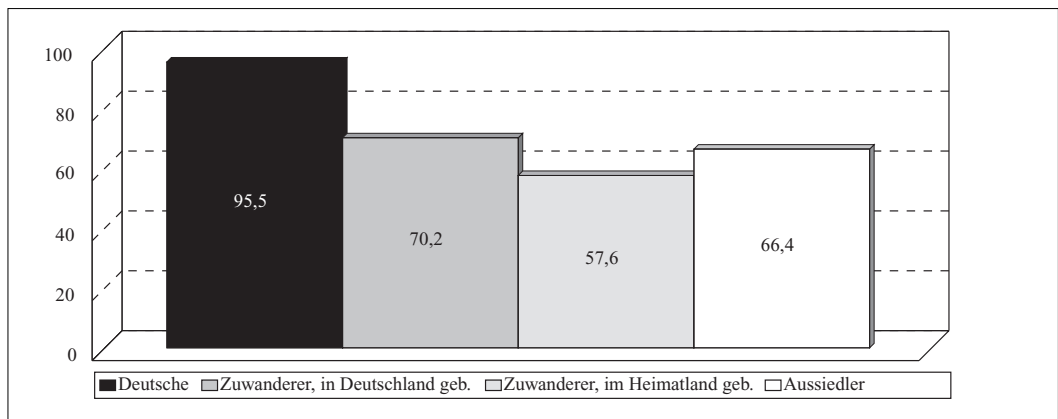
Abb. 5.6: Inanspruchnahme der U6 nach Staatsangehörigkeit (in %)



Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

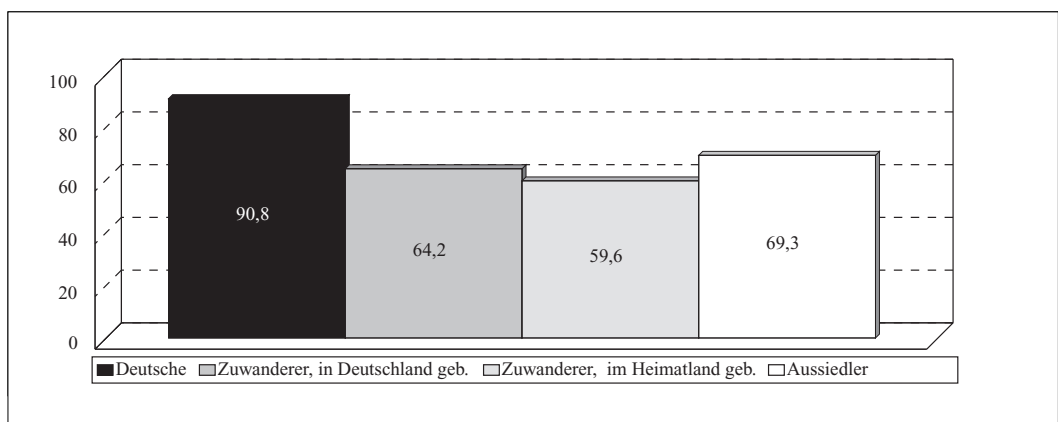
Abb. 5.7: Inanspruchnahme der U7 nach Staatsangehörigkeit (in %)



Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

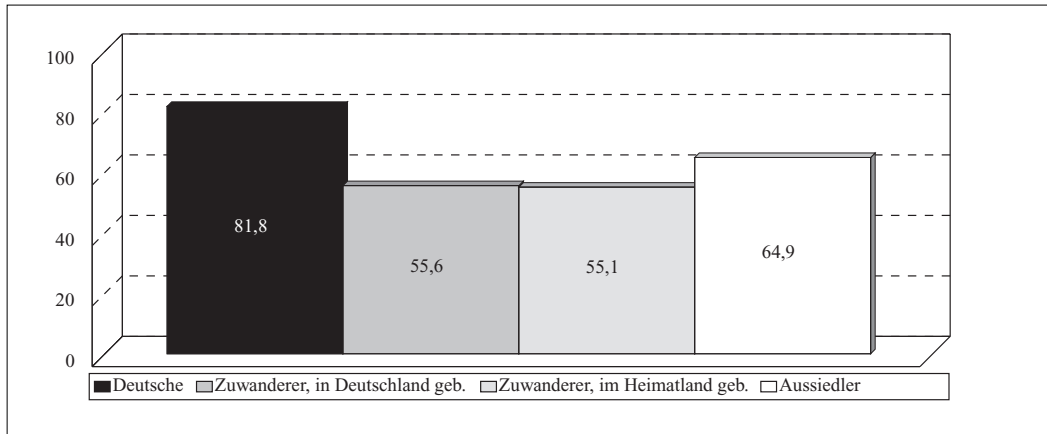
Abb. 5.8: Inanspruchnahme der U8 nach Staatsangehörigkeit (in %)



Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

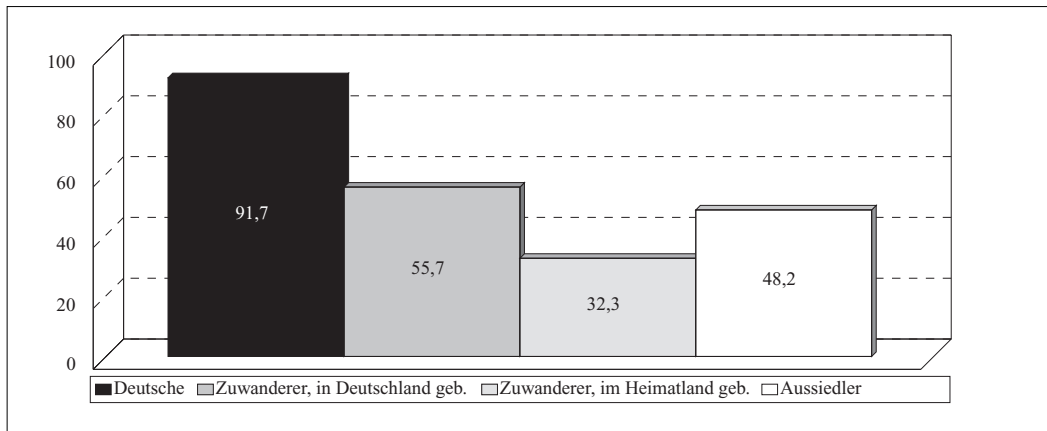
Abb. 5.9: Inanspruchnahme der U9 nach Staatsangehörigkeit (in %)



Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

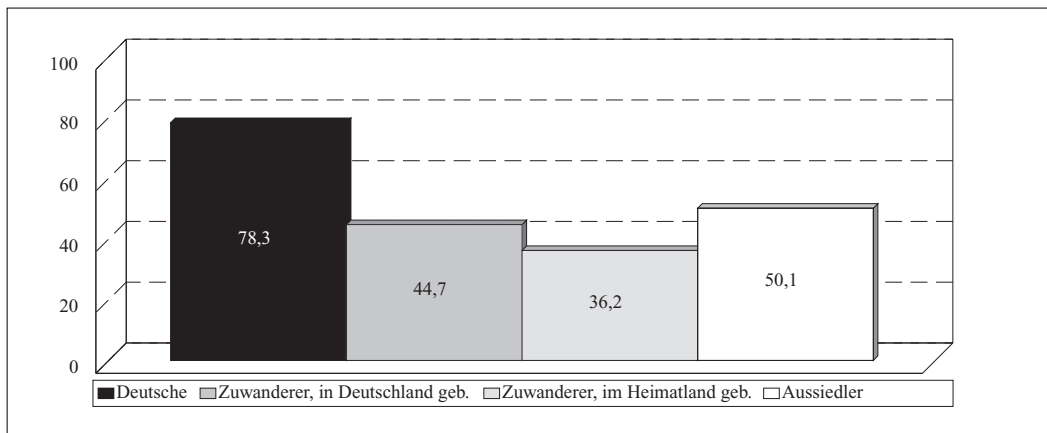
Abb. 5.10: Inanspruchnahme der U1-U7 nach Staatsangehörigkeit (in %)



Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Abb. 5.11: Inanspruchnahme der U8 und U9 nach Staatsangehörigkeit (in %)



Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

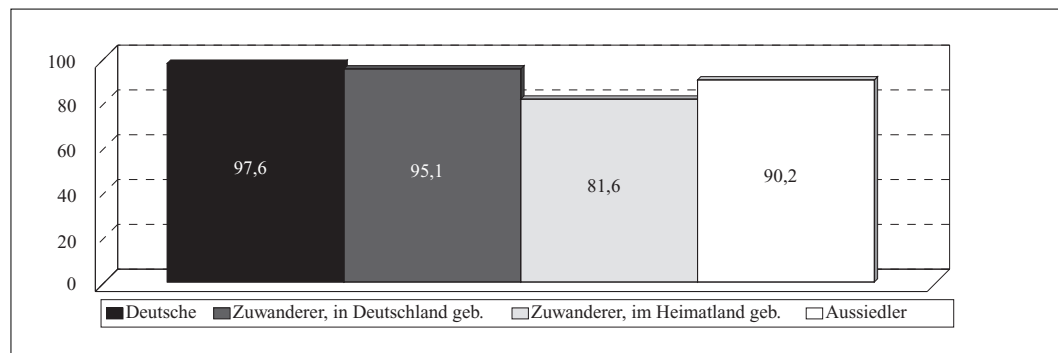
WIAD 1999

5.1.3 Schutzimpfungen

In der DSU wird die Anzahl der Schutzimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Polio, Masern, Mumps, Röteln, Tuberkulose (sog. BCG-Impfung), HIB¹ und Pertussis erfasst. Ein altersgemäß vollständiger Impfschutz ist dann gewährleistet, wenn gegen jede der Krankheiten Diphtherie, Tetanus, Polio, Masern, Mumps, Röteln, Pertussis und HIB die jeweils erforderliche Anzahl von Impfungen durchgeführt worden ist. Diese Angaben zum vollständigen Impfschutz richten sich nach den Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) an Robert Koch-Institut, die regelmäßig nach dem neuesten wissenschaftlichen Kenntnisstand aktualisiert werden. So wurde die Hepatitis-B-Schutzimpfung für Kinder und Jugendliche 1995 in den Impfkalender neu aufgenommen. Sie taucht jedoch bisher noch nicht als Impfquote in den Daten auf, da die untersuchten Schulanfänger dieser Empfehlung noch nicht unterliegen. Die Tabellen zu den folgenden Abbildungen sind dem Tabellenanhang zu entnehmen.

Ein wirksamer Schutz der gesamten Bevölkerung vor impfpräventablen Krankheiten setzt eine möglichst hohe Durchimpfungsrate (= 90% bzw. 95% bei Masern) voraus (vgl. Kirschner & Koch 1995). Die Durchimpfungsraten für Diphtherie (s. Abb. 5.12), Tetanus (s. Abb. 5.13) und Polio (s. Abb. 5.14) liegen bei allen Gruppen, außer bei den im Heimatland geborenen Zuwanderern (ca. 80%) bei gut 90% und entsprechen somit den allgemeinen Impfanforderungen.

Abb. 5.12: Vollständige Schutzimpfung gegen Diphtherie bei Schulanfängern nach Staatsangehörigkeit (in %)



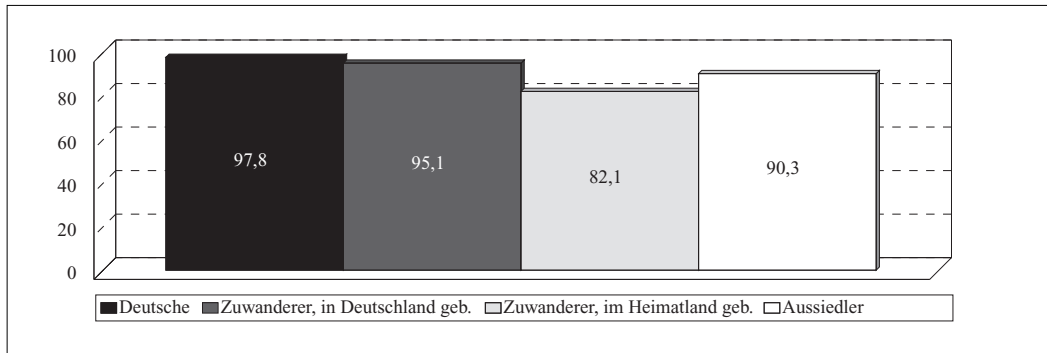
Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Bei der Schutzimpfung gegen Masern (d.h. mindestens eine Impfung, s. Abb. 5.15) hingegen liegt die Rate nur bei den deutschen Kindern bei knapp 90%. Die Aussiedlerkinder haben diesen Schutz immerhin noch zu gut 83%, während die im Heimatland geborenen Zuwandererkinder bei einer Quote von unter 80% liegen.

¹ Die Impfung gegen Haemophilus influenzae Typ B (HIB) wird erst seit 1990 wieder von der STIKO empfohlen.

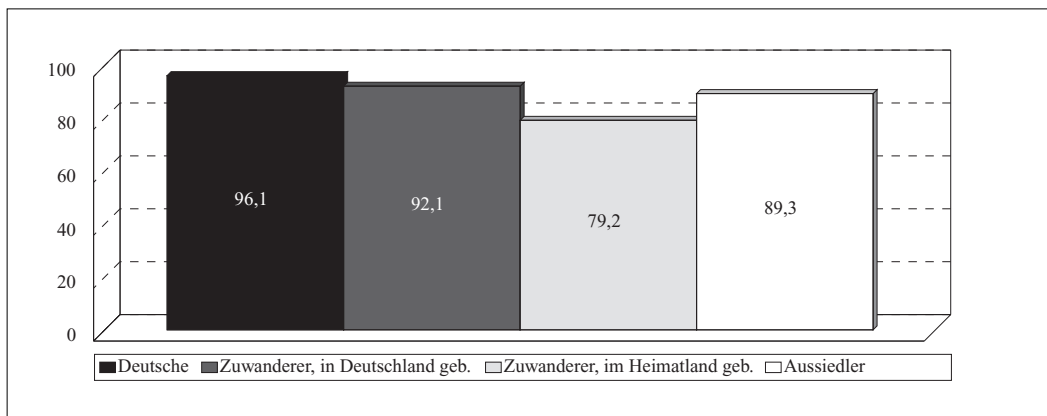
Abb. 5.13: Vollständige Schutzimpfung gegen Tetanus nach Staatsangehörigkeit (in %)



Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

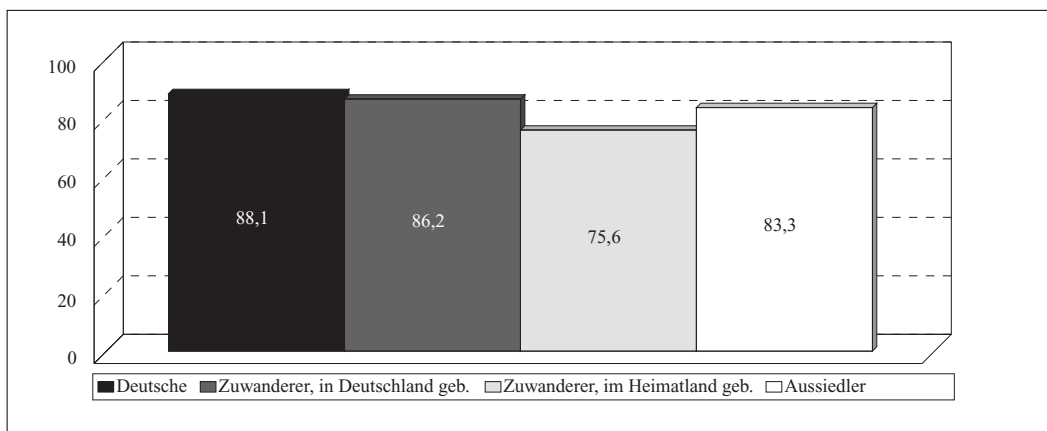
Abb. 5.14: Vollständige Schutzimpfung gegen Polio nach Staatsangehörigkeit (in %)



Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Abb. 5.15: Schutzimpfung gegen Masern nach Staatsangehörigkeit (in %)

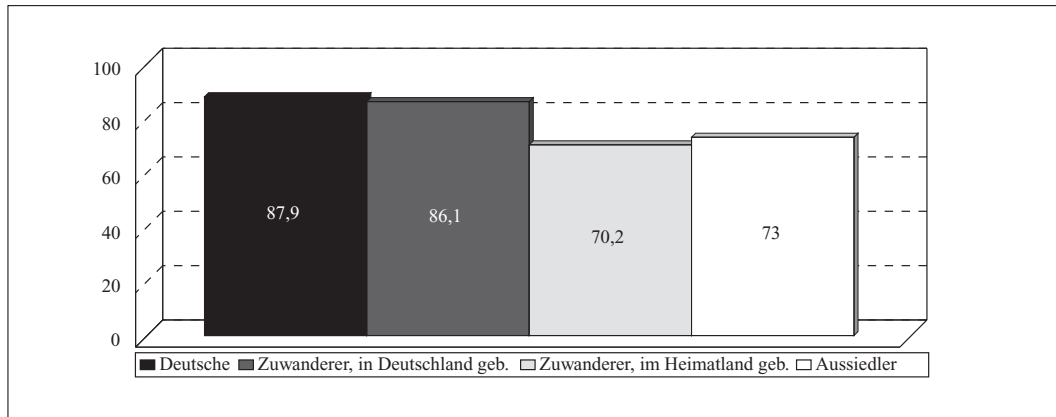


Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Bei der Schutzimpfung gegen Mumps (d.h. mindestens eine Impfung, s. Abb. 5.16) liegen die Impf-
raten der Kinder von Aussiedlern bei 73,0%. Die Raten für deutsche Kinder und Kinder von Zuwan-
derern liegen bei 88,0% und bei 86,1% bzw. 70,2%.

Abb. 5.16: Schutzimpfung gegen Mumps nach Staatsangehörigkeit (in %)

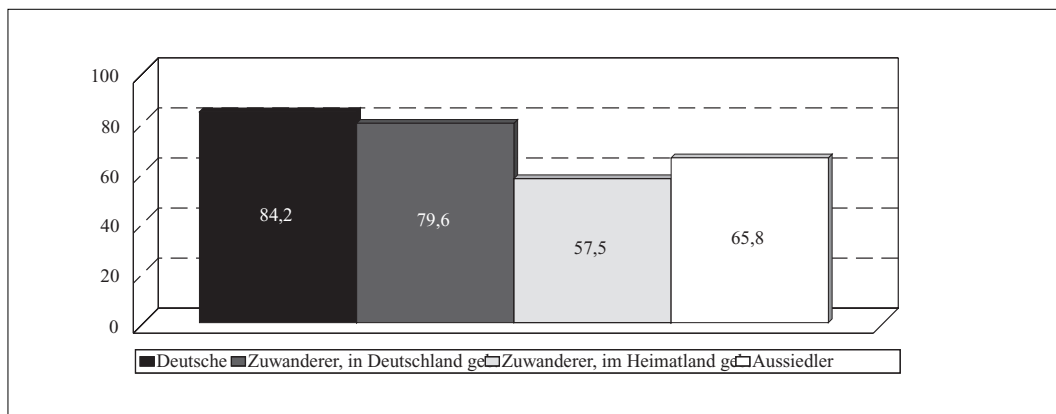


Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Um die Entwicklung der „etablierten“ Schutzimpfungen gesondert betrachten zu können, sind diese im Indikator „Schutzimpfung komplett“ zusammengefasst worden (s. Abb. 5.17). Abgesehen von den im Heimatland geborenen Zuwanderern ist verglichen mit 1994 die Quote derer, die diesen Impfschutz komplett verweisen können, mehr oder weniger stark angestiegen. Besonders die Gruppen Aussiedler und in Deutschland geborene Zuwanderer konnten ihre Raten hier deutlich steigern (um 10 bis 20%-Punkte). Die Tatsache, dass diese Steigerung verglichen mit den Quoten der einzeln erhaltenen Impfungen sehr stark ausfällt, lässt sich damit erklären, dass innerhalb dieser Gruppen neben den Quoten für einzelne Impfungen auch die Quote derjenigen zunimmt, die alle etablierten Impfungen vorweisen können.

Abb. 5.17: Schutzimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Polio, Masern und Mumps nach Staatsangehörigkeit (in %)



Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

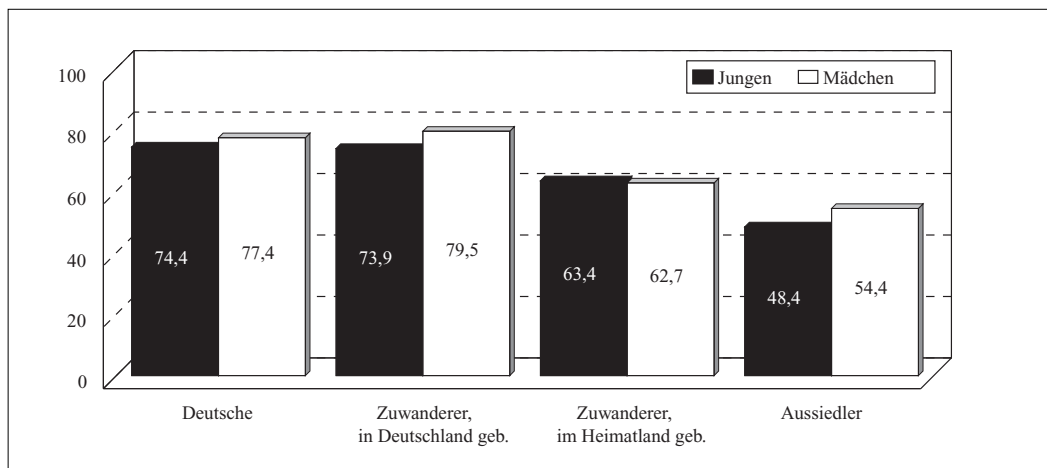
WIAD 1999

Bei den Schutzimpfungen gegen Röteln, Tuberkulose, Pertussis und HIB kann zusätzlich auch nach Geschlecht differenziert werden. Die Schutzimpfung gegen Röteln wurde lange Zeit schwerpunktmäßig nur bei jungen Mädchen in der Pubertät und bei Frauen vor der Schwangerschaft durchgeführt, damit befürchtete Kindeschädigungen bei einer Rötelninfektion während der Schwangerschaft (Rötelnembryopathie) vermieden werden konnten. Seit 1980 wird eine umfassende Durchimpfung aller Kinder (Jungen und Mädchen) empfohlen. Ein vollständiger Impfschutz gegen Röteln liegt bei Aussiedlern seltener vor. Der Anteil der Jungen, die diese Impfung bekommen haben, liegt zwar unter dem Anteil der Mädchen (s. Abb. 5.18), kann aber insgesamt als relativ hoch angesehen werden.

Abb. 5.18: Schutzimpfung gegen Röteln nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht (in %)

Quelle: LÖGD Bielefeld 1998

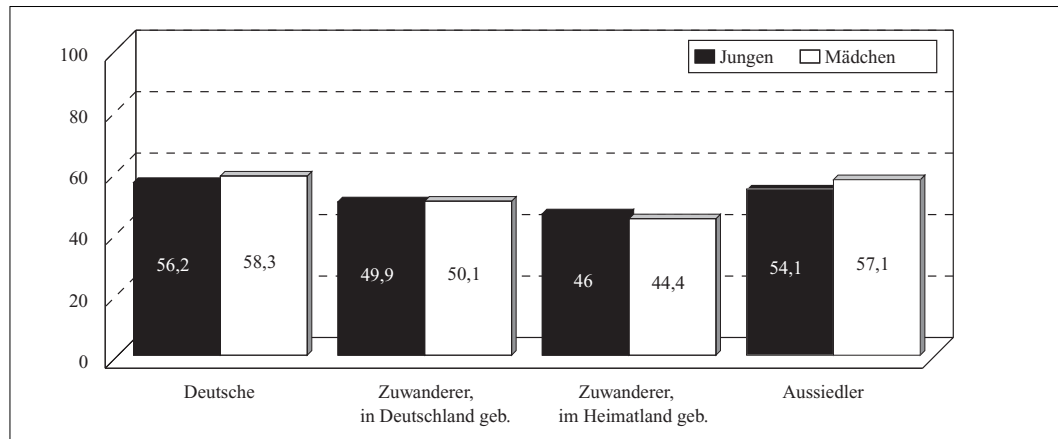
WIAD 1999



Raumbezug: NRW

Gegen Pertussis werden mittlerweile deutlich über 50% der deutschen Schulanfänger vollständig geimpft. Vor allem die Aussiedler weisen hier ähnlich hohe Quoten auf, wohingegen die Gruppen der Zuwanderer um bis zu 10% darunter liegen. Verglichen mit 1994 ergibt sich hier eine Steigerung um nahezu 50%-Punkte für die deutschen und in Deutschland geborenen Schulanfänger; andererseits wiesen die anderen Gruppen schon 1994 höhere Quoten auf und haben somit auch eine geringere Quotensteigerung zu verzeichnen.

Abb. 5.19: Vollständige Schutzimpfung gegen Pertussis (Keuchhusten) nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht (in %)

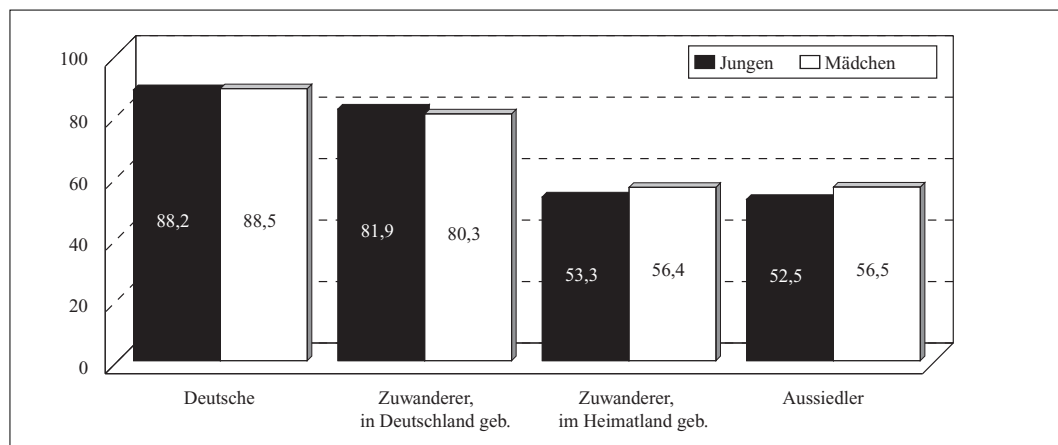


Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Die Schutzimpfung gegen Haemophilus influenzae Typ B (HIB) wird erst seit 1990 wieder von der Ständigen Impfkommission empfohlen. In der Zwischenzeit liegt die Impfquote bei den deutschen Schulanfängern und bei den in Deutschland geborenen Zuwanderern zwischen 80 und knapp 90%. Deutlich niedriger liegt dagegen die Quote bei den Aussiedlern und den im Heimatland geborenen Zuwanderern mit ca. 55%.

Abb. 5.20: Vollständige Schutzimpfung gegen Haemophilus influenzae Typ b (Hib) nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht (in %)



Quelle: LÖGD Bielefeld 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass weder die Deutschen noch die Zuwanderer die erforderlichen Durchimpfungsraten von über 90% bei allen Impfungen erreichen. Der Anteil derjenigen, die vollständig geimpft sind, liegt bei den Deutschen maximal bei 97,8% (Tetanus) und minimal ca. 57% (Pertussis). Ähnliche Ergebnisse sind bei den in Deutschland geborenen Zuwanderern (max. 95,1% bei Diphtherie und Tetanus und min. 50,0% bei Pertussis), bei den im Heimatland geborenen Zuwanderern (max. 82,1% bei Tetanus und min. ca. 45% bei Pertussis) und bei den Aussiedlern (max. 90,3% bei Tetanus und min. 48,4% bei Röteln) festzustellen.

Im Zeitvergleich mit Daten von 1994 zeigen sich durchgehende Steigerungsraten der Impfquote über alle Kategorien von Schulanfängern und Untersuchungen hinweg. Besonders stark fällt diese Steigerung bei den Aussiedlern aus, was darauf zurückzuführen ist, dass die Schulanfänger dieser Kategorie zunehmend in Deutschland geboren sind und sich damit verbunden auch das Inanspruchnahmeverhalten verändert. Deutlich geringer fällt die Steigerung besonders bei den im Heimatland geborenen Zuwanderern aus. Der Unterschied zwischen Zuwanderern und Deutschen bleibt grundsätzlich erhalten. Die geringe Quote bei den im Heimatland geborenen Zuwanderern ist jedoch nicht nur auf eine höhere Schwelle bei der Inanspruchnahme zurückzuführen, sondern auch darauf, dass sie seit Geburt an eine geringere Aufenthaltsdauer in Deutschland vorweisen als die anderen Gruppen und daher auch die hier angebotenen Dienste nicht in vollem Umfang in Anspruch nehmen konnten bzw. die eventuell schon im Herkunftsland durchgeführten Impfungen nicht entsprechend dokumentiert wurden.

Auffällig ist zudem, dass die in Deutschland geborenen Zuwanderer über alle Impfkategorien hinweg (außer Tuberkulose) teilweise deutlich niedrigere Impfquoten aufweisen als die deutschen Schulanfänger, obwohl für beide Gruppen von Geburt an dasselbe Angebot zum Impfschutz besteht. Im Zeitvergleich mit Daten von 1994 zeigt sich bei allgemeinen Steigerungsraten keine nennenswerte Verbesserung dieser Quotendifferenz. Der Unterschied von Deutschen und in Deutschland geborenen Zuwanderern deutet auf ein abweichendes Inanspruchnahmeverhalten von Zuwanderern bzgl. Gesundheitsleistungen hin, zu deren Nutzung sie in gleicher Weise berechtigt sind.

Bei Schulanfängern, die im Heimatland geboren sind, zeigt sich im Zeitvergleich ein uneinheitliches Bild. Während sich bei einigen Impfkategorien Zuwachsraten verzeichnen lassen, nimmt die Quote bei anderen Impfungen ab. Dies ist mit der Tatsache in Verbindung zu bringen, dass die Zusammensetzung von Zuwanderern beispielsweise aufgrund von Flüchtlingströmen stark variieren kann. Die Impfquote der im Heimatland geborenen Schulanfänger ist andererseits stark von den Regelungen der jeweiligen Herkunftsländer abhängig.

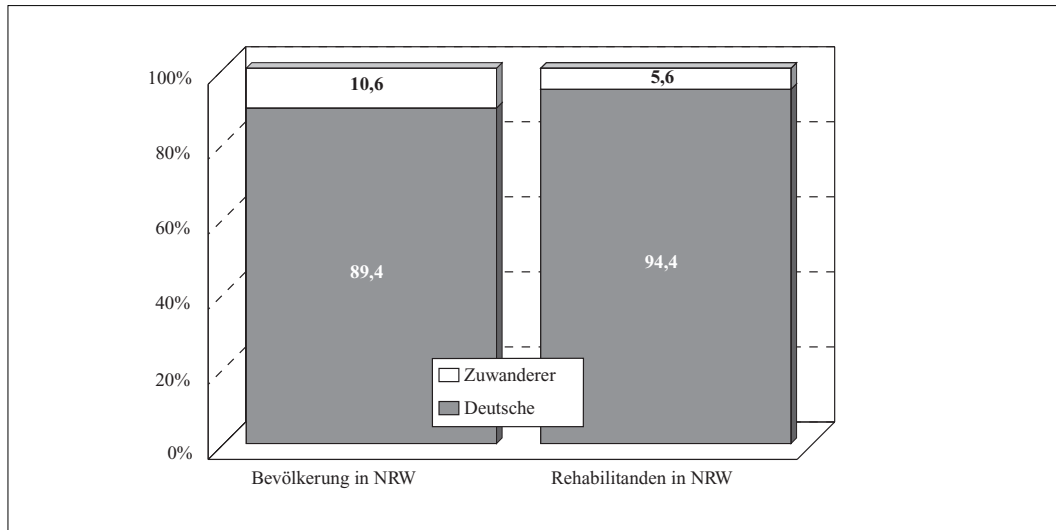
5.2 Reha-Fälle und Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen

5.2.1 Grundlegende Merkmale der Rehabilitanden: Deutsche und Zuwanderer im Vergleich

Die Daten der amtlichen Rehabilitationsstatistik beziehen sich auf Maßnahmen zur (Wieder-) Eingliederung von Behinderten oder von Behinderung bedrohter Personen in das berufliche und soziale Leben. 1993 nahmen in Nordrhein-Westfalen 367.937 Deutsche (94,4%) und 21.966 Zuwanderer (5,6%) Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch. Abbildung 5.21 stellt den Anteil der Zuwanderer an der Gesamtbevölkerung und an den durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen in Nordrhein-Westfalen dar.

Es wird deutlich, dass der Anteil der Zuwanderer an den Rehabilitanden deutlich niedriger ist als deren Bevölkerungsanteil. Dieser Trend ist in den letzten vier Jahren gleich geblieben (s. Tab. 5.1). Seit 1990 ist ein leichter Anstieg der Rehabilitandenzahlen in beiden Bevölkerungsgruppen zu beobachten. Das Verhältnis von knapp 2:1 zugunsten der Deutschen hat sich jedoch nicht geändert.

Abb. 5.21: Bevölkerung und Rehabilitanden nach Staatsangehörigkeit



Quelle: LDS NRW 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Tab. 5.1: Anteile der Rehabilitanden in der deutschen und zugewanderten Bevölkerung 1990-1993

Jahr	Deutsche			Zuwanderer		
	Einwohner	Rehafälle	%	Einwohner	Rehafälle	%
1990	17.349.651	328.585	1,9	1.612.282	17.451	1,1
1991	17.509.866	353.359	2,0	1.732.222	18.738	1,1
1992	17.679.166	379.147	2,1	1.853.464	20.830	1,1
1993	17.759.300	367.937	2,1	1.927.619	21.966	1,1

Quelle: LDS NRW 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Die stärkere Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen durch die deutsche Bevölkerung ist u.a. bedingt durch die Unterschiede in der Altersstruktur zwischen deutscher und nicht-deutscher Bevölkerung (der Anteil der höheren Altersgruppen ist bei den Zuwanderern niedriger, s. Abschnitt 3.4). Zum Teil mag dieser Unterschied auch auf die sogenannte positive Selektion vor der Einwanderung zurückzuführen sein („Healthy Migrant Effect“). Das Inanspruchnahmeverhalten der zugewanderten Versicherten und Zugangsbarrieren dürften ebenfalls eine, anhand der vorliegenden Daten allerdings nicht näher quantifizierbare, Rolle spielen.

Die Anzahl der Rehabilitanden und deren Altersverteilung stellt einen wichtigen Indikator für die Inanspruchnahme von Leistungen dar. In Tabelle 5.2 sind die Ergebnisse bezüglich des Indikators 7.20² differenziert nach Staatsangehörigkeit dargestellt. Die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen werden gesondert aufgeführt, da diese den größten Anteil der Leistungen ausmachen und fast ausschließlich stationär durchgeführt werden.

1 Ergebnis der amtlichen Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

2 Indikatorensetz für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder (Stand August 1991)

Tab. 5.2: Indikator 7.20: Rehabilitanden nach Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen (alle Träger)

Alter	Zuwanderer				Deutsche			
	Reha ges.		Med. Reha		Reha ges.		Med. Reha	
	n	%	n	%	n	%	n	%
unter 6	173	0,8	53	0,4	1.575	0,4	592	0,2
6 < 18	1.268	5,8	316	2,1	8.049	2,2	3.504	1,2
18 < 25	2.201	10,0	441	2,9	16.477	4,4	4.088	1,5
25 < 35	2.377	10,8	1.335	8,9	40.332	11,0	21.080	7,3
35 < 45	3.929	17,9	2.964	19,6	52.612	14,3	39.903	13,8
45 < 55	7.549	34,4	5.996	39,7	94.241	25,6	82.258	28,5
55 < 60	3.181	14,5	2.754	18,2	69.012	18,8	63.762	22,1
60 < 62	533	2,4	491	3,3	13.611	3,7	13.016	4,5
62 < 65	322	1,5	309	2,1	14.436	3,9	13.921	4,8
>65	434	2,0	410	2,7	57.592	15,7	46.678	16,2
Gesamt	21.967	100,0	15.069	100,0	367.937	100,0	288.802	100,0

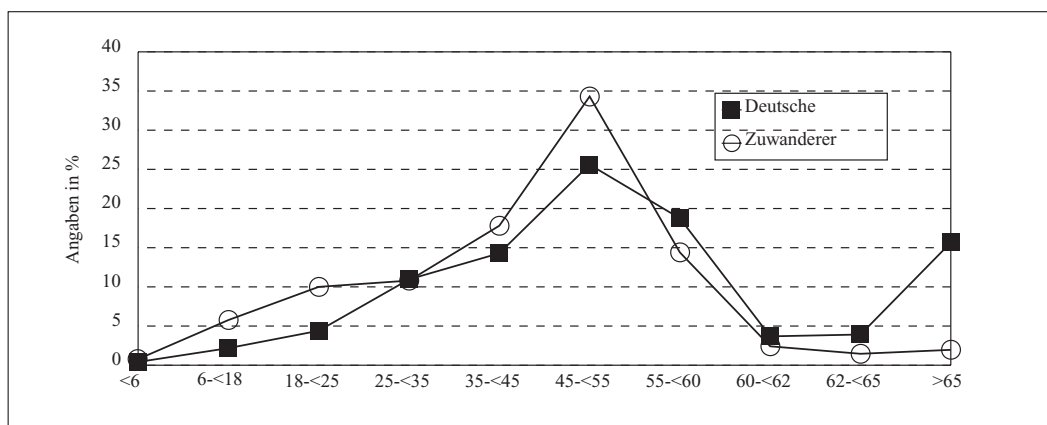
Quelle: LDS NRW 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Die am stärksten vertretene Altersgruppe bei den medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen ist sowohl bei den Deutschen als auch bei den Zuwanderern die Gruppe der 45- bis 50jährigen. Diese Altersgruppe macht allerdings bei den Zuwanderern 39,7% aus und bei den Deutschen lediglich 28,5%. Demgegenüber ist die Altersgruppe der über 65-Jährigen bei den Deutschen mit 16,2% vertreten, bei Zuwanderern mit nur 2,7%. Insgesamt zeigt sich bei den Zuwanderern eine im Vergleich stärkere Konzentration auf die jüngeren und mittleren Erwerbsjahrgänge, während bei den Deutschen deutlich höhere Anteile auch auf die älteren Jahrgänge entfallen.

