



Gesundheit von Migrantinnen und Migranten in München

Gesundheitsberichterstattung für
die Landeshauptstadt München

Impressum

Herausgeber: Referat für Gesundheit und Umwelt
der Landeshauptstadt München
Bayerstr. 28a
80335 München

www.muenchen.de/Rathaus/rgu/daten_plaene/gesundheitsberichterstattung/38990/index.html

Dezember 2005

Berichterstellung: Dr. Gabriele Wiedenmayer
RGU-UW11 – Gesundheitsberichterstattung
Tel. (089) 233 – 47707
Fax (089) 233 – 47705
gbe.rgu@muenchen.de

Vorwort

In München leben derzeit rund 300.000 ausländische Bürgerinnen und Bürger; die Anzahl der Deutschen mit einem Migrationshintergrund wird auf ca. 80.000 geschätzt. Anders gesagt, knapp 30 Prozent aller Münchnerinnen und Münchner haben ihre Wurzeln nicht oder nicht ausschließlich in Deutschland. Die Bevölkerungsgruppe der Migrantinnen und Migranten ist aber keineswegs eine homogene – im Gegenteil: Kulturelle, soziale oder religiöse Unterschiede prägen diese Gruppe. Insbesondere Gesundheit und Krankheit stehen in enger Wechselwirkung mit persönlichen und sozialen Ressourcen und dem Grad der kulturellen und sozialen Integration.

Die Chancengleichheit beim Zugang zum Gesundheitswesen und bei der Inanspruchnahme von Leistungen soll für alle gleichermaßen gewährleistet sein. Dieser Gleichheitsgrundsatz ist Basis für die Münchner Gesundheitspolitik. Schon vor 11 Jahren widmete sich die erste Gesundheitskonferenz des Münchner Gesundheitsbeirats dem Thema Migration und Gesundheit. Seit 2001 sind die Belange von Bürgerinnen und Bürger mit Migrationshintergrund über die Fachstelle für Migration und Gesundheit im Referat für Gesundheit und Umwelt fest institutionalisiert.

Eine Grundlage für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen ist eine möglichst gut fundierte und breit gefächerte Datenbasis. Die Beschaffung, Analyse und Aufbereitung der Daten sind Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung. Allerdings steht die Gesundheitsberichterstattung gerade beim Thema Migration und Gesundheit vor einem Problem: Die oft ohnehin unzureichende und unbefriedigende Datenlage ist in Bezug auf Migrantinnen und Migranten nochmals schlechter. In der amtlichen Statistik, als eine wesentliche Datenquelle, ist der Migrationsstatus häufig nicht erfasst. Eine adäquate Berücksichtigung in Primärerhebungen, z.B. über muttersprachliche Interviews, scheitert meist an den damit verbundenen enormen Kosten.

Trotz dieser unbefriedigenden Ausgangsbedingungen liegt nun der erste Bericht zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten in München vor. Zugegebenermaßen war es nicht möglich, ein abgeschlossenes Bild über alle relevanten Bereiche zu liefern. Vielmehr werden, je nach Datenverfügbarkeit, Schlaglichter auf einige ausgewählte Aspekte geworfen.

Gleichwohl freue ich mich, mit dem ersten Münchner Migrationsgesundheitsbericht allen Interessierten spannende und nützliche Informationen zur Verfügung stellen zu können.



Joachim Lorenz

Referent für Gesundheit und Umwelt

Gesundheitsberichterstattung der Landeshauptstadt München

Ziel der Münchner Gesundheitsberichterstattung ist, eine Planungsgrundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen und Maßnahmen bereitzustellen. Dazu gehören:

- ⇒ Erstellen einer fundierten Daten- und Informationsgrundlage zur gesundheitlichen Lage und Versorgung der Münchner Bevölkerung,
- ⇒ Herausstellen besonderer Problemlagen und Defizite und das
- ⇒ Benennen von Handlungsempfehlungen

Die Münchner Gesundheitsberichterstattung orientiert sich an den Vorgaben für die Gesundheitsberichterstattung auf Bundes- und Länderebene.

Die *Basisberichterstattung* ist auf Kontinuität angelegt und als „Nachschlagewerk“ gedacht. Sie deckt eine breite Palette an Themen ab, wobei vorhandene Datenquellen verwendet werden. Die Ergebnisse werden inzwischen ausschließlich im Internet veröffentlicht.

In der *Schwerpunktberichterstattung* werden ausgewählte Themenbereiche vertiefend dargestellt. Zusätzlich zu vorhandenen Datenquellen werden ggf. gesonderte Erhebungen durchgeführt. Die derzeit wichtigste Datengrundlage ist das Münchner Gesundheitsmonitoring, eine telefonische Befragung der erwachsenen Bevölkerung, die bereits zum zweiten Mal durchgeführt wurde.

Zu folgenden Themen wurden bzw. werden Schwerpunktgesundheitsberichte veröffentlicht:

- Alte Menschen zu Hause und in Heimen (1995; 1998)
- Kinder (1997)
- Jugendliche (1997)
- Gesundheit von Frauen und Männern verschiedener Lebensalterstufen (2002)
- Erster Münchner Männergesundheitsbericht (2005)
- Gesundheit von Migrantinnen und Migranten in München (2005)

Die neueren Berichte sind als pdf-Dateien im Internet abrufbar. Je nach Erfordernis werden die Berichte auch weiterhin in gedruckter Form publiziert.

Weitere Informationen zur Münchner Gesundheitsberichterstattung sind im **Internet** unter folgender Adresse verfügbar:

www.muenchen.de/Rathaus/rgu/daten_plaene/gesundheitsberichterstattung/38990/index.html

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
1.1	Überblick über bisherige Veröffentlichungen zu „Migration und Gesundheit“	5
1.2	Zentrale Befunde aus bisherigen Veröffentlichungen	7
1.3	Anlage und Struktur des vorliegenden Berichts.....	9
2	Gesundheit von Kindern	10
2.1	Säuglingssterblichkeit	10
2.2	Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2003	11
2.2.1	Aufgaben der Schuleingangsuntersuchung.....	11
2.2.2	Soziodemografie und Merkmale des Lebensumfelds	12
2.2.3	Impfstatus	15
2.2.4	Vorsorgeuntersuchungen	17
2.2.5	Übergewicht und Adipositas	18
2.2.6	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	20
3	Gesundheitliche Lage und Versorgung aus Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte	21
3.1	Anlage und Durchführung der Befragung.....	21
3.2	Sprachkenntnisse der Ärztinnen und Ärzte und der Praxisangestellten.....	22
3.3	Ausländeranteil und Nationalitäten	24
3.4	Typische Krankheitsbilder und Beschwerden	26
3.5	Einstellungen zu und Umgang mit Krankheiten	30
3.6	Probleme in der ambulant-ärztlichen Versorgung und Vorschläge zur Verbesserung.....	31
3.7	Interesse an migrationsspezifischen Fortbildungen.....	33
3.8	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	35
4	Soziodemografie	37

1 Einleitung

Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten erfährt erst seit wenigen Jahren eine größere Aufmerksamkeit in der gesundheitspolitischen Diskussion. Bis vor kurzem gab es zu dem Thema nur wenige Informationen und Aktivitäten. Dies scheint sich allmählich zu ändern: Gesundheitskonferenzen und Tagungen wurden veranstaltet,¹ auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene wurden Arbeitskreise implementiert und Beauftragte für Ausländerfragen bestellt.²

In **München** widmete der Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München 1994 seine erste Gesundheitskonferenz dem Thema „Stadt-Gesundheit und Migration“. Seit Ende 1996 gibt es im Gesundheitsbeirat den Arbeitskreis Migration und Gesundheit. 1999 veranstaltete der Gesundheitsbeirat die zweite Gesundheitskonferenz zu Migration.³ Seit Oktober 2001 gibt es die Fachstelle Migration und Gesundheit im Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München.

1.1 Überblick über bisherige Veröffentlichungen zu „Migration und Gesundheit“

Auch in der Gesundheitsberichterstattung, ebenso wie in der Sozialberichterstattung, wurde der Bereich Migration lange vernachlässigt und erst in letzter Zeit stärker thematisiert, wie an der stetigen Zunahme einschlägiger Publikationen zu erkennen ist. Beispielhaft, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, sind folgende Berichte zu nennen:

- Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend befasst sich in seinem sechsten Familienbericht mit Familien ausländischer Herkunft in Deutschland, wobei sich ein Kapitel der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten widmet.⁴
- Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen hat einen Bericht zur Gesundheit von Zuwanderern herausgegeben.⁵

¹ Siehe z.B. folgende Tagungsdokumentationen:

David, M., Borde, T., Kentenich, H. (Hg.): Migration und Gesundheit: Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt/Main. 1998.

David, M., Borde, T., Kentenich, H. (Hg.): Migration - Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt/Main. 2000.

Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Hg.): Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Düsseldorf. 2000.

² Von der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen werden regelmäßig Berichte über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland herausgebracht, in denen auch der Gesundheitsstatus und die gesundheitliche Versorgung thematisiert werden. Siehe dazu den Literaturhinweis in Fußnote 9.

³ Siehe dazu: Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München (Hg.): Stadt-Gesundheit und Migration II. Dokumentation der Gesundheitskonferenz am 29. April 1999. München. 2000.

⁴ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Sechster Familienbericht: Familien ausländischer Herkunft in Deutschland, Leistungen - Belastungen - Herausforderungen. Berlin. 2000.

⁵ Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf 2000.

- Hamburg hat einen Bericht zur Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger veröffentlicht, der sich auch mit Aspekten der Gesundheit und Hilfe- und Pflegebedürftigkeit befasst.¹
- In der Stadt Münster wurde in einem Gesundheitsbericht die Gesundheitssituation von Flüchtlingskindern untersucht.²
- Vom Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart wurden mit den Daten der Schuleingangsuntersuchung die Prävalenz und die Behandlung von Entwicklungsverzögerungen im Vorschulalter untersucht.³
- Auch in anderen europäischen Ländern und Kommunen ist das Thema Migration von Belang. So liegt z.B. ein Bericht zur gesundheitlichen Situation von Migrantinnen und Migranten der Stadt Wien vor.⁴

Allgemeiner Tenor der Berichte ist, dass die ohnehin unzulängliche **Datenlage** in vielen Bereichen der Gesundheitsberichterstattung speziell für die ausländische Bevölkerung nochmals um einiges schlechter ist. So liegen weder repräsentative Gesundheitssurveys für Migrantinnen und Migranten vor, noch werden diese in Surveys, die in der Regel primär für Deutsche (d.h. Deutschsprachige) konzipiert sind, in sinnvoller Weise miteinbezogen.⁵ Das liegt nicht nur an einer Desinteresse an der ausländischen Bevölkerung. Eine möglichst repräsentative Erfassung erfordert den Einsatz von muttersprachlichen Erhebungsinstrumenten in mehreren Sprachen. Dadurch wird nicht nur das Studiendesign komplizierter, auch die Kosten steigen um ein Vielfaches.

In amtlichen Statistiken sind die vorhandenen Daten und Informationen nur selten nach der Nationalität differenzierbar. Beispielsweise unterscheiden die Krankenhausentlassungsstatistiken oder Todesursachenstatistiken nicht nach der deutschen und anderen Staatsangehörigkeiten. Insgesamt kann eine Gesundheitsberichterstattung für die ausländische Bevölkerung nur sehr lückenhaft und punktuell durchgeführt werden.

In **München** gab es bislang noch keinen Schwerpunktbericht zur Gesundheit von Ausländerinnen und Ausländern. Dieses Thema wurde aber in den folgenden Veröffentlichungen bereits aufgegriffen:

- Das Referat für Stadtplanung und Bauordnung hat vor einigen Jahren eine umfangreiche Befragung von Migrantenhaushalten ausgewählter Nationalitäten durchgeführt und die

¹ Freie und Hansestadt Hamburg. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Älter werden in der Fremde: Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger. Hamburg. 1998.

² Stadt Münster. Gesundheitsamt: Zur Gesundheitssituation der Flüchtlingskinder in Münster. Gesundheitsberichte: Band 7. Münster. 1997.

³ Erb, Jodok, Werner, Monika. Prävalenz von Entwicklungsauffälligkeiten bei Vorschulkindern. In: Kinderärztliche Praxis (2003) Nr. 6: 368 – 375.

Werner, Monika, Erb, Jodok. Maßnahmen der Frühförderung bis zur Einschulung. In: Kinderärztliche Praxis (2003) Nr. 6: 376 – 380.

⁴ Magistrat der Stadt Wien. MA 15/Dezernat für Gesundheitsplanung (Hg.): Die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Wien (1. Teil). Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen (2. Teil). Wien. 1997.

⁵ Siehe hierzu z.B. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. S. 159. Berlin und Bonn. 2000.

Ergebnisse als Bericht veröffentlicht.¹ Ein Fragenkomplex befasste sich mit Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung.

- Im Jugendgesundheitsbericht des Referats für Gesundheit und Umwelt befasst sich ein Kapitel speziell mit der Gesundheit und den gesundheitlichen Risiken ausländischer Jugendlicher und junger Erwachsener.²

Mit dem vorliegenden Bericht soll nun ein weiterer Baustein zum Themenbereich Migration und Gesundheit geliefert werden. Aber auch für diesen Bericht gelten die weiter oben getroffenen Aussagen zur schlechten Datenlage. So kann kein umfassender Gesamtbericht erstellt werden, sondern nur einige weitere Mosaiksteinchen dem Komplex der migrantenspezifischen Gesundheitsberichterstattung hinzu gefügt werden.

1.2. Zentrale Befunde aus bisherigen Veröffentlichungen

Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse zum Gesundheitsstatus und zur gesundheitlichen Versorgung aus dem Familienbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vorgestellt.³

- Migration an sich ist durch die kognitiven und emotionalen Anpassungsanforderungen mit Stress verbunden. Familien, insbesondere Frauen, haben durch ihre psychosoziale Unterstützung eine Schlüsselfunktion bei der Bewältigung des Migrationsstresses.
- Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten ist auch ein soziales Problem, da diese überdurchschnittlich häufig zur sozial benachteiligten, einkommensschwachen und bildungsfernen Bevölkerung gehören.
- Aufgrund fehlender Daten ist die Struktur der Krankheiten in der ausländischen Bevölkerung nur punktuell zu beurteilen. Vor allem bei chronischen und psychiatrischen Krankheiten wird eine Unterrepräsentanz angenommen. Als Ursache werden eine Unterinanspruchnahme bzw. eine aufgeschobene Inanspruchnahme von Beratung und Behandlung vermutet.
- Sprachprobleme zwischen Migrantinnen und Migranten und medizinischem Personal haben sich im Vergleich zur Anfangsphase insgesamt verringert. Muttersprachliches Fachpersonal ist in medizinischen und Gesundheitsberufen nach wie vor unterrepräsentiert. Ebenso fehlt es an kulturspezifischer Kompetenz. In der kurativen Medizin ist die Inanspruchnahme nicht geringer als die der Deutschen. Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation werden unterdurchschnittlich angenommen.

¹ Landeshauptstadt München. Referat für Stadtplanung und Bauordnung (Hg.): Lebenssituation ausländischer Bürgerinnen und Bürger in München. München. 1997.

² Landeshauptstadt München. Referat für Gesundheit und Umwelt: Jugendgesundheit. München. 1997.

³ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Sechster Familienbericht: Familien ausländischer Herkunft in Deutschland, Leistungen - Belastungen - Herausforderungen. Berlin. 2000.

- In der Migrantenbevölkerung ist die Tuberkuloseinzidenz höher als in der deutschen Bevölkerung. Der Anstieg in den letzten Jahren hängt mit der Zunahme der Flüchtlingsbevölkerung und der Zuwanderung aus osteuropäischen Staaten zusammen.
- Aids-kranke Migrantinnen und Migranten stammen häufig nicht aus der seit vielen Jahren niedergelassenen ausländischen Wohnbevölkerung. Insgesamt gibt es erhebliche Wissenslücken über HIV, Aids und andere sexuell übertragbare Krankheiten in der ausländischen Bevölkerung. Angemessene Angebote zur Prävention, Beratung und Begleitung sind nicht ausreichend vorhanden.
- Typische Gesundheitsprobleme sind u.a. Krankheiten des Muskel- und Skelettsapparates und höhere Raten von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten aufgrund der Arbeitsbedingungen. Die Arbeitsunfähigkeitsraten liegen bei Migrantinnen und Migranten höher als bei den Deutschen. Maßnahmen zur Rehabilitation und zur beruflichen Wiedereingliederung werden seltener in Anspruch genommen.
- Ärztliche Diagnosen verweisen indirekt auf Unsicherheiten in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Offene Krankheitsbezeichnungen, z.B. Schmerzsyndrome oder psychosomatische Symptome, werden im Vergleich zu den deutschen Patientinnen und Patienten häufiger verwendet. Allgemeinmediziner tendieren bei einer psychosomatischen Erkrankung eher zur Verschreibung von Psychopharmaka, da therapeutische Gespräche oft nicht möglich sind.
- Zu psychischen Erkrankungen liegen keine eindeutigen Ergebnisse vor. Es fehlen häufig exakte Diagnosen, unter anderem wegen sprach- und kulturbedingten Kommunikationsschwierigkeiten und einer Tendenz zur Somatisierung bei Patienten mit geringem formalen Bildungsniveau. Die Gefahr einer Psychiatisierung aufgrund kulturell bedingter Fehlinterpretation und Klischees und einer Fehlbehandlung ist in der Migrantenbevölkerung größer.
- In der ausländischen Bevölkerung sind auf Bundesebene sowohl die Säuglingssterblichkeit als auch das Risiko einer untergewichtigen Geburt erhöht. Schwangerschaftsbegleitende Angebote werden in geringerem Umfang in Anspruch genommen.
- Im Bereich Kindergesundheit wird der Abbau von Angeboten öffentlicher Dienste als problematisch gesehen. Eine angemessene Vorsorge und Versorgung wird durch den Wegfall dieser auch aufsuchenden und nachgehenden Dienste beeinträchtigt. Defizite zeigen sich z. B. in der Oralhygiene und in der höheren Kariesprävalenz ausländischer Kinder, in der Früherkennung von Behinderungen und Entwicklungsstörungen, wie auch im Impfstatus und bei Symptomen und Auffälligkeiten bei Schuleingangs- und Schulentlassungsuntersuchungen.
- Bei älteren Migrantinnen und Migranten ist ein generell erhöhtes Erkrankungsrisiko festzustellen. Aufgrund der meist schweren und gesundheitsgefährdenden Arbeit wie durch die Migrationserfahrungen insgesamt treten häufiger vorzeitige gesundheitliche Verschleißerscheinungen und akute Erkrankungen auf. Da es sich bei den älteren Migrantinnen und Migranten noch überwiegend um „junge Alte“ handelt, ist in Zukunft mit einem Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu rechnen. Auf die Pflege älterer Migrantinnen und Migranten sind die pflegerischen Dienste und Einrichtungen noch nicht vorbereitet.
- Zuverlässige Daten zu Suchterkrankungen sind nicht verfügbar. Anzunehmen ist, dass Suchthilfeangebote aus Angst vor ausländerrechtlichen Folgen unterdurchschnittlich in Anspruch genommen werden. Die Dienste wiederum sind meist nicht

auf die besondere Problematik suchtabhängiger Migrantinnen und Migranten eingestellt, z.B. fehlen häufig muttersprachliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

- Das Angebot im Beratungsbereich z.B. der Gesundheitsämter und Wohlfahrtsverbände ist insgesamt unüberschaubar und von unterschiedlicher Qualität. Eine bessere Vernetzung, z.B. durch die Einrichtung ethnomedizinischer Zentren, wäre notwendig. Festzustellen ist ein starkes Interesse der Frauen an gesundheitlichen Fragen.

Die Ergebnisse zeigen zahlreiche, noch weitgehend ungelöste Problemfelder auf. Von einer Angleichung an die deutsche Bevölkerung kann insgesamt noch keine Rede sein. Neben der sozialen Benachteiligung aufgrund des meist niedrigeren Sozialstatus ist nach wie vor die fehlende Sprachkompetenz sowohl der ausländischen Bevölkerung selbst, als auch des medizinischen Fachpersonals Haupthindernis für eine angemessene Versorgung.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch die anderen oben zitierten Berichte. Darüber hinaus wird in dem Bericht über Zuwanderer in Nordrhein-Westfalen bezüglich einer Verbesserung der Datenlage die künftige routinemäßige Einbeziehung migrationspezifischer Fragestellungen in der Gesundheitsberichterstattung gefordert.¹

1.3 Anlage und Struktur des vorliegenden Berichts

Die Auswahl der thematischen Schwerpunktsetzungen in diesem Bericht orientiert sich nach Möglichkeit an der inhaltlichen Relevanz, wird aber in hohem Maße durch die Verfügbarkeit der Daten bestimmt. Auch in München ist die unzureichende Datenlage Haupthindernis für eine umfassende Gesundheitsberichterstattung über die ausländische Bevölkerung.

So konzentriert sich der Bericht auf folgende Schwerpunkte:

Das anschließende Kapitel 2 befasst sich mit der gesundheitlichen Lage von Kindern. Dazu werden die Daten des Kinder- und Jugendgesundheitsdiensts des ÖGD analysiert. Es liegen Zahlen zur Säuglingssterblichkeit und die Schuleingangsuntersuchungen vor.

Kapitel 3 widmet sich der Gesundheit, und der gesundheitsbezogenen Versorgung und Inanspruchnahme. Dazu wurde eine Befragung niedergelassener Kassenärztinnen und Kassenärzte in München zum Gesundheitszustand und zur medizinischen Versorgung der ausländischen Bevölkerung mit speziellem Augenmerk auf Auffälligkeiten und Probleme im Vergleich zu deutschen Patientinnen und Patienten durchgeführt.

Das abschließende Kapitel 4 bietet einen kurzen Überblick über die Soziodemografie der ausländischen Bevölkerung in München.

¹ Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf 2000.

2 Gesundheit von Kindern

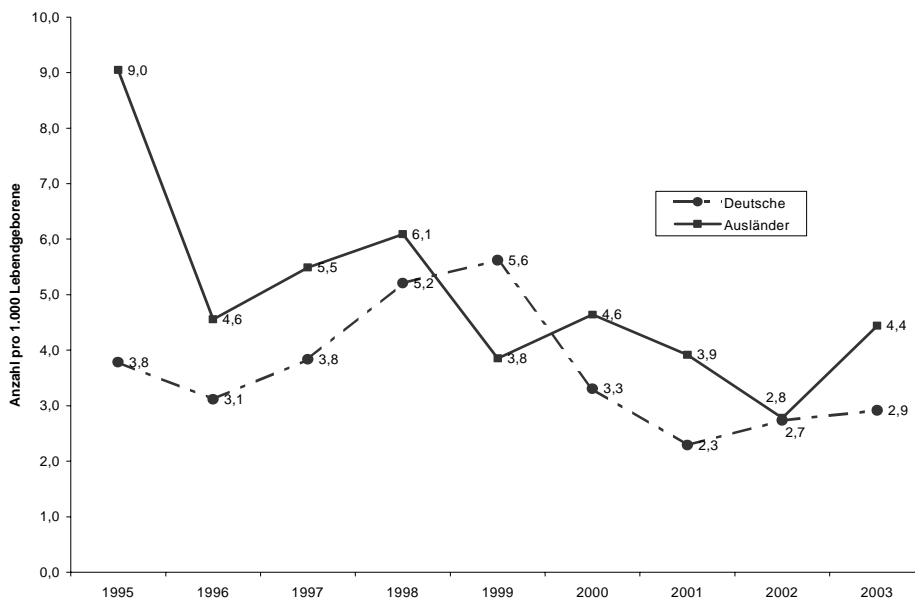
In München lebten zum 31.12.2004 34.101 Kinder bis 14 Jahre ohne deutsche Staatsbürgerschaft.¹ Ihr Anteil an allen Münchner Kindern betrug 21%. Zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Kindern und deren gesundheitsbezogenen Versorgung und Inanspruchnahme stehen uns folgende Quellen zur Verfügung:

- Daten zur Säuglingssterblichkeit von 1995 bis 2003 und
- Daten der Schuleingangsuntersuchung von 2003.

2.1 Säuglingssterblichkeit

In München wurden 2003 insgesamt 12.773 Kinder lebend geboren, darunter 2.479 Kinder ohne deutsche Staatsangehörigkeit. Von diesen verstarben in den ersten 12 Lebensmonaten 11 der ausländischen und 30 der deutschen Kinder. Bezogen auf je 1.000 Lebendgeborene sind das 2,9 Kinder mit und 4,4 Kinder ohne deutsche Staatsangehörigkeit (Abb. 2.1). Auch im Zeitverlauf liegt die Sterblichkeit ausländischer Säuglinge meist höher, wobei die Zahlen von Jahr zu Jahr erheblich schwanken. 1995, als viele Flüchtlinge nach München kamen, war mit 9,1 Gestorbenen pro 1.000 Lebendgeborene die Sterblichkeit unter ausländischen Säuglingen fast 2,5-mal so hoch wie bei den deutschen (3,8). Inzwischen haben sich die Werte stärker angenähert.

Abb. 2.1: In den ersten 12 Lebensmonaten gestorbene Münchner Säuglinge pro 1.000 Lebendgeborene von 1995 - 2003 nach Nationalität



Quelle: Statistisches Amt der Landeshauptstadt München. Eigene Berechnungen.

¹ Zur Soziodemografie siehe Kap. 4.

2.2 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2003

2.2.1 Aufgaben der Schuleingangsuntersuchung

Die Schuleingangsuntersuchung ist die *einzig*e Erhebung, die den Gesundheitszustand eines ganzen Jahrgangs von Kindern erfasst. Damit ist sie ein wichtiges Instrument zum frühzeitigen Erkennen von gesundheitlichen Fehlentwicklungen, Gefährdungen und Krankheiten. Die Schuleingangsuntersuchung dient zur Feststellung der Schulfähigkeit eines Kindes aus gesundheitlicher Sicht. Daneben können die Daten auch für die Beratung von Schulen und für epidemiologische Auswertungen genutzt werden.

Aus organisatorischen und zeitlichen Gründen muss sich die Einschulungsuntersuchung auf eine **Screeninguntersuchung** beschränken. Bei Auffälligkeiten des untersuchten Kindes schließen sich daher in der Regel weitere umfassende Untersuchungen zur Abklärung an.

Für den vorliegenden Bericht wurden die Sachverhalte aus der Untersuchung ausgewertet, die für alle Kinder relevant sind und nicht nur eine Minderheit betreffen und aus denen sich umsetzbare Vorgaben für die Prävention ableiten lassen. Das sind der Impfstatus, die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen und das Körpergewicht. Die Auswertungsmöglichkeiten sind allerdings begrenzt, da in der Standardschuleingangsuntersuchung keine Angaben z.B. über die soziale, ökonomische und familiäre Situation erhoben werden. So haben die Ergebnisse einen primär deskriptiven Charakter.