Abbildung 5.22 stellt Rehabilitanden in Nordrhein-Westfalen im Jahr 1993 nach Alter und Staatsangehörigkeit graphisch dar. Hierbei handelt es sich um die prozentualen Anteile der jeweiligen Altersgruppe in der Rehabilitationspopulation. Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sind nicht nur in Bezug auf die Abweichungen hinsichtlich des Altersaufbaus der zugewanderten bzw. deutschen Bevölkerung zu diskutieren, sondern auch unter Berücksichtigung der Ursachen der Behinderung in beiden Gruppen. Auf diese Aspekte wird im folgenden näher eingegangen. Aufgrund der oft sehr geringen Fallzahlen bei den Zuwanderern ist auf die Darstellung der Rehabilitationsfälle pro 1.000 Personen der jeweiligen Altersgruppe (tatsächliche Inanspruchnahmeraten) verzichtet worden.

Abb. 5.22: Deutsche und nicht-deutsche Rehabilitanden: prozentuale Anteile der jeweiligen Altersgruppen



Quelle: LDS NRW 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

5.2.2 Arten der Behinderung und Rehabilitationsmaßnahmen

Tabelle 5.3 differenziert die Daten aus der amtlichen Rehabilitationsstatistik nach Behandlungsdiagnose und Staatsangehörigkeit. Es wird deutlich, dass der häufigste Anlaß für Rehabilitationsmaßnahmen in beiden Gruppen Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes sind. In der deutschen Population folgen dann Neubildungen, Herzkrankheiten und sonstige Neurosen, während bei den Zuwanderern an zweiter Stelle umschriebene Entwicklungsrückstände mit 8,4% im Jahre 1993 stehen (bei den Deutschen machen diese lediglich 2,3% aus). Diese werden von Herzkrankheiten und sonstigen Neurosen gefolgt. Schädelfrakturen und sonstige Verletzungen machen bei den Zuwanderern einen größeren Anteil aus als bei den Deutschen, was, wie spätere Analysen zeigen werden, hauptsächlich auf Arbeitsunfälle zurückzuführen ist. Bezogen auf den zeitlichen Verlauf (1990 - 1993) sind i.d.R. leichte Abnahmen bei beiden Rehabilitationsanlässen in der Gruppe der Zuwanderer zu beobachten.

Tab. 5.3: Rehabilitanden nach Behandlungsdiagnose und Staatsangehörigkeit (1990-1993)

Diagnosegruppe	1990				1991			
	Deutsche		Zuwanderer		Deutsche		Zuwanderer	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	122.411	37,3	6.613	37,9	136.905	38,7	7.676	41,0
Neubildungen	17.576	5,4	444	2,5	27.727	7,9	619	3,3
Herzkrankheiten	24.987	7,6	1.051	6,0	27.868	7,9	1.241	6,6
Sonstige Neurosen	20.609	6,3	787	4,5	22.526	6,4	958	5,1
Krankheiten der Atmungsorgane	17.770	5,4	1.006	5,8	19.657	5,6	1.107	5,9
Schädelfrakturen	14.404	4,4	1.130	6,5	13.699	3,9	1.027	5,5
Sonstige Krankheiten des Kreislaufsystems	10.394	3,2	334	1,9	11.837	3,4	393	2,1
Sonstige Verletzungen	16.305	5,0	1.132	6,5	11.878	3,4	841	4,5
Hypertonie und Hochdruck	10.332	3,1	339	1,9	10.582	3,0	347	1,9
Krankheiten der Verdauungsorgane	8.289	2,5	668	3,8	8.245	2,3	613	3,3
Umschriebene Entwicklungsrückstände	10.127	3,1	1.607	9,2	8.770	2,5	1.841	9,8
Diagnosegruppe	1992				1993			
	Deutsche		Zuwanderer		Deutsche		Zuwanderer	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	149.736	39,5	8.576	41,1	149.575	40,6	9.051	41,2
Neubildungen	32.639	8,6	933	4,5	30.970	8,4	898	4,1
Herzkrankheiten	28.783	7,6	1.375	6,6	26.209	7,1	1.355	6,2
Sonstige Neurosen	24.913	6,5	1.228	5,9	25.750	7,0	1.409	6,4
Krankheiten der Atmungsorgane	21.508	5,6	1.223	5,9	19.735	5,4	1.203	5,5
Schädelfrakturen	13.415	3,5	932	4,5	13.580	3,7	1.168	5,3
Sonstige Krankheiten des Kreislaufsystems	12.179	3,2	404	1,9	11.125	3,0	399	1,8
Sonstige Verletzungen	11.786	3,1	842	4,0	11.646	3,2	882	4,0
Hypertonie und Hochdruck	10.732	2,8	393	1,9	9.377	2,6	423	1,9
Krankheiten der Verdauungsorgane	8.177	2,2	567	2,7	6.946	1,9	522	2,4
Umschriebene Entwicklungsrückstände	8.039	2,1	1.753	8,4	8.490	2,3	1.839	8,4

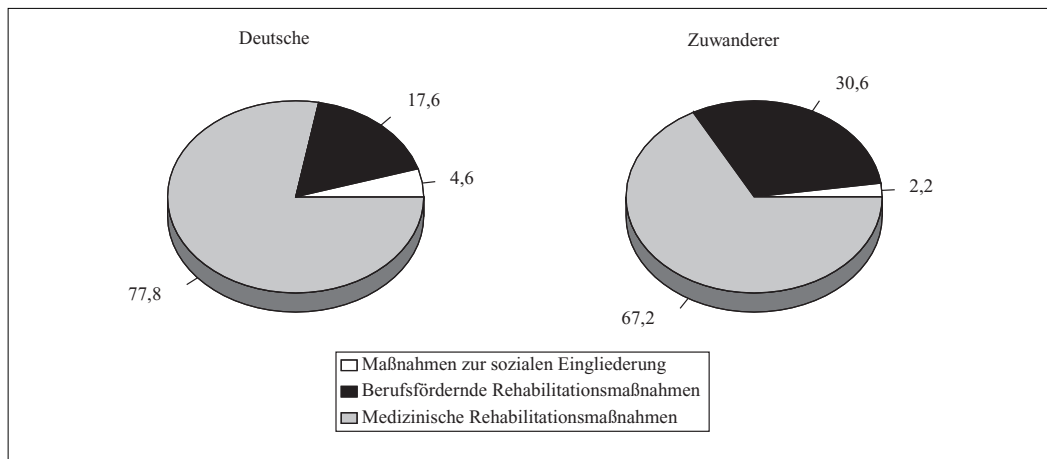
Quelle: LDS NRW 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1996

Die wachsenden prozentualen Anteile von Krebskranken an Rehabilitanden (bei Deutschen von 5,4% im Jahr 1990 auf 8,4% im Jahr 1993 und bei Zuwanderern von 2,5% im Jahr 1990 auf 4,1% im

Jahr 1993) deuten auf eine steigende Zahl der Wiedereingliederung von krebserkrankten Zuwanderern in das berufliche und soziale Leben hin. Diese Rehabilitationsmaßnahmen werden aber von Deutschen immer noch zweimal häufiger wahrgenommen. Zwar liegen keine nationalitätsspezifischen Morbiditätsdaten vor, aber der Todesursachenstatistik ist zu entnehmen, dass die deutsche Population nicht häufiger von Krebserkrankungen betroffen ist als die der Zuwanderer (Korporal & Geiger, 1990). Demgegenüber machen medizinische Rehabilitationsmaßnahmen bei Zuwanderern mit 67,2% im Vergleich zu Deutschen (77,8%) im gesamten Rehabilitationsgeschehen einen geringeren Anteil aus. Dafür werden bei Zuwanderern berufsfördernde Rehabilitationsmaßnahmen in 30,6% und bei Deutschen in 17,6% der Fälle durchgeführt (s. Abbildung 5.24).

Abb. 5.23: Rehabilitanden nach Rehabilitationsmaßnahmen (in %)



Quelle: LDS NRW 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

In Tabelle 5.4 sind die Ursachen der Behinderung aufgeführt, die 1993 in Nordrhein-Westfalen bei Deutschen und Zuwanderern berufsfördernde Rehabilitationsmaßnahmen zur Folge hatten. Die häufigste Ursache der Behinderung, die zu berufsfördernden Rehabilitationsmaßnahmen führte, sind allgemeine Krankheiten.¹ An zweiter Stelle sind sonstige und mehrere Ursachen bei Zuwanderern stärker vertreten als bei Deutschen. Dies sind insbesondere Selbstbeschädigung, Selbstverstümmelung sowie Ursachen, die nicht angegeben oder nicht zu ermitteln sind. Der Anteil der Arbeitsunfälle als Ursache für eine berufsfördernde Rehabilitationsmaßnahme ist bei Zuwanderern höher als bei Deutschen.

¹ Allgemeine Krankheiten = alle Krankheiten, die nicht als Berufskrankheiten anerkannt sind und nicht angeboren sind (inkl. Impfschäden).

Tab. 5.4: Berufsfördernde Rehabilitationsmaßnahmen nach Ursache der Behinderung

Ursache der Behinderung	Deutsche		Zuwanderer	
	n	%	n	%
Vor der Geburt entstandene Behinderung	2.621	4,0	278	4,1
Bei der Geburt entstandene Behinderung	338	0,5	28	0,4
Arbeitsunfall	3.301	5,0	604	8,8
Wegeunfall	636	1,0	51	0,7
Betriebswegeunfall	83	0,1	7	0,1
Verkehrsunfall	588	0,9	32	0,5
Häuslicher Unfall	100	0,2	11	0,2
Sonstige Unfälle	485	0,7	36	0,5
Anerk. Kriegs- und Zivildienstbeschäd.	100	0,1	0	0,0
Allgemeine Krankheiten	30.705	46,9	2.627	38,2
Berufskrankheiten	2.041	3,1	104	1,5
Sonstige und mehrere Ursachen	24.511	37,4	3.091	45,0
Gesamt	65.509	100,0	6.869	100,0

Quelle: LDS NRW 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Allgemein weisen die Versicherungsträger auf eine Zunahme der berufsfördernden Rehabilitationsmaßnahmen hin (Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften, 1991). Von 1982 auf 1985 war eine Zunahme für diesen Rehabilitationsbereich von 44% feststellbar, und von 1985 bis 1990 war wiederum eine Steigerung von 26,7% zu beobachten. Ein überproportionaler Anstieg von 1985 auf 1990 ist bei den qualifizierten berufsfördernden Rehabilitationsmaßnahmen (Anpassung/Anlernung, Ausbildung, Umschulung und Fortbildung) erkennbar. Da die amtliche Rehabilitationsstatistik die berufsfördernden Rehabilitationsmaßnahmen nicht nach Art der Maßnahmen und Staatsangehörigkeit differenziert, können hierzu keine weiteren Aussagen gemacht werden.

In ihrer Analyse von Daten zur gesundheitlichen Lage der zugewanderten Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland kommen Geiger und Korporal (1990) zu dem Schluss, dass sich bei den beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherung Ausbildungsmaßnahmen häufiger auf Deutsche erstrecken und Umschulungsmaßnahmen eher auf Rehabilitanden anderer Nationalität, und zwar hier insbesondere auf Zuwanderer aus dem ehemaligen Jugoslawien unter Einschluss von Eingliederungshilfen. Insgesamt sind die berufsfördernden Rehabilitationsmaßnahmen bei Zuwanderern seltener als bei deutschen Rehabilitanden und auch die Ziele der Maßnahmen werden insgesamt bei Zuwanderern in geringerem Umfang erreicht als bei Deutschen. Dies wird durch die Analyse der Ergebnisse der Rehabilitationsmaßnahmen in Nordrhein-Westfalen bestätigt. Die Ergebnisse sind der Tabelle 5.5 zu entnehmen.

Tab. 5.5: Rehabilitanden nach Staatsangehörigkeit und Ergebnis der Rehabilitationsmaßnahmen

Maßnahmen	Insgesamt		Eingl., Forts., Aufn. der Tätig- keit erreicht		Eingl., Forts., Aufn. der Tätigk. möglich		nach weiteren Maßnahmen möglich		wegen vorzeiti- gen Abbruch nicht möglich		aus sonstigen Gründen nicht möglich		aus gesundheit- lichen Gründen nicht möglich		ohne Angabe	
	D	Z	D	Z	D	Z	D	Z	D	Z	D	Z	D	Z	D	Z
medizinische	296.097	16.199	284.394	14.530	0	0	7.193	1.232	1.031	5	247	20	953	64	2.279	348
%	100	100	96,0	89,1	0,4	0	12,4	7,6	0,3	0,0	0,1	0,1	0,3	0,4	0,8	2,1
berufsfördernde	81.509	7.919	39.970	3.090	3.517	244	5.307	510	2.250	288	26.406	3.313	1.25	21	3.934	447
%	100	100	49,0	39,0	4,3	3,1	6,5	5,9	2,8	3,1	32,3	41,8	0,2	0,2	4,8	5,6
soziale Eingl.	17.379	504	3769	309	0	0	243	17	24	6	424	51	1.078	48	11.841	73
%	100	100	21,7	61,3	0	0	1,3	3,4	0,1	1,2	2,4	9,9	6,2	9,5	68,1	14,0
Insgesamt	394.985	24.622	328.133	17.929	3.517	244	12.743	1.759	3.305	299	27.077	3.384	2.156	133	18.054	868
%	100,0	100,0	83,1	72,8	0,9	0,9	3,2	7,1	0,8	1,2	6,8	13,7	0,5	0,5	4,5	3,5

(D = Deutsche, Z = Zuwanderer)

Quelle: LDS NRW 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Insgesamt wurden alle Rehabilitationsmaßnahmen zur sozialen Eingliederung, Fortsetzung oder Aufnahme einer Tätigkeit bei Deutschen in 83,1% der Fälle erfolgreich abgeschlossen und bei den Zuwanderern nur in 72,8% der Fälle. Für die geringere Erfolgsquote bei Zuwanderern ist verantwortlich, dass das Rehabilitationsergebnis entweder erst nach weiteren Maßnahmen erreicht werden kann oder „aus sonstigen Gründen“ nicht möglich ist. Auch die Zahl der vorzeitigen Abbrüche liegt bei Zuwanderern höher. In beiden Gruppen werden am häufigsten berufsfördernde Rehabilitationsmaßnahmen abgebrochen. Die Maßnahmen zur sozialen Eingliederung werden insgesamt bei Zuwanderern seltener durchgeführt, sind aber in 61,3% der Fälle erfolgreich. Die entsprechende Erfolgsquote bei Deutschen liegt hier mit 21,7% wesentlich niedriger.

5.2.3 Träger der Rehabilitationsmaßnahmen

Betrachtet man die Träger der Rehabilitationsmaßnahmen, so fällt auf, dass diese bei Zuwanderern doppelt so häufig von der Unfallversicherung getragen werden wie in der Gruppe der Deutschen und ebenfalls häufiger von der Arbeitsförderungshilfe. Detaillierte Angaben zu Trägerschaften von Rehabilitationsmaßnahmen sind der Tabelle 5.6 zu entnehmen (entsprechend dem Indikator 7.19 nach dem Indikatorensetz für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder).

Tab. 5.6: Rehabilitanden nach Trägerschaften

Träger	Deutsche		Zuwanderer	
	n	%	n	%
Gesetzl. Krankenversicherung	51.103	13,9	808	3,7
Gesetzl. Unfallversicherung	15.383	4,2	1.817	8,3
Gesetzl. Rentenversicherung	226.891	61,7	13.109	59,7
Kriegsopfer Versorgung	15.505	4,2	22	0,1
Arbeitsförderungshilfe	52.062	14,2	5.235	23,8
Sozialhilfe	6.993	1,9	975	4,4
Gesamt	367.937	100,0	21.966	100,0

Quelle: LDS NRW 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Im Jahr 1983 wurden lediglich 31,4% aller Rehabilitationsmaßnahmen von der Gesetzlichen Rentenversicherung getragen. In den folgenden Jahren hat sich dieser Anteil auf 60,9% (1986) nahezu verdoppelt, aber auch die Anteile, die durch die Gesetzliche Unfallversicherung und die Bundesanstalt für Arbeit getragen wurden, haben zugenommen (Korporal & Geiger, 1990). Die

Daten aus der Tabelle 5.6 zeigen, dass 1993 ca. 60% der Rehabilitationsmaßnahmen sowohl bei Deutschen als auch bei Zuwanderern von der Gesetzlichen Rentenversicherung getragen werden. Bei Zuwanderern werden die Rehabilitationsleistungen zweimal häufiger von der Unfallversicherung übernommen als bei Deutschen und ebenfalls häufiger von der Sozialhilfe.

Tabelle 5.7 zeigt die Anteile der Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen an den Rehabilitanden, differenziert nach Nationalität und Geschlecht. Es wird deutlich, dass der Anteil der zugewanderten erwerbstätigen Männer unter den Rehabilitanden deutlich höher ist als der Anteil der erwerbstätigen weiblichen Zuwanderer.

Tab. 5.7: Rehabilitanden nach Erwerbstätigkeit und Geschlecht

Deutsche					
Geschlecht	erwerbstätig	nicht erwerbstätig	ohne Angaben	gesamt	%
Männlich	152.911	60.256	3.038	216.205	58,8
Weiblich	85.695	64.158	1.879	151.732	41,2
Gesamt	238.606	124.414	4.917	367.937	100,0
%	64,9	33,8	1,3	100,0	94,4
Zuwanderer					
Geschlecht	erwerbstätig	nicht erwerbstätig	ohne Angaben	gesamt	%
Männlich	12.030	3.375	283	15.688	71,4
Weiblich	4.002	2.135	141	6.278	28,5
Gesamt	16.032	5.510	424	21.966	100,0
%	73,0	25,1	1,9	100,0	5,6

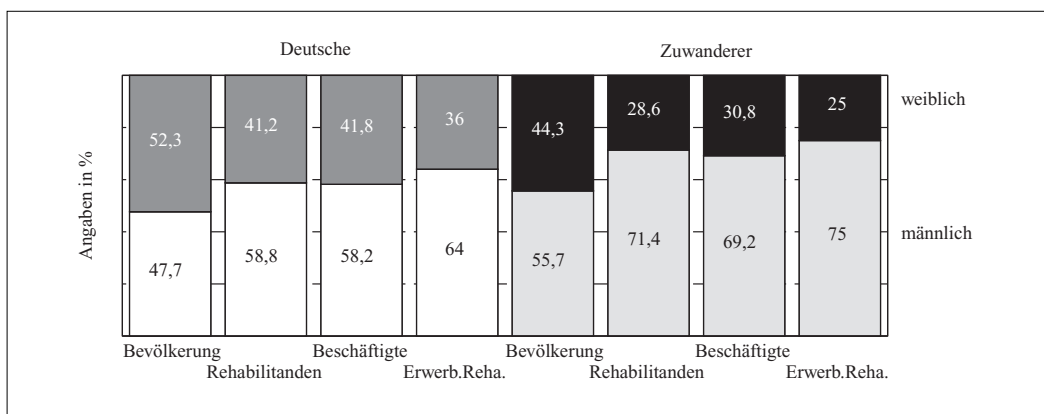
Quelle: LDS NRW 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Die Geschlechtsverteilung in der Population der erwerbstätigen Zuwanderer kommt der Verteilung in der Population der erwerbstätigen zugewanderten Rehabilitanden näher (s. Abb. 5.24). Der Frauenanteil bei den zugewanderten Beschäftigten liegt bei 30,8% und der Anteil der Frauen an den zugewanderten erwerbstätigen Rehabilitanden bei 25,0%. Bei Deutschen beträgt der Anteil der Frauen an den Rehabilitanden 41,2%, an den Beschäftigten 41,8% und an den erwerbstätigen Rehabilitanden 36,0%. Hier ist außerdem eine Differenz von 5,8 Prozentpunkten zugunsten der Männer zu beobachten.

Der Anteil der zugewanderten Frauen an den Rehabilitanden entspricht nicht deren Anteil an den zugewanderten Erwerbstätigen. Dies mag damit zusammenhängen, dass Männer eher Tätigkeiten mit stärkerer gesundheitlicher Belastung bzw. mit höherem Unfallrisiko ausüben als Frauen und daher auch die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Behinderung unter den Zuwanderern sicherlich für erwerbstätige Männer höher ist als für erwerbstätige Frauen. Ähnliche Aussagen dürfte man auch für deutsche erwerbstätige Männer und Frauen treffen. Auffällig ist zudem, dass der Anteil der jüngeren Frauen an sozialversicherungspflichtig beschäftigten Zuwanderern größer ist als der junger Männer (s. Tabelle 5.8). 78% aller erwerbstätigen zugewanderten Frauen sind jünger als 45 Jahre, aber nur 67% der zugewanderten erwerbstätigen Männer.

Abb. 5.24: Bevölkerung, Rehabilitanden, Beschäftigte und erwerbstätige Rehabilitanden nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit



Quelle: LDS NRW 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Die in Abbildung 5.24 dargestellten Ergebnisse lassen vermuten, dass zugewanderte nicht-erwerbstätige Frauen sehr viel seltener als deutsche nicht-erwerbstätige Frauen Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch nehmen. Für diese geringere Inanspruchnahme sind verschiedene Gründe denkbar. Eine der Ursachen mag in den Unterschieden im Altersaufbau (mehr jüngere Frauen unter den Zuwanderern) sowie im höheren Unfallrisiko für deutsche Frauen durch Verkehrsunfälle, Freizeitaktivitäten u.ä. liegen. Die traditionelle Rolle der nicht-erwerbstätigen Frauen in vielen Zuwandererfamilien bezüglich Kinderversorgung und Haushaltsführung beeinflusst sicherlich auch das Inanspruchnahmeverhalten von Rehabilitationsmaßnahmen, die in der Regel einen Aufenthalt außer Haus voraussetzen.

Es weist also vieles darauf hin, dass Rehabilitationsanlässe bei Zuwanderern viel häufiger eine direkte Verbindung mit dem Arbeitsplatz haben als bei Deutschen. Daher sollen im Folgenden detailliertere Analysen hinsichtlich Berufskrankheiten sowie Arbeits- und Wegeunfällen als Ursache der Behinderung bei Deutschen und Zuwanderern vorgenommen werden.

Tab. 5.8: Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Zuwanderer nach Alter und Geschlecht

Alter	Gesamt		Männlich		Weiblich	
	n	%	n	%	n	%
unter 20	34.286	6,2	20.835	5,5	13.451	7,9
20 < 25	84.734	15,4	52.525	13,8	32.209	19,0
25 < 30	85.643	15,6	61.445	16,2	24.198	14,3
30 < 35	70.013	12,7	51.206	13,5	18.807	11,1
35 < 40	60.365	11,0	41.505	10,9	18.860	11,1
40 < 45	63.921	11,6	39.412	10,4	24.509	14,5
45 < 50	67.145	12,2	47.997	12,6	19.148	11,3
50 < 55	50.383	9,2	39.034	10,3	11.349	6,7
55 < 60	26.134	4,8	20.485	5,4	5.649	3,3
60 < 65	6.642	1,2	5.563	1,5	1.079	0,6
> 65	732	0,1	542	0,1	190	0,1

Quelle: LDS NRW 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

5.2.4 Die wichtigsten Ursachen der Behinderung bei Rehabilitanden unter den Zuwanderern

Der Anteil der Zuwanderer an den Rehabilitanden in Nordrhein-Westfalen seit 1990 ist der Tabelle 5.9 zu entnehmen. Hiernach zeigt sich bis 1993 ein leichter Anstieg dieses Anteils.

Tab. 5.9: Rehabilitanden (insg.) nach Staatsangehörigkeit (in %)

	1990	1991	1992	1993
Deutsche	95,0	95,0	94,8	94,4
Zuwanderer	5,0	5,0	5,2	5,6

Quelle: LDS NRW 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Tabelle 5.10 differenziert diese Daten nach den zu Grunde liegenden Ursachen bzw. Rehabilitationsanlässen. Die Daten zeigen, dass die Zuwanderer von 1990 bis 1993 zweimal häufiger als Deutsche auf Grund eines Arbeitsunfalls an Rehabilitationsmaßnahmen teilnahmen und seltener wegen einer Berufskrankheit oder eines Betriebswegeunfalls. Allgemein sind Arbeitsunfälle als Ursache für Rehabilitationsmaßnahmen zurückgegangen, und zwar bei den Deutschen von 1990 bis 1993 von 5,1% auf 3,3% und bei den Zuwanderern im gleichen Zeitraum von 11,6% auf 7,5%.

Tab. 5.10: Rehabilitanden nach Ursache der Behinderung und Staatsangehörigkeit

Art der Behinderung	1990				1991			
	Deutsche		Zuwanderer		Deutsche		Zuwanderer	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vor der Geburt entstandene Behinderung	5.620	1,7	344	2,0	4.776	1,4	301	1,6
Bei der Geburt entstandene Behinderung	773	0,2	31	0,2	812	0,2	43	0,2
Arbeitsunfall	16.626	5,1	2.019	11,6	12.045	3,4	1.505	8,0
Wegeunfall	3.430	1,0	233	1,3	2.351	0,7	194	1,0
Betriebswegeunfall	404	0,1	10	0,1	282	0,1	8	0,0
Verkehrsunfall	1.376	0,4	57	0,3	1.294	0,4	56	0,3
Häuslicher Unfall	144	0,0	12	0,1	122	0,0	11	0,1
Sonstige Unfälle	1.696	0,5	77	0,4	2.012	0,6	58	0,3
Anerkannte Kriegs- und Zivildienstbeschädigungen	17.581	5,4	19	0,1	15.448	4,4	21	0,1
Allgemeine Krankheiten	248.622	75,7	11.566	66,3	284.417	80,5	13.425	71,7
Berufskrankheiten	3.805	1,2	156	0,9	3.413	1,0	150	0,8
Sonstige und mehrere Ursachen	28.508	8,7	2.927	16,8	26.387	7,5	3.011	16,1
Gesamt	328.585	100,0	17.451	100,0	353.359	100,0	18.738	100,0
Art der Behinderung	1992				1993			
	Deutsche		Zuwanderer		Deutsche		Zuwanderer	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vor der Geburt entstandene Behinderung	5.032	1,3	334	1,6	5.214	1,4	455	2,1
Bei der Geburt entstandene Behinderung	783	0,2	46	0,2	833	0,2	57	0,3
Arbeitsunfall	11.535	3,0	1.448	7,0	11.993	3,3	1.638	7,5
Wegeunfall	2.427	0,6	190	0,9	2.567	0,7	218	1,0
Betriebswegeunfall	283	0,1	9	0,0	223	0,1	14	0,1
Verkehrsunfall	1.207	0,3	53	0,3	1.232	0,3	64	0,3
Häuslicher Unfall	115	0,0	11	0,1	107	0,0	14	0,1
Sonstige Unfälle	2.014	0,5	56	0,3	1.931	0,5	57	0,3
Anerkannte Kriegs- und Zivildienstbeschädigungen	14.851	3,9	12	0,1	12.591	3,4	13	0,1
Allgemeine Krankheiten	310.665	81,9	15.180	72,9	296.014	80,5	15.429	70,2
Berufskrankheiten	3.060	0,8	155	0,7	3.388	0,9	173	0,8
Sonstige und mehrere Ursachen	27.175	7,2	3.336	16,0	31.844	8,7	3.834	17,5
Gesamt	379.147	100,0	20.830	100,0	367.937	100,0	21.966	100,0

Quelle: LDS NRW 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

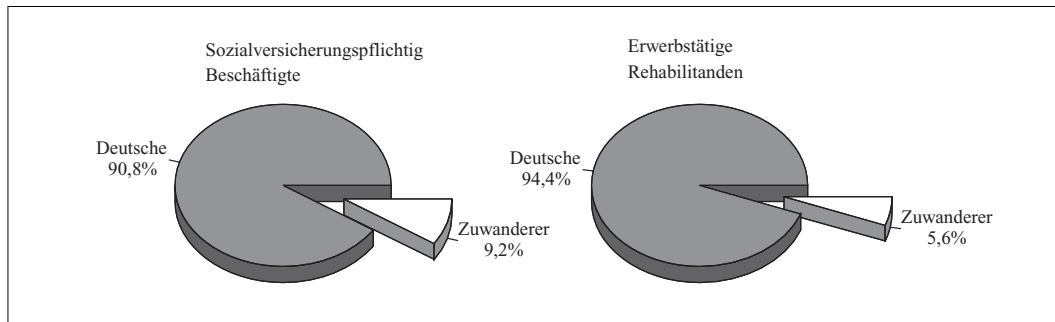
WIAD 1999

Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen auf Grund eines Arbeitsunfalls entspricht nicht dem Anteil der Zuwanderer an den meldepflichtigen Arbeitsunfällen: 16% aller Arbeitsunfälle entfallen auf Zuwanderer, aber nur 12% aller Rehabilitationsmaßnahmen (Quelle: LDS NRW, eigene Berechnungen, Stand: 1993). Eine ähnliche Tendenz ist auch bei den Berufskrankheiten zu beobachten. 1993 haben 3.561 Arbeitnehmer in Nordrhein-Westfalen auf Grund einer Berufskrankheit an Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen. Davon waren 173 (4,8%) zugewanderte und 3.388 (95,2%) deutsche Arbeitnehmer. Der Anteil der Zuwanderer entspricht weder ihrem Anteil an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten noch dem am Berufskrankheitsgeschehen in Nordrhein-Westfalen.

Der Anteil an den anerkannten Berufskrankheiten bei den Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen betrug 1993 11,5% und war somit höher als der Zuwandereranteil an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (s. dazu die Abb. 5.26 und 5.27). 50,1% der anerkannten Berufskrankheiten bei Zuwanderern entfallen auf die Gruppe der Türken, deren Anteil an den sozialversicherungspflichtig beschäftigten Zuwanderern 1993 in Nordrhein-Westfalen aber nur 35,4% betrug. Die Anteile der Italiener und Jugoslawen unter den anerkannten Berufskrankheiten entsprechen deren Anteil an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Dies ist ein Hinweis dafür, dass zugewanderte Arbeitnehmer -

und hier insbesondere die Türken - an Arbeitsplätzen mit höherem gesundheitsbelastenden Risiko beschäftigt sind oder die Arbeitsschutzmaßnahmen für Zuwanderer möglicherweise verbesserungsbedürftig sind.

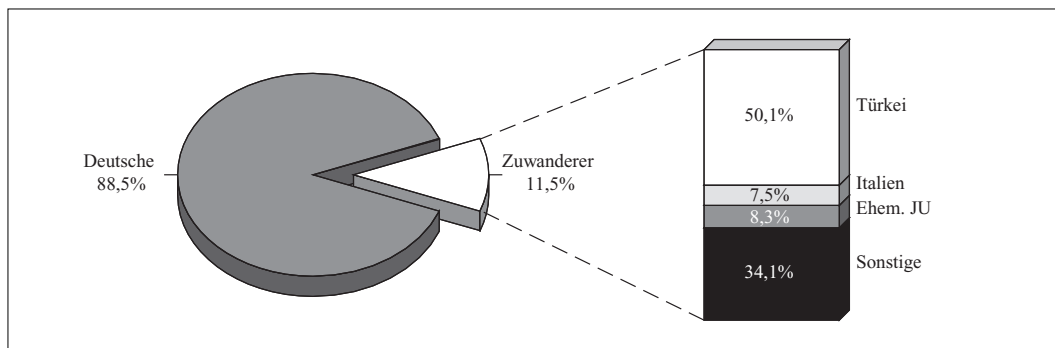
Abb. 5.25: Anteil der Zuwanderer an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und an den erwerbstätigen Rehabilitanden



Quelle: LDS NRW 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Abb. 5.26: Anerkannte Berufskrankheiten nach Staatsangehörigkeit



Quelle: LDS NRW 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

In den Auswertungen des Hauptverbandes der Gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) sind die Fälle aufgeführt, in welchen es zu einer versicherungsrechtlichen Anerkennung der Berufskrankheiten kam, während in der amtlichen Rehabilitationsstatistik auch Fälle nach § 3 der 7. BKVO und nach § 551 Abs. 2 RVO erfasst sind, d.h. diejenigen Fälle, bei denen die Gefahr besteht, dass eine Berufskrankheit entsteht. In diesem Zusammenhang spielen das in der Literatur oft erwähnte Inanspruchnahmeverhalten der zugewanderten Versicherten sowie spezifische Zugangsbarrieren sicherlich eine wesentliche Rolle.

Tabelle 5.11 zeigt die Häufigkeit der Berufskrankheiten in Nordrhein-Westfalen je 100.000 Beschäftigte. Es wird deutlich, dass die häufigste Berufskrankheit sowohl bei Deutschen als auch bei Zuwanderern die Lärmschwerhörigkeit ist, wobei die nicht-deutschen Arbeitnehmer hier stärker betroffen sind (41,6 je 100.000 Beschäftigte im Vergleich zu deutschen Beschäftigten mit 25,2 je 100.000).

Weiterhin kommen Meniskusschäden und Silikosen bei Zuwanderern im Vergleich zu Deutschen etwas häufiger vor, während andere Berufskrankheiten wie z.B. obstruktive Atemwegserkrankungen eher bei Deutschen zu beobachten sind.

Ein wichtiger Indikator für gesundheitliche Risiken, die über die tätigkeitsbezogene Exposition hinausgehen, sowie für gesundheitsfördernde Faktoren, die für das Krankheitsgeschehen im beruflichen Kontext beider Gruppen von Bedeutung sind (d.h. Selbstschutz- und Sicherheitsmaßnahmen am Arbeitsplatz), sind die Raten je betroffener Berufsgruppe unter Berücksichtigung der Staatsangehörigkeit. Hierzu liegen in dieser Form jedoch keine Daten vor, sodass auf weitere Interpretationen in diesem Zusammenhang verzichtet werden muss.

Tab. 5.11: Häufigste anerkannte Berufskrankheiten nach Staatsangehörigkeit

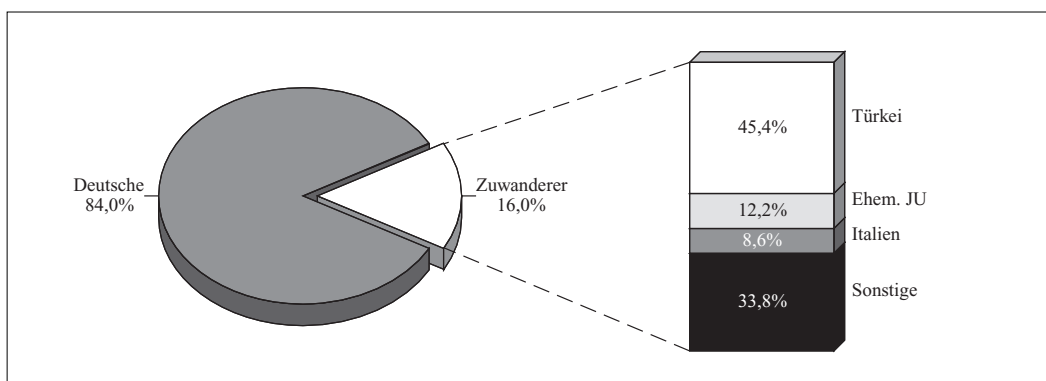
Berufskrankheiten	Deutschland	je 100.000 deutsche Beschäftigte	Zuwanderer gesamt	je 100.000 nicht-deutsche Beschäftigte
Lärmschwerhörigkeit	1.365	25,2	229	41,6
Silikose	1.091	20,2	112	20,4
Hautkrankheiten	517	9,5	30	5,5
Allergisch, chronisch-irritativ od. toxisch bedingte obstruktive Atemwegserkrankungen	344	6,4	13	2,4
Asbestose, Lungenkrebs in Verbindung m. Asbestose	465	8,6	9	1,6
Meniskusschäden	230	4,3	28	6,4
	0	0,0	0	0,0

Quelle: HVBG 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Abbildung 5.27 stellt meldepflichtige Arbeitsunfälle nach Staatsangehörigkeit in Nordrhein-Westfalen 1993 dar. Es wird deutlich, dass die Türken stärker betroffen sind als andere Nationalitäten. Deren Anteil an den Arbeitsunfällen entspricht in etwa dem Anteil der Türken an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Dieser Trend ist auch bei meldepflichtigen Wegeunfällen zu beobachten, bei denen der Anteil der Türken 47,2% beträgt (Quelle: HVBG, eigene Berechnungen).

Abb. 5.27: Meldepflichtige Arbeitsunfälle nach Staatsangehörigkeit

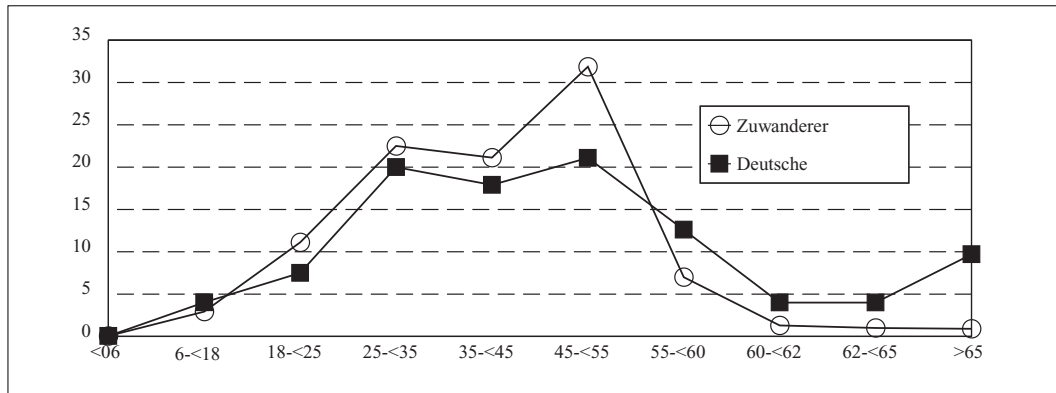


Quelle: HVBG 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Betrachtet man die Altersverteilung der Rehabilitanden, so fällt auf, dass die meisten Arbeitsunfälle bei den Rehabilitanden in NRW sowohl bei Deutschen als auch bei Zuwanderern in der Altersgruppe von 45 bis 55 Jahren vorkommen, gefolgt von der Gruppe der 25- bis 35-Jährigen. Die Altersgruppe der 45- bis 55-Jährigen ist bei Zuwanderern stärker betroffen als bei den Deutschen. Ihr Anteil beträgt ca. 33% , während bei den Deutschen nur ca. 22% betroffen sind. In der Altersgruppe der über 65-Jährigen liegt bei den Deutschen der Anteil der Arbeitsunfälle unter den Rehabilitanden bei 9% und bei den Zuwanderern lediglich bei 2% (s. Abb. 5.28).