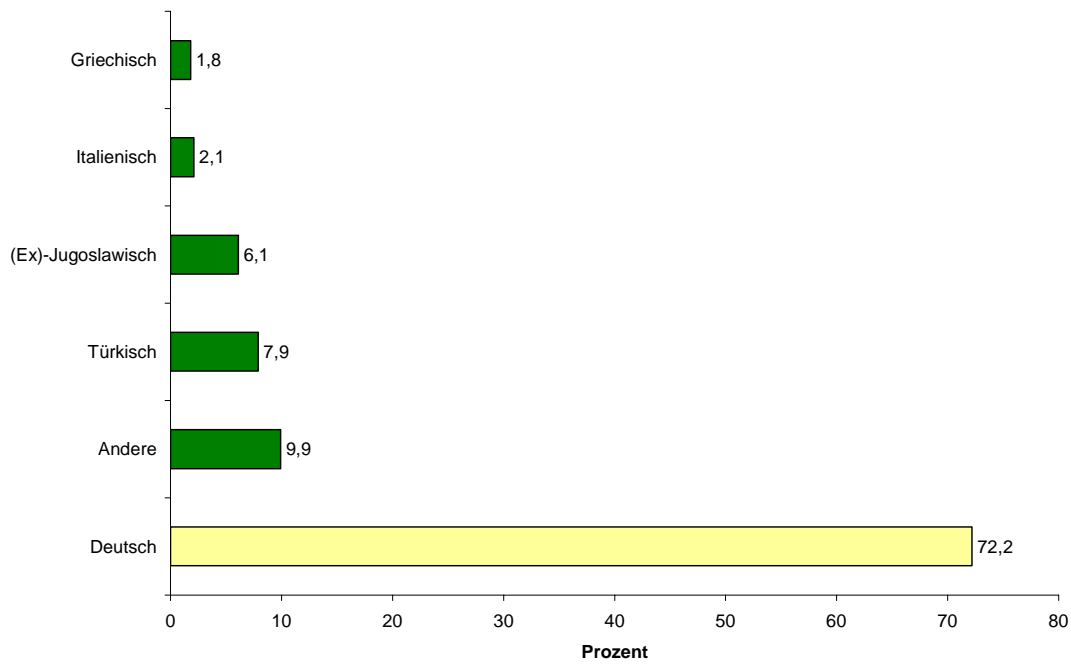
2.2.2 Soziodemografie und Merkmale des Lebensumfelds

In München wurden 2003 insgesamt 9.381 Kinder zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellt. 28% der Kinder hatten keine deutsche Staatsbürgerschaft. Angaben über die Nationalität der ausländischen Kinder liegen zum ersten Mal differenzierter vor (Abb. 2.2). Die stärkste einzeln erfasste Nationalität ist die türkische, die knapp 8% aller untersuchten Kinder hatten, gefolgt von Kindern mit einer (ex-)jugoslawischen Staatsbürgerschaft (6%), wobei die genaue Staatsbürgerschaft dieser Kinder nicht codiert wurde.

Weiter gehende Angaben z.B. über den Geburtsort, die Aufenthaltsdauer und den Aufenthaltsstatus liegen nicht vor, obwohl nach diesen Merkmalen wesentliche Unterschiede im Vorsorgeverhalten und Gesundheitszustand zu erwarten sind. Ebenso wenig geben die Daten Auskunft über mögliche Einbürgerungen und die ethnische Herkunft der Kinder. So wurde in einer Untersuchung für die Stadt Essen festgestellt, dass im Ausland und insbesondere im außereuropäischen Ausland geborene Kinder im Vergleich zu hier geborenen, nichtdeutschen Kindern häufiger einen unzureichenden Impfstatus hatten.¹ Ähnliches gilt auch für Vorsorgeuntersuchungen.

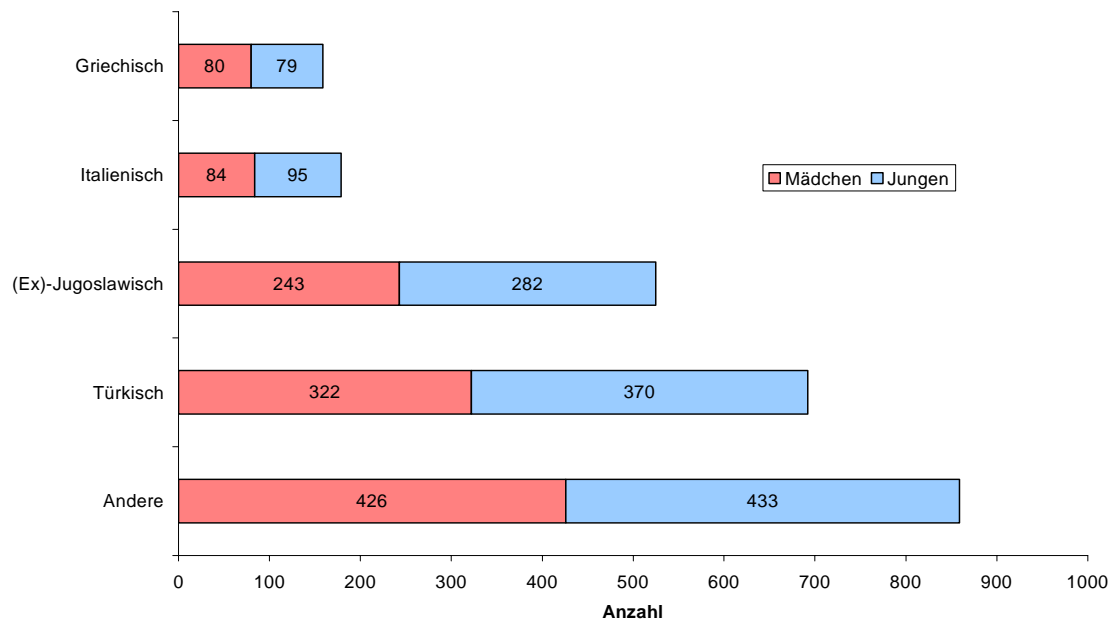
¹ Stadt Essen, Amt für Entwicklungsplanung, Statistik, Stadtforschung und Wahlen: Soziale Einflüsse auf die Gesundheitsvorsorge. Statistische Vierteljahresberichte 4/1995. Sonderbericht.

Abb. 2.2: Nationalität der Kinder (in Prozent)



Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Schuleingangsuntersuchung 2003. Eigene Berechnungen.

Abb. 2.3: Anzahl der Mädchen und Jungen nach Staatsbürgerschaft (ohne deutsche Kinder)

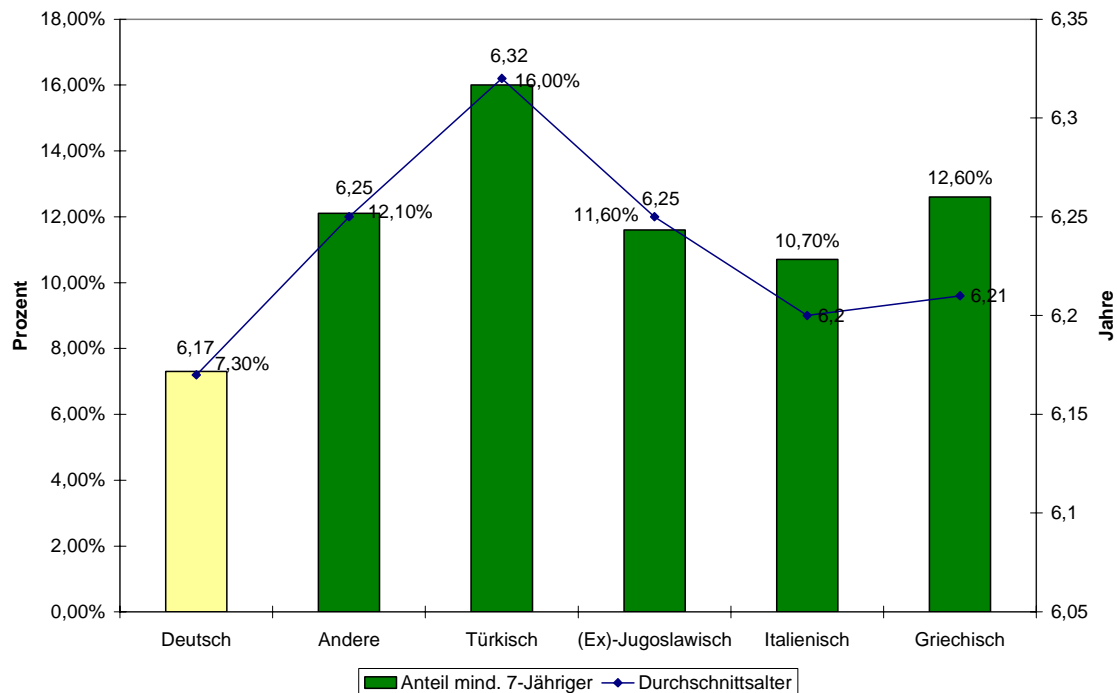


Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Schuleingangsuntersuchung 2003. Eigene Berechnungen.

Die jeweilige Anzahl der Mädchen und Jungen mit ausländischer Staatsbürgerschaft zeigt Abbildung 2.3. Im Vergleich zu den deutschen Kindern (3.174 Mädchen und 3.196 Jungen; Mädchenanteil: ca. 50%) ist der Mädchenanteil bis auf die griechischen Kinder mit Werten zwischen 46% und 49% etwas geringer.

Im Vergleich zu den deutschen Kindern (6,17 Jahre) war das Durchschnittsalter der ausländischen, vor allem der türkischen Kinder höher. Dies zeigt sich auch an dem höheren Anteil der Kinder, die bei der Untersuchung schon mindestens 7 Jahre alt waren (Abb. 2.4)

Abb. 2.4: Durchschnittsalter und Anteil der mindestens 7-Jährigen nach Nationalität

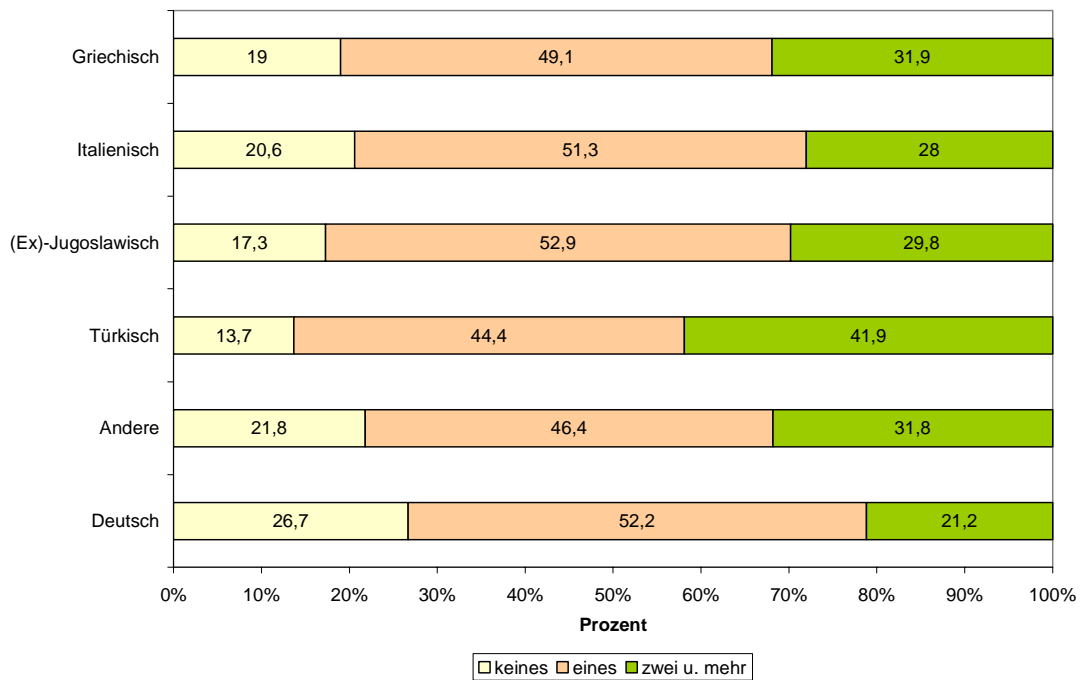


Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Schuleingangsuntersuchung 2003. Eigene Berechnungen.

Kinder mit Migrationshintergrund hatten häufiger zwei und mehr Geschwister als deutsche Kinder (Abb. 2.5). Dies trifft vor allem auf türkische Kinder zu (42%). Türkische Kinder waren zum Zeitpunkt der Untersuchung auch am seltensten Einzelkinder (knapp 14%).

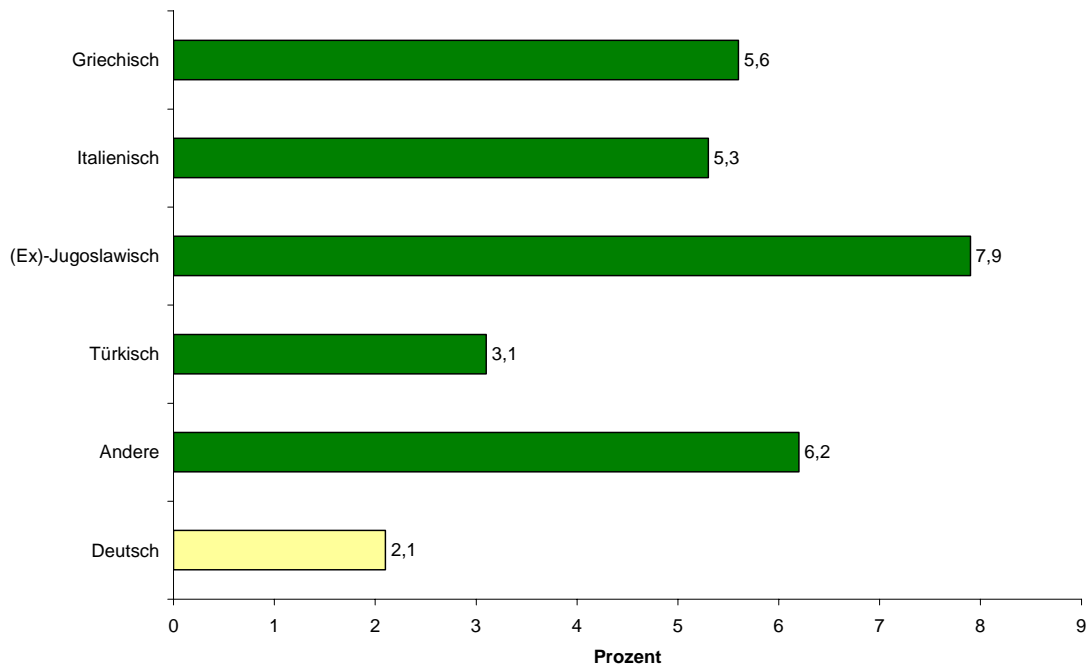
Der Anteil der Kinder mit Kindergartenbesuch ist mit durchgängig über 90% sehr hoch (Abb. 2.6). Unter den Kindern mit (ex-)jugoslawischer Staatsbürgerschaft ist der Anteil ohne Kindergartenbesuch mit 8% am höchsten. Gerade mal 3% der Kinder mit türkischer Staatsbürgerschaft waren nicht im Kindergarten.

Abb. 2.5: Geschwisterzahl nach Nationalität (in Prozent)



Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Schuleingangsuntersuchung 2003. Eigene Berechnungen.

Abb. 2.6: Kinder ohne Kindergartenbesuch nach Nationalität (in Prozent)

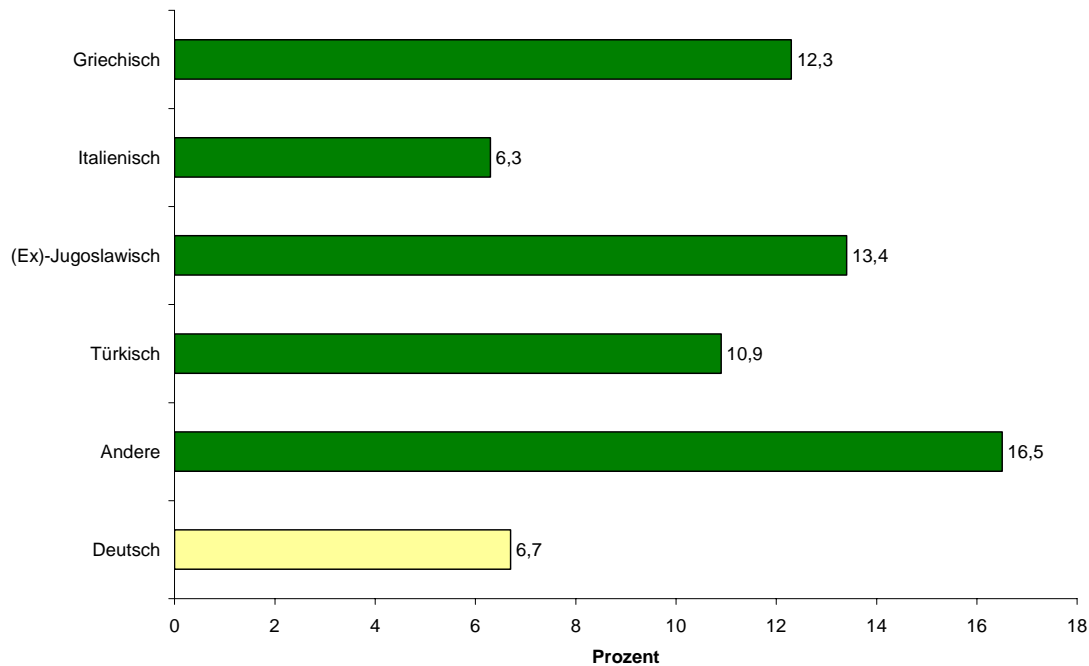


Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Schuleingangsuntersuchung 2003. Eigene Berechnungen.

2.2.3 Impfstatus¹

Der Impfstatus wird nur für die Kinder ausgewertet, für die ein Impfbuch vorgelegt wurde, damit die Angaben auf gesicherten Grundlagen beruhen. Die Anteilswerte der Kinder, für die kein Impfbuch vorgelegt wurde, unterscheiden sich nach Nationalität (Abb. 2.7). Vor allem unter den Kindern „anderer Nationalität“ ist der Anteil mit fast 17% recht hoch. Zu dieser Kategorie gehören aber auch z.B. Flüchtlingskinder, die möglicherweise noch keine gültigen Impfdokumente besitzen.

Abb. 2.7: Keine Impfdokumente vorgelegt nach Nationalität (in Prozent)



Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Schuleingangsuntersuchung 2003. Eigene Berechnungen.

Tabelle 2.1 zeigt die Anteile der Kinder mit einer jeweils vollständigen Grundimmunisierung für die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Impfungen. Zusätzlich sind jeweils die Anteile der Kinder aufgeführt, die keine Impfung hatten. Die Angaben beziehen sich dabei nur auf die Kinder, für die ein Impfdokument vorgelegt wurde.²

¹ Grundlage sind die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (www.rki.de). Zum Impfstatus der Einschulungskinder in Bayern siehe: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Der Impfstatus der Kinder in Bayern. Gesundheitsmonitor Bayern 3/2004.

² Auswertungen nach Geschlecht ergaben keine wesentlichen Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen.

Tab. 2.1: Impfraten nach Nationalität (in Prozent)

		Nationalität					
		Griechisch	Italienisch	(Ex-)Jugosl.	Türkisch	Andere	Deutsch
IPV (Polio)	Vollständig	97,1	86,9	95,2	94,8	92,5	90,6
	Keine Impfung	0,7	5,1	0,6	2,0	1,9	3,8
Diphtherie	Vollständig	98,6	95,4	98,3	98,1	96,0	96,5
	Keine Impfung	0,0	1,7	0,4	1,4	0,5	2,0
Tetanus	Vollständig	98,6	96,0	98,1	98,4	96,0	97,5
	Keine Impfung	0,0	1,1	0,6	0,9	0,5	1,0
Hib	Vollständig	88,0	85,9	89,0	90,2	77,7	86,7
	Keine Impfung	9,9	8,5	7,2	6,5	15,8	8,4
Pertussis	Vollständig	86,6	81,1	87,1	86,5	85,2	83,2
	Keine Impfung	2,1	5,7	3,2	2,4	3,6	7,2
Hepatitis B	Vollständig	85,3	81,3	82,9	87,3	77,2	67,6
	Keine Impfung	10,5	14,2	10,3	7,1	16,2	26,3
Masern	Mind. 1 Impfung	95,1	92,7	94,8	95,1	94,1	86,6
	2 u.m. Impfungen	61,5	50,8	51,8	54,2	49,1	40,3
	Keine Impfung	4,9	7,3	5,2	4,9	5,9	13,4
Mumps	Mind. 1 Impfung	95,1	91,5	94,8	95,0	94,1	86,3
	Keine Impfung	4,9	8,5	5,2	5,0	5,9	13,7
Röteln	Mind. 1 Impfung	93,7	91,0	94,1	94,3	94,1	83,3
	Keine Impfung	7,0	9,0	5,9	5,7	5,9	16,7

Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Schuleingangsuntersuchung 2003. Eigene Berechnungen.

Der Impfstatus der Kinder ist im Großen und Ganzen gut. So sind fast durchgängig über 90% der Kinder gegen IPV (Polio), Tetanus und Diphtherie geimpft. Der Durchimpfungsgrad ist bei türkischen, (ex-)jugoslawischen und griechischen Kindern sehr hoch. Größere Impflücken sind am ehesten bei deutschen Kindern und da vor allem bei den Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln zu finden.

2.2.4 Vorsorgeuntersuchungen

Vorsorgeuntersuchungen dienen dazu, frühzeitig Entwicklungsstörungen und Krankheiten zu erkennen und zu behandeln. Im Kindesalter sind insgesamt neun Untersuchungen (U1 – U9) vorgesehen, deren Befunde im sogenannten „Gelben Heft“ dokumentiert werden. Die erste Untersuchung (U1) findet unmittelbar nach der Geburt statt, die letzte (U9) im sechsten Lebensjahr, in der auch die „Schulreife“ getestet wird.

Insgesamt werden die Vorsorgeuntersuchungen gut angenommen, wie aus Tabelle 2.2 hervorgeht. Dies trifft insbesondere auf die Untersuchungen zu, die in das erste Lebensjahr fallen (U1 – U6). Ab da steigen in allen Nationalitätengruppen die Anteile der Kinder an, für die die nachfolgenden Untersuchungen nicht mehr durchgeführt wurden.

Besonders auffallend ist das bei türkischen und (ex-)jugoslawischen Kindern. Nach einer anfänglich hohen Beteiligung (was vermuten lässt, dass die meisten Kinder hier geboren wurden) nimmt die Teilnahmebereitschaft stark ab. So war bei fast 18% dieser Kinder zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung die U9 noch nicht durchgeführt. Damit liegen sie über den Nichtteilnahmekoten aller anderen Nationalitäten.

Insgesamt sind bei ausländischen Kindern die Teilnahmekoten geringer als bei den Deutschen. Welche Gründe dafür verantwortlich sind, lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht klären. Möglicherweise waren die ausländischen Kinder in ihrer Vorschulzeit nicht durchgängig in Deutschland und haben so Untersuchungen verpasst. Auch wäre zu untersuchen, ob es sich hier eher um einen migrationsspezifischen Einfluss handelt oder ob auch die Zugehörigkeit zu bestimmten Sozialschichten eine Rolle spielt.

Tab. 2.2: Nicht durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen nach Nationalität (in Prozent)

	Nationalität					
	Griechisch	Italienisch	(Ex-)Jugosl.	Türkisch	Andere	Deutsch
U1	2,8	5,6	2,5	1,6	7,5	0,9
U2	3,5	6,2	2,7	1,9	8,1	1,1
U3	7,0	5,6	4,4	3,9	9,7	1,5
U4	5,6	8,5	4,4	6,7	7,7	2,2
U5	6,3	7,9	6,1	7,8	9,5	2,9
U6	4,9	6,2	9,4	8,8	10,3	2,8
U7	9,1	11,3	16,5	12,7	14,0	4,0
U8	13,3	14,1	17,8	19,2	16,6	8,1
U9	15,4	14,1	17,8	17,5	16,3	12,0

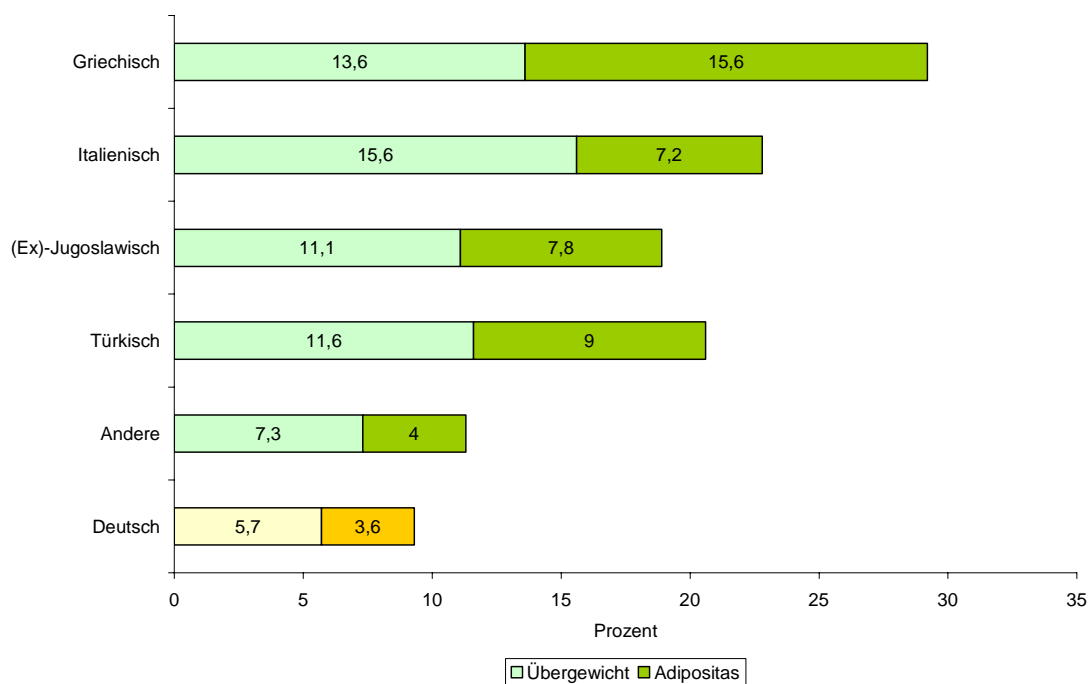
Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Schuleingangsuntersuchung 2003. Eigene Berechnungen.

2.2.5 Übergewicht und Adipositas

Adipositas, d.h. starkes Übergewicht, im Kindesalter ist ein Hauptrisikofaktor für eine Vielzahl von Erkrankungen, z.B. für Stoffwechselerkrankungen oder Erkrankungen des Bewegungsapparates. Stark übergewichtige Kinder haben oft motorische und koordinatorische Defizite und leiden nicht nur körperlich, sondern auch seelisch unter ihrem Äußeren. Übergewicht ist hartnäckig: Viele dicke Kinder sind auch als Erwachsene zu dick. Die gesundheitlichen Risiken, die von leichterem Übergewicht ausgehen, sind zwar nicht so gravierend, jedoch besteht bei unveränderten Essgewohnheiten die Gefahr, dass sich daraus Adipositas entwickelt.

Ob jemand übergewichtig oder gar adipös ist, wird heutzutage in der Regel über den Body-Mass-Index (BMI) bestimmt.¹ Die Grenzwerte für Erwachsene können jedoch nicht ohne weiteres auf Kinder übertragen werden. Vielmehr sind altersabhängige Grenzwerte erforderlich. Dazu wurden verschiedene Referenzsysteme entwickelt, wobei hier das Vorgehen nach Kromeyer-Hauschild et al.² gewählt wurde, das von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) empfohlen wird und auch in der Auswertung der Schuleingangsuntersuchung für ganz Bayern angewendet wurde.³

Abb. 2.8: Übergewicht und Adipositas nach Nationalität (in Prozent)



Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Schuleingangsuntersuchung 2003. Eigene Berechnungen.