Abb. 5.28: Anteil der Arbeitsunfälle bei den Rehabilitanden nach Alter und Staatsangehörigkeit (in %)

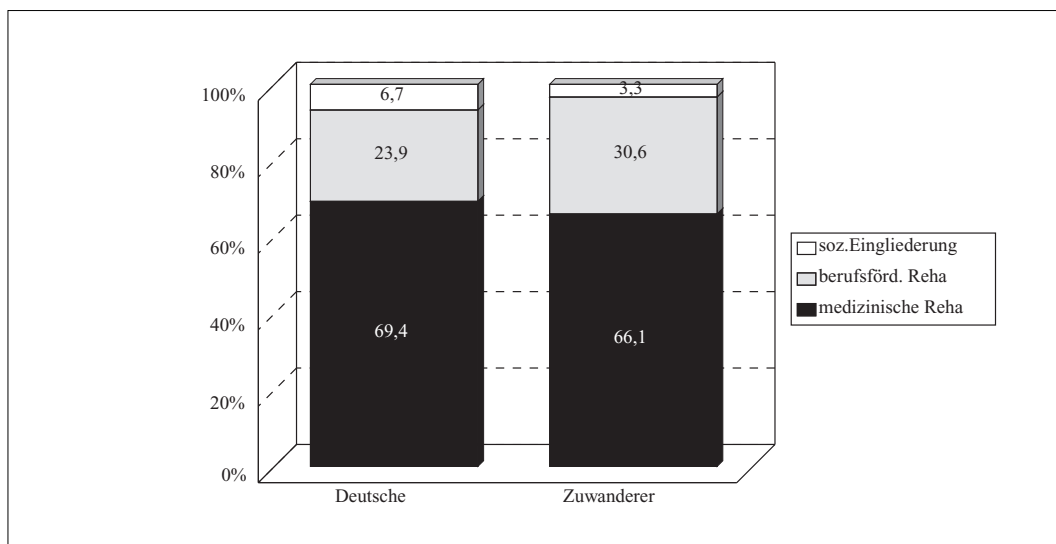


Quelle: HVBG 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Aus Abbildung 5.29 ist zu ersehen, dass bei Zuwanderern ein Arbeitsunfall häufiger als bei Deutschen berufsfördernde Rehabilitationsmaßnahmen begründet. Dies dürfte ein Hinweis dafür sein, dass Arbeitsunfälle bei Zuwanderern schwerwiegender und öfter mit drohendem Verlust des bisherigen Arbeitsplatzes verbunden sind.

Abb. 5.29: Arbeitsunfälle nach Rehabilitationsmaßnahmen und Staatsangehörigkeit



Quelle: LDS NRW 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

5.2.5 Ausgewählte altersspezifische Analysen der Rehabilitationsdaten

5.2.5.1 Altersgruppe von 0 bis unter 6 Jahren

1993 nahmen in NRW 1.575 deutsche Kinder (0,4% aller deutschen Rehabilitanden) und 173 Kinder von Zuwanderern (0,7% aller nicht-deutschen Rehabilitanden) unter sechs Jahren an Rehabilitationsmaßnahmen teil. Bezogen auf die Bevölkerung sind dies 1,5 je 100.000 deutsche Kinder unter sechs Jahren und 0,9 Kinder von Zuwanderern je 100.000 Kinder in diesem Alter.

Tabelle 5.12 zeigt die Rehabilitanden unter sechs Jahren nach Trägerschaften. Bei auffallend hohen Anteilen von 62,8% der deutschen und bei 87,9% der zugewanderten Rehabilitanden wurden die Rehabilitationsmaßnahmen durch die Sozialhilfe getragen. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass die Schichtzugehörigkeit in beiden Gruppen ein Risikomerkmak für eine Behinderung der Kinder ist. Bei Zuwanderern ist dies jedoch noch deutlicher ausgeprägt als bei den Deutschen.

Tab. 5.12: Rehabilitanden nach Trägerschaften, Altersgruppe < 6 Jahre

Träger	Deutsche		Zuwanderer	
	n	%	n	%
Ges. Krankenversicherung	240	15,2	9	5,2
Ges. Unfallversicherung	10	0,6	1	0,5
Ges. Rentenversicherung	336	21,3	11	6,3
Sozialhilfe	989	62,8	152	87,9
Gesamt	1.575	100,0	173	100,0

Quelle: LDS NRW 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

5.2.5.2 Altersgruppe von 6 bis unter 18 Jahren

In der Statistik der Rehabilitationsmaßnahmen werden für die Gruppe der 6- bis unter 18-Jährigen Deutschen 8.049 (86,4%) und für die Gruppe der Zuwanderer 1.268 (13,6%) der Maßnahmen ausgewiesen. Bezogen auf 100.000 Einwohner sind das 4,4 Verfahren für deutsche und 3,6 für zugewanderte Kinder und Heranwachsende. Der Anteil dieser Altersgruppe an allen Maßnahmen ist aber bei Zuwanderern doppelt so hoch wie bei Deutschen und beträgt 5,8% (s. Indikator 7.20). Dies lässt sich auf die Häufigkeit von umschriebenen Entwicklungsrückständen bei Rehabilitanden unter den Zuwanderern zurückführen. Tabelle 5.13 stellt eine Sonderauswertung für Kinder unter 15 Jahren, Schüler und Studenten dar und zeigt dies noch einmal in besonderer Deutlichkeit.

Tab. 5.13: Häufigste Arten der Behinderung bei deutschen und nicht-deutschen Rehabilitanden unter 15 Jahren (Kinder, Schüler und Studenten)

Art der Behinderung	Deutsche		Zuwanderer	
	n	%	n	%
Umschriebene Entwicklungsrückstände	7.683	43,8	1.669	63,2
Krankheiten der Atmungsorgane	1.589	9,1	93	3,5
Oligophrenien (Schwachsinn)	1.523	8,6	128	4,8
Sonstige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen	1.185	6,7	131	4,9
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	775	4,4	90	3,4
Sonstige Krankheiten der Nerven und Sinnesorgane	586	3,3	58	2,1
Schädelfraktur	481	2,7	54	2,0

Quelle: LDS NRW 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Tabelle 5.14 zeigt die Ergebnisse zu Rehabilitationsverfahren der 6- bis unter 18-jährigen Rehabilitanden nach dem Träger der Rehabilitationsmaßnahmen. Die meisten Rehabilitationsmaßnahmen werden bei Zuwanderern in dieser Altersgruppe durch die Arbeitsförderungshilfe getragen und bei den Deutschen zu etwa gleichen Teilen von der Gesetzlichen Rentenversicherung, der Arbeitsförderungshilfe und der Sozialhilfe.

Tab. 5.14: 6- bis unter 18-jährige Rehabilitanden nach Trägerschaften

Träger	Deutsche		Zuwanderer	
	n	%	n	%
Ges. Krankenversicherung	692	8,6	44	3,4
Ges. Unfallversicherung	601	7,5	60	4,7
Ges. Rentenversicherung	2.337	29,0	171	13,0
Arbeitsförderungshilfe	2.200	27,3	728	57,4
Sozialhilfe	2.218	27,6	265	20,9
Gesamt	8.049	100,0	1.268	100,0

Quelle: LDS NRW 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

5.2.5.3 Altersgruppe von 18 bis unter 25 Jahren

Die 18- bis unter 25-jährigen Rehabilitanden machen bei den Zuwanderern 10%, bei den Deutschen lediglich 4,4% aus (s. hierzu Indikator 7.20). Die häufigsten Ursachen der Behinderung sind in dieser Altersgruppe sowohl bei Deutschen als auch bei Zuwanderern allgemeine Krankheiten und Arbeitsunfälle. Die Rehabilitationsmaßnahmen werden dementsprechend bei Zuwanderern zu 76% und bei Deutschen zu 71% durch die Arbeitsförderungshilfe getragen.

5.2.5.4 Altersgruppe von 25 bis unter 65 Jahren

In der Altersgruppe der 25- bis unter 65-jährigen werden Rehabilitationsverfahren bei Deutschen wie bei Zuwanderern am häufigsten von der Gesetzlichen Rentenversicherung getragen (s. Tab. 5.15). Bei Zuwanderern werden Rehabilitationsverfahren doppelt so häufig von der Gesetzlichen Unfallversicherung getragen wie in der Gruppe der deutschen Rehabilitanden. Dagegen liegt bei den von der Gesetzlichen Krankenversicherung getragenen Rehabilitationsmaßnahmen der Anteil der Zuwanderer deutlich unter dem der Deutschen.

Tab. 5.15: 25- bis unter 65-jährige Rehabilitanden nach Trägerschaft und Staatsangehörigkeit

	25 < 35		35 < 45		45 < 55		55 < 60		60 < 62		62 < 65	
	D	Z	D	Z	D	Z	D	Z	D	Z	D	Z
GKV ¹	942	33	1.623	74	4.644	145	5.008	113	2.692	61	5.922	70
%	2,3	1,4	3,1	1,9	4,9	1,8	7,3	3,6	19,8	11,4	41,0	21,7
GUV ²	3.175	410	2.480	374	2.874	546	1.790	140	493	33	628	18
%	7,9	17,3	4,7	9,5	3,1	6,9	2,6	4,4	3,6	6,2	4,4	5,6
GRV ³	17.544	862	38.365	2.672	78.110	5.864	58.577	2.642	9.932	401	7.404	209
%	43,5	36,3	72,9	68,0	82,9	73,8	84,9	83,1	73,0	75,2	51,3	64,9
KOV ⁴	80	0	48	0	185	0	214	0	109	0	256	0
%	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	0,8	0,0	1,8	0,0
Afö ⁵	17.413	887	9.219	708	7.910	957	3.143	250	305	24	138	8
%	43,2	37,3	17,5	18,0	8,4	12,0	4,6	7,9	2,2	4,5	1,0	2,5
Soz.hilfe	1.178	185	877	100	518	37	280	36	80	14	88	17
%	2,9	7,8	1,7	2,6	0,6	0,5	0,4	1,1	0,6	2,6	0,6	5,3
Gesamt	40.332	2377	52.612	3.928	94.241	7.949	69.012	3.181	13.611	533	14.436	322
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(D = Deutsche, Z = Zuwanderer)

Quelle: LDS NRW 1993. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

- 1 GKV = Gesetzliche Krankenversicherung
- 2 GUV = Gesetzliche Unfallversicherung
- 3 GRV = Gesetzliche Rentenversicherung
- 4 KOV = Kriegsopfervorsorge
- 5 Afö = Arbeitsförderungshilfe

5.3 Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen

Im Rahmen des sozio-ökonomischen Panels (SOEP) werden u.a. auch Daten zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen erhoben. Im folgenden Abschnitt werden Fragen zur Kur oder stationären Heilbehandlung, zum Krankenhausaufenthalt, zur Häufigkeit von Arztbesuchen und zur ärztlichen Behandlung wegen eines Arbeitsunfalls näher behandelt. Datenbasis sind die im SOEP enthaltenen Haushalte von Deutschen und Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen (zur näheren Beschreibung des SOEP s. Kapitel 3.9).

5.3.1 Kur und stationäre Heilbehandlung

Auf die Frage „Waren Sie im Jahr 1993 zu einer Kur oder stationären Heilbehandlung?“ antworteten 95,5% der Deutschen und 98,2% der Zuwanderer mit „Nein“ (s. Tab. 5.16). Der Anteil der Deutschen, die eine Kur oder eine stationäre Heilbehandlung in Anspruch nahmen, ist mit 4,5% mehr als zweieinhalbmal so hoch wie bei den Zuwanderern. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass der Anteil der höheren Altersgruppen, die vermehrt Kuren in Anspruch nehmen, in der zugewanderten Bevölkerung geringer ist.

Tab. 5.16: Kur oder stationäre Heilbehandlungen 1993 (in %)

	Deutsche	Zuwanderer
Ja	4,5	1,8
Nein	95,5	98,2

Quelle: SOEP 1994. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

5.3.2 Krankenhausaufenthalte

Nur geringe Unterschiede zeigen sich zwischen deutscher und zugewandeter Bevölkerung hinsichtlich der Krankenhausaufenthalte. 15% der Deutschen und 12,7% der Zuwanderer gaben an, im Jahr 1993 mindestens einmal in stationärer Behandlung gewesen zu sein.

Tab. 5.17: Krankenhausaufenthalte 1993 (in %)

	Deutsche	Zuwanderer
Ja	15,0	12,7
Nein	85,0	87,3

Quelle: SOEP 1994. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

5.3.3 Arztbesuche in den letzten drei Monaten

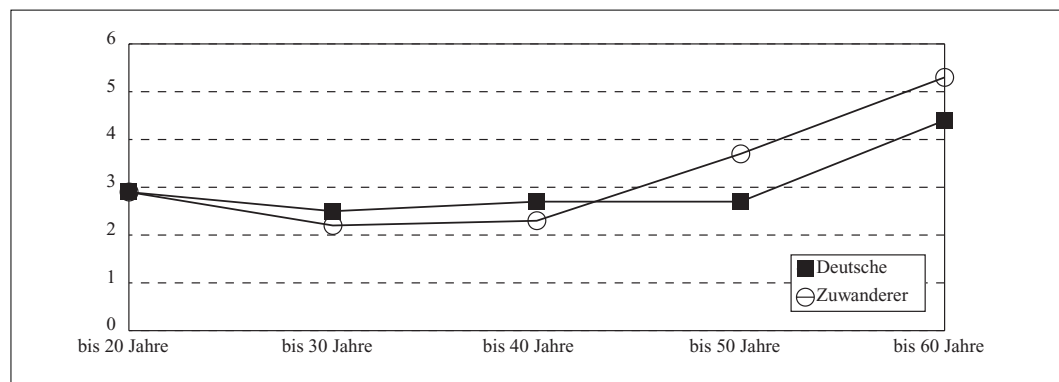
Über alle Altersgruppen hinweg unterscheiden sich Deutsche und Zuwanderer hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl ihrer Arztbesuche in den letzten drei Monaten kaum. Für diesen Zeitraum wurden in beiden Gruppen jeweils im Schnitt drei Arztbesuche angegeben. Ein differenziertes Bild ergibt sich jedoch, wenn man die einzelnen Alterskategorien genauer betrachtet.

Bei den weiteren geschlechts- und altersspezifischen Analysen der Arztbesuche innerhalb der letzten drei Monate wurden die Daten aus dem gesamten Bundesgebiet (West) einbezogen, um ausreichend große Fallzahlen in den Untergruppen zu gewährleisten (s. Abb. 5.30 und 5.31). Die Analysen beziehen sich auf das Jahr 1994.

Sowohl bei Deutschen als auch bei Zuwanderern zeigt sich, dass Frauen unabhängig vom Alter insgesamt häufiger einen Arzt aufsuchten als Männer. Jüngere Männer und Frauen (unter 20 Jahren) gingen im Schnitt im vergangenen Quartal dreimal zum Arzt, wobei sich keine Unterschiede zwischen Deutschen und Zuwanderern zeigten. Erst in den höheren Altersgruppen (über 40 Jahre) ist ein differentes Inanspruchnahmeverhalten in beiden Gruppen feststellbar in dem Sinne, dass die durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche bei Zuwanderern deutlich ansteigt und über den vergleichbaren Zahlen der Deutschen liegt.

Bei deutschen Männern ist die durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche in den mittleren Altersgruppen bis 50 Jahre nahezu konstant und steigt erst zwischen 50 und 60 Jahren deutlich an (von 2,7% auf 4,4%). Männliche Zuwanderer gehen demgegenüber in den jüngeren Altersgruppen (bis 40 Jahre) seltener zum Arzt als deutsche Männer. Schon 10 Jahre früher als bei deutschen Männern (d.h. ab 40 Jahren) ist bei den männlichen Zuwanderern ein deutlicher Anstieg der Häufigkeit der Arztbesuche zu beobachten. Ab der Altersgruppe der 40-50-Jährigen gehen männliche Zuwanderer durchschnittlich häufiger zum Arzt als deutsche Männer.

Abb. 5.30: Durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche von Männern in den letzten drei Monaten (in %)

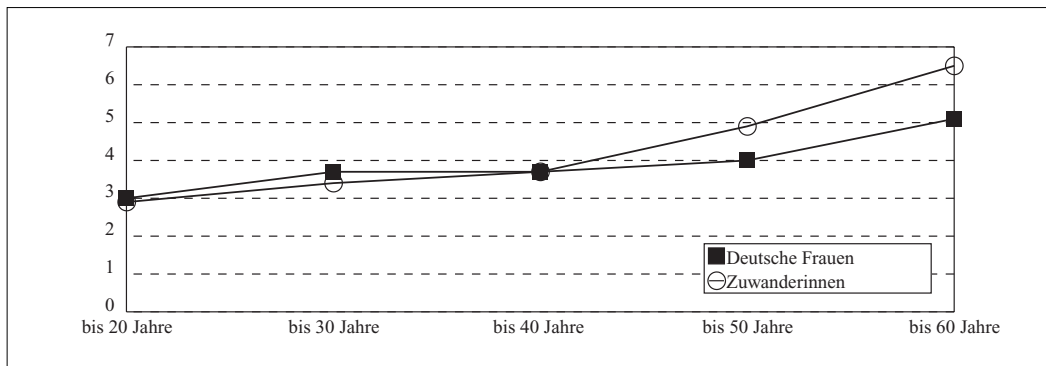


Quelle: SOEP 1994. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Bundesgebiet West

WIAD 1999

Bei den Frauen zeigt sich ein ähnliches Bild: Deutsche und zugewanderte Frauen unter 20 Jahren gingen durchschnittlich dreimal in den vergangenen drei Monaten zum Arzt (s. Abb. 5.31). Die Altersgruppen der 20- bis unter 30-Jährigen und der 30- bis unter 40-Jährigen differieren kaum. Erst ab der Gruppe der 40- bis unter 50-Jährigen zeigt sich, dass die zugewanderten Frauen häufiger zum Arzt gehen als die Deutschen. Bei den 50- bis 60-jährigen Frauen lag die durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche bei Zuwanderinnen mit 6,5% weit über dem entsprechenden Wert deutscher Frauen (5,1%).

Abb. 5.31: Durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche von Frauen in den letzten drei Monaten (in %)



Quelle: SOEP 1994. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Bundesgebiet West

WIAD 1999

5.3.4 Ärztliche Behandlung auf grund eines Arbeitsunfalls

Auf die Frage „Waren Sie 1993 aufgrund eines Arbeitsunfalls in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?“ antworteten 6,2% der Zuwanderer und 4,2% der Deutschen mit „Ja“ (s. Tab. 5.18). Die Zuwanderer sind mit 5,2% häufiger in ärztlicher Behandlung wegen eines Arbeitsunfalls als die Deutschen (3,5%). Dies Ergebnis korrespondiert mit den in Kapitel 5.4.2 beschriebenen Ergebnissen der Analysen zu Arbeitsunfällen aus den Rehabilitationsstatistiken.

Tab. 5.18: Ärztliche Behandlung aufgrund eines Arbeitsunfalls 1993 (in %)

	Deutsche	Zuwanderer
Ja, in ärztlicher Behandlung	3,5	5,2
Ja, im Krankenhaus	0,7	1,0
Nein	95,7	93,8

Quelle: SOEP 1994. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

5.4 Inanspruchnahmeverhalten von Über- und Aussiedlern

In diesem Kapitel werden - wie in Kapitel 4.3.7 - die Über- und Aussiedler als besondere Zuwanderergruppe in die alten Bundesländer näher betrachtet. Die Datengrundlage sind die kumulierten DHP-Gesundheitssurveys der dritten Welle. Eine eingehende Beschreibung der Datengrundlage ist bereits in Kapitel 4.3.7 erfolgt.

Im Folgenden werden die Inanspruchnahme von Ärzten und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen durch die Über- und Aussiedler im Vergleich zu den „einheimischen“ Westdeutschen behandelt. Hierbei wird nach Aufenthaltsdauer und Altersgruppen differenziert.

5.4.1 Inanspruchnahme von Ärzten

In den Gesundheitssurveys wurden die Probanden gefragt, wann sie das letzte Mal für sich die Hilfe eines Arztes oder von dessen Personal in Anspruch genommen hatten. Nahezu die Hälfte der Befragten gab dabei an, in den letzten vier Wochen einen Arzt in Anspruch genommen zu haben. Bei ca. einem Viertel lag dies zwei bis drei Monate zurück, bei ca. 20% vier bis zwölf Monate. Ein relativ

geringer Anteil (ca. 11%) hatte innerhalb der letzten zwölf Monate keinen Arzt aufgesucht.

Bezüglich der Zeitspanne, in die der letzte Arztbesuch fiel, zeigen sich zwischen den drei Bevölkerungsgruppen der Westdeutschen, Übersiedler und Aussiedler keine nennenswerten Unterschiede. Tendenziell sind allerdings die Anteile derjenigen, die seit einem Jahr oder länger nicht beim Arzt waren, bei den Übersiedlern und den Aussiedlern überproportional hoch (s. Tab. 5.19).

Tab. 5.19: Zeitpunkt des letzten Arztbesuches (in %)

letzter Arztbesuch	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler (aus der DDR)	Aussiedler
in den letzten vier Wochen	46,8	46,8	46,9	46,5
liegt 2 - 3 Monate zurück	23,3	23,5	22,5	22,5
liegt 4 - 12 Monate zurück	19,2	19,4	18,7	16,9
liegt ein Jahr und länger zurück	10,7	10,3	12,0	14,1

Quelle: DHP Surveys 1991. Eigene Berechnungen WIAD 1999
Raumbezug: Alte Bundesländer

Die nahezu gleichen Anteile bei den hier ausgewiesenen Bevölkerungsgruppen hinsichtlich eines Arztbesuches in den letzten vier Wochen verändern sich in der altersgruppenspezifischen Betrachtung.

Ab dem 30. Lebensjahr steigt tendenziell in allen drei Altersgruppen die Anzahl der Arztbesuche, während die Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen einen höheren Anteil als die nächstältere Gruppe aufweist. Bei den Aussiedlern bis 39 Jahren und den Aussiedlern der höchsten Altersgruppe liegen unterdurchschnittliche Häufigkeiten vor. Für die 40- bis 59-Jährigen zeigen sich bei den Aussiedlern überdurchschnittliche Häufigkeiten gegenüber den Westdeutschen und Übersiedlern.

Die Übersiedler sind in dieser Hinsicht tendenziell den Westdeutschen ähnlicher als die Aussiedler (s. Tab. 5.20). Auch bezüglich der Differenzierung der Aufenthaltsdauer verändert sich das Inanspruchnahmeverhalten.

Bei den Übersiedlern und Aussiedlern liegt die Häufigkeit des letzten Arztbesuches innerhalb der letzten vier Wochen bei denjenigen, die ab 1981 umsiedelten, i.d.R. niedriger als bei denjenigen, die bis 1980 umsiedelten. Lediglich in der Altersgruppe von 60 - 69 Jahren finden sich zwei Ausnahmen: Die Übersiedler ab 1981 gingen häufiger und die Aussiedler ab 1981 weniger zum Arzt als die jeweilige Gruppe bis 1980 (s. Tab. 5.21).

Tab. 5.20: Letzter Arztbesuch innerhalb der letzten vier Wochen nach Altersgruppe (in %)

Altersgruppe	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler (aus der DDR)	Aussiedler
Alle Altersgruppen	46,8	46,8	46,9	46,5
25 - 29	42,4	42,9	45,3	32,5
30 - 39	39,2	40,2	34,5	29,7
40 - 49	42,7	42,8	39,0	45,5
50 - 59	51,6	50,6	56,0	57,1
60 - 69	58,5	59,8	54,6	52,4

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

Tab. 5.21: Letzter Arztbesuch innerhalb der letzten vier Wochen nach Altersgruppe und Aufenthaltsdauer (in %)

Altersgruppe	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler bis 1980	Übersiedler ab 1981	Aussiedler bis 1980	Aussiedler ab 1981
Alle Altersgruppen	46,8	46,8	51,6	37,3	53,0	35,9
25 - 29	42,4	42,9	-	44,2	42,9	27,1
30 - 39	39,3	40,2	50,0	29,4	35,8	27,4
40 - 49	42,7	42,8	40,8	30,9	51,9	34,4
50 - 59	51,6	50,6	56,7	52,7	60,9	46,3
60 - 69	58,7	59,8	54,5	62,5	53,1	50,0

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

5.4.2 Inanspruchnahmeverhalten von Vorsorgeleistungen

Betrachtet man die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen gemäß Sozialgesetzbuch V und anderer vorsorgender Untersuchungen, zeigt sich eine durchgängig geringere Inanspruchnahme durch die Gruppe der Aussiedler. Diese Unterschiede zu den Westdeutschen und Übersiedlern sind mit Ausnahme der Herz-Kreislauf-Früherkennungen signifikant.

Westdeutsche und Übersiedler unterscheiden sich kaum; tendenzielle Ausnahmen bestehen bei der Schwangerschafts-Mutterschafts-Vorsorge mit einer höheren Rate bei den Übersiedlern und bei den Schutzimpfungen mit einer geringeren Rate bei den Übersiedlern (s. Tab. 5.22). Zur Interpretation dieser Unterschiede ist die Tab. 5.23 hilfreich.

Unter Berücksichtigung des Zuzugzeitraumes (Aufenthaltsdauer) verändert sich die generelle Aussage zu Tabelle 5.22 nicht. Es werden allerdings einige Besonderheiten deutlich: Bei den Aussiedlern sind die Inanspruchnahmeraten für die Gruppe der ab 1981 Zugezogenen noch geringer als bei der Gruppe der bis 1980 Zugezogenen. Alleinige Ausnahme stellt die Schwangerschafts-Mutterschafts-Vorsorge dar, die bei der erstgenannten Gruppe deutlich höher liegt. Bei den Übersiedlern liegen für drei Untersuchungs- bzw. Vorsorgearten die Inanspruchnahmen höher bei den ab 1981 Übersiedelten als bei den bis 1980 Zugezogenen: Schwangerschafts-Mutterschafts-Vorsorge, Reihenuntersuchungen und Schutzimpfungen.

Tab. 5.22: Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen gemäß Sozialgesetzbuch V und anderen vorsorgenden Untersuchungen (in %)

Vorsorgeuntersuchung	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler (aus der DDR)	Aussiedler
Krebsfrüherkennung	59,0	60,1	58,2	48,6
Herz-Kreislauf-Früherkennung	19,3	19,3	21,1	19,0
Schwangerschafts-Mutterschafts-Vorsorge	32,9	33,5	36,9	23,8
Zahnuntersuchung	81,7	82,3	82,3	74,7
Diabetes-Früherkennung	42,3	42,7	42,1	37,4
Reihenuntersuchungen	27,9	29,1	28,7	15,4
Schutzimpfungen	72,3	74,0	71,5	55,4
allgemeine Check-ups	47,4	48,0	47,3	40,8

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

Tab. 5.23: Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen gemäß Sozialgesetzbuch V und anderen vorsorgenden Untersuchungen differenziert nach Zuzugszeitraum (in %)

Vorsorgeuntersuchung	Gesamt	Westdeutsche	Übersiedler bis 1980	Übersiedler ab 1981	Aussiedler bis 1980	Aussiedler ab 1981
Krebsfrüherkennung	59,0	60,1	67,3	40,9	60,7	27,2
Herz-Kreislauf-Früherkennung	19,4	19,3	26,5	11,9	23,2	13,0
Schwangerschafts-Mutterschafts-Vorsorge	33,0	33,5	32,4	44,5	20,3	30,0
Zahnuntersuchung	81,8	82,3	83,6	82,6	78,2	71,1
Diabetes-Früherkennung	42,2	42,7	48,6	27,9	47,6	20,7
Reihenuntersuchungen	28,0	29,1	21,2	43,7	17,8	12,5
Schutzimpfungen	72,4	74,0	69,4	77,0	59,0	49,1
allgemeine Check-ups	47,5	48,0	53,7	36,5	47,7	30,0

Quelle: DHP-Surveys 1991. Eigene Berechnungen
Raumbezug: Alte Bundesländer

WIAD 1999

6. Gesundheitspersonal nicht-deutscher Staatsangehörigkeit

6.1 Ärztliches Personal insgesamt

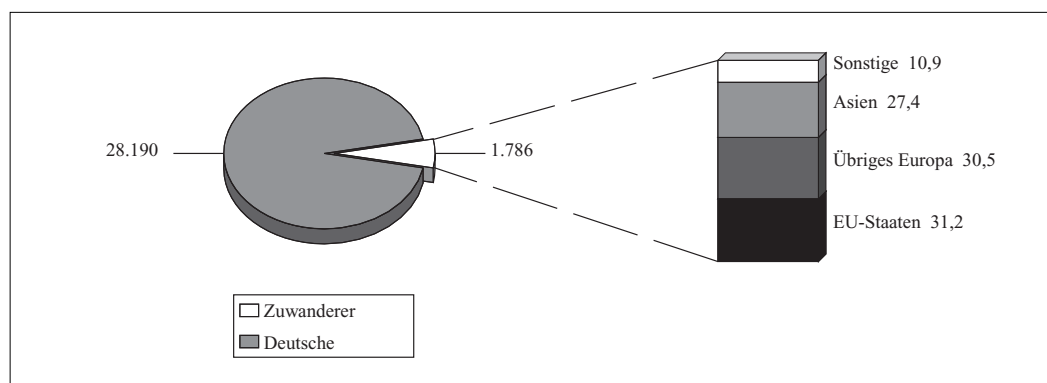
Im Jahr 1998 waren in Nordrhein-Westfalen etwa 77.000 Ärzte tätig, von denen 6,2% (4.779) nicht-deutscher Nationalität waren. 37,4% der nicht-deutschen Ärzte arbeiteten in Krankenhäusern, 29,5% als niedergelassene Ärzte und 33,1% in sonstigen Bereichen.

Der Gruppe der zugewanderten Patienten steht also ein relativ niedriger Anteil nicht-deutscher Ärzte und Zahnärzte gleicher Nationalität bzw. mit gleichem sprachlichen Hintergrund gegenüber. Bezüglich der ärztlichen Versorgung von Übersiedlern können hier keine Aussagen gemacht werden, da übergesiedelte Ärzte die deutsche Nationalität haben und somit in den Statistiken nicht gesondert ausgewiesen werden. Für Zuwanderer ist es insbesondere außerhalb der Großstädte u.U. schwierig, einen Facharzt eigener Nationalität zu finden. Dies wäre aber wegen der oft erheblichen sprachlichen und kulturellen Barrieren wünschenswert. Die Stadt Köln hat bisher als erste Kommune in Nordrhein-Westfalen einen Gesundheitswegweiser für Zuwanderer und Zuwanderinnen erstellt, in dem die Adressen nicht-deutscher Ärzte nach Nationalitäten, Sprachkenntnissen und Fachgebieten, Kliniken, nicht-ärztlichen Versorgungseinrichtungen sowie Beratungsstellen für Zuwanderer ausgewiesen sind und der den Patienten als wichtige Orientierungshilfe bei der Suche nach einem adäquaten Arzt dienen kann.

6.1.1 Ärztliches klinisches Personal

1998 waren in Nordrhein-Westfalen von den 29.976 klinischen Ärzten 6,0% nicht-deutscher Nationalität (s. Abb. 6.1). Die meisten zugewanderten klinischen Ärzte stammen aus Europa (61,8%), wovon 31,2% aus der Europäischen Union und 30,5% aus dem übrigen Europa kommen. Die Griechen machen knapp 25,3% aller aus der EU stammenden Ärzte aus, gefolgt von den Niederländern mit einem Anteil von fast 19,9% und den Belgiern mit 11,6%. Die nicht-deutschen Ärzte aus dem übrigen Europa kommen zu 22,4% aus der Türkei, zu 19,1% aus Polen und zu 17,4% aus der ehemaligen Sowjetunion. An die zweite Stelle tritt der Kontinent Asien mit einem Anteil von knapp 27,4% der im Krankenhaus tätigen zugewanderten Ärzte. Dabei stammen allein 41,3% aus dem Iran, 11,7% aus Syrien und 7,8% aus Afghanistan. Desweiteren kommen 5% aus Afrika und 4,7% aus Amerika (in Abb. 6.1 unter „Sonstige“).

Abb. 6.1: Klinikärzte nach Staatsangehörigkeit (in %)



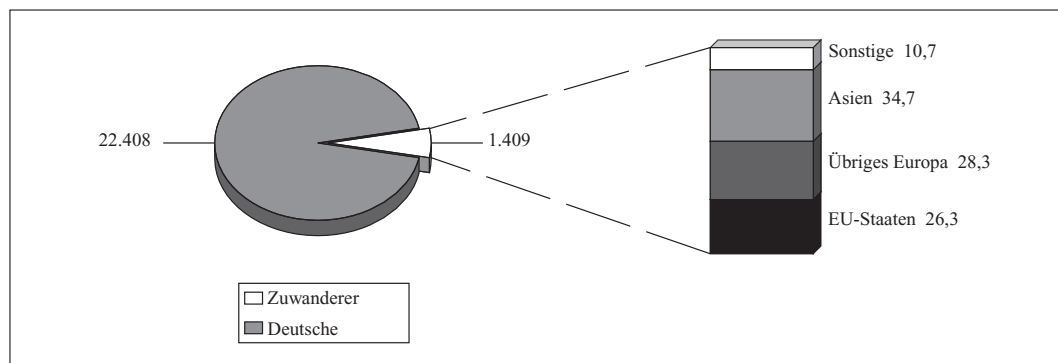
Quelle: Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

6.1.2 Ärztliches Personal im ambulanten Bereich

1998 waren von den 23.817 niedergelassenen Ärzten 5,9% nicht-deutscher Nationalität (s. Abb. 6.2), wovon 26,3% aus der Europäischen Union und 28,3% aus dem übrigen Europa kommen. Insgesamt stammten also mehr als die Hälfte (54,6%) aller niedergelassenen nicht-deutschen Ärzte aus Europa. Der Anteil der aus Europa zugewanderten Ärzte im Krankenhaus ist mit 61,8% höher als der entsprechende Anteil im niedergelassenen Bereich. Niederländer machen mit 30,7% den größten Anteil der aus der EU stammenden Ärzte aus, gefolgt von Griechen mit 19,1% und Belgien mit 13,7%. Mehr als ein Drittel (34,7%) der nicht-deutschen Ärzte kommt aus Asien, davon 42,5% aus dem Iran, 17,2% aus Syrien und 7,0% aus Afghanistan. Die afrikanischen Ärzte machen ca. 7,1% aus (in Abb. 6.2 unter „Sonstige“).

Abb. 6.2: Niedergelassene Ärzte nach Staatsangehörigkeit (in %)



Quelle: Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe 1998
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

6.2 Nicht-ärztliches Gesundheitspersonal

6.2.1 Nicht-ärztliches klinisches Personal

Ende 1997 waren in Nordrhein-Westfalen 137.519 deutsche und 9.630 nicht-deutsche Krankenschwestern und -pfleger beschäftigt, was einem Zuwandereranteil von 6,4% entspricht (s. Tab. 6.1). Der Frauenanteil bei den Zuwanderern liegt etwas höher (85,8%) als bei den deutschen Krankenpflegekräften (83,3%). Im Vergleich zu 1990 waren Ende 1997 3.942 mehr nicht-deutsche Krankenpflegekräfte in Nordrhein-Westfalen in Kliniken beschäftigt. Ihr Anteil an der Gesamtzahl stagniert jedoch seit 1994 bei gut 6%.

Tab. 6.1: Krankenschwestern/Krankenpfleger nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht

	Deutsche			Zuwanderer			Gesamt		
	n	%	Frauenanteil	n	%	Frauenanteil	n	%	Frauenanteil
1990	114.636	95,3	85,0	5.688	4,7	88,7	120.324	100,0	85,1
1997	137.519	93,6	83,3	9.630	6,4	85,8	146.879	100,0	83,5

Quelle: Landesarbeitsamt Nordrhein-Westfalen 1997
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

6.2.2 Nicht-ärztliches Personal im ambulanten Bereich

Ende 1997 waren in Nordrhein-Westfalen 113.419 Sprechstundenhilfen tätig (s. Tab. 6.2), von denen 5,4% Zuwanderer waren. Seit 1990 hat sich die Zahl der nicht-deutschen Sprechstundenhilfen mehr als verdoppelt, ihr Anteil an der Gesamtzahl stagniert jedoch seit 1994 bei gut 5%.

Tab. 6.2: Sprechstundenhilfen nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht

	Deutsche			Zuwanderer			Gesamt		
	n	%	Frauenanteil	n	%	Frauenanteil	n	%	Frauenanteil
1990	91.285	97,0	99,7	2.848	3,0	98,8	94.133	100,0	99,7
1997	107.336	94,6	99,5	6.083	5,4	98,3	113.419	100,0	99,4

Quelle: Landesarbeitsamt Nordrhein-Westfalen 1997
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

In Nordrhein-Westfalen waren Ende 1997 insgesamt 77.917 sozialversicherungspflichtig beschäftigte Sozialarbeiter/-pfleger tätig (s. Tab. 6.3), wovon lediglich 4,4% nicht-deutscher Nationalität waren. Hier ist der Frauenanteil bei den Deutschen (78,4%) etwas höher als bei den Zuwanderern (75,3%). Ähnlich wie bei den nicht-deutschen Sprechstundenhilfen ist seit 1990 die Anzahl der nicht-deutschen Sozialarbeiter/-pfleger stark angestiegen, ihr Anteil an der Gesamtzahl hat sich jedoch nur leicht erhöht.

Tab. 6.3: Sozialarbeiter/ Sozialpfleger nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht

	Deutsche			Zuwanderer			Gesamt		
	n	%	Frauenanteil	n	%	Frauenanteil	n	%	Frauenanteil
1990	43.080	96,7	77,0	1.486	3,3	67,8	44.566	100,0	76,7
1997	74.467	95,6	78,4	3.450	4,4	75,3	77.917	100,0	78,3

Quelle: Landesarbeitsamt Nordrhein-Westfalen 1997
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

7. Psychische Gesundheit und psychosoziale Versorgung von Zuwanderern

7.1 Vorbemerkungen

Hinsichtlich der psychischen Morbidität von Zuwanderern sind keine Daten für das gesamte Gebiet Nordrhein-Westfalen verfügbar. Für diesen Bereich liegen nur einige wenige Untersuchungen vor, die größtenteils bereits vor einigen Jahren publiziert worden sind, und daher werden Aussagen auf einer Stufe des Migrationsprozesses gemacht, die nicht oder nur zum Teil auf die momentane Situation übertragbar sind. Des Weiteren beziehen sich die Untersuchungen fast ausschließlich auf jeweils eine ethnische Gruppe und basieren zum Teil auf sehr kleinen Fallzahlen oder sind regional begrenzt. Weitere Einschränkungen beziehen sich auf die untersuchten Altersgruppen und Erkrankungsbilder. Einige Studien beschränken sich zudem lediglich auf stationär behandlungsbedürftige Erkrankungen, wobei psychische Erkrankungen leichten und mittleren Schweregrades kaum berücksichtigt werden, obwohl gerade hier der Schwerpunkt der erhöhten Krankheitsbelastung vermutet werden muss. Insofern ist die Aussagekraft vieler Studien im Hinblick auf eine Gesamteinschätzung der psychischen Belastung im Verarbeitungsprozess der Migration sehr begrenzt.

Trotz dieser Einschränkungen hinsichtlich der verfügbaren statistischen Daten und Studienergebnisse lässt sowohl die deutschsprachige Migrationsliteratur (z.B. Geiger & Hamburger, 1984; Kentenich et al., 1984; Morten, 1988; Collatz et al., 1992; Lajios, 1993; Nestmann & Niepel, 1993; Cropley et al. 1994; Kiesel et al., 1994; Koch et al., 1995; zur Übersicht sei auf die kommentierte Bibliographie „Migration und Gesundheit“, Brodehl, Geiger & Korporal, 1990, verwiesen) als auch die internationale Literatur zu Migration und Gesundheit (s. z.B. Bibliographie von Schwarz, 1990) keinen Zweifel daran, dass Migranten in zum Teil extremem Ausmaß Stressoren im Prozess der Migration und unter dem Assimilationsdruck der Aufnahmegesellschaft ausgesetzt sind, die eine starke psychische Beanspruchung darstellen können. Die mit der Migration verbundenen komplexen und langfristigen Anpassungsverläufe an neue kulturelle und gesellschaftliche Bedingungen bedeuten z.T. eine starke Belastung für die Zuwanderer. Nicht selten führen komplexe und chronische Belastungs-

situationen, wie zum Beispiel Unüberschaubarkeit und Unplanbarkeit zukünftiger Gestaltung grundlegender Lebensbereiche, Diskriminierung, das Gefühl geringerer Kontrollmöglichkeiten bzgl. der Zukunftsgestaltung und Verluste zu Überforderung und damit zum Teil auch zu gesundheitlicher Beeinträchtigung.

7.2 Belastungsfaktoren im Verarbeitungsprozess der Migration

Die durch die Einwanderung bedingten bzw. notwendigen Anpassungsprozesse an neue gesellschaftliche, soziale und kulturelle Zusammenhänge im Einwanderungsland sind durchgehend auch mit psychischen Belastungen verbunden. Dieser individuelle Verarbeitungsprozess wird in erheblichem Ausmaß mitbestimmt durch den psychosozialen Kontext und das soziale Klima, in dem die Zuwanderer leben.

Korporal (1995) betont in diesem Zusammenhang nochmals nachdrücklich verschiedene Aspekte sozialer und gesellschaftlicher Bedingungen, die auch in Kapitel 3 dieses Bandes zusammengefasst dargestellt sind, in ihrer Bedeutung für die Genese psychischer Erkrankungen: „Unabhängig von spezifischen medizinischen oder biologischen Faktoren der Genese psychischer Krankheiten gibt es eine große Zahl von Bedingungen der Arbeits- und Lebenswelt von Migranten und ihren Familien im Aufnahmeland, die für Entstehung und Verlauf dieser Krankheiten und die Inanspruchnahme von Beratung, Behandlung und Hilfen von Bedeutung sind. Arbeits- und Lebenswelt sind in ihrem Beitrag zur Pathogenese unumstritten, wiewohl im einzelnen wenig erforscht, quantifiziert oder gar in ihren Wechselwirkungen bekannt, und sie sind einem zeitlichen und - auf die migrierte Generation bezogen - einem familialen und sozialstrukturellen Wandel unterworfen“ (Korporal, 1995, S. 38).

In diesem Zusammenhang sind die folgenden Aspekte besonders hervorzuheben:

- Sprachliche Kommunikation: Betrachtet man die Arbeits- und Lebenssituation im Zusammenhang mit dem Verlauf und der Be-

1 Situation ausländischer Rentner und Senioren in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Bundestag, Drucksachen 12/4009 und 5769, S. 41

- handlung psychischer Krankheiten, so ist die sprachliche Kommunikation besonders bei Frauen der ersten Generation ein zentrales Problem. Abgesehen von rein sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten sind zum Teil erhebliche kulturelle Unterschiede bzgl. Krankheitsursache, Symptomäußerung und Behandlung vorhanden, die sowohl die Diagnostik als auch die Therapie stark beeinflussen.
- Arbeitsbedingungen im Aufnahmeland: Die Zeitstrukturellen und technischen Anforderungen der Arbeitswelt sowie in besonderem Maße die Arbeitslosigkeit und ihre Folgen haben schwerwiegende Auswirkungen für die gesamte Familie sowie die gesundheitliche Situation der Betroffenen (Elkeles & Seifert, 1993); s. auch Kapitel 3.10 dieses Bandes.
 - Wohnsituation: Die Wohnsituation ist für die in Deutschland lebenden Zuwanderer von besonderer Relevanz, da sie u.a. auch bedeutsam ist für die Erlangung eines verfestigten aufenthaltsrechtlichen Status und für den Familiennachzug. Angesichts eines verknappten und nicht selten überbelegten Angebots und des selektiven und zum Teil vorurteilsbelasteten Entscheidungsprozesses bei der Vergabe von Wohnraum an Zuwandererfamilien stellt die Wohnsituation ein besonderes Problem dar. Hinzu kommt, dass ausländische Familien, bedingt durch ihren kulturellen Hintergrund und die Unterschiede bzgl. der Haushaltsgröße, bestimmte und teilweise von den hiesigen Normen abweichende Wohnbedürfnisse artikulieren (z.B. größere Bedeutung des äußeren Wohnbereichs, andere Aufteilung des Wohnraumes), denen das Angebot des deutschen Wohnungsmarktes nicht immer gerecht wird (siehe auch Kapitel 3.9 dieses Bandes).
 - Familiäre Rollen und Strukturen: Die unterschiedlichen Orientierungen der Zuwanderergenerationen und die Abweichungen bzgl. der Lebensplanung und langfristigen Perspektiven der Zuwanderer („offener“ Migrationsprozess vs. Entwicklung dauerhafter Perspektiven im Aufnahmeland) sind ebenfalls gewichtige Einflussfaktoren mit Konfliktpotential. Weitere Belastungsfaktoren sind innerfamiliäre Normen- und Rollenkonflikte (zwischen den Ehepartnern sowie zwischen den Generationen).
 - Aufweichung familiärer Bindungen: Auch die zunehmende Auflösung von familiären Verbindungen und die Singularisierung von Lebenszusammenhängen in Migrantenfamilien (parallel zu den gesellschaftlichen Entwicklungen des Aufnahmelandes), die heute unter ganz anderen Bedingungen als in der Frühphase der Migration stattfinden, sind von Bedeutung. Nicht selten findet eine Entfremdung zwischen den Familienmitgliedern durch langjährige Trennungen und anderweitige Bindungen statt.
 - Erschöpfung familiärer Ressourcen: Als Folge des erwähnten familiären Rollen- und Strukturwandels in den Zuwandererfamilien erschöpfen sich auch zunehmend bzw. versagen die familialen Ressourcen im Hinblick auf Sozialisationsprozesse sowie auf den Umgang mit Krankheit, Pflege und Versorgung älterer Familienmitglieder, was in Widerspruch zu den steigenden Erfordernissen der familiären Unterstützung steht. Die stabilisierenden und kompensatorischen Funktionen der ethnischen Gemeinschaft verlieren durch die Individualisierung an Bedeutung.
 - Gesundheitlich-soziale Versorgungsstrukturen: Bezüglich der Relevanz der Arbeits- und Lebenssituation im Zusammenhang mit dem Verlauf und der Behandlung psychischer Krankheiten ist letztendlich auch der Beitrag der verschiedenen beratenden und behandelnden Professionen und Institutionen der gesundheitlich-sozialen Versorgung einschließlich der sozialen Sicherung zu nennen. Auf spezifische Probleme der ambulanten und stationären Versorgung von Zuwanderern wird im Folgenden näher eingegangen.
- Treten mehrere dieser Belastungsfaktoren zusammen, was häufig der Fall ist, so ist es nicht erstaunlich, wenn sich daraus individuelle oder intrafamiliäre Konflikte entwickeln, die sich zu psychischen Störungen oder psychosomatischen Erkrankungen entwickeln können. Dies bedeutet aber nicht, dass Migration und kultureller Wandel per se zu psychischen Erkrankungen führen. Die Migrationserfahrung kann im Gegenteil unter positiven sozialen Rahmenbedingungen und bei günstigen individuellen psy-

chischen Voraussetzungen auch einen wesentlichen Beitrag zum geistigen und psychischen Wachstum leisten. Diese Voraussetzungen sind aber vor allem bei den Arbeitsmigranten, die überwiegend aus traditionell-ländlichen Gebieten stammen, selten gegeben.

7.3 Ergebnisse der Migrations-Gesundheitsforschung im Hinblick auf psychische Gesundheit

Wegen der eingangs erwähnten Einschränkungen der Forschungsergebnisse im Hinblick auf psychische Belastung und psychische Erkrankung bei Migranten können keine eindeutigen Aussagen mit Anspruch auf Repräsentativität getroffen werden, die ein klar definiertes und wissenschaftlich untermauertes Erkrankungsrisiko bezogen auf psychische oder psychosomatische Morbidität im Verarbeitungsprozess der Migration umreißen. Hierzu ist die Form der Datenbasis jeweils zu begrenzt. Ein weiteres grundsätzliches Problem stellt die Diagnosesicherung dar, weil sie durch Sprachprobleme, soziokulturelle und ethno-linguistische Diskrepanzen sowie durch eine häufig differente Symptomartikulation und abweichendes Krankheitsverhalten erschwert wird.

Da eine umfassende Darstellung und Integration der bisherigen Ergebnisse der psychosozialen und sozialpsychiatrischen Migrationsforschung den Rahmen des vorliegenden Berichts sprengen würde, können hier nur einige Aspekte exemplarisch herausgegriffen werden. Eine ausführliche Darstellung zur Psychologie und Pathologie der Migration findet sich bei Koch, Özek & Pfeiffer (1995); zur Zusammenfassung und Integration der deutschsprachigen Literatur bis 1990 zu Migration und psychischer Gesundheit siehe Weilandt (1990). Im Folgenden soll vor dem Hintergrund der beschriebenen Einschränkungen konkreter auf einige Aspekte der psychischen Gesundheit von Zuwanderern sowie anhand einiger Beispiele auf Belastungsschwerpunkte eingegangen werden.

Bei der Durchsicht der deutschsprachigen Migrationsliteratur wird deutlich, dass es bei der Darstellung und Analyse spezifischer Probleme der zugewanderten Patienten in Vorsorge, Therapie und Rehabilitation immer wieder Hinweise auf die große Bedeutung der psychosozialen und

psychosomatischen Dimensionen von Krankheit, Inanspruchnahmeverhalten und Behandlung gegeben hat (Theilen, 1985, 1986; Weber, Haag & Trojan, 1993; Zink et al. 1985; Brucks, 1993). Diese psychosomatischen Aspekte können zum Einen als Ausdruck der Verarbeitung des Migrationsprozesses selbst angesehen werden und zum Anderen als Hinweis dafür bzw. als Ergebnis dessen, dass die Exploration der Krankheitsgeschichte, die Schilderung der Beschwerden, Diagnose und Diagnoseerläuterung, Compliance und der Umgang mit Krankheit und Gesundheit allgemein bei der Gruppe der Zuwanderer im deutschen Gesundheitssystem offensichtlich massive Probleme bereitet, die ihren Ausdruck in unscharfen Diagnosen, d.h. psychosomatischen Symptomen oder Syndromen und verstärkter medikamentöser Therapie, finden (Korporal, 1985).

In der Migrationsliteratur wird häufig beschrieben, dass bei ausländischen Patienten bzgl. der Symptomwahrnehmung und -äußerung eine Tendenz zur Somatisierung psychischer Probleme besteht (z.B. Ete, 1995), d.h. dass Beschwerden ausschließlich körperlich attribuiert werden, aber die zugrundeliegende Störung wesentlich besser psychotherapeutisch oder psychopharmakologisch behandelbar wäre. Dies ist zum einen sicherlich auf spezifische kulturell bedingte Besonderheiten des Umgangs mit Krankheit und Gesundheit zurückzuführen, da z.T. seitens der Patienten das Einfühlungsvermögen in psychosomatische Zusammenhänge nur gering ausgeprägt ist und dadurch seelische Leiden indirekt über den Körper zum Ausdruck gebracht werden. Andererseits stellt sich die Frage, ob es wirklich der Patient ist, der psychische Erkrankungen somatisiert, oder ob es nicht vielmehr der Arzt ist, der die psychischen Anteile nicht versteht oder nicht verstehen kann und sich dadurch sowohl diagnostisch als auch therapeutisch auf die somatischen Probleme beschränkt. Somatisierung kann auch als soziales und kommunikatives Missverständnis in der Arzt-Patienten-Interaktion gesehen werden bzw. als soziales Kunstprodukt der gegenseitigen Rollenerwartung von Ärzten und Patienten. So kommt es nicht selten dazu, dass Migranten durch eine Vielzahl diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen gekennzeichnete Patientenkarrieren vor sich haben und die eigentliche, im Anfangsstadium leicht behandelbare Ursache nicht behandelt wird. In der Migrationsliteratur lässt

sich eine Vielzahl von Fallberichten über körperliche Fehlbehandlung psychischer Erkrankungen finden. Die vorrangig körperbezogenen Beschwerden und Leiden werden meist nicht in psychosozialen und psychotherapeutischen Einrichtungen, sondern in der ärztlichen Praxis bzw. in Kliniken vorgestellt. Dort treffen die Patienten auf sprachliche, ethnokulturelle und schichtspezifische Barrieren, die eine ausreichende Diagnosestellung, Therapievereinbarung oder Therapievermittlung beeinträchtigen. Dies führt häufig zu einer Medikalisierung der hinter den körperbezogenen Symptomen verborgenen Konflikte seelischer, familiärer oder sozialer Natur, die weder vom behandelnden Arzt oder Berater noch vom Patienten und seiner Familie als solche erkannt, sondern in Diagnose und Therapie als körperliches Symptom behandelt werden (Leyer, 1988). Dies bedeutet, dass kostenintensive diagnostische und therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden, ohne dass die eigentlichen Ursachen der Erkrankung berührt werden.

Nickel-Khosrov Yar (1991) beschreibt, basierend auf ihrer Beratungserfahrung, Interaktionsprobleme zwischen türkischen Patienten (meist Arbeitsmigranten) und deutschen Ärzten. Deutsche Ärzte beklagten sich darüber, dass

- türkische Patienten ihre Beschwerden nicht richtig benennen (z.B. Herzschmerzen statt Magenschmerzen),
- türkische Patienten keine exakten Angaben über ihre Beschwerden machen (z.B. „mir tut alles weh“, „ich habe immer Kopfschmerzen“) und
- türkische Patienten keine oder andere Angaben machen als die, nach denen der Arzt fragt.

Andererseits können türkische Patienten häufig kein Vertrauen zu deutschen Ärzten entwickeln und lassen sich auf einem Heimaturlaub von einem türkischen Arzt behandeln. Einige türkische Patienten äußern z.B. folgende Probleme mit deutschen Ärzten:

- „Deutsche Ärzte brauchen für alles Maschinen, während türkische Ärzte durch bloßes Fragen, Handauflegen oder Ansehen die Krankheit schon herausfinden.“

- „Türkische Ärzte sagen mir meine Krankheit, deutsche Ärzte wollen sie von mir wissen“ (Nickel-Khosrov Yar, 1991).

In diesem Zusammenhang liefert z.B. auch die EVaS-Studie des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (1989) einige Hinweise auf zentrale Probleme der psychosomatischen Versorgung von Migranten. In der Studie war der hohe Anteil diffuser, eher psychosomatisch zu interpretierender Anliegen von nicht-deutschen Patienten bei Kontakten mit niedergelassenen Ärzten auffällig. Unter den häufigsten Anliegen bei den Gesamtkontakten mit deutschen Patienten waren nur vier mit Schmerzen verbunden (16% der Hauptanliegen beim Arztkontakt). Bei nicht-deutschen Patienten dagegen waren unter den zehn häufigsten Hauptanliegen bei der Arztkonsultation sieben mit Schmerzen assoziiert. Der Anteil der Arztkontakte wegen Schmerzen lag bei Ausländern bei 35,5%, (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung, 1989, S. 116). Auffällig waren in der EVaS-Studie auch die starken Diskrepanzen bei der Einschätzung der Problemschwere zwischen Arzt und Patient bei der Behandlung nicht-deutscher Patienten. 37,1% der ausländischen Patienten stuften ihr Anliegen als gravierend ein, demgegenüber empfand nicht einmal jeder vierte deutsche Patient sein Anliegen beim Arztbesuch als gravierend. Der Arzt neigt bei nicht-deutschen Patienten eher dazu, ein aus Patientensicht gravierendes Problem als geringfügig einzustufen (ein Viertel der als gravierend geäußerten Anlässe bei Zuwanderern werden von Ärzten völlig konträr als geringfügig eingestuft) als bei Kontakten mit deutschen Patienten.

Diese Schwerpunkte der Belastung bei Migranten stehen nach wie vor in einem auffälligen Missverhältnis zu spezifischen psychosomatischen oder psychosozialen Versorgungsangeboten. Bei der Behandlung stehen Arzneimittelverordnungen, wie eine Reihe von Untersuchungen belegen, eindeutig im Vordergrund (Korporal, 1995, S. 42). Psychotherapeutische oder psychosoziale Beratungsangebote in stationären oder ambulanten Einrichtungen bei öffentlichen oder privaten Trägern sind selten (zur Psychotherapie von Migranten vgl. Leyer, 1987, 1993, sowie Garcia, 1993).

In älteren Untersuchungen (z.B. Häfner et al., 1977) wurde meist darauf hingewiesen, dass

psychische Ersterkrankungen vermehrt in den ersten drei bis achtzehn Monaten des Aufenthaltes in Deutschland auftraten. Dies ist nach später durchgeführten Untersuchungen in Zweifel zu ziehen (z.B. Ete, 1984; Lazaridis, 1985), nach denen die Zahl der Ersterkrankungen (bzw. die Wahrscheinlichkeit, psychisch zu erkranken) mit der Dauer des Aufenthaltes nicht ab-, sondern im Gegenteil zunimmt. Dies deutet auf eine zweite Risikophase hin, die sich erst nach mehreren Jahren Aufenthalt im Gastland und nach scheinbar gelungener Anpassung einstellt. „Hier spielen auch Loyalitätskonflikte in Bezug auf Heimat bzw. Gastland eine Rolle, insbesondere bei der zweiten und dritten Generation. Diese sind noch mehr hin- und hergerissen infolge des Mangels einer eindeutigen Heimatorientierung. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass auf grund der für Migranten besonders vielseitigen und unangenehmen Konsequenzen bei psychischen Störungen oder psychischer Erkrankung ein ausgeprägter Widerstand dagegen entwickelt wird und alle individuellen sowie sozialen Bearbeitungs- und Verdrängungsmechanismen vor dem Zusammenbruch und vor dem Bekanntwerden einer psychischen Störung mobilisiert werden“ (Lichter, 1993, S. 20).

Bei der Analyse von Krankenakten zugewandter Patienten, die in psychiatrischen Einrichtungen in Niedersachsen behandelt wurden (n=1.461), ergab sich hinsichtlich der Aufenthaltsdauer in Deutschland bis zur Erstmanifestation der stationär behandelten Erkrankung folgendes: 12,7% erkrankten innerhalb des ersten Jahres nach der Einreise; 24,4% hielten sich zwischen zwei und fünf, 25,4% zwischen sechs und neun und die restlichen 37,5% zehn Jahre oder länger in Deutschland auf, d.h. dass die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer stationär behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung mit der Dauer des Aufenthaltes steigt. Auffällig hoch war in dieser Studie auch der Anteil der zugewanderten Patienten, die zwangsweise (d.h. gegen ihren eigenen Willen ordnungsbehördlich) in psychiatrische Einrichtungen eingewiesen wurden. Dieser Anteil war in der Gruppe der nicht-deutschen Patienten mit 26,7% zweieinhalbmal höher als bei deutschen Patienten (Lazaridis, 1985).

In der ersten Phase nach der Migration wurden in Untersuchungen häufiger reaktive depressive Krankheitsbilder diagnostiziert, die sich

im weiteren Verlauf des Aufenthalts zu psychosomatischen Symptomen oder Syndromen wandelten (Häfner et al., 1977). Die Verschiebung des Krankheitsbildes von aktuellen depressiven Reaktionen zu psychosomatischen Beschwerden wurde auch in anderen Studien bestätigt (z.B. Straube, 1974; Böker, 1977).

Bei Arbeitsmigranten wurden in etwa der Hälfte der Fälle nicht-psychotische Störungen (Neurosen, psychosomatische Erkrankungen etc.) als Einweisungsdiagnose in psychiatrischen Kliniken gestellt, aber auch zu fast 30% Schizophrenien oder endogene Psychosen (Lazaridis, 1985; Wegener, 1982). Im Hinblick auf die Validität der Diagnosen ist es wichtig festzustellen, dass in einer nicht geringen Zahl die aufgrund psychotischen oder aggressiven Verhaltens gestellte Diagnose einer Psychose in der Klinik in die Gruppe der Neurosen oder Psychopathien verändert werden musste (Ader, 1982; Ete, 1977; Häfner, 1980).

Bei der Betrachtung des Diagnosespektrums gibt es Hinweise auf eine Kultur-, Herkunftsland- und Geschlechtsabhängigkeit der Störungen: Am deutlichsten sind hier die Ergebnisse in Bezug auf Suchtmittelabhängigkeit bei jugoslawischen Migranten, Depressionen bei türkischen Migranten, Wahnvorstellungen bei spanischen und griechischen Migranten, psychosomatische Störungen bei türkischen, italienischen, jugoslawischen und griechischen Migranten (Lazaridis, 1987; Lichter, 1993). Diese Schwerpunkte scheinen sich aber in den letzten Jahren eher zu differenzieren.

In letzter Zeit werden die Bedeutung der Veränderungen familiärer Systeme innerhalb und zwischen den Generationen sowie die Unterschiede in der kulturellen und sozialen Orientierung in den verschiedenen Migrations- und Familiengenerationen in ihrer Bedeutung für den Gesundheitsstatus diskutiert, d.h. einerseits als Faktoren, die die Entstehung von Störungen und Erkrankungen beeinflussen, und andererseits in der abnehmenden Funktion der Familie als System sozialer Unterstützung und der Hilfe bzgl. der Krankheitsverarbeitung (Nauck, 1994).

Bezogen auf die Inzidenzen und Prävalenzen psychischer Erkrankungen fallen im Gegensatz zur krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit, die

seit Mitte der 70er-Jahre einheitlich in allen Nationen über derjenigen der erwerbstätigen deutschen Bevölkerung liegt (Oppen, 1986; Schmoll, 1973; Land, 1983), die geringen Ziffern von Patienten nicht-deutscher Nationalität auf (Häfner, 1980; Poustka, 1984; Schlüter-Müller 1992; Wegener & Breisel, 1987). Ebenfalls auffällig ist die unterdurchschnittliche Inanspruchnahme von Rehabilitationsverfahren der gesetzlichen Rentenversicherung (siehe auch Abschnitt 5.2).

Die Aussagen aus verschiedenen Studien bezogen auf eine erhöhte psychische Belastung von Zuwandererkindern sind zum Teil widersprüchlich. Die psychosozialen Bedingungen, unter denen Migrantenkinder aufwachsen, sind in der Literatur ausführlich beschrieben worden (z.B. Hellbrügge, 1979; Schrader et al., 1979; Zimmermann, 1981). Die Frage jedoch, welche psychopathologischen Auswirkungen der Migrationsprozess im Einzelnen auf die psychische Entwicklung der Migrantenkinder haben kann, ist in der deutschen Literatur kaum systematisch bearbeitet worden. Was die Prävalenz psychischer Störungen bei Zuwandererkindern betrifft, liegen unterschiedliche und zum Teil widersprüchliche Ergebnisse vor. So fand Poustka (1984) eine gleich hohe Rate bei deutschen und türkischen Kindern ohne Zusammenhang mit sozio-ökonomischen Bedingungen sowie individuellen und migrationspezifischen Merkmalen, wohl aber mit der jeweiligen familiären Situation und vermuteten kompensatorischen bzw. protektiven interfamiliären Faktoren. Steinhausen und Mitarbeiter (1982, 1989, 1990) dagegen fanden eine höhere Symptombelastung, und auch die Ergebnisse von Fichter et al. (1988), Renschmidt (1990) und die Nachuntersuchung des Poustka-Kollektivs durch Schlüter-Müller (1992) weisen in dieselbe Richtung. In den Studien von Steinhausen konnte der stärkere Einfluss von Familienfaktoren im Vergleich zu sozio-ökonomischen Faktoren auf die Störung der Kinder nachgewiesen werden. Bzgl. der Verteilung der Störungsbilder bei Kindern gelten Enuresis, autoaggressive Symptomatik bei Mädchen und Konversions-symptome als besonders häufig. Hierbei ist anzumerken, dass die Ergebnisse meist auf der Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens von ambulanten bzw. stationären Diensten beruhen. Letztendlich ist somit aber keine Aufklärung darüber zu erhalten, inwieweit diese Raten auf eine tatsächlich geringere Morbidität oder eher auf eine geringere Inanspruchnahme zurückzuführen

sind. Relativ wenig bekannt ist auch über die transkulturelle Vergleichbarkeit des Krankheitsverhaltens im Falle psychischer Irritationen bzw. Störungen zwischen deutschen und Migrantenkindern, sodass hier auch die Gefahr der Pathologisierung bei Fehlinterpretation oder Missverstehen der Symptome beachtet werden sollte.

7.4 Psychosoziale und psychiatrische Versorgung von Zuwanderern

Die Befunde bzgl. der Inzidenzen und Prävalenzen psychischer Erkrankungen sind vor allem auch vor dem Hintergrund der Zugangsbarrieren zu ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen zu interpretieren. Die Befunde aus Inanspruchnahmepopulationen lassen nicht unbedingt Rückschlüsse auf die bevölkerungsbezogene psychische und psychiatrische Morbidität zu, da es in Fällen von Konflikten, Krisen oder Krankheiten bei Zuwanderern vermutlich seltener zu einer Inanspruchnahme psychosozialer und psychiatrischer Beratung und Behandlung kommt. Dies liegt zum Einen daran, dass bestehende Probleme häufig in anderem medizinischen Zusammenhang „mitbehandelt“ werden, wie die diagnostischen Besonderheiten bei Allgemeinärzten, Frauen- und Kinderärzten sowie Internisten ausweisen (siehe z.B. Dohmen, 1996; Kramarz, 1992; Kielhorn, 1993), und zum Anderen daran, dass die Wege bis zu einer problemadäquaten Versorgung für zugewanderte Patienten länger sind als für Deutsche. Hierbei ist die Tatsache von entscheidender Bedeutung, dass in vielen Migrantenfamilien psychische Erkrankung und psychiatrische Erkrankungen als familieninterne Probleme angesehen werden und somit auch allein die Familie damit umzugehen hat. Die Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste würde bedeuten, dass die natürlichen Ressourcen der familiären Fürsorge und das familieninterne Schutzsystem versagt haben. Dies impliziert eine Abschottung des Kranken und der Krankheit gegenüber der sozialen Umwelt und der Gemeinde im Aufnahmeland und vor allem auch im Heimatland (Lichter, 1993) und ist vermutlich eine der wesentlichen Ursachen für die geringe Inanspruchnahme ambulanter sowie stationärer psychiatrischer und psychosozialer Beratungsangebote durch Zuwanderer. Unabhängig davon gibt es eine Reihe weiterer Ursachen für Zugangsbarrieren bzw. eine größere Distanz

der zugewanderten Patienten zu Institutionen der psychischen Versorgung:

- Sprachbarrieren sowie mangelndes Vertrauen in interkulturelle Verständigungsmöglichkeiten
- Unkenntnis bzw. mangelnde Informationen über das Versorgungssystem
- Angst vor aufenthaltsrechtlichen Folgen oder Konsequenzen für die Arbeit
- Behördenimage von Beratungsstellen.

Die Distanz und Ängste der zugewanderten Bevölkerung basieren sicherlich zum Teil auf der Möglichkeit einer Ausweisung in die Heimatländer wegen Krankheit bzw. Sozialhilfeabhängigkeit und der Angst vor Dokumentation persönlicher Daten.

Auch wenn auf der Basis der vorliegenden Forschungsergebnisse schwer einzuschätzen ist, ob psychische Erkrankungen bei Migranten, verglichen mit der deutschen Bevölkerung, häufiger vorkommen, so gibt es doch gute Gründe dafür, mindestens mit einer ebensolchen Belastungsquote zu rechnen und mit einer adäquaten Versorgungs- bzw. Präventionsstrategie darauf zu reagieren.

Die Nichtinanspruchnahme öffentlicher Dienste bei psychischer Beeinträchtigung oder Erkrankung beruht sicherlich, wie bereits beschrieben, auf besserem familiären Coping bzw. sozialer Unterstützung. Dies birgt allerdings auch die Gefahr der Vernachlässigung des präventiven Umgangs mit Krisen und Krankheiten, was sich bei Fortschreiten der intrafamiliären Veränderung bzw. Anpassung der familiären Strukturen in Zukunft wesentlich deutlicher negativ auswirken wird.

Die Besonderheiten des deutschen Versorgungssystems machen die Schwierigkeiten der Erreichbarkeit zugewanderter Patienten und Familien mit psychischen Störungen aus beratenden oder therapeutischen Institutionen heraus deutlich. Bis auf die sozialpsychiatrischen Dienste der unteren Gesundheitsbehörden, die es in allen Kreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens gibt, darf keine Einrichtung der Gesundheitsversorgung von sich aus Kontakt zu Patienten und Familien aufnehmen. Die meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsdienste sind wenig erfahren oder fortgebil-

det bzgl. der interkulturellen Beratung und Behandlung zugewanderter Klienten. Es gibt nach wie vor nur einige wenige erfahrene Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, die sich schwerpunktmäßig mit der gesundheitlichen Beratung und Behandlung von Migranten mit psychischen Störungen befassen. Nach wie vor sind in allen Berufszweigen und Tätigkeitsbereichen des Gesundheitswesens Mitarbeiter mit Sprach- und Kulturkompetenz der Migrationsländer deutlich unterrepräsentiert (siehe Kapitel 6 dieses Bandes).

Die soziale und gesundheitliche Arbeit mit zugewanderten Klienten und Patienten sowie eine entsprechende Multiplikatoren- und Fortbildung wird im Wesentlichen durch gemeinnützige Verbände getragen, die z.B. den Kirchen, Gewerkschaften oder Stiftungen zugeordnet sind und z.T. Mandate für bestimmte Nationalitäten haben. Vor allem diese Verbände sind Träger eigenständiger Beratungsstellen für die jeweiligen zugewanderten Bevölkerungsgruppen. Nach wie vor treten aber gesundheitsbezogene Angebote weit hinter der sozialen und kulturellen Arbeit zurück.

Die wenigen nicht-deutschen Fachkräfte in psychiatrischen Kliniken sind meist nicht aufgrund eines migrationspezifischen Konzeptes eingestellt worden. Wenn bei der Anamnese, der Behandlung und Pflege Gespräche in der Muttersprache nicht möglich sind, werden nicht selten zum Übersetzen komplizierter Inhalte Küchen- bzw. Reinigungskräfte oder minderjährige Kinder als „Dolmetscher“ eingesetzt. Eine angemessene Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist damit ausgeschlossen. Auch innerhalb der Patientengruppe sind Zuwanderer häufig isoliert und von Alltagsgesprächen ausgeschlossen. Jüngere Veröffentlichungen (Lajios, 1993) legen nahe, dass sich die Situation in den letzten Jahren nicht wesentlich gebessert hat. Noch immer hat bzw. haben die Familie, und vor allem auch minderjährige oder heranwachsende Kinder einen hohen Stellenwert bei der Sprachvermittlung zwischen Patient und Arzt. Die Bedeutung der Sozialberater scheint hier, wie generell in der institutionellen Gesundheitsversorgung, eher gering anzusetzen zu sein.

Die Bedeutung der Muttersprache für die Berater-Klient-Interaktion auch in der zweiten Generation von Zuwanderern wird durch ein Zi-

tat aus dem Abschlussbericht des Modellversuchs „Psychosoziale Beratung für Ausländer“ in Bayern sehr deutlich: „Alle Mitarbeiter haben die Erfahrung gemacht, dass bei der Kommunikation in Deutsch (auch mit Angehörigen der zweiten Generation) deutliche Distanzen in die Beratungsgespräche und zwischen Ratsucher, Problem und Berater kommen. Dies gilt auch, wenn alle Beteiligten die deutsche Sprache relativ gut beherrschen. Das Reden in der Heimatsprache wird als direkter, emotional besetzter und unvermittelter erlebt. Es gibt sogar Bereiche, die nach Meinung der MitarbeiterInnen nur in der Heimatsprache adäquat gefühlt, gedacht, ausgesprochen, verstanden und erörtert werden können. Oft wurde die Erfahrung gemacht, dass der Klient oder die Klientin zu einem „anderen Menschen“ wird, wenn in die Heimatsprache übergewechselt wird. Die gemeinsame Sprache wird auch als ein Symbol dafür betrachtet, dass auf den Betroffenen zugegangen wird, und er oder sie nicht - wie im fremden Lande sonst üblich - als Minderheit auf die Mehrheit der Deutschen zugehen muss. Die gemeinsame Heimatsprache schafft auf beiden Seiten Sicherheit, Akzeptanz, signalisiert Interesse und vermittelt ein positives Gefühl von Vertrautheit“ (Projektgruppe Psychosoziale Beratung für Ausländer, 1990, S. 53).

In einigen Großstädten sind in den letzten Jahren, vor allem auch durch engagierte Mitarbeit von Ehrenamtlichen in der Selbsthilfe und professionellen Arbeit, einige psychosoziale Beratungsstellen und Zentren entstanden, in denen zumindest einem Teil der Versorgungsdefizite Kranker und konfliktbelasteter Zuwanderer entgegengewirkt wird. Eines dieser Zentren ist z.B. das Ende 1995 vom Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband gemeinsam mit dem Gesundheitsforum der Stadt Köln gegründete „Gesundheitszentrum für MigrantInnen“, das sich als Anlauf-, Informations-, Beratungs- und Vermittlungsstelle für erkrankte und/oder gesundheitlich gefährdete Migranten in Köln versteht und zugleich Ansprechpartner ist für Fachleute, die Unterstützung bzgl. der Zusammenarbeit mit Migranten wünschen. Diese Beratungsstelle hat sich u.a. zum Ziel gesetzt, auch in Bereichen, in denen besonders massive Versorgungsdefizite bei Migranten bestehen (Psychiatrie, Gerontologie, Sucht, AIDS und Prostitution), beratend und vermittelnd tätig zu werden.

Auch aus anderen Projekten sind Erfahrungsberichte, Gutachten und Evaluationsergebnisse veröffentlicht worden (z.B. Gaitanides, 1992; Kennert, 1989.) Des Weiteren kann ohne Anspruch auf Vollständigkeit auf die Erfahrungen aus weiteren Projekten verwiesen werden, wie z.B. das türkisch-deutschsprachige Verbundmodell zwischen psychiatrischer Klinik und psychosozialen Beratungsstellen Frankfurt (Grube, 1995), das Modellprojekt zur Verbesserung der psychosomatischen Grundversorgung von Migranten in der Hausarztpraxis in Freiburg (Bay, Stein & Wirsching, 1993), das Modellprojekt zur stationären Versorgung von türkischen Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus in Marburg (Stetten & Koch, 1995) sowie die Arbeit des Ethnomedizinischen Zentrums in Hannover. Auch im Rahmen des Netzwerkes „Gesunde Städte“ in Essen wurde kürzlich ein psychosozialer Arbeitskreis Migration gegründet mit dem Ziel, beratend zur Verfügung zu stehen sowie die parallel auf dem Gebiet der Migration arbeitenden Kreise und Gruppen zu vernetzen. In diesem Zusammenhang ist auch die Organisation von öffentlichen Gesundheitstagen für Zuwanderer zu erwähnen, wie z.B. die im November 1988 in Düsseldorf durchgeführten Gesundheitstage für türkische Familien.