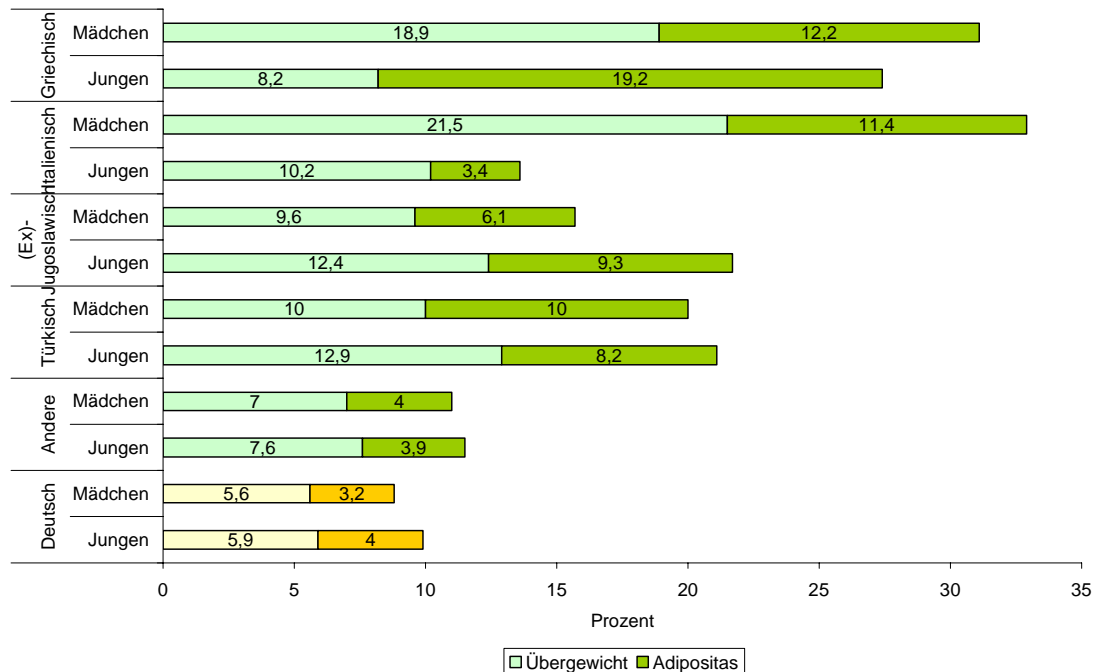
¹ Der Body-Mass-Index (BMI) berechnet sich wie folgt: Körpergewicht in kg / Körpergröße in m².

² Kromeyer-Hauschild et al. (2001): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kinder- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. In: Monatszeitschrift Kinderheilkunde 8 (2001) 149, 807–818.

³ Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Übergewicht und Adipositas bei Kindern in Bayern. Gesundheitsmonitor Bayern 2/2004-A.

Abbildung 2.8 zeigt die Anteile der übergewichtigen und der adipösen Kinder nach Nationalität. Vor allem griechische, italienische und türkische Kinder sind demnach zu dick. Auffallend ist der sehr hohe Anteil von fast 16% adipöser griechischer Kinder.

Abb. 2.9: Übergewicht und Adipositas nach Geschlecht und Nationalität (in Prozent)



1. Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Schuleingangsuntersuchung 2003. Eigene Berechnungen.

Eine Aufgliederung nach Geschlecht zeigt Folgendes:¹ Insgesamt ist ca. ein Drittel der griechischen und der italienischen Mädchen zu dick. 11% bzw. 12% sind gar als adipös einzustufen. Das sind mehr als bei den Mädchen und Jungen der anderen Nationalitäten. Auffallend ist der sehr hohe Anteil von fast 20% adipöser griechischer Jungen. Zusammen mit den 8% „nur“ übergewichtigen bringt mehr als jeder vierte griechische Junge zuviel auf die Waage. Jeweils ca. 20% der türkischen Mädchen und Jungen sowie der (ex)-jugoslawischen Jungen liegen mit ihrem Gewicht über der Norm. Die geringsten Anteile zu dicker Kinder gibt es bei den deutschen Kindern und den Kindern anderer Nationalität.

Eine genauere Untersuchung der möglichen Ursachen für das Übergewicht ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich, da keine Angaben z.B. zur Ernährungsweise und zu Sport, Bewegung oder Schichtzugehörigkeit vorliegen.

¹ Zu berücksichtigen ist dabei die relativ geringe Zahl der griechischen und italienischen Mädchen und Jungen (s. Abb. 2.3).

2.2.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Fasst man die Ergebnisse aus der Schuleingangsuntersuchung 2003 kurz zusammen, so sind folgende Punkte beachtenswert:

Der **Impfschutz** bei den Migrantenkindern, für die Impfdokumente vorgelegt wurden, ist insgesamt gut. Vorhandene Impflücken sollten aber im Interesse der Kinder wie auch im bevölkerungsmedizinischen Interesse nach Möglichkeit geschlossen werden.

Das Augenmerk sollte sich besonders auf die Kinder richten, für die keine Impfdokumente vorgelegt wurden, wobei zunächst der Grund für die Nichtvorlage geklärt werden muss. Diese Gruppe ist je nach Nationalität relativ groß. Fehlende Impfungen gemäß den Empfehlungen der STIKO sollten nachgeholt werden, damit auch diese Kinder vor schweren Infektionskrankheiten geschützt sind.

Die Bereitschaft zur Teilnahme an den **Vorsorgeuntersuchungen** lässt bei Migrantenfamilien ab dem ersten Lebensjahr der Kinder zum Teil erheblich nach, wobei auch hier zunächst die Ursachen abgeklärt werden müssen. Mit Hilfe der Vorsorgeuntersuchungen können frühzeitig Entwicklungsstörungen und –verzögerungen erkannt und behandelt werden, damit die Kinder aus gesundheitlicher Sicht erfolgreich ins Schulleben starten können. Da die meisten Kinder in den Kindergarten gehen, wäre dies ein geeigneter Ort, an die Untersuchungen zu erinnern.

Die Anteile der Kinder, die als **übergewichtig oder adipös** eingestuft wurden, sind je nach Nationalität erheblich und liegen über den Anteilswerten der deutschen Kinder. Projekte zur Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter sollten deshalb auch einen kultursensiblen Ansatz verfolgen. Eventuell sollten eigene Programme aufgelegt werden, in denen unter Berücksichtigung der gewohnten Ernährungsweise und unter Einbeziehung der Familie das Essverhalten angepasst wird.

3 **Gesundheitliche Lage und Versorgung aus Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte**

In der gesundheitlichen Versorgung ist die ausländische Wohnbevölkerung der deutschen im Großen und Ganzen formal gleichgestellt. In der Kranken- und Pflegeversicherung besteht derselbe Leistungsanspruch. Der Zugang zur ambulant-ärztlichen und stationären Versorgung ist offen. Ebenso können Angebote aus dem komplementären Bereich, z.B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, oder Informationsveranstaltungen in Anspruch genommen werden.

Nach wie vor bestehen aber für viele Migrantinnen und Migranten sprachliche, kulturelle und soziale Barrieren, die eine Verständigung und infolgedessen eine effektive Behandlung erschweren. Eine ethnomedizinische Orientierung des Münchner Gesundheitswesens, wie sie von Expertinnen und Experten vielfach gefordert wird, gibt es erst in Ansätzen.¹

Dieses Kapitel befasst sich mit der gesundheitlichen Lage und Versorgung von Migrantinnen und Migranten in München. Da eine repräsentative Befragung speziell zu gesundheitlichen Fragestellungen der ausländischen Bevölkerung aus Kostengründen nicht möglich war, wurde alternativ eine Befragung der in München niedergelassenen Ärzteschaft durchgeführt. Die Ergebnisse werden in diesem Kapitel vorgestellt.

3.1 **Anlage und Durchführung der Befragung**

Vom Referat für Gesundheit und Umwelt wurde eine schriftliche Befragung von in München niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zur ambulant-ärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten ausländischer Herkunft durchgeführt. Dazu wurden alle Münchner Ärztinnen und Ärzte aus dem Arztverzeichnis der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für die Bezirksstelle München Stadt und Land angeschrieben.² Die Erhebung fand in den Monaten Juli bis September 1999 statt.

Die Ärztinnen und Ärzte wurden mit einem Fragebogen aufgefordert, über ihre Erfahrungen mit ausländischen Patientinnen und Patienten in ihrer Praxis zu berichten. Neben einigen Fragen zu sich selbst und zu ihrer Praxis, Anteil und Herkunft ihrer ausländischen Patientinnen und Patienten sollten sie aus ihrer persönlichen Sicht Auskunft über Auffälligkeiten in deren Krankheitsbildern und gesundheitlichen Beschwerden, mögliche Ursachen, generelle Versorgungsprobleme und konkrete Verbesserungsmöglichkeiten geben. Voraussetzung für die Beantwortung dieser speziellen Fragen war, dass sie überhaupt in einem nennenswerten Umfang ausländische Patientinnen und Patienten behandelten.

Das **Ziel** dieser Untersuchung war also nicht, repräsentative, epidemiologische Aussagen zum Gesundheitszustand und zur Versorgung von Migrantinnen und Migranten zu gewinnen. Vielmehr sollten Einschätzungen und Erfahrungen aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte erfasst werden. Aus der Vielzahl der Antworten lassen sich zahlreiche konkrete Vorschläge und Handlungsmöglichkeiten ableiten.

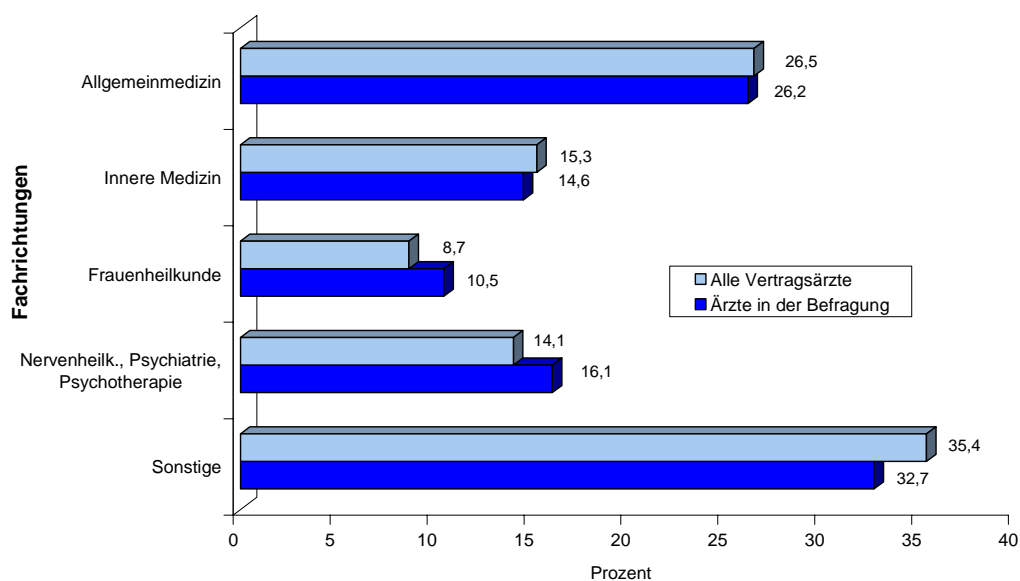
¹ Siehe dazu z.B. Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt: Stadt-Gesundheit und Migration II. Dokumentation der Gesundheitskonferenz am 29. April 1999.

² Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle München Stadt und Land, Arztverzeichnis auf Diskette. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart. Stand: April 1999.

Insgesamt war die Beteiligung an der Befragung zufriedenstellend. Von den etwa 3.400 angeschriebenen Ärztinnen und Ärzten schickten 1.091 den Fragebogen ausgefüllt zurück. Das entspricht einem Rücklauf von knapp einem Drittel (32%).

Abbildung 3.1 zeigt die Verteilung der Fachrichtungen der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die an der Befragung teilgenommen hatten, im Vergleich zu allen Münchner Vertragsärztinnen und Vertragsärzten. Insgesamt wird die Münchner Ärzteschaft gut repräsentiert. Die Abweichungen der Anteilswerte in den Fachrichtungen Allgemeinmedizin und Innere Medizin sind gering. Im Vergleich zur Gesamtheit leicht erhöhte Anteile finden sich in den Fachrichtungen Frauenheilkunde und Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, niedrigere Anteile bei allen sonstigen Fachrichtungen.

Abb. 3.1: Fachrichtungen der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in der Befragung und in München insgesamt (Angaben in Prozent)



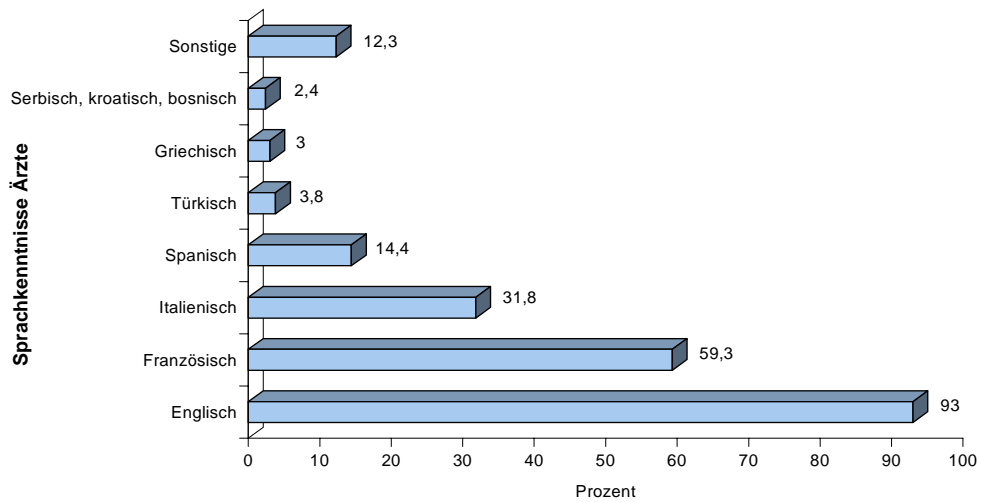
Quellen: Referat für Gesundheit und Umwelt (Ärztebefragung); Statistisches Amt der LH München (Vertragsärzte gesamt Stand: 31.12.1998). Eigene Berechnungen.

3.2 Sprachkenntnisse der Ärztinnen und Ärzte und der Praxisangestellten

Um ein Bild über die Sprachkenntnisse zu bekommen, sollten die befragten Ärztinnen und Ärzte angeben, welche Sprachen außer Deutsch sie und ihre Kolleginnen und Kollegen in ihrer Praxis sowie ihre Angestellten sprechen. Die Sprachkenntnisse sollten sie mit Schulnoten bewerten.

Die meisten Ärztinnen und Ärzte nannten Englisch (93%), gefolgt von Französisch (59%) (Abb. 3.2). Auf Italienisch können sich 32% verständigen, auf Spanisch 14%. Die Sprachen der Hauptherkunftsländer der hier lebenden Ausländerinnen und Ausländer beherrschen insgesamt nur wenige: 3,8% der Befragten gaben Türkisch (N=42), 3% Griechisch (N=33) und 2,4% Serbisch, Kroatisch oder Bosnisch (N=26) an, wobei es sich entsprechend den guten Noten, die sich die befragten Ärztinnen und Ärzte für diese Sprachkenntnisse gaben, meist um deren Muttersprache handeln dürfte.