Auf die Frage, wie im Rahmen öffentlicher und gemeinnütziger kommunaler Aktivitäten die psychosoziale Arbeit stärker auf die Bedürfnisse der zugewanderten Bevölkerung ausgerichtet werden kann, macht das Positionspapier des „Arbeitskreises Migration und psychische Gesundheit“ in Frankfurt, das anlässlich der Anhörung zur psychosozialen Versorgung von Migrantinnen und Migranten 1994 veröffentlicht wurde, konkrete und praktische Vorschläge bzgl. der multikulturellen Öffnung der Regeldienste, der Verbesserung der Sozialdienste für Migranten, des Aufbaus migrationspezifischer Angebote von Initiativen und Vereinen, der institutionellen und interprofessionellen Vernetzung sowie der Verbesserung der Prävention (Frankfurter AK Migration und Gesundheit, 1994).

In jüngster Vergangenheit haben eine Reihe nationaler und internationaler Kongresse, Tagungen und Anhörungen zum Thema Migration und psychische Gesundheit bzw. zur psychosozialen Versorgung von Migranten stattgefunden, auf denen Empfehlungen, Resolutionen und Forderungskataloge bzgl. verschiedener Möglichkeiten

zur Verbesserung der Versorgung und Prävention formuliert und verabschiedet wurden. Diese Empfehlungen überschneiden sich inhaltlich und sind zum Teil auch schon in ähnlicher Form früher formuliert worden, aber dennoch in Anbetracht der heutigen Situation nach wie vor aktuell.

Im Auftrag des europäischen Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation in Kopenhagen (Mental Health Departement) wurden 1990 Länderberichte zur psychischen Gesundheit von Migranten in Frankreich, den Niederlanden, Italien, Portugal, Großbritannien und Deutschland vorbereitet. Die Zusammenfassung und Integration dieser sechs Länderberichte wurde 1991 von der WHO veröffentlicht.

8. Daten zur Sterblichkeit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen

8.1 Allgemeine Sterblichkeit

Wie Tabelle 8.1 ausweist, lag im Jahre 1997 die allgemeine Sterblichkeit für Männer mit deutscher Staatsangehörigkeit bei 112,9 pro 10.000 Einwohner (rohe Mortalitätsrate)¹; der entsprechende Wert für Frauen lag bei 120,4. Die (rohen) Mortalitätsraten der zugewanderten Wohnbevölkerung betragen im selben Jahr 24,0 bei den Männern und 14,9 bei den Frauen. Differenziert nach Staatsangehörigkeit lag die Zahl der Sterbefälle pro 10.000 Einwohner aus den übrigen EU-Ländern (ohne Griechenland, Italien, Portugal und Spanien) am höchsten und betrug 1997 54,1 für Männer und 38,7 für Frauen. Die niedrigsten Mortalitätsraten wies die türkische Wohnbevölkerung aus (18,5 bei Männern und 9,2 bei Frauen).

Während im Zeitraum von 1990 bis 1997 in der deutschen Wohnbevölkerung eine abnehmende Tendenz der Mortalitätsraten zu verzeichnen ist (von 118,2 auf 112,9 bei Männern und von 123,5 auf 120,4 bei Frauen), zeigen sich bei der zugewanderten Wohnbevölkerung teilweise Anstiege der Mortalitätsraten (siehe Tabelle 8.1). Bei einer Interpretation dieser Daten ist allerdings zu beachten, dass wegen der unterschiedlichen Altersverteilung der deutschen und der zugewanderten Bevölkerung die Aussagekraft eines Vergleichs der allgemeinen Sterblichkeit insgesamt sehr eingeschränkt ist. Eine weitere Einschränkung ergibt sich aus den deutlich geringeren absoluten Zahlen in der Gruppe der Zuwanderer.

Diese auffälligen Differenzen bezüglich der Mortalitätsraten zwischen der deutschen und der zugewanderten Bevölkerung lassen sich auf zwei Selektionsprozesse zurückführen. Es ist davon auszugehen, dass es sich bei der in Deutschland ansässigen Bevölkerung nicht um eine Zufallsauswahl der Bevölkerung aus den jeweiligen Heimatländern handelt. Zum Einen hat im Rahmen der Anwerbung ausländischer Arbeitnehmer eine positive Selektion nach gesundheitlichen Gesichtspunkten stattgefunden (in den 60er- und 70er-Jahren wurden in den sog. Anwerbeländern medizinische Voruntersuchungen der potentiellen Arbeitsmigranten durch ärztliche Kommissionen durchgeführt, um sicherzustellen, dass nur gesunde und langfristig arbeitsfähige

Bewerber in die Bundesrepublik kommen). Zusätzlich werden sich auch Mechanismen der Selbstselektion ausgewirkt haben, sodass gesundheitlich beeinträchtigte bzw. anfällige Personen von vornherein keinen Antrag auf Arbeitslaubnis gestellt haben („Healthy Migrant Effect“).

Darüber hinaus ist aber auch anzunehmen, dass neben den Mechanismen der positiven Selektion auch eine negative Selektion hinsichtlich gesundheitlicher Probleme eine zentrale Rolle bei der Remigration spielen. Diezel-Papakyriakou (1987) beschreibt basierend auf ihrer Beratungserfahrung mit griechischen Remigranten, dass gesundheitliche Probleme bei der Entscheidung zur Remigration eine zentrale Rolle spielen. Unterstützt wird diese These durch eine vergleichende Analyse der Frühberentungsquoten bei Deutschen und Zuwanderern (Rehfeld, 1991). Bei einer Analyse der Rentendaten des Jahres 1990 zeigte sich, dass lediglich bei Beschäftigten im jüngeren Lebensalter (bis zu 45 Jahren) das nach arbeitssoziologischen Erkenntnissen zu erwartende höhere Frühinvaliditätsrisiko der Arbeitsmigranten belegt werden konnte. In höheren Altersgruppen konnte demgegenüber eine extrem niedrige Frühberentungsquote bei Ausländern festgestellt werden. Rehfeld (1991) führt dies darauf zurück, dass ältere Zuwanderer bei ernsthaften gesundheitlichen Problemen in ihre Heimat zurückkehren, um sich dort behandeln zu lassen. Krankheit und Erwerbsunfähigkeit sowie deren wirtschaftliche Folgen machen den Aufenthalt im Gastland für die ältere Migrantenpopulation unattraktiv. In vielen Fällen hat die Rückkehr ins Heimatland im Falle von Krankheit auch wirtschaftliche Vorteile wegen der z.T. geringeren Lebenshaltungskosten. Es ist jedoch zu vermuten, dass dies ein vorübergehender Kohorteneffekt ist, der sich im weiteren Verlauf der Assimilation der Migrantenpopulation in der Bundesrepublik deutlich abschwächen wird. Ein Hinweis für die Richtigkeit dieser These wird durch die in der Tabelle 8.3 dargestellte vergleichende Analyse der Mortalitätsraten in den jüngeren Altersgruppen (unter 15 Jahren) belegt. Hier hat bereits eine Angleichung bzw. Umkehrung der Mortalitätsraten der deutschen und nicht-deutschen Bevölkerung stattgefunden.

¹ Es lagen keine altersstandardisierten Mortalitätsraten zur allgemeinen Sterblichkeit vor.

Generell muss festgehalten werden, dass eine Interpretation der Unterschiede in den Zahlen der allgemeinen Sterblichkeit im Sinne eines Sterberisikos nicht möglich ist. Die Zahlen sind Kunstprodukte von Selektionseffekten. Sozialmedizinische Untersuchungen unter unterschiedlichsten regionalen und nationalen Aspekten haben immer wieder gezeigt, dass die Mortalität zugewanderter Bevölkerungsgruppen aus verschiedensten Gründen höher als diejenige der angestammten Bevölkerung ist.

Tab. 8.1: Allgemeine Sterblichkeit nach Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit	Deutschland						G, I, P, S ¹						Übrige EU ²						
	m			w			m			w			m			w			
	n	je 10.000	n	je 10.000	n	je 10.000	n	je 10.000	n	je 10.000	n	je 10.000	n	je 10.000	n	je 10.000	n	je 10.000	
Berichtsjahr																			
1990	88.515	118,2	101.920	123,5	338	18,3	151	10,8	413	62,6	254	43,0							
1991	88.296	117,5	101.455	122,8	363	19,3	150	10,5	409	60,5	288	48,1							
1992	86.214	114,2	99.437	120,1	378	19,9	137	9,5	406	58,9	279	46,0							
1993	87.950	116,4	103.361	124,9	409	21,3	156	10,7	430	61,4	318	52,5							
1994	87.234	115,1	101.906	123,1	396	20,4	173	11,7	455	65,2	324	53,5							
1995	87.638	115,4	101.741	122,9	435	22,3	179	12,0	438	51,6	307	41,0							
1996	88.011	115,7	102.705	124,0	487	24,9	180	12,0	425	50,3	302	40,3							
1997	86.115	112,9	99.832	120,4	487	24,9	201	13,3	453	54,1	290	38,7							
Staatsangehörigkeit	Ehem. Jugoslawien						Türkei						Übriges Ausland ³						
	m			w			m			w			m			w			
	n	je 10.000	n	je 10.000	n	je 10.000	n	je 10.000	n	je 10.000	n	je 10.000	n	je 10.000	n	je 10.000	n	je 10.000	
Berichtsjahr																			
1990	146	16,8	68	9,3	415	12,8	212	8,1	468	20,6	217	12,7							
1991	198	19,5	82	9,5	488	14,4	249	9,1	529	21,6	300	16,8							
1992	245	19,4	121	11,5	533	15,2	256	8,8	537	19,2	262	13,1							
1993	260	16,4	141	10,7	531	14,7	263	8,8	566	20,9	281	14,4							
1994	302	18,5	153	11,1	600	16,2	260	8,4	543	18,5	322	15,7							
1995	304	17,9	165	11,5	609	16,2	263	8,3	629	23,5	368	16,3							
1996	342	20,2	181	12,6	592	15,6	278	8,6	661	25,4	384	18,0							
1997	323	20,1	188	13,8	714	18,5	303	9,2	655	24,5	385	17,0							

Quelle: LDS NRW 1990-1997. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

- 1 Griechenland, Italien, Portugal, Spanien
- 2 ab 1995 mit Finnland, Schweden, Österreich
- 3 bis 1994 mit Finnland, Schweden, Österreich

Von besonderem Interesse für eine Beurteilung populationspezifischer Gesundheitsrisiken sind Sterbefälle unter 65 Jahren. Auch hierbei muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass ein Vergleich zwischen Deutschen und Zuwanderern auch in diesen Gruppen wegen des unterschiedlichen Altersaufbaus der zugewanderten Teilpopulation und aufgrund der sogenannten „positiven Selektion“ nur begrenzt aussagefähig ist. Aus diesem Grund weisen die Deutschen auch in der Population der unter 65-Jährigen mit einer Mortalität von 38,0 bei den Männern und 19,3 bei den Frauen 1997 die höchsten Werte auf. Die Zuwanderergruppen zeigen hier untereinander wenig Unterschiede, und es fällt auf, dass im Zeitvergleich bei Deutschen und Zuwanderern keine stabilen Tendenzen festzustellen sind.

Tab. 8.2: Geschlechtsspezifische Sterblichkeit nach Staatsangehörigkeit je 10.000 Einwohner (Altersgruppe < 65 Jahren)

Staatsangehörigkeit	1990		1991		1992		1993	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Deutschland	37,2	18,6	37,2	18,8	35,5	18,4	35,5	18,4
G, I, P, S	14,6	6,7	15,2	6,2	15,2	5,8	16,4	6,0
Übrige EU	25,8	7,8	21,4	10,5	21,9	8,6	22,0	10,6
Ehem. Jugoslawien	14,7	6,8	16,9	8,3	16,5	9,2	12,6	15,3
Türkei	12,4	7,2	14,8	8,1	14,4	8,1	13,8	7,7
Übriges Ausland	11,6	6,8	13,3	8,3	12,2	6,7	13,1	7,4

Staatsangehörigkeit	1994		1995		1996		1997	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Deutschland	34,9	17,8	39,8	19,8	39,1	19,5	38,0	19,3
G, I, P, S ¹	15,7	6,3	15,4	7,3	17,8	6,6	16,5	6,7
Übrige EU ²	28,1	7,9	20,5	10,1	18,3	9,8	20,8	7,9
Ehem. Jugoslawien	15,8	6,8	14,3	8,2	15,6	8,3	16,6	9,0
Türkei	15,1	7,6	15,0	7,3	14,0	6,2	14,0	7,6
Übriges Ausland ³	12,5	7,6	14,6	9,1	16,2	9,5	14,6	7,2

Quelle: LDS NRW 1990-1997. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Deutlicher werden die Unterschiede in der Altersgruppe der unter 15-Jährigen (vgl. Tab. 8.3), für die allerdings die zuvor gemachten Einschränkungen in noch stärkerem Maße gelten. Auffällig sind jedoch die im Vergleich zu deutschen Kindern und Jugendlichen bis 15 Jahren deutlich höheren Mortalitätsraten dieser Altersgruppe bei Kindern und Jugendlichen aus der Türkei und aus dem übrigen Ausland. Während die Sterblichkeit auch in dieser Altersgruppe bei der deutschen Bevölkerung von 1990 bis 1994 eine abnehmende, in den Jahren danach eine weitgehend stabilisierende Tendenz aufweist, zeigt sich bei der zugewanderten Bevölkerung aufgrund der geringeren Fallzahlen keine einheitliche Tendenz.

1 Griechenland, Italien, Portugal, Spanien
2 ab 1995 mit Finnland, Schweden und Österreich
3 bis 1994 mit Finnland, Schweden und Österreich

Tab. 8.3: Geschlechtsspezifische Sterblichkeit nach Staatsangehörigkeit (Altersgruppe < 15 Jahren)

Staatsangehörigkeit	Deutschland						G, I, P, S ¹						Übrige EU ²						
	Sterbefälle			je 10.000			Sterbefälle			je 10.000			Sterbefälle			je 10.000			
	m	w		m	w		m	w		m	w		m	w		m	w		
1990	1.050	758		7,6	5,8		16	15		5,8	5,7		2	1		4,9	4,9		2,6
1991	1.016	751		7,2	5,6		11	11		4,1	4,3		1	1		4,9	4,9		2,6
1992	887	639		6,1	4,7		17	15		6,4	6,0		5	2		12,2	12,2		5,2
1993	810	605		5,5	4,3		15	8		5,7	3,2		0	0		0,0	0,0		0,0
1994	755	563		5,1	3,9		10	13		3,8	5,2		5	3		12,0	12,0		7,6
1995	747	519		5,9	4,3		10	9		3,9	3,7		3	4		6,1	6,1		8,6
1996	672	457		5,3	3,8		10	10		3,9	4,1		3	7		6,2	6,2		15,1
1997	693	503		5,5	4,2		11	13		4,3	5,4		1	3		2,1	2,1		6,5

Staatsangehörigkeit	Ehem. Jugoslawien						Türkei						Übriges Ausland ³						
	Sterbefälle			je 10.000			Sterbefälle			je 10.000			Sterbefälle			je 10.000			
	m	w		m	w		m	w		m	w		m	w		m	w		
1990	16	9		8,6	5,1		123	79		12,9	10,0		41	29		9,2	9,2		7,3
1991	13	16		5,6	7,5		137	85		14,2	10,5		52	38		11,3	11,3		9,1
1992	27	27		8,9	9,4		123	99		12,6	11,8		40	38		8,1	8,1		8,5
1993	27	22		7,6	6,5		111	82		11,1	9,5		51	45		10,7	10,3		10,3
1994	20	13		5,5	3,7		109	87		10,8	9,8		33	31		7,1	7,1		7,3
1995	19	13		5,0	3,6		110	81		10,8	8,9		35	31		7,6	7,6		7,3
1996	11	12		2,9	3,3		97	64		9,4	6,9		51	39		10,8	10,8		9,0
1997	26	9		7,2	2,6		111	78		10,4	8,0		44	26		9,1	9,1		5,8

Quelle: LDS NRW 1990-1997. Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

- 1 Griechenland, Italien, Portugal, Spanien
- 2 ab 1995 mit Finnland, Schweden, Österreich
- 3 bis 1994 mit Finnland, Schweden, Österreich

8.2 Spezifische Sterblichkeit

8.2.1 Problematik des Vergleichs

Die Validität der Mortalitäts- und Todesursachenstatistik und somit ihre Hinweise auf Morbidität werden des Öfteren in Frage gestellt. In der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung wird traditionsgemäß nur eine Todesursache für die statistische Aufbereitung (monokausale Todesursachenstatistik) dokumentiert (Müller & Bocter, 1990, S. 14), obwohl häufig zwei oder mehrere Leiden den Tod verursachen. Demzufolge bestehen verschiedene Fehlerquellen, die die Aussagekraft der Todesursachenstatistik beeinträchtigen können. Müller & Bocter (1990, S. 22) weisen auf zwei wichtige mögliche Fehlerquellen hin, die bei der Bewertung der nachfolgend dargestellten Ergebnisse berücksichtigt werden müssen:

- Bestimmte Todesursachen können beim Eintragen durch den Arzt bevorzugt werden, und/oder die eingetragenen Todesursachen können durch unzureichende Informationen von der „ursächlich zugrundeliegenden Krankheit/Verletzung“ abweichen.
- In den Statistischen Landesämtern kann die unterschiedliche Auslegung der Klassifikationsregeln bei der kausalen Zuordnung des Grundleidens gemäß ICD zu systematischen Verzerrungen führen.

Außerdem muss bei der Interpretation der Mortalitätsdaten beachtet werden, dass mit steigender Lebenserwartung einer Bevölkerung und dem damit verbundenen Morbiditätswandel sowie der Verlagerung der Sterblichkeit in immer höhere Lebensabschnitte die Multimorbidität steigt. Das bedeutet, je höher die Lebenserwartung der Bevölkerung ist, desto unzureichender werden die mit dem Tod zusammenhängenden Krankheiten abgebildet (Müller & Bocter, 1990, S. 21).

Eine besondere Problematik stellt sich bei einem Vergleich von Mortalitätsraten einer einheimischen mit den zugewanderten Populationen dar. Die bereits im vorherigen Abschnitt (Allgemeine Sterblichkeit) berichteten Selektionsprozesse bezüglich der Zuwanderung (Anwerbung gesunder Personen bzw. selbstselektive Bewer-

bung gesünderer Personen) und der Remigration (Neigung zur Rückwanderung bei gesundheitlichen Problemen) führen dazu, dass es sich bei den Zuwandererpopulationen um kaum festumrissene Grundgesamtheiten handelt, die weder ein Abbild der jeweiligen Herkunftsbevölkerungen noch ein Abbild der in Deutschland ansässigen bzw. ansässig gewesenen Zuwanderergruppen darstellen.

Bei einem Vergleich stehen sich eine einheimische Population mit geringer Mobilität und stark fluktuierende Populationen¹⁾ gegenüber, so dass die Ergebnisse eines Vergleichs von spezifischen Mortalitätsraten bereits aufgrund dieser Umstände sehr vorsichtig zu behandeln sind.

Allerdings sind noch weitere Besonderheiten bei einer Interpretation zu beachten. So können internationale Sterblichkeitsunterschiede, d.h. spezifische Sterbewahrscheinlichkeiten in den Herkunftsländern, sich auch weiterhin im Gastland auswirken. Zudem wären in den Zuwandererpopulationen das Alter beim Zuzug und die Aufenthaltsdauer zu berücksichtigen, die wiederum einen Einfluss auf mögliche Veränderungen von Lebensgewohnheiten oder die Wirkung von strukturellen Lebenssituationen haben.

Generell tritt hinzu, dass die zugewanderte Bevölkerung deutlich jünger ist als die einheimische Bevölkerung (siehe Kapitel 3.4) und so auch die Zahl der tatsächlichen Sterbefälle insgesamt (siehe Kapitel 8.1) geringer ausfällt und in einer Einzelbetrachtung nach Herkunftsländern die Zahlen zu klein werden.

Berücksichtigt man zudem die bereits weiter oben angemerkte Verlagerung der Sterblichkeit in immer höhere Lebensabschnitte und die deutlich geringere Altersstruktur, werden die Probleme der Vergleichbarkeit von Sterberaten in der einheimischen Population und den zugewanderten Populationen evident.

Alle bisher benannten Umstände erschweren es, valide Aussagen über die Sterblichkeitsraten der zugewanderten Bevölkerung im Vergleich zur deutschen Bevölkerung zu machen. Trotz dieser Einschränkungen sollen im Folgenden einige ausgewählte Ergebnisse zur spezifischen Mortalität vorgestellt werden. Hierbei werden

1) Jährliche Fortzugsrate ca. 10% (ca. 400.000 Personen)

standardisierte Mortalitätsraten für ausgewählte Todesursachen, differenziert nach Geschlecht und Herkunftsregionen, und altersspezifische Mortalitätsraten für ausgewählte Altersgruppen, differenziert nach Geschlecht und Herkunftsregionen, dargestellt.

8.2.2 Formeln zur Berechnung der spezifischen Mortalitätsraten

Zur Berechnung der Mortalitätsraten wurden zwei Berechnungswege beschritten¹:

Die altersspezifische Mortalitätsrate (AMR) wurde für die ausgewählten Todesursachen nach Geschlecht und Altersgruppe berechnet.

$$AMR = 100.000 * T_{sza} / B_{sza}$$

T = Gestorbene s = Geschlecht

B = Bevölkerung z = Zuwandererland/-region
a = Alter

T_{sza} = Gestorbene des Geschlechts s, der Zuwandererregion z und der Altersgruppe a

B_{sza} = Bevölkerung des Geschlechts s, der Zuwandererregion z und der Altersgruppe a

Zur Berechnung der Mortalitätsraten für die ausgewählten Todesursachen nach Geschlecht wurde die direkte standardisierte Mortalitätsrate (stMR) verwendet, die die unterschiedliche Altersstruktur berücksichtigt.

$$stMR_{sz} = 100.000 * \frac{\sum T_{sza} * B_a^{M(90-94)} / B_{sza}}{\sum B_a^{M(90-94)}}$$

$B_a^{M(90-94)}$ = Gesamtbevölkerung der Altersgruppe a; mittlere Bevölkerung der Jahre 1990-1994

Es wurden die kumulierten Mortalitätsdaten der Jahre 1990 bis 1994 verwendet. Als Standardbevölkerung diente die mittlere NRW-Bevölkerung der Jahre 1990 bis 1994.

8.2.3 Ausgewählte Todesursachen bei Deutschen und Zuwanderern in NRW (standardisierte Mortalitätsraten)

Die Tabellen 8.4 und 8.5 geben einen Überblick über ausgewählte, häufig vorkommende Todesursachen nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht. Aufgrund der unterschiedlichen Bevölkerungsanteile und der daher teilweise geringen Sterbeziffern der verschiedenen Zuwanderergruppen wurden diese mit Ausnahme der Türken und der ehemaligen Jugoslawen in Gruppen zusammengefaßt. Dies betrifft Zuwanderer aus dem Mittelmeerraum (Griechen, Italiener, Spanier, Portugiesen), Zuwanderer aus den übrigen Staaten der Europäischen Union („übrige EU“) und Zuwanderer aus Ländern außerhalb der EU („übriges Ausland“). Zudem wurden die Sterbeziffern für die Jahre 1990-1994 kumuliert. Daher handelt es sich um mittlere Mortalitätsraten für diesen Zeitraum. Die Mortalitätsdaten dieser Gruppen wurden denen der deutschen Bevölkerung zum Vergleich gegenübergestellt.

Die geschilderten Probleme schlagen sich in den Tabellen 8.4 und 8.5 deutlich nieder. So liegen bei allen ausgewählten Todesursachen (mit Ausnahme der ICD-Gruppe 740-759 und der Verkehrsunfälle, E 800-848, bei Männern) die standardisierten Mortalitätsraten der deutschen Bevölkerung deutlich über denen der zugewanderten Bevölkerungsgruppe. Diese starke Diskrepanz zeigt sich vor allem zwischen der deutschen Bevölkerung und den zugewanderten Bevölkerungen aus den südeuropäischen Mittelmeerstaaten. Die Mortalitätsraten der Zuwanderer aus dem übrigen Europa bzw. übrigen Ausland liegen zwar deutlich höher als die der Mittelmeeranrainerstaaten, aber immer noch deutlich unter denen der einheimischen Bevölkerung.

Die Problematik eines Vergleichs der Mortalitätsraten wird bei der ICD-Gruppe Verkehrsunfälle auf besondere Weise deutlich. Bei dieser ist keine ähnlich hohe Diskrepanz zwischen einheimischer und zugewanderten Populationen wie bei den anderen ICD-Gruppen zu erkennen. Die Mortalitätsraten sind nahezu gleich hoch (mit Ausnahme des übrigen Auslandes). Gerade bei den Verkehrsunfällen kann unterstellt wer-

¹ Nach: W. Casper, G. Wiesner & K.E. Bergmann (Hrsg.): Mortalität und Todesursachen in Deutschland. RKI-Heft 10/95, Berlin 1995

den, dass die den Vergleich beeinflussenden Faktoren nicht wirken. So geschehen tödliche Verkehrsunfälle vor allem bei jüngeren männlichen Personen im Alter zwischen 1 und 15 Jahren (s. auch Tab. 8.6). Es kann zudem davon ausgegangen werden, dass weder Herkunft noch Aufenthaltsdauer, weder Lebensgewohnheiten noch strukturelle Lebensgewohnheiten einen Einfluss auf das Unfallgeschehen auf den Straßen haben. Das bedeutet, dass sich bei gleichen strukturellen Bedingungen ähnliche Mortalitätsraten beobachten lassen.

Tab. 8.4: Ausgewählte Todesursachen 1990-1994 in NRW; direkt standardisierte Mortalitätsraten nach Nationalitätengruppen: Frauen (je 100.000; mittlere NRW-Bevölkerung)

ICD-Gruppe	Deutschland	Türkei	ehem. Jugoslawien	Gr./It./Sp./Port.	Übrige EU	Übriges Ausland
410-429	322,2	41,8	107,5	103,3	144,3	101,1
140-239	231,7	19,0	99,2	69,1	133,4	89,6
430-438	116,8	44,5	36,7	47,9	47,3	36,9
440-459	37,9	2,5	7,8	11,3	18,1	6,7
460-519	38,6	11,3	14,7	17,4	19,9	13,2
520-579	39,5	18,5	16,9	18,2	19,0	13,5
740-759	2,5	9,5	4,2	3,4	2,7	5,3
780-799	29,9	26,9	11,8	14,9	22,9	18,9

ICD 140-239	Neubildungen
ICD 410-429	Herzkrankheiten
ICD 430-438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems
ICD 440-459	Krankheiten des Kreislaufsystems (Arterien, Arteriolen, Kapillaren, Venen, Lymphgefäße)
ICD 460-519	Krankheiten der Atmungsorgane
ICD 520-579	Krankheiten der Verdauungsorgane
ICD 740-759	Kongenitale Anomalien
ICD 780-799	Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen

Quelle: LDS NRW (Stand: 31.12.1994). Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Tab. 8.5: Ausgewählte Todesursachen 1990-1994 in NRW; direkt standardisierte Mortalitätsraten nach Nationalitätengruppen: Männer (je 100.000; mittlere NRW-Bevölkerung)

ICD-Gruppe	Deutschland	Türkei	ehem. Jugoslawien	Gr./It./Sp./Port.	Übrige EU	Übriges Ausland
410-429	462,5	149,2	119,6	126,4	220,4	154,3
140-239	393,2	100,5	135,8	127,0	231,6	134,6
430-438	133,1	34,3	38,7	25,7	57,9	41,2
460-519	105,6	29,1	25,4	32,3	53,3	34,5
520-579	61,7	15,5	24,5	24,9	29,9	21,3
740-759	3,0	5,8	4,2	2,8	1,8	6,4
780-799	49,8	15,9	38,0	20,3	39,8	34,9
E 800-848	12,9	8,4	11,9	5,1	9,3	41,5

ICD 140-239	Neubildungen
ICD 410-429	Herzkrankheiten
ICD 430-438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems
ICD 460-519	Krankheiten der Atmungsorgane
ICD 520-579	Krankheiten der Verdauungsorgane
ICD 740-759	Kongenitale Anomalien
ICD 780-799	Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen
ICD-E 800-848	Verkehrsunfälle

Quelle: LDS NRW (Stand: 31.12.1994). Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

8.2.4 Ausgewählte Todesursachen bei Deutschen und Zuwanderern in NRW nach Altersgruppen (altersspezifische Mortalitätsraten)

Für die Darstellung der altersspezifischen Mortalitätsraten gelten viele Einschränkungen in der Interpretation ebenso wie bei den direkt standardisierten Mortalitätsraten. Erschwerend tritt hinzu, dass bei einer Aufspaltung nach Alters- und Nationalitätsgruppen in einigen Fällen die Zahl der Sterbefälle äußerst klein wird. So kommt z.B. bei Kindern von 1 bis unter 15 Jahren aus der übrigen EU maximal ein Todesfall bei 4 ICD-Gruppen in fünf Jahren (1990-1994), d.h. vier Todesfälle in fünf Jahren, vor. Werden in den folgenden Tabellen 8.6 bis 8.8 keine Zahlen ausgewiesen, lagen keine Todesfälle vor bzw. waren die Fallzahlen zu gering. Die Auswahl der Todesursachen bezieht sich je Altersgruppe i.d.R. auf die am häufigsten vorkommenden Todesursachen.

Es werden für die altersspezifischen Mortalitätsraten nur Altersgruppen von 1 bis 45 Jahren ausgewiesen, da sich in höheren Altersgruppen die verzerrenden Effekte deutlich niederschlagen. Dies wird deutlich aus den Frühberentungsquoten, die sich bei Zuwanderern (Männern) zwischen 45 und 50 Jahren extrem verringern (mit 45 Jahren 2,39%, mit 50 Jahren 0,03%)¹.

In der Altersgruppe der 1- bis unter 15-Jährigen liegen die altersspezifischen Mortalitätsraten für die ausgewählten Todesursachen bei den Kindern von Zuwanderern mit wenigen Ausnahmen tendenziell höher als bei denen der einheimischen Bevölkerung. Ausnahmen sind geringere Raten von Neubildungen bei türkischen Mädchen und bei Jungen aus dem ehemaligen Jugoslawien sowie Verletzungen und Vergiftungen bei Jungen aus Südeuropa (Griechenland, Italien, Spanien, Portugal). In der Altersgruppe der 15- bis unter 30-Jährigen liegen die Mortalitätsraten für die einheimische Bevölkerung mit zwei Ausnahmen (Verkehrsunfälle bei weiblichen jungen Erwachsenen aus dem ehemaligen Jugoslawien sowie Selbstmord und Selbstbeschädigung bei männlichen jungen Erwachsenen aus dem übrigen Europa) etwas höher als bei den zugewanderten Populationen. Tendenziell gilt dies auch für die Altersgruppe der 30- bis unter 45-Jährigen. In dieser Altersgruppe stellen Herzkrankheiten bei Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien eine Ausnahme dar.

Tab. 8.6: Ausgewählte Todesursachen 1990-1994 in NRW; altersspezifische Mortalitätsraten nach Nationalitätengruppen und Geschlecht (je 100.000); Altersgruppe: 1 bis unter 15 Jahre

	ICD-Gruppe	Deutschland	Türkei	chem. Jugoslawien	Gr./It./Sp./Port.	Übrige EU	Übriges Ausland
weiblich	140-239	3,4	2,8	4,6	-	-	3,5
	740-759	2,4	5,9	2,3	2,5	-	3,5
	E 850-949	2,1	4,4	2,3	2,5	-	-
	E 800-848	1,8	3,3	-	-	-	5,9
männlich	140-239	3,9	5,3	2,2	-	-	4,0
	740-759	2,6	5,5	5,1	4,8	-	6,3
	E 850-949	4,1	9,2	-	1,8	-	5,8
	E 800-848	3,3	5,3	5,8	-	-	4,9

ICD 140-239 Neubildungen
 ICD 740-759 kongenitale Anomalien
 ICD-E 850-949 Verletzungen und Vergiftungen
 ICD-E 800-848 Verkehrsunfälle

* Fallzahlen zu gering

1 Rehfeld, U: Ausländische Arbeitnehmer und Rentner in der Gesetzlichen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung 1991, 7, S. 468-492

Tab. 8.7: Ausgewählte Todesursachen 1990-1994 in NRW; altersspezifische Mortalitätsraten nach Nationalitätengruppen und Geschlecht (je 100.000): Altersgruppe: 15 bis unter 30 Jahre

	ICD-Gruppe	Deutschland	Türkei	ehem. Jugoslawien	Gr./It./Sp./Port.	Übrige EU	Übriges Ausland
weiblich	140-239	6,3	3,3	4	1,7	4,2	4
	E 800-848	5,9	2,1	6,6	-	2,8	4,7
	E 950-959	4,3	2,7	-	1,7	-	4,3
männlich	140-239	8,1	4,4	3,2	-	-	4,3
	E 800-848	22,3	16,0	20,4	11,9	16,8	13
	E 950-959	15,2	8,1	7,5	4,8	16,8	9,4

ICD 140-239 Neubildungen
 ICD-E 800-848 Verkehrsunfälle
 ICD-E 950-959 Selbstmord und Selbstbeschädigung

Tab. 8.8: Ausgewählte Todesursachen 1990-1994 in NRW; altersspezifische Mortalitätsraten nach Nationalitätengruppen und Geschlecht (je 100.000); Altersgruppe: 30 bis unter 45 Jahre

	ICD-Gruppe	Deutschland	Türkei	ehem. Jugoslawien	Gr./It./Sp./Port.	Übrige EU	Übriges Ausland
weiblich	140-329	42,3	23,2	29,8	21,6	31,4	17,8
	410-429	8,3	4,4	9,5	6,1	8,8	3,7
	780-799	7,5	3,3	6,8	-	6,9	4,7
	E 950-959	6,4	3,3	-	2,2	-	6,1
männlich	140-329	35,8	18,4	27,4	16,1	25,6	14,7
	410-429	26,0	15,4	13,5	12,8	-	10,5
	780-799	20,6	4,8	9,4	-	15	12,8
	E 950-959	20,5	5,6	-	6,6	11,5	8,9

ICD 140-329 Neubildungen
 ICD 410-429 Herzkrankheiten
 ICD 780-799 Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen
 ICD-E 950-959 Selbstmord und Selbstbeschädigung

9. Zusammenfassung

In diesem Bericht werden die gesundheitliche Lage von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen und die diesbezüglichen Unterschiede zwischen der deutschen und nicht-deutschen Wohnbevölkerung dargestellt. Hierbei handelt es sich um eine erste Bestandsaufnahme und migrationsspezifische Analyse sozialmedizinischer und epidemiologischer Datenbestände. Dies kann aber nur jene Teilbereiche der gesundheitlichen Situation von Zuwanderern abdecken, zu denen entsprechendes Datenmaterial verfügbar ist. Auf der Basis der tatsächlich verfügbaren Informationen und Daten kann keine umfassende Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Zuwanderern vorgelegt werden.

Datenlage und Anlass der Untersuchung

Zur Krankheits- und Versorgungssituation von Zuwanderern liegen zwar eine Reihe von Untersuchungen vor, deren Aussagekraft im Hinblick auf eine Gesamteinschätzung der gesundheitlichen Situation und Versorgung von Zuwanderern jedoch begrenzt ist. Einschränkungen ergeben sich u.a. durch:

- den Zeitpunkt der Untersuchungen: Ergebnisse aus frühen Phasen des Migrationsprozesses sind nicht mehr auf die momentane Situation übertragbar;
- Begrenzungen bzgl. der untersuchten ethnischen Gruppen;
- regionale Ausrichtung/kleine Fallzahlen;
- die Begrenzung auf bestimmte Altersgruppen und/oder Erkrankungsbilder;
- die Generalisierung von selektiven Erfahrungsberichten.

Beschränkte Aussagekraft von Untersuchungsergebnissen

Über eine Gruppe von Zuwanderern in Deutschland, nämlich Aussiedler, können kaum spezifisch gesundheitsrelevante Aussagen getroffen werden, da diese die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen und somit in den meisten Statistiken nicht gesondert ausgewiesen werden.

Bei der Interpretation der Daten der Leistungsträger zu Rehabilitationsmaßnahmen, Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten ist zusätzlich zu beachten, dass das zurückhaltende Inanspruchnahmeverhalten der zugewanderten Bevölkerung die Vergleichbarkeit der Morbidität anhand dieser Indikatoren erheblich einschränkt.

Zurückhaltendes Inanspruchnahmeverhalten

Darüber hinaus muss bei Vergleichen bzgl. der Morbidität (soweit hierzu überhaupt Daten vorliegen) und Mortalität zwischen Deutschen und Zuwanderern in besonderer Weise berücksichtigt werden, dass sich der Altersaufbau in den beiden Gruppen deutlich unterscheidet: Das Durchschnittsalter der Zuwanderer liegt wesentlich unter demjenigen der deutschen Bevölkerung. Die Unterschiede sind vor allem in den höheren Altersgruppen auffällig: Nur 3,6% der zugewanderten Bevölkerung sind älter als 64 Jahre, demgegenüber liegt in der deutschen Bevölkerung der entsprechende Anteil bei 18,1%.

Wesentliche Differenzen im Altersaufbau: Zuwanderer sind im Schnitt jünger

Bei einem Vergleich gesundheitsrelevanter Merkmale von Deutschen und Zuwanderern spielen Unterschiede in der sozialen Lage und den Beschäftigungsverhältnissen eine wesentliche Rolle. Die vorherrschende Art der Erwerbstätigkeit sowie die durchschnittliche berufliche Qualifikation der erwerbstätigen zugewanderten Bevölkerung unterscheidet sich erheblich von derjenigen der deutschen Bevölkerung.

Differenzen bei sozialer Lage und Beschäftigungsverhältnissen

Zudem ergeben sich aus einer Reihe von Untersuchungen Hinweise darauf, dass sich das Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten der zugewanderten Bevölkerung, bedingt durch den kulturellen und sozialen Hintergrund, zum Teil erheblich von dem der deutschen Bevölkerung unterscheidet.

Unterschiedliches Krankheitsverhalten

Bei allen ausgeführten Einschränkungen zur Aussagekraft der Ergebnisse dieses Berichts muss betont werden, dass die Auseinandersetzung mit Fragen von Migration und Gesundheit aus verschiedenen Gründen von Bedeutung ist:

- Die Analyse der gesundheitlichen Situation auf verschiedenen Ebenen und in unterschiedlichen Gruppen einer Gesellschaft ist eine der Grundlagen der öffentlichen Gesundheit.