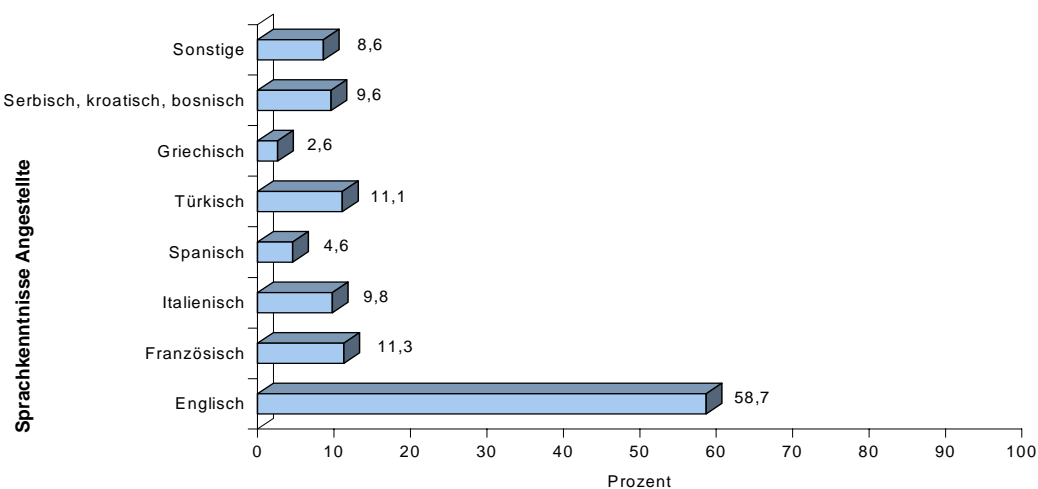
Abb. 3.2: Sprachkenntnisse der befragten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und deren Kolleginnen und Kollegen in der Praxis (Mehrfachnennungen; Angaben in Prozent)



Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

Etwas anders sieht es bei den Angestellten in den Praxen aus (Abb. 3.3). Türkische Sprachkenntnisse ihrer Angestellten gaben 11% der befragten Ärztinnen und Ärzte (N=121) an, serbische, kroatische oder bosnische Sprachkenntnisse knapp 10% (N=105). Auch hier dürfte es sich überwiegend um muttersprachliche Kenntnisse handeln. Ansonsten sind die Anteilswerte bei allen anderen Sprachen geringer als bei den Ärztinnen und Ärzten.

Abb. 3.3: Sprachkenntnisse der Angestellten in der Praxis (Mehrfachnennungen; Angaben in Prozent)

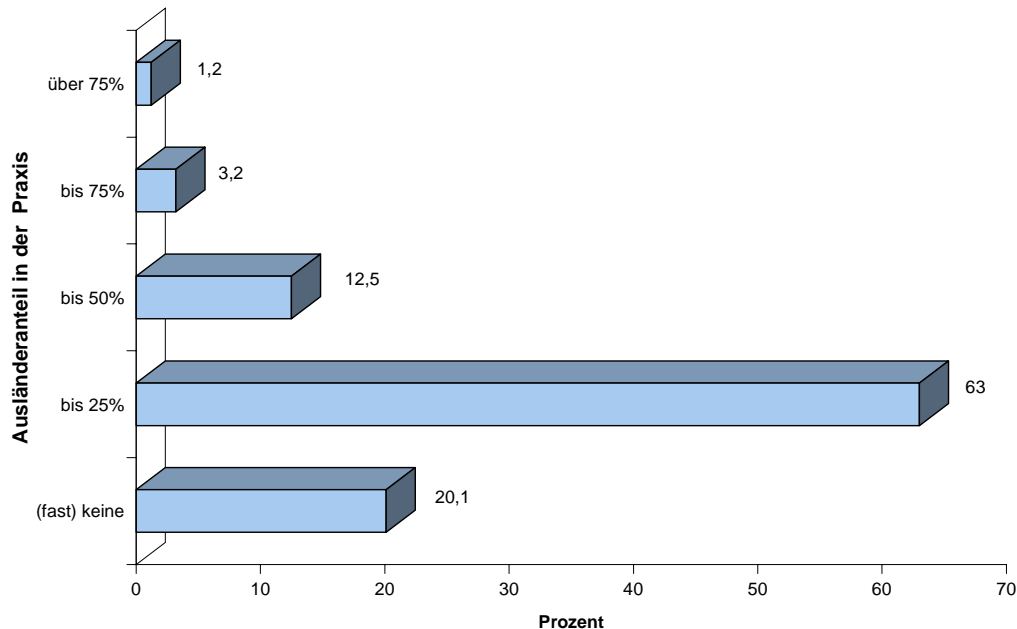


Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

3.3 Ausländeranteil und Nationalitäten

Die befragten Ärztinnen und Ärzte wurden gebeten, den Anteil ausländischer Patientinnen und Patienten in ihrer Praxis abzuschätzen (Abb. 3.4).

Abb. 3.4: Geschätzter Ausländeranteil in der Praxis (Angaben in Prozent)



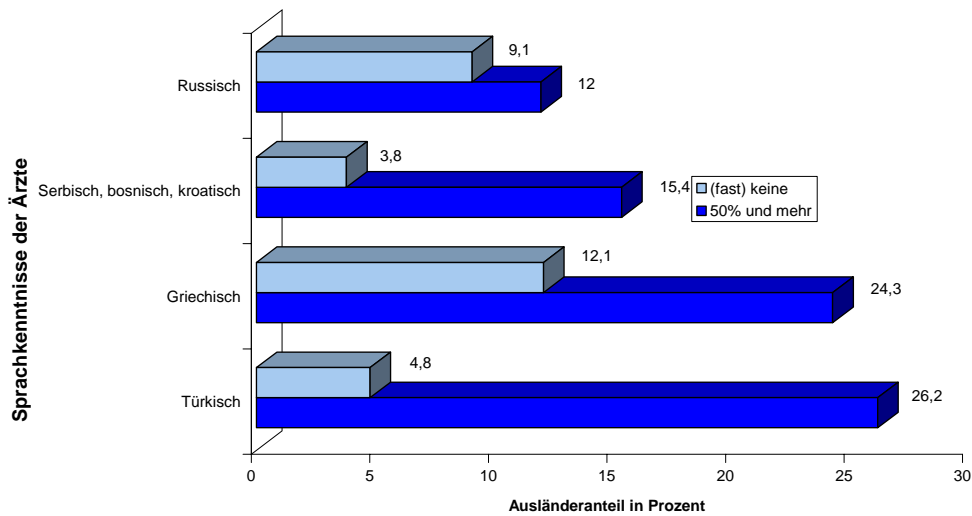
Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

20% der Befragten gaben an, keine oder so gut wie keine ausländische Patientinnen und Patienten in der Praxis zu behandeln. Die meisten Befragten (63%) nannten einen Ausländeranteil von bis zu 25%, weitere 12,5% einen Anteil von bis zu 50%. Einen sehr hohen Ausländeranteil von mehr als 50% oder gar mehr als 75% hatten ca. 3% bzw. 1% der Befragten.

Nach **Fachrichtungen** aufgegliedert zeigt sich, dass vor allem der Zugang zu Ärztinnen und Ärzten der Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie erschwert ist: 49% gaben an, keine oder fast keine ausländischen Patientinnen und Patienten zu behandeln, weitere 46% gaben einen Ausländeranteil von maximal 25% an. Der Anteil der Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte mit einem hohen Ausländeranteil (50% und mehr) ist etwas erhöht (7%). Ansonsten zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede.

Deutliche Zusammenhänge zeigen sich zwischen Ausländeranteil und einschlägigen **Sprachkenntnissen**: Ärztinnen und Ärzte mit türkischen, serbischen/ bosnischen/ kroatischen, griechischen oder russischen Sprachkenntnissen haben signifikant häufiger einen hohen Ausländeranteil von 50% und mehr in der Praxis. Umgekehrt gaben diese Ärztinnen und Ärzte seltener an, keine oder fast keine ausländischen Patientinnen und Patienten zu behandeln (Abb. 3.5). Was die Sprachkenntnisse der Praxisangestellten angeht, sind lediglich in Praxen mit türkisch- und griechischsprachigen Angestellten höhere Ausländeranteile zu verzeichnen. Die Effekte sind jedoch geringer.

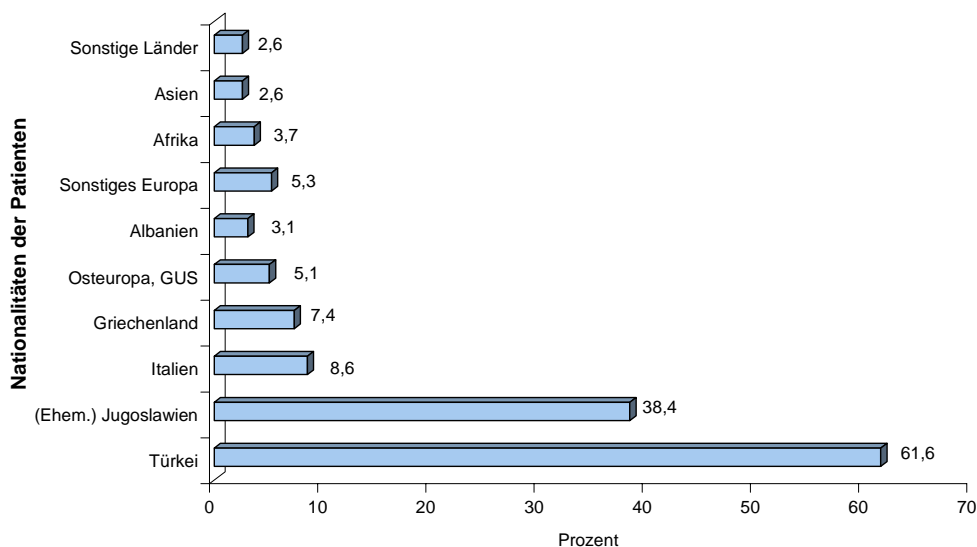
Abb. 3.5: Geschätzter Ausländeranteil in der Praxis nach Sprachkenntnissen der Ärztinnen und Ärzte (Angaben in Prozent)



Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

Die Ärztinnen und Ärzte, die einen Ausländeranteil von mindestens bis zu 25% angegeben hatten (N=865), wurden nach der **häufigsten Nationalität** ihrer Patientinnen und Patienten gefragt. Die meisten Befragten (62%) gaben die türkische an, gefolgt von den Nationalitäten der Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien (38%) (Abb. 3.6). Das sind auch die stärksten Gruppen unter den in München lebenden Ausländerinnen und Ausländern. Alle anderen Nationalitäten wurden deutlich seltener genannt.

Abb. 3.6: Häufigste Nationalitäten der Patientinnen und Patienten (Mehrfachantworten; Angaben in Prozent)



Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

Die Nennung der häufigsten Nationalität korrespondiert mit den Sprachkenntnissen der Ärztinnen und Ärzte. Als häufigste Nationalität ihrer Patientinnen und Patienten nannten

- 73% der serbisch-, kroatisch-, bosnischsprachigen Ärztinnen und Ärzte die Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien,
- 71% der türkischsprachigen Ärztinnen und Ärzte die Türkei,
- 33% der griechischsprachigen Ärztinnen und Ärzte Griechenland und
- 39% der russischsprachigen Ärztinnen und Ärzte die GUS-Staaten, Russland und sonstige osteuropäische Länder.

Bei diesen Ergebnissen ist jedoch zu beachten, dass die wenigen Ärztinnen und Ärzte mit den entsprechenden Sprachkenntnissen bei weitem nicht den ambulant-ärztlichen Versorgungsbedarf der jeweiligen ethnischen Gruppe abdecken können.

3.4 Typische Krankheitsbilder und Beschwerden

Die Ärztinnen und Ärzte, die einen Ausländeranteil von mindestens bis zu 25% angegeben hatten (N=865), sollten einige Fragen zu Unterschieden in den Krankheitsbildern und der Beschwerden zwischen ausländischen und deutschen Patientinnen und Patienten, zu auffallend häufig auftretenden Krankheiten bei ausländischen Frauen und Männern sowie deren mögliche Ursachen beantworten.

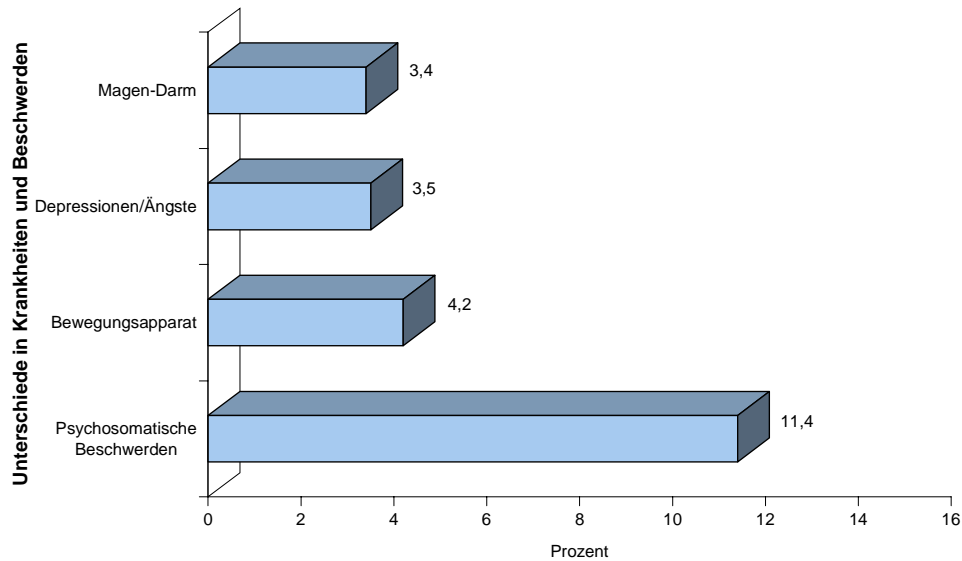
Auf die Eingangsfrage, ob sie **insgesamt Unterschiede in den Krankheitsbildern und Beschwerden** zwischen Deutschen und Ausländern sehen, antworteten 33% aller Ärztinnen und Ärzte mit „Ja“. Differenziertere Auswertungen nach Fachrichtungen, Sprachkenntnissen der Ärztinnen und Ärzte und deren Praxisangestellten führten zu folgenden Ergebnissen:¹

Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtung Allgemeinmedizin (46% „ja“) sahen viel häufiger, Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtungen Innere Medizin (34% „ja“) und Nervenheilkunde, Psychiatrie und/oder Psychotherapie (37% „ja“) etwas häufiger als der Durchschnitt Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Patientinnen und Patienten. In der Fachrichtung Gynäkologie (25% „ja“) und in den sonstigen Fachrichtungen (24% „ja“) wurden dagegen weniger häufig Unterschiede wahr genommen. Möglicherweise liegt das daran, dass in Fachrichtungen, in denen mehr „sprechende Medizin“ praktiziert wird, die Lebensumstände und kulturellen Besonderheiten der Patientinnen und Patienten mehr zum Tragen kommen als in Fachrichtungen, in denen organbezogene Untersuchungen und Behandlungen dominieren.