- Im Sinne des „Health for All“-Konzepts der Weltgesundheitsorganisation ist es eine gesundheitsethische Herausforderung, dem Gesundheitsstatus von Zuwanderern vermehrte Aufmerksamkeit zu widmen.
- Ein ggf. schlechterer Gesundheitszustand bei Zuwanderern hat wesentliche finanzielle Implikationen, da sich die Ausgaben für Behandlung und Rehabilitation tendenziell erhöhen werden, wenn das Gesundheitssystem nicht adäquat auf bestehende Probleme reagiert.

Soziodemographie und soziale Lage

2 Mio. Zuwanderer in NRW

Zur Zeit leben ca. 7,3 Millionen Zuwanderer in der Bundesrepublik Deutschland, was einem Ausländeranteil von 8,9% entspricht. Nordrhein-Westfalen ist das Bundesland, in dem die meisten Zuwanderer ansässig sind. Aktuell leben ca. zwei Millionen Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit in Nordrhein-Westfalen; dies sind 27,2% aller in Deutschland ansässigen Zuwanderer. Der Ausländeranteil liegt in Nordrhein-Westfalen bei 11,2%. Ca. 60% der in Nordrhein-Westfalen lebenden Zuwanderer stammen aus den Staaten, aus denen in organisierter Form Arbeitskräfte angeworben wurden, d.h. aus der Türkei, Italien, Griechenland, Spanien und dem ehemaligen Jugoslawien.

11,2% Ausländeranteil

60% aus ehemaligen Anwerbeländern

Mit 35,5% stellen die Zuwanderer mit türkischer Staatsangehörigkeit in Nordrhein-Westfalen die größte Zuwanderergruppe dar. Es folgen die Zuwanderer aus dem ehem. Jugoslawien (14,7%), aus Italien (7,5%) und aus Griechenland (5,6%).

1/3 der Zuwanderer in NRW ist seit über 20 Jahren hier

33,1% der am 31.12.1997 in Nordrhein-Westfalen registrierten Zuwanderer leben seit 20 und mehr Jahren in der Bundesrepublik, weitere 20,6% seit 10 bis 20 Jahren.

Unterschiedliche Altersschichtung bei Deutschen und Zuwanderern

Die Altersstruktur der Bevölkerung mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit weicht deutlich von der der deutschen Bevölkerung ab. Dies betrifft vor allem die jungen und die ganz alten Jahrgänge. Während 31,7% der Deutschen über 55 Jahre alt sind, erreicht der Anteil bei den Zuwanderern nur 11,5%. Auf der anderen Seite liegt der Anteil der unter 25-Jährigen in der zugewanderten Bevölkerung bei 39,1%, während dieser Anteil in der deutschen Bevölkerung lediglich 25,1% beträgt.

Bei der Betrachtung der regionalen Verteilung fällt auf, dass in den struktur- und wirtschaftsstarke Regionen die Zuwandereranteile höher liegen als in den ländlichen Gebieten.

Deutlicher Geburtenüberschuss bei Zuwanderern im Vergleich zu Deutschen

Vergleicht man die natürliche Bevölkerungsbewegung bei Zuwanderern und Deutschen, so fallen hier extreme Differenzen bezüglich des Verhältnisses von Geburten und Sterbefällen auf. Aufgrund der eher jüngeren Altersstruktur der Zuwanderer ergeben sich für diese deutlich weniger Sterbefälle im Vergleich zur deutschen Bevölkerung. Im Jahr 1997 lag die Zahl der Sterbefälle bei den Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen bei 3.999. Dagegen wurden 32.004 Lebendgeborene verzeichnet, was einen Geburtenüberschuss von 28.005 ergibt. Setzt man die entsprechenden Zahlen der deutschen Bevölkerung daneben, wird deutlich, wie sehr sich die demographische Entwicklung der beiden Gruppen unterscheidet: Im Jahr 1997 wurden bei den Deutschen 185.947 Gestorbene und nur 157.740 Lebendgeborene registriert. Das Verhältnis Geborene zu Gestorbene liegt bei Zuwanderern bei 8:1 im Vergleich zu 0,85:1 bei der deutschen Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Momentan ist jedes sechste in Nordrhein-Westfalen geborene Kind aus einer Zuwandererfamilie.

Wohnverhältnisse und Arbeitssituation

Weniger Eigentumswohnungen und -häuser

Auch hinsichtlich der Wohnverhältnisse zeigen sich starke Differenzen zwischen Zuwanderern und Deutschen. 89% der Zuwanderer in Nordrhein-Westfalen wohnen zur Miete, davon 86% in privat gemieteten Wohnungen oder Häusern und 3% zur Untermiete. In einem eigenem Haus oder einer eigenen Wohnung leben nur 11% der Zuwanderer. Demgegenüber wohnt knapp über die Hälfte der

Deutschen (58%) zur Miete und 42% in einer eigenen Wohnung bzw. in einem eigenen Haus, d.h., vier mal mehr Deutsche als Zuwanderer leben in einer Eigentumswohnung oder in einem eigenem Haus.

In den vergangenen Jahren hat sich die Wohnsituation der Zuwanderer, insbesondere die Ausstattung ihrer Wohnungen, in Nordrhein-Westfalen zwar verbessert, aber dennoch kann sie noch nicht als befriedigend bezeichnet werden. Ein deutscher Haushalt hatte 1994 durchschnittlich 76,5 qm Wohnfläche zur Verfügung und ein nicht-deutscher Haushalt lediglich 70,4 qm. Besonders deutlich werden die Diskrepanzen bei der Pro-Kopf-Betrachtung. Einem Zuwanderer stehen durchschnittlich 31,7 qm Wohnfläche zur Verfügung, einem Deutschen demgegenüber aber 43,6 qm. Die Ausstattung nicht-deutscher Wohnungen mit Warmwasser, WC in der Wohnung, Bad oder Dusche und Küche liegen bei 96 bis 100%. Sie haben sich somit den Standards deutscher Wohnungen fast angeglichen. Eher unterversorgt sind nicht-deutsche Wohnungen mit gehobeneren Ausstattungen wie Balkon, Terrasse oder Garten. Der schlechtere Wohnstatus der Zuwanderer spiegelt sich auch in deren subjektiver Einschätzung wider: Fast 40% sind der Meinung, dass ihre Wohnung viel bzw. etwas zu klein sei, bei den Deutschen sind es nur knapp 15%.

Geringere Wohnfläche

Im Bereich Arbeitsmarkt und Beschäftigungssituation fällt auf, dass Zuwanderer immer noch eher zu den Berufsgruppen gehören, die insgesamt eher gesellschaftlich benachteiligt sind. Sie sind wesentlich häufiger als un- und angelernte Arbeitskräfte beschäftigt, d.h., fast jeder fünfte Zuwanderer ist ungelernter und jeder zweite bzw. dritte angelernter Arbeiter (bei den Deutschen jeder 33. bzw. jeder 14.). Zugleich ist der Anteil der Angestellten bei den Zuwanderern (19%) wesentlich geringer als bei den Deutschen (50%). Der Anteil der Facharbeiter unter den erwerbstätigen Zuwanderern hat sich mittlerweile dem der Deutschen angeglichen (ca. 18%).

Mehr un- bzw. angelernte Arbeitskräfte bei Zuwanderern

Insgesamt liegt die Arbeitslosenquote der Zuwanderer durchgängig auf einem deutlich höheren Niveau als die Gesamtarbeitslosenquote und ist zudem auch stärkeren Schwankungen ausgesetzt. 1996 war die Arbeitslosenquote der Zuwanderer fast doppelt so hoch wie die Gesamtarbeitslosenquote. Fast 50% sind jedoch „nur“ Kurzarbeitslose, d.h. unter sechs Monaten arbeitslos gemeldet, und etwa ein Drittel der Zuwanderer ist über ein Jahr arbeitslos. Ein Grund dafür ist darin zu sehen, dass die Zuwanderer zum größten Teil in krisenanfälligen und konjunkturrempfindlichen Industriearbeitsplätzen arbeiten und kaum in sicheren Staatspositionen und relativ sicheren privaten Dienstleistungsberufen beschäftigt sind.

Deutlich höhere Arbeitslosenquote

Säuglingssterblichkeit, Schwangerschaft und Geburt

Die Säuglingssterblichkeit ist einer der zentralen Indikatoren für den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Sie wird u.a. beeinflusst durch den Gesundheitsstatus der Mütter, soziale und behaviorale Faktoren sowie den Zugang zu bzw. Wahrnehmung von Vorsorgeangeboten. In den letzten Jahren hat vor allem die starke Verringerung der Fälle von „plötzlichem Säuglingstod“ (Sudden Infant Death Syndrome) zum Rückgang der Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen beigetragen.

Betrachtet man die Daten für das gesamte Bundesgebiet fällt auf, dass in den letzten Jahren die Säuglingssterblichkeit bei Zuwanderern immer über derjenigen der deutschen Bevölkerung lag (zwischen 1,3 und 2,2 pro 1.000 Lebendgeborene). Trotz der abnehmenden Tendenz in beiden Gruppen scheint sich jedoch die Differenz in der Säuglingssterblichkeit zwischen Deutschen und Zuwanderern nicht wesentlich zu verändern.

Säuglingssterblichkeit bei Zuwanderern generell höher als bei Deutschen

Die nationalitätsspezifischen Daten aus Nordrhein-Westfalen zeigen, dass die Sterblichkeit der Säuglinge türkischer Abstammung und aus dem außereuropäischen Ausland nach wie vor relativ hoch ist verglichen mit der deutschen Bevölkerung. Es ist aus verschiedenen Untersuchungen bekannt, dass innerhalb der einzelnen nicht-deutschen Nationalitäten die Säuglingssterblichkeitsraten z.T. erheblich streuen.

Starke Streuungen der Säuglingssterblichkeitsraten

Niedrigere Säuglingssterblichkeit bei Zuwanderern aus Mittelmeerländern und Portugal

Bei den Kindern von Zuwanderern aus Griechenland, Italien, Portugal und Spanien, die in Nordrhein-Westfalen leben, lag die Säuglingssterblichkeit 1997 noch unter den Werten für Deutsche, was damit zusammenhängen könnte, dass Mütter aus Mittelmeerländern zum Zeitpunkt der Entbindung im Schnitt jünger sind als deutsche Mütter.

Unterschiedliche Altersverteilung der Schwangeren

Die Altersverteilung der Schwangeren weist auffällige Unterschiede zwischen den einzelnen Nationalitätengruppen auf. Die Ergebnisse der Perinatalerhebung (1997) der Ärztekammer Nordrhein und Westfalen Lippe verdeutlichen z.B., dass Mütter aus Deutschland und Mittel- und Nordeuropa sowie aus Nordamerika zum Zeitpunkt der Entbindung älter sind als die Mütter aus anderen Regionen. Demgegenüber ist der Anteil der sehr jungen Schwangeren in den Zuwanderergruppen (ohne Mittel- und Nordeuropa und Nordamerika) deutlich höher als bei den Deutschen. Nur 3,3% der deutschen Schwangeren sind zwischen 15 und 20 Jahren alt im Vergleich zu 11,0% aus dem Mittleren Osten inkl. Türkei und 8,9% aus den Mittelmeerländern.

Frühsterblichkeitsraten

Bei der Mortalität von Säuglingen in den frühen Phasen des ersten Lebensjahres zeigt sich, dass die Differenzen zwischen der Gruppe der Zuwanderer und der Deutschen besonders deutlich ausgeprägt sind. Die Frühsterblichkeit bei deutschen Neugeborenen lag 1993 in Nordrhein-Westfalen bei 2,5 je 1.000 Lebendgeborene. Im selben Zeitraum lag die Frühsterblichkeit für die in Nordrhein-Westfalen geborenen Kinder aus Griechenland, Italien, Portugal und Spanien mit 1,7 pro 1.000 Lebendgeborene noch unter dem entsprechenden Wert für die deutsche Bevölkerung. Für alle anderen Nationalitätengruppen liegen die Werte jedoch deutlich darüber (3,4 - 5,0). Im Zeitverlauf fällt auch auf, dass nur die Frühsterblichkeit bei den türkischen Säuglingen unverändert hoch bleibt.

Perinatale Sterblichkeit

Auch die perinatale Sterblichkeit ist für Kinder aus der Türkei, dem ehem. Jugoslawien, aus EU-Ländern (ohne Griechenland, Italien, Spanien und Portugal) und dem übrigen Ausland im Vergleich zu deutschen Kindern und Kindern aus dem Mittelmeerraum deutlich erhöht. Dasselbe gilt für die Totgeburtenrate, die bei Zuwanderern (abgesehen von denen aus den Mittelmeerländern) über derjenigen der deutschen Bevölkerung liegt.

Spätere Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen

Bei der Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen fällt auf, dass Zuwanderinnen, einschließlich derjenigen aus Mittel- und Nordeuropa sowie Nordamerika, die Vorsorgeuntersuchungen deutlich später in Anspruch nehmen als die Deutschen und insgesamt weniger Untersuchungen durchführen lassen.

Weniger Vorsorgeuntersuchungen

Knapp 55% der deutschen Schwangeren nahmen 11-15 Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch, während die meisten Schwangeren nicht-deutscher Nationalität (mit Ausnahme der Frauen aus Mittel- und Nordeuropa und Nordamerika) lediglich 6 - 10 Vorsorgeuntersuchungen durchführen ließen.

Infektionskrankheiten

Hoher Zuwandereranteil bei der Tbc-Inzidenz

Bei der Analyse der Tbc-Inzidenzdaten fällt auf, dass Migration einen deutlichen Einfluss auf die Tuberkuloseprävalenz in Deutschland hat. Der Anteil der Zuwanderer an den Tbc-Zugängen ist in Nordrhein-Westfalen ca. dreimal so groß wie der Zuwandereranteil in der Gesamtbevölkerung. Auch die Tbc-Inzidenz in der zugewanderten Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen (43,0 je 100.000) ist nahezu viermal so hoch verglichen mit der deutschen Bevölkerung (11,4 je 100.000).

40% der nicht-deutschen AIDS Fälle aus Endemiegebieten

In Nordrhein-Westfalen waren bis zum 30.03.1999 3.952 AIDS-Fälle gemeldet, wovon 12,6% der Patienten nicht die deutsche Staatsangehörigkeit hatten. Somit liegt hier der Anteil der Zuwanderer unter den gemeldeten AIDS-Fällen leicht über dem nicht-deutschen Bevölkerungsanteil. Betrachtet man die Verteilung der Nationalitäten in der Gruppe der nicht-deutschen AIDS-Fälle in Nordrhein-Westfalen, so wird deutlich, dass einige Nationalitätengruppen gemessen an ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung deutlich überrepräsentiert sind. Patienten aus den Endemiegebieten (Subsahara-

Afrika und Nordafrika/Naher Osten) stellen mit einem Anteil von über 40% der gemeldeten nicht-deutschen AIDS Fälle die größte Gruppe dar. Auch US-Amerikaner und Kanadier sind gemessen an ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung von Nordrhein-Westfalen im AIDS-Fallregister überrepräsentiert. Demgegenüber ist der Anteil der türkischen AIDS-Patienten, gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil, relativ gering.

Bedenklich ist die Tatsache, die durch einige, meist regionale Studien belegt werden konnte, dass die zugewanderte Bevölkerung schlechter über HIV und AIDS sowie die entsprechenden Schutzmaßnahmen informiert ist und sich auch hinsichtlich der Risikowahrnehmung von der einheimischen Bevölkerung unterscheidet. Sehr auffällig ist auch die Tatsache, dass der Zuwandereranteil an den jährlich bundesweit gemeldeten AIDS Fällen (AIDS-Inzidenz) stetig ansteigt: von 12,5% in 1990 auf 14,2% in 1995 und 21,3% in 1998. Ein weiteres Problem, das immer häufiger von Mitarbeitern aus Schwerpunktpraxen und AIDS-Ambulanzen berichtet wird, ist, dass HIV-positive Migrantinnen erst in deutlich fortgeschrittenen Stadien der Infektion in ärztliche Behandlung kommen, was darauf hindeutet, dass auch hier bezüglich der ärztlichen Versorgung die Zugangschancen schlechter sind.

Weniger Informationen über HIV und AIDS

Steigender Zuwandereranteil an gemeldeten AIDS Fällen

Straßenverkehrsunfälle

Bei der Analyse der Straßenverkehrsunfälle fällt auf, dass bei Zuwanderern der Anteil der minderjährigen Unfallbeteiligten deutlich höher ist als bei den Deutschen. Bei diesen liegt der Anteil der Unfallbeteiligten unter 6 Jahren lediglich bei 0,7%, während er gerade bei den Zuwanderern aus der Türkei (3,3%) und dem ehemaligen Jugoslawien (1,9%) deutlich darüber liegt. 17,5% der Verkehrsunfallbeteiligten in dieser Altersgruppe sind türkische Kinder. Auch der Anteil der 6- bis 15-jährigen Zuwanderer unter den Unfallbeteiligten ist z.T. deutlich höher als der Anteil der Deutschen dieser Altersgruppe an allen deutschen Unfallbeteiligten.

Hoher Anteil minderjähriger Zuwanderer bei Straßenverkehrsunfällen

Auch bei den an Verkehrsunfällen mit Personenschaden beteiligten Fahrradfahrern sind deutliche Unterschiede bzgl. der Altersverteilung zwischen den einzelnen Zuwanderergruppen zu beobachten. Hier fällt ebenfalls der sehr hohe Anteil von Kindern und Jugendlichen (6 bis 14 Jahre) unter den türkischen Unfallbeteiligten auf (48,6%). In der Altersgruppe ab 65 Jahren ist der Anteil der Unfallbeteiligten unter den Zuwanderern relativ niedrig verglichen mit der deutschen Bevölkerung.

Fahrradunfälle

Behinderungen

Zum Jahresende 1997 waren in Nordrhein-Westfalen bei den Versorgungsämtern 1,81 Millionen Personen als schwerbehindert mit gültigem Ausweis registriert, darunter 62.325 Zuwanderer. Bezogen auf die jeweilige Bevölkerung war damit bei Deutschen durchschnittlich jeder 9. Einwohner von einer Schwerbehinderung betroffen (11,0%), bei Zuwanderern dagegen nur jeder 33. Einwohner (3,0%), also nahezu viermal weniger.

Niedriger Zuwandereranteil bei registrierten Schwerbehinderten

Die Türken stellen entsprechend ihrem Anteil an der nicht-deutschen Bevölkerung (35,5% der in Nordrhein-Westfalen lebenden Zuwanderer sind Türken) auch den größten Anteil an den nicht-deutschen Schwerbehinderten in Nordrhein-Westfalen (40,4%). Die größten relativen Schwerbehindertenanteile stellen „alte Anwerberländer“ wie Spanien (51,6%), Griechenland (43,6%) und Italien (42,9%). Die in den 60er-Jahren angeworbenen Arbeiter sind inzwischen älter geworden und daher eher von Schwerbehinderungen betroffen. Obwohl die Türkei auch zu den sogenannten „alten Anwerberländern“ gehört, ist der Anteil von Schwerbehinderten innerhalb der türkischen Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen vergleichsweise niedrig. Ursache dafür ist u.a. die jüngere Alterspyramide der türkischen Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Im Vergleich mit Daten von 1993 zeichnet sich jedoch zwischen der Türkei und den übrigen „alten Anwerberländern“ eine Angleichungstendenz ab. Während der Schwerbehindertenanteil in der türkischen Population seitdem deutlich angestiegen ist (von 29,7 auf 35,2 pro Tausend), ist er in den übrigen Nationalitätsgruppen abgesunken.

Höherer Anteil von Schwerbehinderung bei Zuwanderern aus den Anwerberländern

Die Geschlechtsverteilung der Schwerbehinderten ist je nach Staatsangehörigkeit sehr unterschiedlich. In den Gruppen, in denen die Frauenerwerbsquote am niedrigsten ist (Marokko, Türkei und Italien) ist auch der Frauenanteil unter den Schwerbehinderten am niedrigsten. Allerdings verrichten viele zugewanderte Frauen beispielsweise in Familienbetrieben Tätigkeiten, die von der Sozialversicherungspflicht nicht erfasst werden und daher bei den Erwerbsquoten keine Beachtung finden.

*Weniger
Schwerbehinderte in
hohen Altersgruppen
bei Zuwanderern*

Bezüglich der Verteilung der Schwerbehinderten in den Altersgruppen unterscheiden sich Deutsche und Zuwanderer in Nordrhein-Westfalen stark voneinander. Über die Hälfte der deutschen Schwerbehinderten ist 65 Jahre und älter, bei den nicht-deutschen Schwerbehinderten dagegen sind es nur 16,3%. Das hängt damit zusammen, dass der Zuwandereranteil in den höheren Altersgruppen deutlich niedriger ist. Setzt man die Schwerbehindertenzahlen nach Altersgruppen mit den entsprechenden Bevölkerungszahlen in Beziehung, so wird deutlich, dass über alle Altersgruppen hinweg der Anteil der Schwerbehinderten in der zugewanderten Bevölkerung niedriger ist als bei den Deutschen. Diese Unterschiede sind vor allem in den höheren Altersgruppen stärker ausgeprägt. Auch hier muss zur Erklärung jedoch auf ein abweichendes Inanspruchnahmeverhalten hingewiesen werden. Auf einen besseren Gesundheitsstatus der Zuwanderer kann daraus nicht geschlossen werden.

*Abweichendes Inan-
spruchnahmeverhalten*

Aus der Statistik über Personen mit einem Grad der Behinderung bis 50% (nur bis 1985 erhoben) traten besonders bei nicht-deutschen Kindern (v.a. türkischen) höhere Behinderungsraten deutlich hervor. Dies ist in der Schwerbehindertenstatistik (Grad der Behinderung ab 50%) nicht der Fall. Einige Studien weisen auf eine tendenziell spätere Diagnosestellung bzw. eine seltener erfolgte Frühdiagnostik bei nicht-deutschen behinderten Kindern hin, die dann wegen Schamgefühlen der Eltern keine entsprechende Behandlung erhalten.

*Höhere Raten bei leicht-
ten Behinderungen*

Zahngesundheit

*Generell schlechterer
oraler Gesundheits-
zustand bei Zuwan-
dererkindern*

Einige neuere Studien weisen übereinstimmend auf einen generell schlechten oralen Gesundheitszustand bei Kindern nicht-deutscher Nationalität hin. Der Kariesbefall bei Kindern aus Zuwandererfamilien liegt deutlich über dem der deutschen Kinder. Auch bei der Verwendung häuslicher Fluoridpräparate bei Vorschulkindern und der Verwendung anderer Fluoridpräparate wie Salze, Mundspülungen etc. schnitten die Migrantenfamilien deutlich schlechter ab als die Deutschen. Deutliche Unterschiede waren auch bei der Inanspruchnahme zahnärztlicher Betreuungsleistungen feststellbar: Nur halb so viele ausländische wie deutsche Kinder gehen zweimal jährlich zum Zahnarzt.

*Weniger Oralprophy-
laxe*

Subjektive Morbidität

Im dritten Untersuchungssurvey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) von 1991 wurden u.a. Risikofaktoren und die subjektive Morbidität in verschiedenen Bevölkerungsgruppen, darunter auch erstmals für Aus- und Übersiedler, erhoben. Die Betrachtung der Prävalenzen der Risikofaktoren in den Bevölkerungsgruppen der Westdeutschen, der Übersiedler aus der DDR und der deutschstämmigen Aussiedler aus den Ostblockstaaten ergibt in der Tendenz höhere Risikoprofile für die Übersiedler und Aussiedler. Allerdings ist das Bild nicht durchgängig eindeutig und variiert zudem bei den Über- und Aussiedlern bezüglich der Aufenthaltsdauer in der Bundesrepublik. Nimmt man die Westdeutschen jeweils als Referenzgruppe, zeigen sich zusammengefasst folgende Auffälligkeiten:

*Höhere Risikoprofile
bei Aussiedlern*

- höhere Prävalenzen für Hypertonie bei den jüngeren Übersiedlern;
- höhere Prävalenzen für Hypertonie bei den älteren Aussiedlern;
- Angleichung der Prävalenzen für Hypertonie bei Über- und Aussiedlern, die bis 1980 zuwanderten.

Die Differenzen in der Prävalenz der Hypercholesterinämie sind eher gering einzuschätzen, wobei hier allerdings die Übersiedler tendenziell etwas größeren Risiken ausgesetzt sind als die Aussiedler. Der Risikofaktor Rauchen kommt bei den Übersiedlern vor allem in den jüngeren Jahrgängen verstärkt vor. Besonders augenfällig wird dies bei den Übersiedlern, die seit 1989 in die Bundesrepublik zugezogen sind. Bezüglich des Übergewichts zeigt sich besonders bei den Aussiedlern ein hoher Risikostatus, der auch bei einer Differenzierung nach Aufenthaltsdauer bestehen bleibt.

Mehr Übergewicht bei Aussiedlern

Bei der Analyse der subjektiven Morbidität ergaben sich in der Gesamttendenz für die meisten ausgewählten Krankheiten höhere subjektive Prävalenzen bei den Aussiedlern als bei den Übersiedlern. Die subjektiven Prävalenzen der Aussiedler liegen durchgängig über denen der Westdeutschen. Die augenfälligsten subjektiven Prävalenzen bei den Aussiedlern sind die für Angina pectoris, Herzschwäche und Magengeschwüre und bei Übersiedlern ebenfalls Magengeschwüre. Die überdurchschnittliche subjektive Prävalenz von Magengeschwüren bei den Übersiedlern gegenüber den Westdeutschen wird in allen Altersgruppen deutlich.

Subjektive Prävalenz von Angina pectoris, Herzschwäche und Magengeschwüren bei Aussiedlern

Bei der Analyse der subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes aus den Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) fällt auf, dass die Zuwanderer ihren Gesundheitszustand durchschnittlich etwas besser einschätzen als die Deutschen. Dies drückt sich auch in einer höheren subjektiven Zufriedenheit mit der Gesundheit aus. Bei den Fragen zur Wichtigkeit der Gesundheit und der Entwicklung der eigenen Gesundheit antworten Deutsche und Zuwanderer ähnlich. Diese Ergebnisse sind unter dem Vorbehalt zu interpretieren, dass in der Gruppe der Zuwanderer die jüngeren, mutmaßlich gesünderen Altersgruppen stärker vertreten sind.

Subjektive Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit

Zudem sind die o.a. Ergebnisse angesichts der in diesem Band aufgestellten objektiven Unterschiede bzgl. des tatsächlichen Gesundheitszustandes zwischen Deutschen und Zuwanderern erstaunlich und lassen vermuten, dass sich die Tendenz, in Richtung sozialer Erwünschtheit zu antworten, bei den Zuwanderern stärker ausgewirkt hat als bei den deutschen Befragten.

Früherkennungsuntersuchungen und Impfschutz

Die Daten aus der DSU (Dokumentation der schulärztlichen Untersuchung) geben Auskunft über die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9) und über den bestehenden Impfschutz bei Schulanfängern. Aufgrund verschiedener Probleme bei der Datenerfassung sind 1998 nur 17 Landkreise und kreisfreie Städte erfasst worden, sodass die Ergebnisse hier nur als Tendenz für das gesamte Nordrhein-Westfalen zu werten sind. Innerhalb dieser Erfassung konnten wiederum nur diejenigen Schulanfänger mit einbezogen werden, die ein Früherkennungsheft (82,3%) bzw. einen Impfpass (81%) vorgelegt haben.

Dokumentation der schulärztlichen Untersuchung

Bei einer Einzelbetrachtung der Vorsorgeuntersuchungen fällt auf, dass die Untersuchungen U1 bis U7 durchgehend sowohl von deutschen Schulanfängern (>90%) als auch von den in Deutschland geborenen Schulanfängern aus Zuwandererfamilien (>70%) stark in Anspruch genommen werden. Bei den Aussiedlern und den im Heimatland geborenen Zuwanderern liegen die Werte mit 60-70% bzw. 50-60% deutlich darunter. Fasst man die Früherkennungsuntersuchungen nach U1-U7 bzw. U8 und U9 zusammen, so verstärkt sich der Unterschied zwischen Deutschen und Zuwanderern. Während gut 90% der deutschen Schulanfänger die Untersuchungen U7 bis U9 komplett nachweisen können, sind dies bei den in Deutschland Geborenen nur gut die Hälfte, bei den im Heimatland Geborenen ca. ein Drittel und bei den Aussiedlern knapp die Hälfte.

Geringere Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen bei Zuwanderern

Ein ausreichender Impfschutz liegt dann vor, wenn gegen jede der Krankheiten Diphtherie, Tetanus, Polio, Masern, Mumps, Röteln, Pertussis und Hämophilus influenzae Typ B die erforderliche Zahl von Impfungen durchgeführt wurde. Für jede dieser Krankheiten muss eine Durchimpfungsrate von mindestens 90% der Gesamtbevölkerung erreicht werden, damit von einem wirksamen Schutz der gesamten Bevölkerung gesprochen werden kann.

Impfschutz

Geringere Durchimpfungsraten bei Zuwanderern

Dieser Wert wurde in Nordrhein-Westfalen 1998 sowohl bei den deutschen Schulanfängern als auch bei den in Deutschland geborenen Zuwanderern nur für die Krankheiten Diphtherie, Tetanus und Polio erreicht. Bei den Aussiedlern war dies nur für Diphtherie und Tetanus gegeben und bei den im Heimatland Geborenen für keine der Krankheiten. Unter den „etablierten“ Schutzimpfungen (Diphtherie, Tetanus, Polio, Masern und Mumps) werden damit besonders bei Mumps und Masern die notwendigen Durchimpfungsraten in keiner der Bevölkerungsgruppen erreicht. Die Werte liegen hier zwischen 88,1% bei der Masernimpfung unter den deutschen Schulanfängern und 70,2% bei der Mumpsimpfung unter den zugewanderten Schulanfängern, die im Heimatland geboren sind. Den gesamten Impfschutz aller „etablierten“ Impfungen erreichen 84,2% der deutschen Schulanfänger und nur 57,5% der im Heimatland geborenen Zuwanderer.

Geringe Impfraten bei Röteln, Pertussis und HIB

Die Durchimpfungsrate bei den übrigen Impfungen fällt noch deutlich geringer aus. Bei der Schutzimpfung gegen Röteln liegen die Werte zwischen knapp 50 und knapp 80% und weisen damit starke Unterschiede zwischen Deutschen bzw. in Deutschland geborenen Zuwanderern und den übrigen Gruppen auf. Gegen Pertussis wurden zwischen 45 und knapp 60% der Schulanfänger geimpft, bei HIB zeigen sich wiederum starke Unterschiede zwischen Deutschen bzw. in Deutschland geborenen Zuwanderern und Aussiedlern bzw. im Heimatland geborenen Zuwanderern mit Werten zwischen knapp 90 und gut 50%.

Rehabilitative Leistungen

Unterinspruchnahme von Reha-Leistungen

Bei der Analyse der Daten zu Rehabilitationsmaßnahmen fällt ebenfalls eine deutliche Unterinspruchnahme durch Zuwanderer auf. Der Anteil der Zuwanderer an den Rehabilitanden (5,6%) liegt deutlich unter dem Anteil, den sie in der Gesamtbevölkerung einnehmen (10,6%). Diese Verteilung hat sich in den ersten vier Jahren der 90er Jahre als zeitstabil erwiesen.

Höhere Konzentration von Rehabilitanden in jüngeren Altersgruppen

Neben dem Effekt der sogenannten positiven Selektion in der Bevölkerung der Zuwanderer (nur junge und gesunde Arbeitskräfte kamen im Rahmen der Anwerbung nach Deutschland) ist hier auch ein abweichendes Inanspruchnahmeverhalten u.a. aufgrund höherer Zugangsbarrieren zur Erklärung heranzuziehen. Als Hauptursache kann jedoch die unterschiedliche Altersstruktur in den beiden Gruppen gesehen werden. Die deutlich jüngere Altersstruktur der Zuwanderer spiegelt sich entsprechend in einer hohen Konzentration der Rehabilitanden in der Gruppe der 45- bis 50-Jährigen. 34,4% der nicht-deutschen Rehabilitanden sind dieser Altersgruppe zuzuzählen. Zwar stellt diese Alterskategorie auch bei den deutschen Rehabilitanden die größte Gruppe dar (25,6%), jedoch machen hier die über 65-Jährigen einen verglichen mit den Zuwanderern deutlich höheren Anteil von 15,7% aus (Zuwanderer nur 2,0%).

Mehr meldepflichtige Arbeitsunfälle in jüngeren Altersgruppen bei Zuwanderern

Dieses Bild bestätigt sich auch bei Betrachtung der Altersverteilung der meldepflichtigen Arbeitsunfälle. Es fällt auf, dass sowohl bei Deutschen wie bei Zuwanderern die Altersgruppe der 45-55-Jährigen am stärksten vertreten ist. Bei den Zuwanderern liegt der Anteil dieser Gruppe an der Gesamtzahl der nichtdeutschen Rehabilitanden bei 33% und damit weit über dem entsprechenden Anteil dieser Altersgruppe unter den deutschen Rehabilitanden (22%). 33% der nicht-deutschen Rehabilitanden sind in dieser Altersgruppe. Bei deutschen Rehabilitanden liegt der entsprechende Anteil nur bei 22%.

Erhöhtes Aufkommen von Arbeitsunfällen

Bei den Ursachen für in Anspruch genommene Rehabilitationsmaßnahmen fallen die vergleichsweise höheren Werte der Zuwanderer bei „Schädelfrakturen“ und „sonstigen Verletzungen“ auf. Dies deutet auf ein erhöhtes Aufkommen an Arbeitsunfällen unter den Zuwanderern verglichen mit den Deutschen hin. Während bei 7,5% der Zuwanderer die Ursache für die Rehabilitationsmaßnahme in Arbeitsunfällen zu suchen war, machte dieser Anteil bei den Deutschen nur 3,3% aus. Besonders bei den Arbeitsunfällen zeigt sich bei den Zuwanderern ein deutlicher Unterschied zwischen Unfallaufkommen und Inanspruchnahme. Obwohl 16% der Arbeitsunfälle auf Zuwanderer entfallen, entfallen nur 12% der durch Arbeitsunfälle bedingten Rehabilitationsmaßnahmen auf sie. Bei den Betriebswegunfällen und den Berufskrankheiten liegt die Quote der Deutschen höher als die der Zuwanderer.

Inbesondere die türkischen Erwerbstätigen scheinen an Arbeitsplätzen mit höherem gesundheitlichen Risiko beschäftigt zu sein. Während ihr Anteil an den ausländischen Erwerbstätigen nur 35,4% ausmacht, entfällt doch die Hälfte aller unter Zuwanderern gemeldeten Berufskrankheiten auf die türkischen Erwerbstätigen. Dieses Bild bestätigt sich auch bei den meldepflichtigen Arbeitsunfällen, an denen die Türken 45,4% der unter den Zuwanderern zu verzeichnenden Arbeitsunfälle ausmachen.

Hoher Anteil von Türken bei Berufskrankheiten

1,5‰ der deutschen und 0,9‰ der Zuwandererkinder unter 6 Jahren nahmen 1993 an Rehabilitationsmaßnahmen teil. Die Trägerschaft von 62,8% bzw. 87,9% durch die Sozialhilfe deutet darauf hin, dass die Schichtzugehörigkeit besonders bei den Zuwanderern ein Risikomerkmak für Behinderungen unter Kleinkindern darstellt.

Auch bei Kuren bzw. stationären Heilbehandlungen fällt eine deutlich geringere Inanspruchnahme der Zuwanderer (1,8%) im Vergleich zu Deutschen (4,5%) auf.

Weniger Kuren bei Zuwanderern

Bei den Krankenhausaufenthalten fällt der Unterschied dagegen weniger ins Gewicht. 15% der Deutschen und 12,7% der Zuwanderer gaben an, 1993 in stationärer Behandlung gewesen zu sein.

Bezüglich Arztbesuchen in den letzten drei Monaten unterscheiden sich Deutsche und Zuwanderer kaum, solange man nicht nach Alter und Geschlecht differenziert. Bis zur Altersgruppe der 40-Jährigen weisen die Zuwanderer weniger Arztbesuche auf als die Deutschen. Jedoch setzt bei ihnen die altersbedingte Steigerung der Inanspruchnahme in den Gruppen der über 40-Jährigen und damit ca. zehn Jahre früher als bei den Deutschen ein. Zudem zeigen die Zuwanderer verglichen mit den Deutschen ab diesem Alter eine stabil höhere Inanspruchnahme von ca. einem Arztbesuch mehr pro Quartal.

Mehr Arztbesuche in jüngeren Altersgruppen

Bei den Ursachen ärztlicher Behandlungen fällt auf, dass hier deutlich mehr Zuwanderer (6,2%) als Deutsche (1,7%)angaben, wegen eines Arbeitsunfalls beim Arzt oder im Krankenhaus gewesen zu sein. Dies bestätigt die Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen, die ebenfalls auf ein höheres Aufkommen an Arbeitsunfällen in der Gruppe der Zuwanderer hindeuten.

Mehr Arbeitsunfälle als Ursache ärztlicher Behandlung

1993 machte die medizinische Rehabilitation bei den Zuwanderern 67,2% der Maßnahmen aus, während berufsfördernde Maßnahmen in 30,6% der Fälle durchgeführt wurden. In der deutschen Population sind dagegen die medizinischen Maßnahmen mit 77,8% deutlich stärker vertreten als die berufsfördernden mit 17,6%. Entsprechend zeigt sich bei der Verteilung der Träger von Rehabilitationsmaßnahmen, dass zwar die Gesetzliche Rentenversicherung mit ca. 60% in beiden Gruppen den wichtigsten Träger darstellt. Die Zuwanderer weisen jedoch mit 23,8% Trägerschaft durch die Arbeitsförderungshilfe und 8,3% durch die Gesetzliche Unfallversicherung deutlich höhere Werte auf als die Deutschen (14,2% bzw. 4,2%). Die Ziele dieser Maßnahmen werden bei den Deutschen öfter erreicht als bei den Zuwanderern.

Reha-Ziele werden bei Deutschen öfter erreicht als bei Zuwanderern

Gesundheitspersonal

Der Gruppe der zugewanderten Patienten steht ein relativ niedriger Anteil nicht-deutscher Ärzte und Zahnärzte gleicher Nationalität bzw. mit gleichem sprachlichen Hintergrund gegenüber. Im Jahr 1998 waren in Nordrhein-Westfalen etwa 77.000 Ärzte tätig, von denen 6,2% (4.779) nicht-deutscher Nationalität waren. 37,4% der nicht-deutschen Ärzte arbeiteten in Krankenhäusern, 29,5% als niedergelassene Ärzte und 33,1% in sonstigen Bereichen.

Mangel an nicht-deutschen Fachkräften im Gesundheitsbereich

Auch beim Personal im nichtärztlichen Gesundheitsbereich liegt der Zuwandereranteil relativ niedrig: 6,4% Krankenschwestern und -pfleger, 5,4% Sprechstundenhilfen und 4,4% Sozialarbeiter/-pfleger.

Psychische Gesundheit

Komplexe Anpassungsprozesse an neue gesellschaftliche, soziale und kulturelle Zusammenhänge

Die durch die Migration bedingten komplexen Anpassungsprozesse an neue gesellschaftliche, soziale und kulturelle Zusammenhänge sind immer auch mit psychischen Belastungen verbunden. Der individuelle Verarbeitungsprozess dieses psychosozialen Stressors „Migrationsschicksal“ wird aber in erheblichem Ausmaß mitbestimmt durch den psychosozialen Kontext und das soziale Klima, in dem die Migranten leben. Vorab soll allerdings davor gewarnt werden, Globaltheorien für die Entstehung psychischer Erkrankungen als Folge der Migration anzuwenden.

Faktoren, die zur Pathogenese/Salutogenese beitragen

Unabhängig von spezifischen medizinischen oder biologischen Faktoren der Genese psychischer und psychiatrischer Krankheiten gibt es eine große Zahl von Bedingungen der Arbeits- und Lebenswelt von Zuwanderern und ihren Familien, die für Entstehung und Verlauf dieser Krankheiten und die Inanspruchnahme von Beratung, Behandlung und Hilfen von Bedeutung sind. Neben der Arbeits- und Lebenswelt, die in ihrem Beitrag zur Pathogenese unumstritten sind, sind folgende Aspekte besonders hervorzuheben:

- Sprachliche Kommunikation
- Arbeitsbedingungen im Aufnahmeland
- Wohnsituation
- Familiäre Rollen und Strukturen
- Aufweichung familiärer Bindungen/Erschöpfung familiärer Ressourcen
- Gesundheitlich-soziale Versorgungsstrukturen

Mehr psychische Erkrankungen bei längerer Aufenthaltsdauer

Bei der Durchsicht der Literatur wird deutlich, dass trotz vieler methodischer Probleme, die vorliegende Studien aufweisen, sich einige Hypothesen bzw. Schlussfolgerungen festhalten lassen. Die Wahrscheinlichkeit, psychisch zu erkranken, nimmt mit der Dauer des Aufenthaltes im Gastland nicht etwa ab, sondern im Gegenteil stetig zu. Ausschlaggebend hierfür scheinen u.a. die nicht eingelösten Erwartungshaltungen bezüglich des „Gaststatus“ und insbesondere die enttäuschte Hoffnung auf den Aufbau einer Existenz im Heimatland zu sein.

Krankheitsrisiko und Symptomäußerung

Das Krankheitsrisiko und die Symptomäußerung sind bezüglich Geschlecht und Herkunftsland häufig unterschiedlich. Durch die vorliegenden Studien lässt sich nicht eindeutig statistisch belegen, dass es generell ein erhöhtes Erkrankungsrisiko bezüglich psychischer Erkrankungen innerhalb der Migrantenpopulation gibt. Allerdings weisen auch verschiedene Untersuchungen darauf hin, dass spezifische Krankheitsbilder innerhalb der Migrantenpopulation häufiger auftreten als bei Deutschen. Innerhalb des Spektrums der psychischen Erkrankungen ist bei Migranten eine stärkere Belastung durch reaktive psychiatrische Erkrankungen zu beobachten. Auch Neurosen - und hier vor allem depressive neurotische Störungen - werden bei ausländischen Patienten häufiger beobachtet. Im Bereich der psychosomatischen Erkrankungen belegen verschiedene deutsche Studien eine deutlich stärkere Belastung der ausländischen Bevölkerung (vor allem ausländischer Arbeitnehmer) - und hier primär der Türken - durch Magengeschwüre und Zwölffingerdarmgeschwüre.

Diagnosespektrum

Bei der Betrachtung des Diagnosespektrums gibt es Hinweise auf eine Kultur-, Herkunftsland- und Geschlechtsabhängigkeit der Störungen: Am deutlichsten sind hier die Ergebnisse in Bezug auf Suchtmittelabhängigkeit bei jugoslawischen Migranten, Depressionen bei türkischen Migranten, Wahnvorstellungen bei spanischen und griechischen Migranten, psychosomatische Störungen bei türkischen, italienischen, jugoslawischen und griechischen Migranten. Diese Schwerpunkte scheinen sich aber in den letzten Jahren eher zu entdifferenzieren.

Bezüglich der Symptomwahrnehmung und Symptomäußerung ist bei Migranten eine Tendenz zur Somatisierung psychischer Probleme zu beobachten. Dies ist aber auch insofern nicht erstaunlich, da aus Analysen der psychosomatischen und psychiatrischen Epidemiologie bekannt ist, dass allgemein Patienten aus niedrigeren sozialen Schichten mit geringerem Bildungsniveau auf Stresserleben und Kommunikationsstörungen sehr häufig mit Somatisierungstendenzen reagieren. Hier stellt sich je-

doch die Frage, ob es tatsächlich der Patient ist, der seine psychischen Probleme somatisiert oder ob es nicht vielmehr der Arzt ist, der die psychischen und psychosozialen Probleme nicht sieht, nicht versteht und nicht verstehen kann und sich demnach sowohl diagnostisch als auch therapeutisch auf die somatischen Symptome beschränkt. Somatisierung kann demnach auch als soziales und kommunikatives Missverständnis in der Arzt-Patienten-Interaktion gesehen werden bzw. als soziales Kunstprodukt der gegenseitigen Rollenerwartung von Ärzten und Patienten.

Kommunikationsprobleme erschweren Anamnese, Diagnostik und Therapie

So kommt es nicht selten dazu, dass Migranten eine durch eine Vielzahl diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen gekennzeichnete Patientenkarriere durchlaufen, und die eigentliche, im Anfangsstadium möglicherweise leicht behandelbare Ursache nicht angemessen behandelt wird. In der Migrationsliteratur lässt sich eine Vielzahl von Fallberichten über körperliche Fehlbehandlungen psychischer Erkrankungen finden. Die vorrangig körperbezogenen Beschwerden werden meist nicht in psychosozialen oder psychotherapeutischen Einrichtungen behandelt, sondern in der ärztlichen Praxis bzw. Klinik vorgestellt. Dort treffen die Patienten meist auf sprachliche, ethnokulturelle und schichtspezifische Barrieren, die eine ausreichende Diagnosestellung und Therapievereinbarung erschweren.

Häufig körperliche Fehlbehandlung psychischer Erkrankungen bei Zuwanderern

Psychosoziale Versorgung

Die Befunde bzgl. der Inzidenzen und Prävalenzen psychischer Erkrankungen sind vor allem auch vor dem Hintergrund der Zugangsbarrieren zu ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen zu interpretieren. Als Ursachen für Zugangsbarrieren bzw. eine größere Distanz der zugewanderten Patienten zu Institutionen der psychischen Versorgung sind vor allem folgende Punkte zu nennen:

Ursachen für Zugangsbarrieren

- Sprachprobleme sowie mangelndes Vertrauen in interkulturelle Verständigungsmöglichkeiten
- Unkenntnis bzw. mangelnde Informationen über das Versorgungssystem
- Angst vor aufenthaltsrechtlichen Folgen oder Konsequenzen für die Arbeit
- Behördenimage von Beratungsstellen.

Die Nichtinanspruchnahme öffentlicher Dienste bei psychischer Beeinträchtigung oder Erkrankung beruht sicherlich zum Teil auch auf besserem familiären Coping bzw. sozialer Unterstützung. Dies birgt allerdings auch die Gefahr der Vernachlässigung des präventiven Umgangs mit Krisen und Krankheiten, was sich bei Fortschreiben der intrafamiliären Veränderung bzw. Anpassung der familiären Strukturen in Zukunft deutlich negativ auswirken wird.

In der Migrationsliteratur wird immer wieder auf Defizite in der psychosozialen Versorgung von Zuwanderern hingewiesen, die vor allem in den Bereichen Psychiatrie, Gerontologie und Sucht besonders augenfällig sind.

Defizite im Bereich Psychiatrie, Gerontologie, Sucht

Anhang

- I. Tabellenverzeichnis
- II. Abbildungsverzeichnis
- III. Quellenverzeichnis
- IV. Literaturverzeichnis
- V. Resolutionen zu Migration und
Gesundheit
- VI. Tabellenanhang

I. Tabellenverzeichnis

Tab. 3.1:	Zahl der Zuwanderer und Bevölkerungsanteil nach Bundesländern	Tab. 4.11:	Frühgeburten (< 37. Schwangerschaftswoche) nach Staatsangehörigkeit
Tab. 3.2:	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer der zugewanderten Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit (absolut und in %)	Tab. 4.12:	Verteilung der nicht-deutschen Zugänge an Tbc und der nicht-deutschen Bevölkerung nach Bundesländern
Tab. 3.3:	Deutsche und zugewanderte Bevölkerung nach Alter und Geschlecht	Tab. 4.13:	Neuerkrankungen an Tuberkulose der Atmungsorgane (mit Erregernachweis)
Tab. 3.4:	Bevölkerungsanteile der Zuwanderer in den Kreisen und kreisfreien Städten (Einwohner mit Hauptwohnsitz)	Tab. 4.14:	Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen nach Staatsangehörigkeit
Tab. 3.5:	Durchschnittliche Wohnfläche pro Kopf 1984 und 1994 (in qm)	Tab. 4.15:	Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden außerhalb geschlossener Ortschaften nach Staatsangehörigkeit
Tab. 3.6:	Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland	Tab. 4.16:	Verunglückte Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen außerhalb geschlossener Ortschaften nach Staatsangehörigkeit
Tab. 3.7:	Erwerbsquoten von deutschen und zugewanderten Männern und Frauen	Tab. 4.17:	Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden innerhalb geschlossener Ortschaften nach Staatsangehörigkeit
Tab. 3.8 :	Differenzierter Berufsstatus nach Nationalität (in %)	Tab. 4.18:	Verunglückte Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen innerhalb geschlossener Ortschaften
Tab. 3.9:	Arbeitslosenquoten von Zuwanderern im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (in %)	Tab. 4.19:	Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden nach Altersgruppen und Staatsangehörigkeit
Tab. 4.1:	Lebendgeborene und Säuglingssterbefälle im ersten Lebensjahr	Tab. 4.20:	Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen (Fußgänger) mit Personenschaden nach Altersgruppen und Staatsangehörigkeit
Tab. 4.2:	Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene nach Staatsangehörigkeit	Tab. 4.21:	Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen (Fahradfahrer) mit Personenschaden nach Altersgruppen und Staatsangehörigkeit
Tab. 4.3:	Schwangere nach Alter und Staatsangehörigkeit	Tab. 4.22:	Verteilung der nicht-deutschen Schwerbehinderten und Bevölkerungsanteile nach Bundesländern
Tab. 4.4:	Frühsterblichkeit nach Staatsangehörigkeit	Tab. 4.23:	Art der schwersten Behinderung bei Deutschen und Zuwanderern
Tab. 4.5:	Perinatale Sterblichkeit	Tab. 4.24:	Ursache der schwersten Behinderung nach Staatsangehörigkeit
Tab. 4.6:	Zeitpunkt der Wahrnehmung der ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung nach Staatsangehörigkeit	Tab. 4.25:	Kariesprävalenz (DMF-T-Index) deutscher und nicht-deutscher Schulkinder (n = 2.121) in Bielefeld 1994
Tab. 4.7:	Anzahl der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen nach Staatsangehörigkeit		
Tab. 4.8:	Totgeburten nach Staatsangehörigkeit		
Tab. 4.9:	Lebendgeborene mit Untergewicht nach Staatsangehörigkeit (kum. Werte 1990 - 1994)		
Tab. 4.10:	Lebendgeborene mit Untergewicht nach Staatsangehörigkeit		

Tab. 4.26:	Prozentuale Verteilung kariesfreier, sanierungsbedürftiger und sanierter Vorschul- und Schulkinder in Bielefeld 1994 (bleibendes Gebiss)	Tab. 4.43:	Prävalenz des Übergewichts (BMI \geq 25) (nach Altersgruppen und Aufenthaltsdauer in %)
Tab. 4.27:	Durchschnittlicher Kariesbefall bei Schulkindern des Rems-Murr-Kreises nach Altersgruppe und Staatsangehörigkeit	Tab. 4.44:	Subjektive Prävalenzen ausgewählter Krankheiten (in %)
Tab. 4.28:	Im Rahmen der DSU untersuchte Schulanfänger nach Befunden und Nationalitätengruppen (1998)	Tab. 4.45:	Subjektive Prävalenz ausgewählter Krankheiten (nach Aufenthaltsdauer in %)
Tab. 4.29:	Geschlecht der Befragten nach Herkunft (in %)	Tab. 4.46:	Subjektive Prävalenz der Angina pectoris (nach Altersgruppen in %)
Tab. 4.30:	Alter der Befragten nach Herkunft (Zehn-Jahres-Altersgruppen; in %)	Tab. 4.47:	Subjektive Prävalenz der Herzschwäche (nach Altersgruppen in %)
Tab. 4.31:	Zuzug der Über- und Aussiedler nach politischen Zeitspannen (in %)	Tab. 4.48:	Subjektive Prävalenz der Durchblutungsstörungen des Gehirns (nach Altersgruppen in %)
Tab. 4.32:	Soziale Schichtung der Über- und Aussiedler nach Herkunft (in %)	Tab. 4.49:	Subjektive Prävalenz des Diabetes mellitus (nach Altersgruppen in %)
Tab. 4.33:	Prävalenz der Hypertonie (nach Altersgruppen in %)	Tab. 4.50:	Subjektive Prävalenz der Magengeschwüre (nach Altersgruppen in %)
Tab. 4.34:	Prävalenz der Hypertonie (nach sozialer Schicht in %)	Tab. 4.51:	Subjektive Zufriedenheit mit der Gesundheit bei Zuwanderern und Deutschen (in %)
Tab. 4.35:	Prävalenz der Hypertonie (nach Altersgruppen und Aufenthaltsdauer in %)	Tab. 4.52:	Wichtigkeit der Gesundheit für die Zukunft (in %)
Tab. 4.36:	Prävalenz der Hypercholesterinämie (>220 mg/dl) (nach Altersgruppen in %)	Tab. 4.53:	Entwicklung der Gesundheit bei Zuwanderern und Deutschen (in %)
Tab. 4.37:	Prävalenz der Hypercholesterinämie (>250 mg/dl) (nach Altersgruppen in %)	Tab. 5.1:	Anteile der Rehabilitanden in der deutschen und zugewanderten Bevölkerung 1990-1993
Tab. 4.38:	Prävalenz der Hypercholesterinämie (> 220 mg/dl) (nach Altersgruppen und Aufenthaltsdauer in %)	Tab. 5.2:	Indikator 7.20: Rehabilitanden nach Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen (alle Träger)
Tab. 4.39:	Prävalenz der Hypercholesterinämie (> 250 mg/dl) (nach Altersgruppen und Aufenthaltsdauer in %)	Tab. 5.3:	Rehabilitanden nach Behandlungsdiagnose und Staatsangehörigkeit (1990-1993)
Tab. 4.40:	Prävalenz des Rauchens (nach Altersgruppen in %)	Tab. 5.4:	Berufsfördernde Rehabilitationsmaßnahmen nach Ursache der Behinderung
Tab. 4.41:	Prävalenz des Rauchens (nach Altersgruppen und Aufenthaltsdauer in %)	Tab. 5.5:	Rehabilitanden nach Staatsangehörigkeit und Ergebnis der Rehabilitationsmaßnahmen
Tab. 4.42:	Prävalenz des Übergewichts (\geq 20 %) (nach Altersgruppen in %)	Tab. 5.6:	Rehabilitanden nach Trägerschaften

Tab. 5.7:	Rehabilitanden nach Erwerbstätigkeit und Geschlecht	Tab. 6.1:	Krankenschwestern/Krankenpfleger nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht
Tab. 5.8:	Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Zuwanderer nach Alter und Geschlecht	Tab. 6.2:	Sprechstundenhilfen nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht
Tab. 5.9:	Rehabilitanden (insg.) nach Staatsangehörigkeit (in %)	Tab. 6.3:	Sozialarbeiter/ Sozialpfleger nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht
Tab. 5.10:	Rehabilitanden nach Ursache der Behinderung und Staatsangehörigkeit	Tab. 8.1:	Allgemeine Sterblichkeit nach Staatsangehörigkeit
Tab. 5.11:	Häufigste anerkannte Berufskrankheiten nach Staatsangehörigkeit	Tab. 8.2:	Geschlechtsspezifische Sterblichkeit nach Staatsangehörigkeit je 10.000 Einwohner (Altersgruppe < 65 Jahren)
Tab. 5.12:	Rehabilitanden nach Trägerschaften, Altersgruppe < 6 Jahre	Tab. 8.3:	Geschlechtsspezifische Sterblichkeit nach Staatsangehörigkeit (Altersgruppe < 15 Jahren)
Tab. 5.13:	Häufigste Arten der Behinderung bei deutschen und nicht-deutschen Rehabilitanden unter 15 Jahren (Kinder, Schüler und Studenten)	Tab. 8.4:	Ausgewählte Todesursachen 1990-1994 in NRW; direkt standardisierte Mortalitätsraten nach Nationalitätengruppen: Frauen (je 100.000; mittlere NRW-Bevölkerung)
Tab. 5.14:	6- bis unter 18-jährige Rehabilitanden nach Trägerschaften	Tab. 8.5:	Ausgewählte Todesursachen 1990-1994 in NRW; direkt standardisierte Mortalitätsraten nach Nationalitätengruppen: Männer (je 100.000; mittlere NRW-Bevölkerung)
Tab. 5.15:	25- bis unter 65-jährige Rehabilitanden nach Trägerschaft und Staatsangehörigkeit	Tab. 8.6:	Ausgewählte Todesursachen 1990-1994 in NRW; altersspezifische Mortalitätsraten nach Nationalitätengruppen und Geschlecht (je 100.000); Altersgruppe: 1 bis unter 15 Jahre
Tab. 5.16:	Kur oder stationäre Heilbehandlungen 1993 (in %)	Tab. 8.7:	Ausgewählte Todesursachen 1990-1994 in NRW; altersspezifische Mortalitätsraten nach Nationalitätengruppen und Geschlecht (je 100.000): Altersgruppe: 15 bis unter 30 Jahre
Tab. 5.17:	Krankenhausaufenthalte 1993 (in %)	Tab. 8.8:	Ausgewählte Todesursachen 1990-1994 in NRW; altersspezifische Mortalitätsraten nach Nationalitätengruppen und Geschlecht (je 100.000); Altersgruppe: 30 bis unter 45 Jahre
Tab. 5.18:	Ärztliche Behandlung aufgrund eines Arbeitsunfalls 1993 (in %)		
Tab. 5.19:	Zeitpunkt des letzten Arztbesuches (in %)		
Tab. 5.20:	Letzter Arztbesuch innerhalb der letzten vier Wochen nach Altersgruppe (in %)		
Tab. 5.21:	Letzter Arztbesuch innerhalb der letzten vier Wochen nach Altersgruppe und Aufenthaltsdauer (in %)		
Tab. 5.22:	Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen gemäß Sozialgesetzbuch V und anderen vorsorgenden Untersuchungen (in %)		
Tab. 5.23:	Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen gemäß Sozialgesetzbuch V und anderen vorsorgenden Untersuchungen differenziert nach Zuzugszeitraum (in %)		

II. Abbildungsverzeichnis

- Abb. 3.1: Zugewanderte Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit (in %)
- Abb. 3.2: Aufenthaltsdauer der Zuwanderer (in %)
- Abb. 3.3: Überschuss der Geborenen bzw. Gestorbenen 1984 - 1997: Zuwanderer
- Abb. 3.4: Überschuss der Geborenen bzw. Gestorbenen 1984 - 1997: Deutsche
- Abb. 3.5: Deutsche und nicht-deutsche Lebendgeborene 1976-1997
- Abb. 3.6: Durchschnittliche Wohnfläche pro Haushalt von Deutschen und Zuwanderern (in qm)
- Abb. 3.7: Erwerbstätige Deutsche und Zuwanderer nach Stellung im Beruf (in %)
- Abb. 3.8: Erwerbstätige nach Staatsangehörigkeit und Stellung im Beruf (in %)
- Abb. 3.9: Dauer der Arbeitslosigkeit nach Staatsangehörigkeit (in %)
- Abb. 4.1: Säuglingssterblichkeit nach Staatsangehörigkeit (BRD)
- Abb. 4.2: Anteil der Kinder (pro 1.000 Lebendgeborene) mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit (kum. Werte 1990 - 1994)
- Abb. 4.3: Bevölkerungsanteile und Tbc-Inzidenz nach Staatsangehörigkeit
- Abb. 4.4: Zugänge an Tbc in der deutschen und zugewanderten Bevölkerung je 100.000 Einwohner
- Abb. 4.5: Altersspezifische Tbc-Inzidenz (je 100.000 Einwohner)
- Abb. 4.6: Verteilung der AIDS-Fälle in NRW nach WHO-Regionen
- Abb. 4.7: AIDS-Fälle in Deutschland
- Abb. 4.8: Verteilung der Infektionswege im AIDS-Fallregister nach Nationalitätsgruppen
- Abb. 4.9: Verteilung der Geschlechter nach Staatsangehörigkeit bei den gemeldeten AIDS-Fällen in %
- Abb. 4.10: Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen je 1.000 Einwohner nach Staatsangehörigkeit
- Abb. 4.11: Anteile der Schwerbehinderten in der deutschen und zugewanderten Bevölkerung
- Abb. 4.12: Verteilung der Schwerbehinderten nach Staatsangehörigkeit
- Abb. 4.13: Anteile der Schwerbehinderten innerhalb ihrer eigenen Staatsangehörigkeit
- Abb. 4.14: Schwerbehinderte nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht
- Abb. 4.15: Verteilung der deutschen und nicht-deutschen Schwerbehinderten nach Altersgruppen (in %)
- Abb. 4.16: Verteilung der deutschen und nicht-deutschen Schwerbehinderten nach Grad der Behinderung
- Abb. 4.17: Frauenanteil bei Schwerbehinderten nach Grad der Behinderung und Staatsangehörigkeit
- Abb. 4.18: Anteil der Übergewichtigen bei Schulanfängern (DSU 1998) nach Nationalitätengruppen (in %)
- Abb. 4.19: Anteil der zu Ekzem neigenden Schulanfänger (DSU 1998) nach Nationalitätengruppen (in %)
- Abb. 4.20: Anteil der Asthmatiker (DSU 1998) bei Schulanfängern nach Nationalitätengruppen (in %)
- Abb. 4.21: Befund „Skoliose“ (DSU 1998) bei Schulanfängern nach Nationalitätengruppen (in %)
- Abb. 4.22: Schulanfänger mit „herabgesetzter Sehschärfe“ (DSU 1998) nach Nationalitätengruppen (in %)
- Abb. 4.23: Schulanfänger mit „Hörstörungen“ (DSU 1998) nach Nationalitätengruppen (in %)
- Abb. 4.24: Schulanfänger mit „Sprachstörungen“ (DSU 1998) nach Nationalitätengruppen (in %)
- Abb. 4.25: Subjektiver Gesundheitszustand von Zuwanderern und Deutschen (in %)
- Abb. 5.1: Inanspruchnahme der U1 nach Staatsangehörigkeit (in %)
- Abb. 5.2: Inanspruchnahme der U2 nach Staatsangehörigkeit (in %)
- Abb. 5.3: Inanspruchnahme der U3 nach Staatsangehörigkeit (in %)

- Abb. 5.4: Inanspruchnahme der U4 nach Staatsangehörigkeit (in %)
- Abb. 5.5: Inanspruchnahme der U5 nach Staatsangehörigkeit (in %)
- Abb. 5.6: Inanspruchnahme der U6 nach Staatsangehörigkeit (in %)
- Abb. 5.7: Inanspruchnahme der U7 nach Staatsangehörigkeit (in %)
- Abb. 5.8: Inanspruchnahme der U8 nach Staatsangehörigkeit (in %)
- Abb. 5.9: Inanspruchnahme der U9 nach Staatsangehörigkeit (in %)
- Abb. 5.10: Inanspruchnahme der U1-U7 nach Staatsangehörigkeit (in %)
- Abb. 5.11: Inanspruchnahme der U8 und U9 nach Staatsangehörigkeit (in %)
- Abb. 5.12: Vollständige Schutzimpfung gegen Diphtherie bei Schulanfängern nach Staatsangehörigkeit (in %)
- Abb. 5.13: Vollständige Schutzimpfung gegen Tetanus nach Staatsangehörigkeit (in %)
- Abb. 5.14: Vollständige Schutzimpfung gegen Polio nach Staatsangehörigkeit (in %)
- Abb. 5.15: Vollständige Schutzimpfung gegen Masern nach Staatsangehörigkeit (in %)
- Abb. 5.16: Vollständige Schutzimpfung gegen Mumps nach Staatsangehörigkeit (in %)
- Abb. 5.17: Vollständige Schutzimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Polio, Masern und Mumps nach Staatsangehörigkeit (in %)
- Abb. 5.18: Vollständige Schutzimpfung gegen Röteln nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht (in %)
- Abb. 5.19: Vollständige Schutzimpfung gegen Pertussis (Keuchhusten) nach Staatsangehörigkeit (in %)
- Abb. 5.20: Vollständige Schutzimpfung gegen Haemophilus influenzae Typ b (Hib) nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht (in %)
- Abb. 5.21: Bevölkerung und Rehabilitanden nach Staatsangehörigkeit
- Abb. 5.22: Deutsche und nicht-deutsche Rehabilitanden: prozentuale Anteile der jeweiligen Altersgruppen
- Abb. 5.23: Rehabilitanden nach Rehabilitationsmaßnahmen
- Abb. 5.24: Bevölkerung, Rehabilitanden, Beschäftigte und erwerbstätige Rehabilitanden nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit
- Abb. 5.25: Anteil der Zuwanderer an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und an den erwerbstätigen Rehabilitanden
- Abb. 5.26: Anerkannte Berufskrankheiten nach Staatsangehörigkeit
- Abb. 5.27: Meldepflichtige Arbeitsunfälle nach Staatsangehörigkeit
- Abb. 5.28: Anteil der Arbeitsunfälle bei den Rehabilitanden nach Alter und Staatsangehörigkeit (in %)
- Abb. 5.29: Arbeitsunfälle nach Rehabilitationsmaßnahmen und Staatsangehörigkeit
- Abb. 5.30: Durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche von Männern in den letzten drei Monaten (in %)
- Abb. 5.31: Durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche von Frauen in den letzten drei Monaten (in %)
- Abb. 6.1: Klinikärzte nach Staatsangehörigkeit (in %)
- Abb. 6.2: Niedergelassene Ärzte nach Staatsangehörigkeit (in %)

III. Quellenverzeichnis

Die wichtigsten verwendeten Quellen sind:

- Die jährlich erscheinenden „Zahlenspiegel/Ausländische Arbeitnehmer in Nordrhein-Westfalen“ des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- Sonderauswertungen der Statistiken des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (LDS)
- Das sozioökonomische Panel (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DWI) in Berlin
- Sonderauswertungen des AIDS-Registers des Robert Koch-Instituts in Berlin
- Daten des Ausländerzentralregisters des Bundesverwaltungsamtes in Köln
- Sonderauswertungen der Perinatalerhebungen der Ärztekammer Nordrhein (Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung, Geburtshilfe/Pädiatrie) in Düsseldorf und der Ärztekammer Westfalen-Lippe
- Statistiken des Landesarbeitsamtes Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf
- Sonderauswertungen der Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen (DSU) des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (LÖGD) in Bielefeld
- Sonderauswertungen des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften in Sankt Augustin
- Gesundheitssurvey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP), 3. Welle t_2 (1990/1991)
- Daten des Mikrozensus 1993 (LDS Nordrhein-Westfalen)
- Daten des Gesundheitswesens des statistischen Bundesamtes in Wiesbaden
- Statistiken der Bundes- und Landesärztekammern
- Statistiken der Zahnärztekammer Nordrhein-Westfalen

Sofern weitere Quellen verwendet wurden, sind diese jeweils gesondert in den einzelnen Tabellen bzw. Grafiken angegeben.

IV. Literaturverzeichnis

- Ausschuss für Gesundheitsberichterstattung der Arbeitsgemeinschaft Leitender Medizinalbeamter (AGLMB) (1991). Indikatorenatz für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder.
- Bay, T., Stein, B. & Wirsching, M. (1993). Möglichkeiten zur Verbesserung der psychosomatischen Grundversorgung von Migranten in der Hausarztpraxis. In: F. Nestmann, & T. Niepel, Beratung von Migranten. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 211-229.
- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Ausländer (1994). Bericht über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland 1993. Bonn.
- Böker, W. (1977). Zur psychischen Morbidität ausländischer Arbeitnehmer (Gastarbeiter) in der BRD. *Öffentliches Gesundheitswesen*, 39, 720-732.
- Brodehl, M., Geiger, A. & Korporal, J. (1990). Migration und Gesundheit. Kommentierte Bibliographie. WIAD Schriftenreihe Band 3. Bonn: Wirtschafts- und Verlagsgesellschaft.
- Brucks, U. (1993). Psychosoziale und gesundheitliche Probleme der Migration. *Hamburgisches Ärzteblatt*, 4, 107-114.
- Bundesministerium des Innern (1993). Aufzeichnung zur Ausländerpolitik und zum Ausländerrecht in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn.
- Bundesministerium des Innern (1994). Das neue Ausländerrecht in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn.
- Casper, W., Wiesner, G. & Bergmann, K.E. (Hrsg.) (1995). Mortalität und Todesursachen in Deutschland. RKI-Heft 10/95. Berlin.
- Collatz, J., Brandt, A., Salman, R. & Timme, S. (1992). Was macht Migranten in Deutschland krank? Zur Problematik von Rassismus und Ausländerfeindlichkeit und von Armutskriminalisierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung. Hamburg: EBV Rissen.
- Cropley, A.J., Ruddat, H., Dehn, D. & Lucassen, S. (Hrsg.) (1994). Probleme der Zuwanderung, Band 1. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Deutsches Ärzteblatt (1995). Ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 1994. *Deutsches Ärzteblatt* 92, Heft 20, Supplement, S. 3-21.
- Dohmen, W. (1996). Patienten anderer Kulturkreise. Die Bedürfnisse dieser Patienten und ihre Bedeutung für die Hausarztmedizin. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 72, S. 290-294.
- Elkeles, T. & Seifert, W. (1991). Migration und Gesundheit. Arbeitslosigkeit und Gesundheitsrisiken ausländischer Arbeitsmigranten in der Bundesrepublik Deutschland. *Sozialer Fortschritt*, 10, S. 235-241.
- Ete, E. (1977). Soziale Umstrukturierung und missglückte Integration als auslösende Faktoren von Psychosen, Neurosen und anderen psychischen Störungen bei ausländischen Arbeitnehmern in der Bundesrepublik Deutschland. Universität München: Dissertation.
- Ete, E. (1984). Psychische Störungen von ausländischen Arbeitern in der Bundesrepublik Deutschland. In: H. Kentenich, P. Reeg & K.-H. Wehkamp. *Zwischen zwei Kulturen - Was macht Ausländer krank?* Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit, S. 148-154.
- Ete, E. (1995). Ethnomedizinische Aspekte der Interaktion mit türkischen Patienten. In: E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration*. Freiburg: Lambertus, S. 209-216.
- Fichter, M.M., Elton, M., Djalilina, M., Koptagelilal, G., Fthenakis, W.E. & Weyerer, S. (1988). Mental Illness in Greek and Turkish Adolescents. *Eur. Arch. Psychiatr. Neurol. Sci.*, 237, S. 125-134.

- Forschungsverbund DHP (Hrsg.) (1998). Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Bern u.a.: Verlag Hans Huber.
- Frankfurter AK Migration und psychische Gesundheit (Hrsg.) (1994). Dokumentation: Anhörung zur psychosozialen Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Frankfurt am Main; Amt für Multikulturelle Angelegenheiten.
- Gaitanides, S. (1992). Psychosoziale Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main. Gutachten im Auftrag des Amtes für multikulturelle Angelegenheit. Informationen zur Ausländerarbeit, 3 (4), S. 127-145.
- Garcia, C. (1993). Bedingungen der psychotherapeutischen Begegnung in der interkulturellen Situation. In: H. Jaede & A. Porters (Hrsg.), Begegnung mit dem Fremden. Köln: GwG Verlag.
- Geiger, A. & Hamburger, F. (Hrsg.) (1984). Zwischen zwei Kulturen. Was macht Ausländer krank? Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit.
- Geiger, L. & Künzel, W. (1995). Kariesprävalenz und Sanierungsgrad deutscher und ausländischer Schulkinder in Bielefeld 1994. Oralprophylaxe 17, S. 12-16
- Grube, M. (1995). Darstellung eines türkisch-deutschsprachigen Verbundmodells zwischen psychiatrischer Klinik und psychosozialer Beratungsstelle. In: E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), Psychologie und Pathologie der Migration. Freiburg: Lambertus, S. 199-205.
- Gupta, S., (1991). The Mental Health Problems of Migrants - Report from Six European Countries. WHO Publications, Copenhagen.
- Häfner, H., Moschel, G. & Özek, M. (1977). Psychische Störungen bei türkischen Gastarbeitern. Eine prospektiv-epidemiologische Studie zur Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung und partielle Anpassung. Der Nervenarzt, 8, S. 268-275.
- Häfner, H. (1980). Psychiatrische Morbidität von Gastarbeitern in Mannheim. Der Nervenarzt, 51, S. 672-683.
- Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.) (1991). Reha '90 - Rehabilitation und Rehabilitations-Statistik in der Gesetzlichen Unfallversicherung 1990. Bonn: Reha Verlag.
- Hellbrügge, T. (Hrsg.) (1979). Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. München: Urban & Schwarzenberg.
- Hoffmeister, H., Hüttner, H., Stolzenberg, H., Lopez, H. & Winkler, J. (1992). Sozialer Status und Gesundheit. BGA Schriften 2/92. München: MMV, S. 24 ff.
- IDIS (1991). Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990. Bielefeld.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung und Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) (1995). Gesetzliche Krankheits-Früherkennungsmaßnahmen. Dokumentation der Untersuchungsergebnisse 1992 - Kinder.
- Kennert, G. (1989). Psychologische Kontaktstelle für in- und ausländische Frauen. Dokumentation über das Modellprojekt einer psychologischen Kontaktstelle für in- und ausländische Frauen im Rahmen des Gesamtprojektes YAN-YANA der Gesellschaft freie Sozialarbeit in Herne. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 1, S. 49-58.
- Kentenich, H., Reeg, P. & Wehkamp, K.H. (Hrsg.) (1984). Zwischen zwei Kulturen. Was macht Ausländer krank? Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit.
- Kielhorn, R. (1993). Patienten fremder Kulturkreise. In: C.C. Fischer (Hrsg.), Allgemeinmedizin. Berlin: Springer, S. 63-68.
- Kiesel, D., Kriechhammer-Yagmur & Lüpke, H.v. (Hrsg.) (1994). Kränkung und Krankheit. Psychische und psychosomatische Folgen der Migration. Frankfurt a.M.: Haag + Herrchen Verlag.

- Kirschner, W. & Koch, J. (1995). Durchimpfungsgrade und Impfverhalten bei Kindern in West- und Ostdeutschland im Jahr 1994. *Infectionsepidemiologische Forschung*, IV/95, S. 10-16.
- Koch, E., Özek, M. & Pfeiffer, W. M. (Hrsg.) (1995). *Psychologie und Pathologie der Migration*. Freiburg: Lambertus.
- Korporal, J. (1985). Arzneimittelverordnungen, physikalische Therapie, Heilverfahren und Rehabilitation bei Arbeitsmigranten. Ergebnisse offener Interviews mit Ärzten und Sozialarbeitern. In: J. Collatz u.a. (Hrsg.). *Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik*. Hamburg: Rissen, S. 213-229.
- Korporal, J. & Geiger A. (1990). Zur gesundheitlichen Lage der ausländischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland: Erste Erkenntnisse. In: I. Weber, M. Abel, L. Althofen et al., *Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland*. Baden-Baden: Nomos, S. 577-601.
- Korporal, J. (1995). Aspekte der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Migranten. In: H. Kreuter & A. Zier (Hrsg.), *Migration and Health. First International Symposium*. WIAD Schriftenreihe Band 6. Bonn: Wirtschafts- und Verlagsgesellschaft.
- Kramarz, S. (1992). Türkische Patienten - Kopfschmerzen ein Leitsymptom für Depressionen. *Therapie der Gegenwart*, 131, 2.
- Kugler, R. (1995). *Ausländerrecht - Ein Handbuch*. Göttingen: Lamuv Verlag.
- Kühnisch, R., Heinrich-Weltzien, R. & Senkel, H. (1998). Mundgesundheit und Inanspruchnahme zahnärztlicher Betreuungsleistungen von 8-jährigen Migranten und deutschen Schülern des Ennepe-Ruhr-Kreises. *Gesundheitswesen*, 60, S. 500-504.
- Land, F.J. (1984). Zur Hypothese von „Missbrauch der Krankenversicherung“ durch ausländische Arbeitnehmer. *Soziale Sicherheit*, 33 (4), S. 113-119.
- Lajios, K. (1993). Zur psychosozialen Versorgung der Ausländer/Innen. Ergebnisse einer Untersuchung in Wuppertal. In: K. Lajios (Hrsg.), *Die psychosoziale Situation von Ausländern in der Bundesrepublik. Integrationsprobleme und seelische Folgen*. Opladen: Leske & Budrich, S. 71-122.
- Lajios, K. (Hrsg.) (1993). *Die psychosoziale Situation von Ausländern in der Bundesrepublik. Integrationsprobleme und seelische Folgen*. Opladen: Leske & Budrich.
- Lazaridis, K. (1985). Psychiatrische Erkrankungen bei Ausländern. In: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (Hrsg.), *Migration und psychische Gesundheit. Zur psychosozialen Lage von Migranten in der Bundesrepublik Deutschland*. Bonn.
- Lazaridis, K. (1987). Psychiatrische Erkrankungen bei Ausländern. Hospitalisations- und nationalitätenspezifische Inzidenz. Eine epidemiologische Untersuchung in Niedersachsen. *Der Nervenarzt* (58), S. 250-255.
- Leyer, E. (1987). Von der Sprachlosigkeit zur Körpersprache. Erfahrungen mit türkischen Patienten mit psychosomatischen Beschwerden. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 32, S. 301-313.
- Leyer, E. (1988). Erfahrungen mit psychosomatischer Beratung türkischer Arbeitnehmer und ihrer Familien am Zentrum für psychosomatische Medizin im Klinikum der Universität Gießen. In: A. Elis & Y. Göknelma (Hrsg.), *Migranten und Gesundheit*. Bremen: Merhaba-Publikationen, S. 37-45.
- Leyer, E. (1993). Schwierigkeiten und Chancen in der transkulturellen analytischen Psychotherapie. In: R. Rohner & W. Köpp (Hrsg.), *Das Fremde in uns, die Fremden bei uns. Ausländer in Psychotherapie und Beratung*. Heidelberg: Asanger, S. 96-113.
- Lichter, K. (1993). Möglichkeiten und Grenzen psychiatrischer Behandlung im Spannungsfeld der Migration. In: K. Lajios (Hrsg.), *Die psychosoziale Situation von Ausländern in der Bundesrepublik*. Opladen: Leske & Budrich, S. 17-34.