Hinsichtlich der Sprachkenntnisse zeigt sich ein signifikanter Effekt nur bei Ärztinnen und Ärzten, die türkisch sprechen. Diese nahmen überproportional häufig Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Patientinnen und Patienten wahr (55% „ja“). Alle anderen Sprachkenntnisse der Ärztinnen und Ärzte sowie die Sprachkenntnisse ihrer Angestellten spielen keine Rolle.

¹ Mit Hilfe der logistischen Regression wurde hier wie auch bei den folgenden Fragen untersucht, von welchen Faktoren ein unabhängiger signifikanter Einfluss auf die Beantwortung der Frage ausgeht. Berichtet werden nur die signifikanten Ergebnisse.

Abb. 3.7: Generelle Unterschiede in den Krankheits- und Beschwerdebildern zwischen deutschen und ausländischen Patientinnen und Patienten (Mehrfachantworten; Angaben in Prozent)



Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

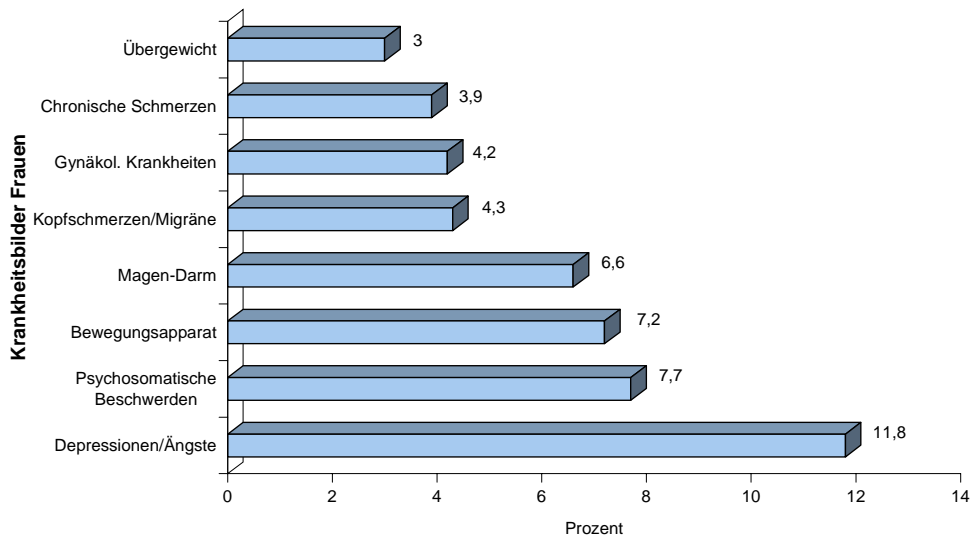
Auf die sich anschließende Frage, um welche Krankheits- und Beschwerdebilder es sich dabei handelt, wurden am häufigsten psychosomatische Beschwerden genannt (11%) (Abb. 3.7). Mit einem größeren Abstand folgen Krankheiten des Bewegungsapparates (4%), Depressionen und Ängste (3,5%) und Magen-Darm-Krankheiten (3%). Alle anderen Krankheiten und Beschwerden wurden nur in Einzelfällen genannt (Anteilswerte von maximal 2%).

Im nächsten Schritt sollten die befragten Ärztinnen und Ärzte beantworten, ob es **Krankheiten und Beschwerden** gibt, die bei ihren ausländischen Patientinnen und Patienten **auffallend häufig auftreten**. Zwischen Frauen (Abb. 3.8) und Männern (Abb. 3.9) zeigen sich erhebliche Unterschiede sowohl hinsichtlich der Reihung als auch der Häufigkeit der genannten Krankheiten.¹ Bei den Männern konzentrieren sich die Nennungen im Wesentlichen auf zwei Bereiche, während bei den Frauen eine breitere Streuung des Krankheitsspektrums erkennbar ist.

Bei Frauen stehen Depressionen und Ängste an erster Stelle (12%), gefolgt von psychosomatischen Beschwerden (8%), Erkrankungen des Bewegungsapparates (7%), Magen-Darm-Erkrankungen (7%), Kopfschmerzen und Migräne (4%), gynäkologische Erkrankungen (4%) chronische Schmerzen (4%) und Übergewicht (3%).

¹ Es werden nur die Nennungen mit einem Anteil von mindestens 3% dargestellt.

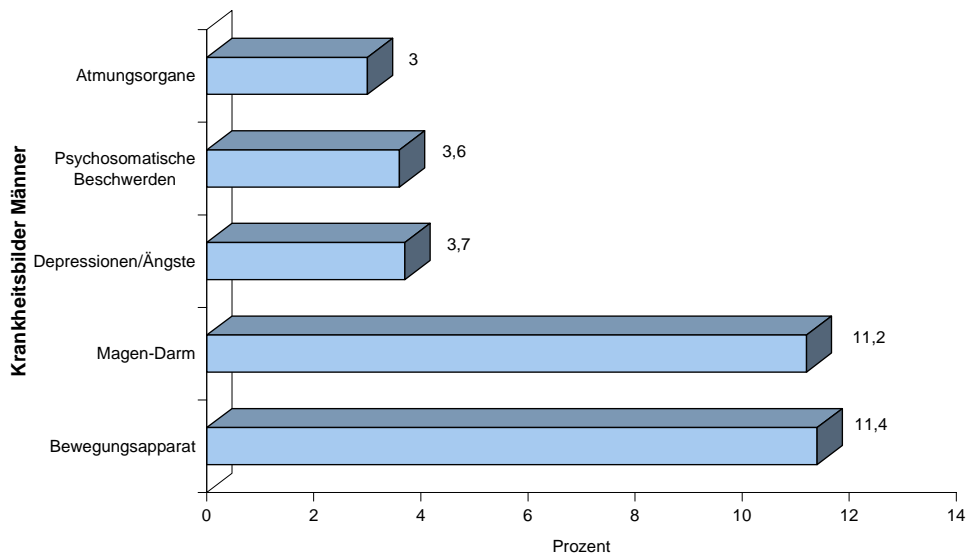
Abb. 3.8: Auffallend häufige Erkrankungen - Frauen (Mehrfachantworten; Angaben in Prozent)



Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

Bei den Männern stehen Erkrankungen des Bewegungsapparates und Magen-Darm-Erkrankungen (jeweils ca. 11%) an der Spitze. Mit deutlichem Abstand werden Depressionen und Ängste (4%), psychosomatische Beschwerden (4%) und Erkrankungen der Atmungsorgane (3%) genannt.

Abb. 3.9: Auffallend häufige Erkrankungen - Männer (Mehrfachantworten; Angaben in Prozent)



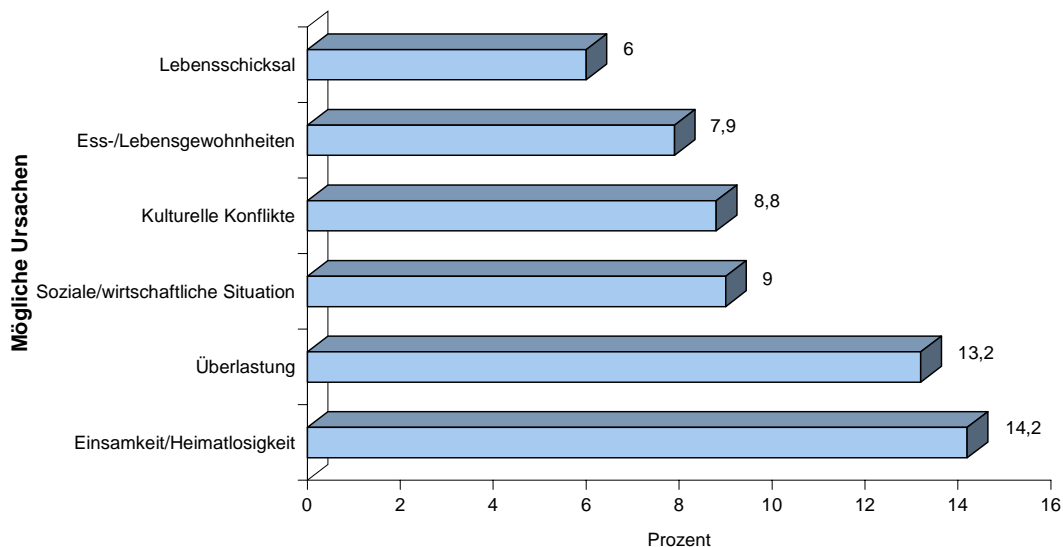
Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

Eine Aufgliederung nach Fachrichtungen akzentuiert die einzelnen Nennungen der verschiedenen Krankheiten. So stehen bei Frauenärztinnen und -ärzten erwartungsgemäß gynäkologische Krankheiten an erster Stelle (17%), ebenso wie Depressionen und Ängste bei Nervenärzten, Psychiatern und Psychotherapeuten (bei Frauen 26%, bei Männern 16%). Auffallend ist der hohe Anteil der Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte, die bei den Frauen ein gehäuftes Auftreten von Depressionen und Ängsten feststellen (21%). Möglicherweise liegt das an ihrer Rolle als erste und oft einzige Ansprechpartner für psychische Probleme.

46% der Ärztinnen und Ärzte geben **mögliche Ursachen** für das gehäufte Auftreten der Krankheiten an, wobei nicht getrennt nach Geschlecht abgefragt wurde. Signifikante Unterschiede ergeben sich zwischen den Fachrichtungen: 63% der Ärztinnen und Ärzte der Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, 62% der Allgemeinmedizin und 57% der Inneren Medizin sehen sich in der Lage, Ursachen benennen zu können. In der Frauenheilkunde (39%) und in sonstigen Fachrichtungen (34%) sind es sehr viel weniger.

Am häufigsten wurden Einsamkeit und Heimatlosigkeit (14%) genannt, worunter auch Isolation und Entwurzelung, Heimweh, die Trennung von Familienangehörigen und Integrations- und Anpassungsprobleme fallen (Abb. 3.10). An zweiter Stelle stehen physische und psychische Überlastungen und Mehrfachbelastungen durch körperliche schwere Arbeiten und Stress (13%). Der niedrige Sozialstatus, das geringe Bildungsniveau, die beengten wirtschaftlichen Verhältnisse und damit einher gehende ungünstige Wohnverhältnisse werden am dritthäufigsten genannt (9%). Erst an vierter Stelle folgen Kulturunterschiede und Kulturkonflikte (9%), vor allem in Bezug auf die islamische Kultur und das islamische Menschenbild und damit verbundene Integrationsprobleme in die hiesige Kultur. Weitere relativ häufig genannte Bereiche sind die Ess- und Lebensgewohnheiten (vor allem Nikotinmissbrauch) (8%) wie auch das Lebensschicksal von Migrantinnen und Migranten (6%), die Krieg und Vertreibung erlebten und/oder einen ungesicherten Aufenthaltsstatus besitzen.

Abb. 3.10: Mögliche Ursachen für das gehäufte Auftreten der Krankheiten (Mehrfachantworten; Angaben in Prozent)



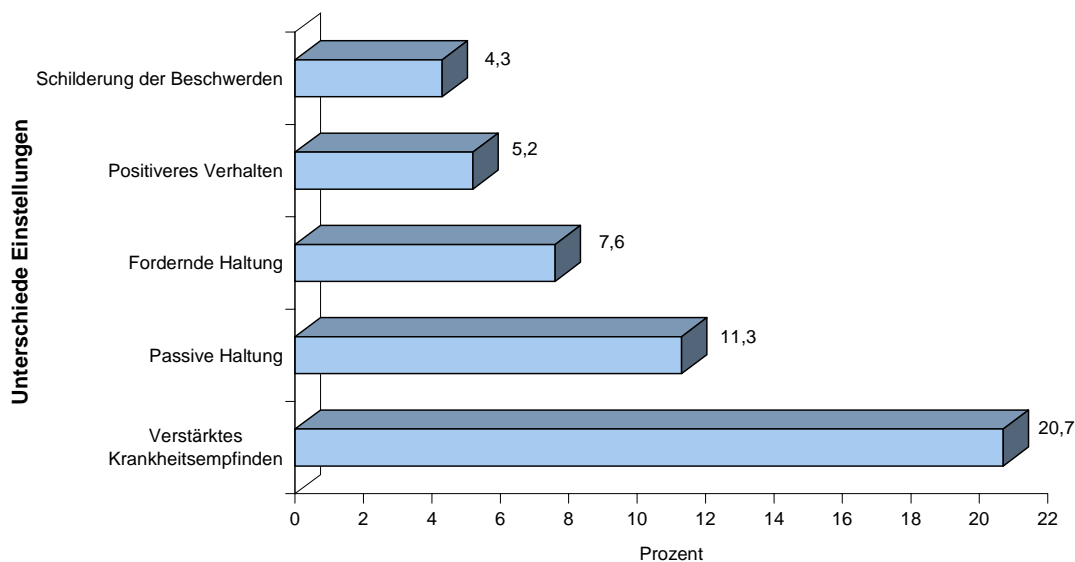
Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

3.5 Einstellungen zu und Umgang mit Krankheiten und Beschwerden

Insgesamt sehen 46% der Ärztinnen und Ärzte typische Unterschiede in den Einstellungen zu Krankheiten und Beschwerden und im Umgang damit im Vergleich zu ihren deutschen Patientinnen und Patienten.¹ Vor allem Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin (52%), Frauenheilkunde (52%) und Innere Medizin (50%) nehmen Unterschiede wahr, in der Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie (47%) und in sonstigen Fachrichtungen (40%) sind es weniger.