- LÖGD (1989). Jugendärztliche Definitionen. Manuskriptdruck. Bielefeld.
- LÖGD (1994). Arbeitsrichtlinien zum Bielefelder Modell. Stand 1/94. Bielefeld.
- Majewski, E. (1988): Behinderte ausländische Kinder. Hannover: Medizinische Hochschule, Dissertation.
- Majewski, E., Collatz, J. & Manecke, M. (1980). Probleme der Versorgung Behinderter und von Behinderung betroffener Kinder ausländischer Arbeitnehmer. München: Urban & Schwarzenberg.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1991). Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990. Düsseldorf: Eigenverlag.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1994). Ausländische Arbeitnehmer in Nordrhein-Westfalen - Zahlenspiegel 1994. Düsseldorf: Eigenverlag.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (1995). Zuwanderung in Nordrhein-Westfalen - Situation, Perspektiven und Anforderungen an eine zukunftsorientierte Integrationspolitik. Düsseldorf: Eigenverlag.
- Morten, A. (Hrsg.) (1988). Vom heimatlosen Seelenleben - Entwurzelung, Entfremdung und Identität. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Müller, W. & Bocter, N. (1990). Beitrag zur Abschätzung der Aussagekraft der amtlichen Todesursachenstatistik. Eine empirische Untersuchung zur Verbesserung der Validität. Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Band 253. Köln, Stuttgart, Berlin: Kohlhammer.
- Nauck, B. (1994). Intergenerative Konflikte und gesundheitliches Wohlbefinden in türkischen Familien. In B. Nauck & U. Schönplüg (Hrsg.), Familien in anderen Kulturen. Stuttgart: Enke.
- Nestmann, F. & Niepel, T. (Hrsg.) (1993). Beratung von Migranten. Neue Wege der psychosozialen Versorgung. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Niedersächsisches Sozialministerium (Hrsg.) (1992). AIDS Prävention und Migration. Hannover: Edition AIDS 15.
- Nickel-Khosrov Yar, R. (1991). Kulturspezifische Ansätze in der Therapie - Interaktionsprobleme am Beispiel türkischer Patienten. Zeitschrift für Transaktionsanalyse, 3, S. 131-139.
- Özelsel, M. (1990). Gesundheit und Migration. Eine psychologisch-empirische Untersuchung an Deutschen sowie Türken in Deutschland und in der Türkei. München: Profil.
- Oppen, M. (1986). Arbeitsmigration und Gesundheitsrisiken. Ausländerkrankenstand im Vergleich. Berlin: Wissenschaftszentrum.
- Poustka, F. (1984). Psychiatrische Störungen bei Kindern ausländischer Arbeitnehmer. Eine epidemiologische Untersuchung. Stuttgart: Enke.
- Projektgruppe Psychosoziale Beratung für Ausländer (1990). Modellversuch Psychosoziale Beratung für Ausländer - Abschlussbericht. Arbeiterwohlfahrt Landesverband Bayern.
- Rehfeld, U. (1991). Ausländische Arbeitnehmer in der Gesetzlichen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung, 7, S. 468 - 492.
- Reimann, H. (1987). Die Wohnsituation der Gastarbeiter. In: H. Reimann & H. Reimann (Hrsg.), Gastarbeiter. Analyse und Perspektiven eines sozialen Problems. Opladen.
- Remschmidt, H. & Walter, R. (1990). Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Eine epidemiologische Untersuchung. Göttingen: Hogrefe.
- Schäfer, M. & Päßler, J. (1996). Kariesprävalenz bei Milchzähnen deutscher und ausländischer Kinder im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung 1995/1996 in Düsseldorf. Gesundheitswesen, 58, S. 385-390.

- Schlüter-Müller, S. (1992). Psychische Probleme von jungen Türken in Deutschland. Psychiatrische Auffälligkeiten von ausländischen Jugendlichen in der Adoleszenz. Eschborn: Klotz.
- Scholz, D., et al. (1980, 1982, 1985). Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1978, 1981, 1984 in Berlin (West). Berlin: Eigenverlag des Senators für Gesundheit und Soziales.
- Schnippering, J. (1995). Starthilfe für ausgesiedelte Ärzte. Akademikerprogramm der Otto-Benecke-Stiftung. Deutsches Ärzteblatt, 92, S. 28/29, S. 30-32.
- Schmoll, H.J. (1973). Zum Krankenstand der ausländischen Arbeitnehmer. Münchener Medizinische Wochenschrift, 115 (50), S. 2280-2284.
- Schwarz, T. (1990). Zuwanderer und Gesundheit: Eine Bibliographie. Berlin: Edition Parabolis.
- Seifert, W. (1995). Arbeitsmigranten in der Bundesrepublik. Lebensbedingungen und soziale Lage. In: W. Seifert (Hrsg.), Wie Migranten leben. Lebensbedingungen und soziale Lage der ausländischen Bevölkerung in der Bundesrepublik. Berlin: WZB-Paper, S. 93-102.
- Seifert, W. (1996). Zunehmende Arbeitsmarktintegration bei anhaltender sozialer Segregation. Informationsdienst Soziale Indikatoren (ZUMA), 15, S. 7-11.
- Sigh, G.K. & Yu, S. (1995). Infant Mortality in the United States: Trends, Differentials and Projections, 1950 through 2010. American Journal of Public Health, 85/7, S. 957-964.
- Steenkiste, M. van (1995). Kariesbefall, Fissurenversiegelung und Mundhygiene bei Schülern der Grund- und weiterführenden Schulen des Rems-Murr-Kreises. Oralprophylaxe, 17, S. 55-63.
- Steenkiste, M. van & Groth, S. (1996). Die Verwendung häuslicher Fluoridpräparate bei Vorschulkindern und ihren Eltern. Oralprophylaxe, 18, S. 99-108.
- Steinhausen, H.C. (1982). Psychische Störungen bei Gastarbeiterkindern im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 10, S. 32-49.
- Steinhausen, H.C. (1985). Psychiatric Disorders in Children and Family Dysfunction. A Study of Migrant Workers' Families. Soc. Psychiatry, 20, S. 11-16.
- Steinhausen, H.C., Aster, M.v., Pfeifer, E. & Göbel, D. (1989). Comparative Studies of Conversion Disorders in Childhood and Adolescence. J. Child Psychol. Psychiat., 30, S. 615-621.
- Steinhausen, H.C., Edinsel, E., Fegert, J.M., Göbel, D., Reister, E. & Rentz, A. (1990). Child Psychiatric Disorders and Family Dysfunction in Migrant Workers' and Military Families. Eur. Arch. Psychiatr. Neurol. Sci., 239, S. 257-262.
- Stetten, K. & Koch, E. (1995). Modell stationärer Versorgung von türkischen Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus. In: E. Koch, M. Özek & W.M. Pfeiffer (Hrsg.), Psychologie und Pathologie der Migration. Freiburg: Lambertus, S. 194-198.
- Straube, H. (1974). Untersuchungen zur psychiatrischen Morbidität von Gastarbeitern. Universität München, Dissertation.
- Theilen, J. (1985). Überwindung der Sprachlosigkeit türkischer Patienten in der Bundesrepublik Deutschland. Versuch einer ganzheitlichen Medizin als Beitrag zur transkulturellen Therapie. In: J. Collatz, E. Kürsat-Ahlers & J. Korporal (Hrsg.), Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik Hamburg: Rissen, S. 292-322.
- Theilen, J. (1986). Der Einfluss des Islam auf Leidens- und Krankheitsverhalten türkischer Menschen in der Bundesrepublik. In: G. Hesse, R. Meyer & U. Pasero (Hrsg.), Krank in der Fremde. Dokumentation der Evangelischen Akademie Nordelbien, Bd. 11. Bad Segeberg: Eigenverlag, S. 106-139.

- Thränhardt, D. (1995). Keine Unterschichtung, aber politische Herausforderungen. Bericht über die Lebenslage der Einwanderer aus Anwerbeländern in Nordrhein-Westfalen. In: W. Seifert, (Hrsg.) (1995), *Wie Migranten leben. Lebensbedingungen und soziale Lage der ausländischen Bevölkerung in der Bundesrepublik*. Berlin: WZB-Paper, S. 93-102.
- Thränhardt, D., Dieregsweiler, R. & Santel, B. (1994). *Landessozialbericht: Ausländerinnen und Ausländer in Nordrhein-Westfalen. Die Lebenslage der Menschen aus den ehemaligen Anwerbeländern und die Handlungsmöglichkeiten der Politik (Band 6)*. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Weber, K.E.H., Haag, A. & Trojan, A. (1993). Zur medizinischen und psychosozialen Versorgung von Migranten und Migrantinnen in Hamburg. *Zwischenbilanz einer Expertenbefragung*. *Hamburgisches Ärzteblatt*, 4, S. 122-126.
- Wegener, B. (1982). Studie zur stationären Behandlung ausländischer Psychiatriepatienten. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde*, 11 (6), S. 196-204.
- Wegener, B. & Breisel, J. (1987). Psychische Erkrankungen von Arbeitsmigranten und deren Angehörigen. *Soziale Arbeit*, 6, S. 200-206.
- Weilandt, C. (1990). *Migration und psychische Gesundheit. Soziale Situation und psychische Gesundheit von Migranten in der Bundesrepublik Deutschland (Bericht im Auftrag der WHO, Kopenhagen)*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) e.V.
- Weilandt, C., Geiger, A. & Bademli-Wiecha, S. (1996). HIV-Prevention for Migrants: Integration of HIV Prevention into Social Work among Migrant Populations. In I.I. Schenker, G. Friedman & F.S. Sy (Hrsg.) *AIDS Education: Interventions in Multicultural Societies*, New York, S. 145-152.
- Weilandt, C. & Altenhofen, L. (1997). *Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten*. In I. Weber (Hrsg.) *Gesundheit sozialer Randgruppen*. Stuttgart: Enke.
- Wittmann, P. (Hrsg.) (1994). *In der Fremde zu Haus. Ausländische Kinder und Jugendliche im Identitätskonflikt. Aktion Jugendschutz Baden-Württemberg*. Stuttgart: Eigenverlag.
- Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (1989). *Die EVaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Zimmermann, E. (1981). Die Integrationsproblematik süditalienischer Gastarbeiterfamilien in der Bundesrepublik. In: *Mitteilungen zur Ausländerarbeit in Mannheim*, 7/81.
- Zink, A., Tietze, K.W. & Korporal, J. (Hrsg.) (1985). *Schwangerschaft und medizinische Betreuung*. Berlin: De Gruyter.
- Zink, A. (1985). Türkische Frauen als Patientinnen. Interaktionsprobleme aus der Sicht der behandelnden Ärzte. In: J. Collatz, E. Kürsat-Ahlers & J. Korporal (Hrsg.), *Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik*. Hamburg: Rissen, S. 351-369.

V. Resolutionen zu Migration und Gesundheit

Migration und psychische Gesundheit - Bericht aus sechs europäischen Ländern Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Zukunft

Im Allgemeinen ist für die meisten Immigranten der Anpassungsprozess an das Leben in einem neuen Land mit der Notwendigkeit verbunden, bestimmte Einschränkungen zu akzeptieren. Die Migranten erfahren, dass ihre eigene Kultur nicht respektiert, während westliche kulturelle Modelle, die im Gegensatz zu den Werten ihrer Heimatländer stehen, glorifiziert werden. Dies kann zu Frustration, Ängstlichkeit, Gefühlen von Unterlegenheit und aggressiven Impulsen führen. Generell muss der Prozess der Migration aus soziologischer, kultureller und psychologischer Perspektive betrachtet werden, und da die Probleme, mit denen Migranten konfrontiert sind, auch ökonomische, politische und juristische Aspekte haben, ist es ebenfalls dringend notwendig, dass Anstrengungen unternommen werden, um ihre sozialen und sonstigen Rechte sicherzustellen.

Des Weiteren müssten eine Reihe spezifischer Änderungen bezüglich der Angebote zur psychischen Versorgung bzw. psychischen Gesundheit für Migranten unternommen werden. Zum Ersten muss die Zugänglichkeit solcher Angebote für Migranten verbessert werden. Dies könnte erreicht werden durch die Verbesserung der Kenntnisse und der Fähigkeiten einheimischer Beratungsinstitutionen durch die Anwerbung von Beratern aus den jeweiligen ethnischen Gruppen selbst, durch die Etablierung unbürokratischer Arbeitsmethoden (z.B. weniger formale Kriterien für die Aufnahme) und durch die Verbesserung der Überweisungspraxis. Zum zweiten muss die Bereitstellung von Angeboten und Dienstleistungen für Migranten optimiert werden durch die Verbesserung von Wissen und Fertigkeiten (Weiterbildung) durch die Beachtung von somatischen als auch psychischen und psychosozialen Aspekten und die Berücksichtigung auch alternativer Formen von Beratungsangeboten. Zum Dritten muss die Kooperation zwischen verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems verbessert werden. Zum Vierten sollten präventive Maßnahmen gefördert werden durch die Bereitstellung von Informationen für die ausländische Bevölkerung. Schließlich sind auch interdisziplinäre und interkulturelle Forschungsaktivitäten notwendig, die auch inter-

ationale Vergleiche berücksichtigen. Diese sollten hinsichtlich des sozio-ökonomischen Status kontrolliert werden, klare Definitionen der verwendeten Terminologie enthalten, einheitliche diagnostische Kategorien verwenden und mögliche Kommunikationsprobleme bewusst einbeziehen und die in den Migranten-Communities verwendeten Instrumente validieren.

[Gupta, S. (1991): The Mental Health Problems of Migrants. Report from six European Countries. WHO Euro, S. 12]

Ergebnisse des 1. Türkisch-Deutschen Psychiatriekongresses (April 1994, Antalya):

- Bei Diagnostik, Behandlung und Betreuung psychisch gestörter Migranten sind psychosoziale und kulturelle Faktoren, die bisher weitgehend unbeachtet geblieben sind, zu berücksichtigen. Einrichtungen der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung müssen auch für Patienten dieser Bevölkerungsgruppe zugänglich gemacht werden.
- Umgehend sollten Modellmaßnahmen mit wissenschaftlicher Begleitung begonnen und alsbald zu einem flächendeckenden Versorgungssystem entwickelt werden. Dabei bedarf es muttersprachlicher Therapeuten und speziell ausgebildeter Dolmetscherdienste.
- Die Bedürfnisse der allmählich aus dem Berufsleben ausscheidenden Arbeitsmigranten sind sicherzustellen, wobei besondere Aufmerksamkeit einem Gutachtenwesen zu widmen ist, welches auch soziokulturelle Faktoren berücksichtigt.
- Gesetzliche Maßnahmen, wie die Änderung des Staatsbürgerschaftsrechtes und gesetzliche Verankerung der Wiederkehroption sind erforderlich. Bereits in Vorschul- und Schulalter werden Weichen für eine körperlich und psychisch gesunde Entwicklung und gesellschaftliche Integration gestellt. Entsprechend ist hier eine intensive Öffentlichkeitsarbeit und Erwachsenenbildung zu fördern. Jeglicher Form von ethnischer und religiöser Diskriminierung ist entgegenzuwirken. In diesem Zusammenhang wird die Dringlichkeit eines Antidiskriminierungsgesetzes betont.
- Auch die Reintegration der in ihr Herkunftsland zurückgekehrten Migranten bedarf wirksamer Unterstützung. Entsprechende Einrichtungen sind zu schaffen und zu fördern.

(Koch, E., Özek, M. & Pfeiffer, W.M. (Hrsg.), 1995. Psychologie und Pathologie der Migration, S. 339 ff. Freiburg: Lambertus.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen des WHO-Expertentreffens zu Migration/Mobilität und Gesundheit (Magdeburg, 1995)

1. Die gesundheitlichen Folgeerscheinungen der Migration sind das Ergebnis eines Komplexes sozialer, ökonomischer und politischer Faktoren. Dies bedeutet, dass bei der gesundheitlichen Versorgung von Migranten dieser breite Kontext in Betracht gezogen werden muss. Des Weiteren sind Frieden und die Arbeit mit und für Migranten Voraussetzungen für die Gesundheit.
2. Die Gesundheit von Migranten ist ein europäisches Thema, welches Kooperation und Umsetzung auf internationaler, und hier besonders auf europäischer Ebene erfordert.
3. Die WHO-Ziele „Gesundheit für alle im Jahre 2000“ besagen, dass bis zum Jahre 2000 die Differenzen bezüglich des Gesundheitsstatus zwischen den Ländern und zwischen einzelnen Subgruppen innerhalb der Länder um mindestens 25% reduziert werden sollen durch Verbesserung des Gesundheitsniveaus benachteiligter Nationen und Gruppen.
4. Den Bereichen Gesundheit von Migranten und ethnischer Minderheiten sollte ein hoher Stellenwert in der Gesundheitspolitik eingeräumt werden. Die Fragen von Gesundheit und Wohlbefinden der Migranten und ethnischen Minderheiten sollten in die Immigrations- und Gesundheitspolitik der europäischen Länder integriert werden.
5. Bisher haben die Gesundheitspolitiker diesem Thema nicht genügend Aufmerksamkeit gewidmet. Nur wenige Länder haben Maßnahmen zur Verbesserung des gesundheitlichen Zustands von Migranten umgesetzt.
6. Internationale europäische Kooperation sollte die nachfolgende Punkte beinhalten:
 - Zusammenstellung von Daten zum Gesundheitsstatus von Migranten in Europa;
 - Aufbau eines Netzwerkes von Kooperationspartnern im Bereich „Migration und Gesundheit“, bestehend aus Experten, Institutionen, Forschern und praxisorientierten Projekten in den europäischen Heimat- und Aufnahmeländern;
 - Entwicklung von Möglichkeiten zum Informationsaustausch und zur Kooperation zwischen europäischen Ländern;
 - Formulierung politischer Strategien.
7. Um die nötige Übereinstimmung zu erreichen und notwendige Strukturen zu etablieren, sollten die Möglichkeiten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden. Dies beinhaltet die Programme zur gesundheitlichen Überwachung, zur Forschung und die Aktivitäten im Bereich Telematics sowie die Gesundheitsberichterstattung.
8. Enge Kooperation zwischen allen Partnern wie WHO, den jeweiligen Kollaborationszentren, IOM, mit dem Internationalen Zentrum für Migration und Gesundheit in Genf, UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees), der EU-Kommission, des Europäischen Parlaments sowie den Mitgliedstaaten ist dringend notwendig.
9. Maßnahmen sollten die folgenden Aspekte einschließen:
 - a) Datensammlung
Es besteht die Notwendigkeit nach einer klaren Definition der untersuchten Population („Migranten“, „ethnische Minderheiten“, „Ausländer“ usw.). Nationale und kommunale Gesundheitsbehörden sollten demographische und epidemiologische Daten sowie Informationen über Programmevaluation und die gesundheitliche Versorgung zusammenstellen. Dazu sind sowohl qualitative als auch quantitative Ansätze notwendig und internationale Vergleichbarkeit und Standardisierung sollten angestrebt werden. Erhebungsmethoden, die ethnische und geschlechtsspezifische Aspekte beinhalten, sollten in Betracht gezogen werden. Frieden ist eine Grundvoraussetzung für Gesundheit! Methoden sollten entwickelt werden, die die Zusammenführung und Nutzung solcher Daten ermöglichen, um sie überall in Europa zugänglich zu machen. Gleichzeitig ist es notwendig sicherzustellen, dass diese Informationen und Daten nicht zu diskriminierenden Zwecken verwendet werden.
 - b) Fort- und Weiterbildung
Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote hinsichtlich migrationsbezogener Themen (Multikulturalität, erzwungene Migration, Antidiskriminierung etc.) sollten aufgebaut werden für gesundheitsbezogene und soziale Berufsgruppen. Diese Themen sollten auch in

die Ausbildungskataloge der Sozialwissenschaften und Aus- und Fortbildungsprogramme von Institutionen, wie z.B. Krankenpflegeschulen übernommen werden.

- c) Gesundheitsförderung
Für die ausländische Bevölkerung sollte derselbe Zugang zu Informationen und Vorbeugemaßnahmen sichergestellt sein, wie für die einheimische Bevölkerung. Gesundheitsförderungsprogramme, sowohl auf nationaler als auch auf lokaler Ebene sollten auf vorrangliche Bereiche abzielen (z.B. Infektionskrankheiten, Arbeitsschutzmaßnahmen etc.). Besonderes Augenmerk sollte auf die Unterstützung von Ausländerinitiativen und die Ausbildung von Gesundheitsberatern in den einzelnen Migrantengruppen gerichtet werden.

- d) Gesundheitliche Versorgung
Hier sollte der Ansatz gewährt werden, angemessene und leicht verfügbare Gesundheitsversorgungsangebote für Migranten als Teil der Regelversorgung in jedem Land anzubieten. Gleichwohl könnte daneben ein Bedarf nach ausländerspezifischen Angeboten vorhanden sein, die z.B. Rehabilitationsprogramme für Folter- und Kriegsoffer, Dolmetscherdienste etc. Daher muss ein hohes Augenmaß an Bewusstsein und Engagement entwickelt werden, vor allem auch bei Gesundheitspolitikern und dem Gesundheitspersonal.

Es ist vorzusehen, dass im Laufe der Integration weitere Ressourcen benötigt werden. Die Entwicklung von Angeboten in spezifischen Bereichen wird auch zusätzliche Kosten verursachen.

- e) Umsetzung
Die Umsetzung dieser Empfehlungen sollte in enger Zusammenarbeit zwischen verschiedenen staatlichen und nicht-staatlichen Institutionen und Organisationen sowohl auf nationaler als auf internationaler Ebene erfolgen. Ohne diese enge Zusammenarbeit kann diese Aufgabe nicht adäquat umgesetzt werden. Daher ist als erster Schritt notwendig, ein Netzwerk von Personen und Institutionen aufzubauen, um die o.a. Empfehlungen umzusetzen.

VI. Tabellenanhang

Anhang zu Kapitel 4.2.1

Tab. A4.1: Tuberkulose-Inzidenz in der deutschen und der zugewanderten Bevölkerung

	Bevölkerung		Tbc-Inzidenz		Tbc-Inzidenz
	n	%	n	%	je 100.000 Einwohner
Deutsche					
m	7.630.125	-	1.151	-	15,1
w	8.291.277	-	661	-	8,0
Gesamt	15.921.402	88,6	1.812	67,2	11,4
Zuwanderer					
m	1.099.085	-	506	-	46,3
w	953.829	-	377	-	41,1
Gesamt	2.053.085	11,4	883	32,8	43,9
Gesamt	17.717.984	100,0	2.695	100,0	5,2

Quelle: LDS NRW. Statistisches Bundesamt. (Stand: 31.12.1997). Eigene Berechnungen WIAD 1999
Raumbezug: NRW

Tab. A4.2.: Altersspezifische Tuberkulose-Inzidenz

Alter	deutsche Zugänge (1)		nicht-deutsche Zugänge (2)		Deutsche in der Bevölkerung (3)	Nicht-deutsche in der Bevölkerung (4)	Anteil (1) an (3) je 100.000 Einwohner	Anteil (2) an (4) je 100.000 Einwohner
	n	%	n	%				
unter 1	1	0,0	3	0,3	162.666	31.351	0,6	9,6
1 - 4	55	2,4	52	5,3	677.762	130.225	8,1	39,9
5 - 9	27	1,2	45	4,6	807.165	144.366	3,3	31,2
10 - 14	11	0,5	39	3,9	763.786	142.940	1,4	27,3
15 - 19	28	1,2	72	7,3	719.206	163.817	3,9	44,0
20 - 24	63	2,7	149	15,1	967.378	217.790	6,5	68,4
25 - 29	99	4,3	150	15,2	1.349.128	220.204	7,3	68,1
30 - 34	130	5,7	123	12,5	1.323.768	180.980	9,8	68,0
35 - 39	156	6,8	76	7,7	1.168.586	149.155	13,3	51,0
40 - 44	160	7,0	59	6,0	1.063.798	138.562	15,0	42,6
45 - 49	140	6,1	63	6,4	887.569	130.043	15,8	48,4
50 - 54	199	8,7	56	5,7	1.153.975	104.705	17,2	53,5
55 - 59	205	9,0	40	4,0	1.166.065	75.438	17,6	53,0
60 - 64	219	9,6	23	2,3	926.808	42.939	23,6	53,6
65 - 69	224	9,8	16	1,6	879.150	23.464	25,5	68,2
70 - 74	179	7,8	9	0,9	721.816	14.731	24,8	61,1
75 <	393	17,2	12	1,2	1.092.255	16.907	36,0	71,0
Insgesamt	2.289	100,0	987	100,0	15.831.681	1.927.619¹	14,5	51,2

Quelle: LDS NRW. (Stand: 31.12.1997). Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

1 Ergebnis der amtlichen Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Anhang zu Kapitel 4.2.4

Tab. A4.3: Anteile der Schwerbehinderten in der deutschen und der zugewanderten Bevölkerung

	Deutsche			Zuwanderer		
	m	w	ges.	m	w	ges.
Bevölkerung	7.630.125	8.291.277	15.921.402	1.099.256	953.829	2.053.085
	47,9	52,1	100,0	53,5	46,5	100,0
Schwerbehinderte	903.030	845.607	1.748.637	43.973	18.352	62.325
	51,6	48,4	100,0	70,6	29,4	100,0
je 1.000 Einwohner	118,4	102,0	109,8	40,0	19,2	30,4 ¹

Quelle: LDS NRW. Statistisches Bundesamt. (Stand 31.12.1997). Eigene Berechnungen WIAD 1999
Raumbezug: NRW

Tab. A4.4: Schwerbehinderte nach Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit		Schwerbehinderte			je 1.000 Einwohner
		m	w	ges. %	
Türkei	n	18.858	6.327	25.185	35,2
	%	74,9	25,1	100,0	
Ehem. Jugoslawien	n	5.425	2.864	8.289	46,8
	%	65,4	34,6	100,0	
Italien	n	4.855	1.629	6.484	42,9
	%	74,9	25,1	100,0	
Griechenland	n	3.308	1.627	4.935	43,6
	%	67,0	33,0	100,0	
Niederlande	n	1.595	970	2.565	42,6
	%	62,2	37,8	100,0	
Spanien	n	1.527	701	2.228	51,6
	%	68,5	31,5	100,0	
Asien	n	1.360	674	2.034	10,7
	%	66,9	33,1	100,0	
Marokko	n	1.282	254	1.536	33,7
	%	83,5	16,5	100,0	
Portugal	n	881	480	1.361	33,6
	%	64,7	35,3	100,0	
Übriges Ausland	n	4.882	2.826	7.708	16,1
	%	63,3	36,7	100,0	
Zuwanderer insgesamt	n	43.973	18.352	62.325	30,9
	%	70,6	29,4	100,0	
Deutsche		903.030	845.607	1.748.637	109,8

Quelle: LDS NRW. Statistisches Bundesamt (Stand 12/1997). Eigene Berechnungen WIAD 1999
Raumbezug: NRW

¹ Die Berechnungen basieren auf teilweise abweichenden Bevölkerungszahlen, da die verfügbaren Daten aus verschiedenen Datenbasen stammen (vgl. Kap. 2).

Tab. A4.5: Schwerbehinderte nach Staatsangehörigkeit und Altersgruppen

Alter	deutsche Schwerbehinderte		nicht-deutsche Schwerbehinderte		Deutsche	Zuwanderer
	n	%	n	%	je 1.000 Einwohner	je 1.000 Einwohner
unter 4	3.747	0,2	463	0,7	6,0	3,7
4 - 6	3.516	0,2	486	0,8	10,5	7,6
6 - 15	18.805	1,1	2.562	4,1	12,4	9,6
15 - 18	6.290	0,4	906	1,5	13,0	7,4
18 - 25	16.718	1,0	2.615	4,2	15,9	11,0
25 - 35	55.645	3,2	4.428	7,1	22,6	9,6
35 - 45	93.019	5,3	4.566	7,3	37,8	15,2
45 - 55	148.397	8,5	13.353	21,4	80,0	54,4
55 - 60	181.956	10,4	12.298	19,7	155,1	130,0
60 - 62	94.366	5,4	4.691	7,5	208,1	165,3
62 - 65	144.933	8,3	5.795	9,3	243,0	181,3
65 <	981.245	56,1	10.162	16,3	347,0	134,0
Insgesamt	1.748.637	100,0	62.325	100,0	110,0	30,4

Quelle: LDS NRW. Statistisches Bundesamt (Stand: 31.12.1997) Eigene Berechnungen. WIAD 1999
Raumbezug: NRW

Tab. A4.6: Schwerbehinderte nach Grad der Behinderung

Grad der Behinderung	Deutsche				Zuwanderer			
	m	w	ges.	ges. %	m	w	ges.	ges. %
50 - 59	n	268.748	198.107	466.855	15.991	5.817	21.808	
	%	57,6	42,4	100,0	26,7	73,3	26,7	100,0
60 - 69	n	144.765	131.790	276.555	7.968	3.044	11.012	
	%	52,3	47,7	100,0	15,8	72,4	27,6	100,0
70 - 79	n	104.196	99.885	204.081	4.866	1.943	6.809	
	%	51,1	48,9	100,0	11,7	71,5	28,5	100,0
80 - 89	n	119.847	130.509	250.356	4.784	2.151	6.935	
	%	47,9	52,1	100,0	14,3	69,0	31,0	100,0
90 - 99	n	48.435	53.715	102.150	1.659	702	2.361	
	%	47,4	52,6	100,0	5,8	70,3	29,7	100,0
100	n	217.039	231.601	448.640	8.705	4.695	13.400	
	%	48,4	51,6	100,0	25,7	57,9	42,1	100,0
Insgesamt	n	903.030	851.607	1.748.637	43.973	18.352	62.325	
	%	51,3	48,7	100,0	100,0	70,6	29,4	100,0

Quelle: Statistisches Bundesamt. LDS NRW. (Stand: 31.12.1997). Eigene Berechnungen WIAD 1999
Raumbezug: NRW

Tab. A4.7: Art der schwersten Behinderung bei Deutschen und Zuwanderern

Art der schwersten Behinderung	Deutsche		Zuwanderer	
	n	%	n	%
Beeinträchtigung der Funktion von inneren Organen bzw. Organsystemen	543.687	31,1	19.024	30,5
Funktionseinschränkung der Wirbelsäule und des Rumpfes, Deformierung des Brustkorbes	318.724	18,2	10.467	16,8
Sonstige und ungenügend bezeichnete Behinderungen	277.809	15,9	10.484	16,8
Funktionseinschränkung von Gliedmaßen	227.102	13,0	6.343	10,2
Querschnittlähmung, zerebrale Störungen, geistig-seelische Behinderungen, Suchtkrankheiten	200.392	11,5	8.881	14,3
Anderes	180.923	9,7	7.126	11,4
Insgesamt	1.748.637	100,0	62.325	100,0

Quelle: LDS NRW (Stand. 31.12.1997). Eigene Berechnungen
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

**Anhang zu Kapitel 5:
Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen**

Tabelle A5.1:

	Untersuchte			Heft vorgelegt			U1		U2		U3		U4		U5	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1	59.155	51.710	87.4	51.343	99.3	51.229	99.1	50.810	98.3	50.712	98.1	50.252	97.2			
2	7.398	4.935	66.7	4.863	98.5	4.826	97.8	4.486	90.9	4.300	87.1	4.018	81.4			
3	1.822	356	19.5	210	59.0	206	57.9	196	55.1	202	56.7	203	57.0			
4	1.645	599	36.4	412	68.8	411	68.6	388	64.8	394	65.8	387	64.6			
Gesamt	70.020	57.600	82.3	56.828	98.7	56.672	98.4	55.880	97.0	55.608	96.5	54.860	95.2			

Quelle: LÖGD Bielefeld
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Tabelle A5.2:

	Untersuchte			Heft vorgelegt			U6		U7		U8		U9	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1	59.155	51.710	87.4	50.215	97.1	49.381	95.5	46.927	90.8	42.315	81.8			
2	7.398	4.935	66.7	3.831	77.6	3.463	70.2	3.168	64.2	2.742	55.6			
3	1.822	356	19.5	212	59.6	205	57.6	212	59.6	196	55.1			
4	1.645	599	36.4	384	64.1	398	66.4	415	69.3	389	64.9			
Gesamt	70.020	57.600	82.3	54.642	94.9	53.447	92.8	50.722	88.1	45.642	79.2			

Quelle: LÖGD Bielefeld
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Tabelle A5.3:

	Untersuchte			Heft vorgelegt			U1-U7		U8 u. U9	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	
1	59.155	51.710	87.4	47.430	91.7	40.475	78.3			
2	7.398	4.935	66.7	2.750	55.7	2.204	44.7			
3	1.822	356	19.5	115	32.3	129	36.2			
4	1.645	599	36.4	289	48.2	300	50.1			
Gesamt	70.020	57.600	82.3	50.584	87.8	43.108	74.8			

Quelle: LÖGD Bielefeld
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

-
- 1 = Deutsche
 - 2 = in Deutschland geborene Zuwanderer
 - 3 = im Heimatland geborene Zuwanderer
 - 4 = Aussiedler

Tabelle A5.4:

	Untersuchte		Impfheft vorgelegt		Diphtherie komplett		Tetanus komplett		Polio komplett		Masern komplett		Mumps komplett		Schutzimpfung komplett	
	n		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	59.155		50.302	85.0	49.085	97.6	49.202	97.8	48.361	96.1	44.315	88.1	44.223	87.9	42.337	84.2
2	7.398		4.731	63.9	4.501	95.1	4.500	95.1	4.357	92.1	4.079	86.2	4.073	86.1	3.764	79.6
3	1.822		765	42.0	624	81.6	628	82.1	606	79.2	578	75.6	537	70.2	440	57.5
4	1.645		1.099	66.8	991	90.2	992	90.3	981	89.3	916	83.3	802	73.0	723	65.8
Gesamt	70.020		56.897	81.3	55.201	97.0	55.322	97.2	54.305	95.4	49.888	87.7	49.635	87.2	47.264	83.1

Quelle: LÖGD Bielefeld
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Tabelle A5.5:

Jungen	Untersuchte		Impfheft vorgelegt		Röteln komplett		Tuberkulose komplett		Pertussis komplett		HIB komplett	
	n		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	30.635		25.936	84.7	19.291	74.4	10.775	41.5	14.583	56.2	22.884	88.2
2	3.805		2.443	64.2	1.805	73.9	1.233	50.5	1.218	49.9	2.002	81.9
3	993		413	41.6	262	63.4	157	38.0	190	46.0	220	53.3
4	904		610	67.5	295	48.4	341	55.9	330	54.1	320	52.5
Gesamt	36.337		29.402	80.9	21.653	73.6	12.506	42.5	16.321	55.5	25.426	86.5

Quelle: LÖGD Bielefeld
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Tabelle A5.6:

Mädchen	Untersuchte		Impfheft vorgelegt		Röteln komplett		Tuberkulose komplett		Pertussis komplett		HIB komplett	
	n		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	28.509		24.357	85.4	18.863	77.4	10.215	41.9	14.194	58.3	21.558	88.5
2	3.586		2.283	63.7	1.815	79.5	1.191	52.2	1.143	50.1	1.833	80.3
3	824		351	42.6	220	62.7	138	39.3	156	44.4	198	56.4
4	739		487	65.9	265	54.4	279	57.3	278	57.1	275	56.5
Gesamt	33.658		27.478	81.6	21.163	77.0	11.823	43.0	15.771	57.4	23.864	86.8

Quelle: LÖGD Bielefeld
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

-
- 1 = Deutsche
 - 2 = in Deutschland geborene Zuwanderer
 - 3 = im Heimatland geborene Zuwanderer
 - 4 = Aussiedler

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden.

Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie auch für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt. Unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Impressum

Herausgeber:
Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und
Gesundheit
des Landes Nordrhein-Westfalen
40190 Düsseldorf

Internet: www.mjfg.nrw.de

e-mail: info@mail.mjfg.nrw.de

Titelgestaltung:
Claus & Mutschler, Bochum

Druck:
toennes satz + druck GmbH, Erkrath

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit
Genehmigung des Herausgebers.

August 2000