Weitaus am häufigsten wurde ein im Vergleich zu deutschen Patientinnen und Patienten deutlich verstärktes Krankheitsempfinden genannt (21%) (Abb. 3.11). Darunter fallen z.B. eine Aggravation, d.h. eine übertriebene Darstellung von Beschwerden, ein hoher Leidensdruck und ein großes Schmerzempfinden. Eine passive Haltung, gekennzeichnet durch mangelnde Eigenverantwortung, mangelnde „Compliance“ und Zuverlässigkeit bei der Therapieeinhaltung und eine hohe Erwartungshaltung an die Medizin und ärztliche Behandlung, wurde mit 11% ebenfalls häufig berichtet. Eine fordernde Haltung, z.B. nach bestimmten Medikamenten oder nach einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, gaben knapp 8% der befragten Ärztinnen und Ärzte an. Immerhin gut 5% nannten im Vergleich zu Deutschen ein positiveres Verhalten der Migrantinnen und Migranten: Sie wurden als dankbarer, bescheidener, weniger fordernd, z.B. nach einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, kooperativer und disziplinierter hinsichtlich der Therapieeinhaltung geschildert. Ein weiterer Unterschied im Vergleich zu Deutschen ist die Art, wie Beschwerden geschildert werden (4%), die als übertrieben jammernd und wehleidig empfunden wird.

Abb. 3.11: Typische Unterschiede in den Einstellungen zu und im Umgang mit Krankheiten und Beschwerden (Mehrfachantworten; Angaben in Prozent)



Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

¹ Die Angaben beziehen sich wieder auf die Ärztinnen und Ärzte, die ausländische Patientinnen und Patienten in ihren Praxen behandeln (N=865).

Eine Auswertung nach Sprachkenntnissen zeigt bei türkischsprachigen Ärztinnen und Ärzte einige signifikante Unterschiede.¹ Im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzte ohne türkische Sprachkenntnisse wurden ein verstärktes Krankheitsempfinden weniger häufig und eine fordernde Haltung überhaupt nicht berichtet. Eine jammernde und wehleidige Schilderung der Beschwerden wurde etwas häufiger wahrgenommen.

Nach Fachrichtungen gibt es nur hinsichtlich einer fordernden Haltung signifikante Unterschiede. Diese wurde häufiger von Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin (12%) genannt.

Die Bereitschaft zur Teilnahme an **Vorsorgeuntersuchungen** wurde von 48% der befragten Ärztinnen und Ärzte etwa gleich wie bei den Deutschen eingeschätzt. 4% schätzten sie besser ein und 48% schlechter. Nach Fachrichtungen ergeben sich signifikante Unterschiede: Jeweils 57% der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und Innere Medizin fanden das Vorsorgeverhalten schlechter, Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtung Frauenheilkunde aber nur zu 38%.

3.6 Probleme in der ambulant-ärztlichen Versorgung und Vorschläge zur Verbesserung

Generell **Probleme** in der ambulant-ärztlichen Versorgung ausländischer Patientinnen und Patienten sahen 37% der befragten Ärztinnen und Ärzte.² Nach Fachrichtungen gaben mit 47% Ärztinnen und Ärzte für Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie häufiger Probleme an. Probleme traten tendenziell weniger häufig bei Ärztinnen und Ärzten mit türkischen oder serbischen, bosnischen oder kroatischen Sprachkenntnissen auf.³ Alle diese Unterschiede sind jedoch nicht statistisch signifikant.

Erwartungsgemäß wurden weitaus am häufigsten Sprachprobleme (30%) genannt (Abb. 3.12). Mit deutlichem Abstand folgen Probleme im Rahmen der Behandlung, z.B. die mangelnde „Compliance“⁴, der hohe Zeitaufwand und Mentalitätsunterschiede (8%). Andere Probleme wurden sehr viel seltener genannt. So gaben knapp 3% Probleme im Zusammenhang mit fehlenden oder gefälschten Chipkarten oder mit den Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren durch das Sozialamt bei Asylbewerberinnen und -bewerbern an.

Nach Fachrichtungen ergeben sich kaum Unterschiede. Sprachprobleme wurden nur etwas häufiger von Ärztinnen und Ärzte der Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie genannt (35%). Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte berichteten tendenziell häufiger von Problemen bei der Behandlung (11%).

Auch nach Sprachkenntnissen der befragten Ärztinnen und Ärzte ergaben sich nur marginale Unterschiede bezüglich der genannten Probleme.

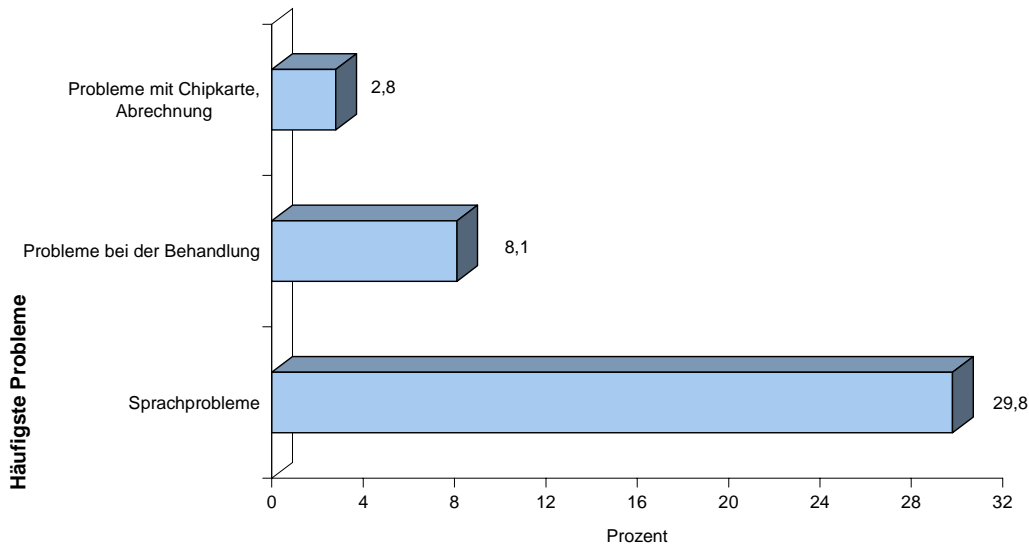
¹ Wegen der geringen Fallzahlen (N=40) werden Prozentwerte nicht angegeben.

² Die Angaben beziehen sich wieder auf die Ärztinnen und Ärzte, die ausländische Patientinnen und Patienten in ihren Praxen behandeln (N=865).

³ Wegen den kleinen Fallzahlen werden keine Prozentwerte angegeben.

⁴ Das heißt, das Befolgen ärztlicher Ratschläge und das Einhalten von Therapien.

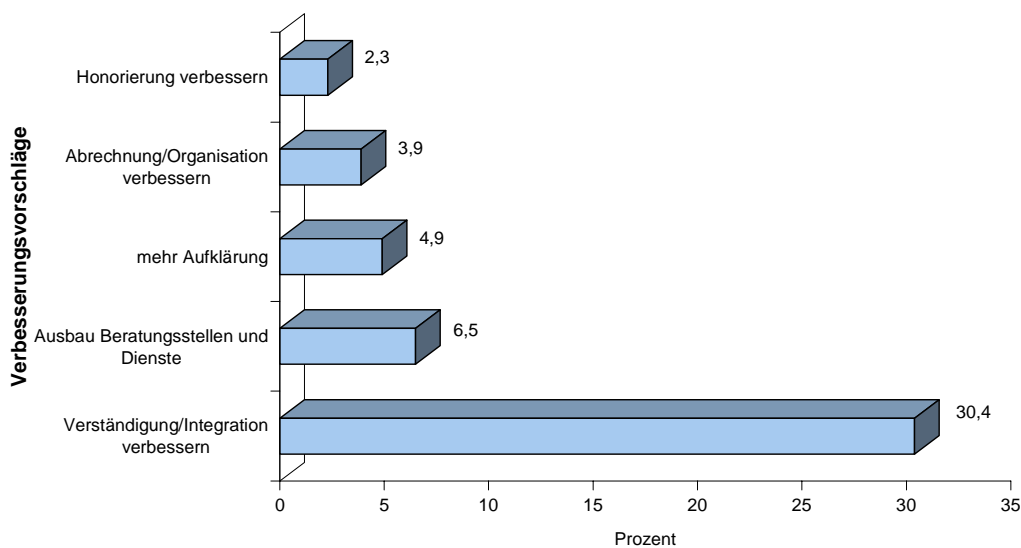
Abb. 3.12: Probleme in der ambulant-ärztlichen Versorgung (Mehrfachantworten; Angaben in Prozent)



Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

Konkrete **Verbesserungsvorschläge** machten 42% der Befragten (Abb. 3.13). Weitaus am häufigsten wurde die Verbesserung der Verständigung und der Integration (30%) genannt. Mit großem Abstand folgen der Ausbau der Beratungsstellen und Dienste (6,5%), die Verbesserung der gesundheitlichen Aufklärung (5%), die Verbesserung der Chipkarten, der Abrechnungsmöglichkeiten und der Organisation seitens der Kostenträger (Krankenkassen, Sozialamt) (4%) und die Verbesserung der Honorierung (2%).

Abb. 3.13: Vorschläge zur Verbesserung der ambulant-ärztlichen Versorgung (Mehrfachantworten; Angaben in Prozent)



Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

Die Vorschläge zur *Verbesserung der Verständigung und Integration* waren nicht nur die häufigsten, sondern auch die ausführlichsten. Genannt wurden u.a. Dolmetscherdienste, Verzeichnisse der Ärztinnen und Ärzte mit Fremdsprachenkenntnissen, muttersprachliche Informationen für Patientinnen und Patienten, interkulturelle Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte und Sprachkurse für Migrantinnen und Migranten, vor allem für ausländische Frauen.

Beim *Ausbau der Beratungsstellen und Dienste* wurde vor allem eine Verbesserung des psychologischen und psychotherapeutischen Angebots gefordert. Im Betreuungsbereich wurde der verstärkte Einsatz von Kinderkrankenschwestern und Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern vorgeschlagen. Weitere Vorschläge bezogen sich auf den Auf- und Ausbau von fremdsprachigen Therapiezentren oder die Förderung bzw. Zulassung muttersprachlicher Ärztinnen und Ärzte und Therapeutinnen und Therapeuten.

Die *Aufklärung über das deutsche Gesundheitssystem und über Krankheiten*, gesundheitliche Risiken und Gesundheitsvorsorgemaßnahmen sollte zum Beispiel über Vorträge, Broschüren, Kurse oder Kampagnen möglichst muttersprachlich erfolgen.

Die Verbesserungsvorschläge im Zusammenhang mit der *Abrechnung und der Organisation* beziehen sich großteils auf den bürokratischen Aufwand bei der Abrechnung mit dem Sozialamt. Auch fälschungssichere Chipkarten oder Krankenpässe mit Informationen über alle Behandlungen und Medikamente wurden gefordert.

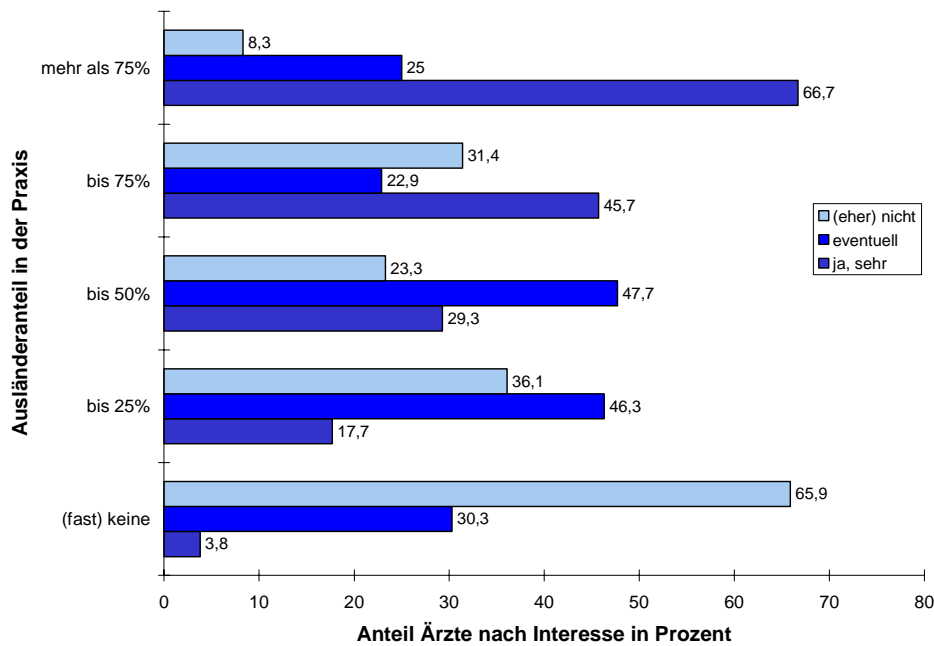
Nach Fachrichtungen zeigen sich signifikante Unterschiede nur beim Vorschlag, Beratungsstellen und Dienste aufzubauen, der überdurchschnittlich häufig von Ärztinnen und Ärzten der Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie formuliert wurde. Die Verbesserung der Verständigung und Integration wurde etwas häufiger, wenngleich nicht signifikant, in den Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie vorgeschlagen (jeweils ca. ein Drittel).

3.7 Interesse an migrationsspezifischen Fortbildungen

Am Ende der Befragung wurde alle Ärztinnen und Ärzte (N=1.091) nach ihrem Interesse an Fortbildungen zum Thema „ausländische Patientinnen und Patienten“ gefragt. 18% waren sehr interessiert, weitere 42% gaben ein eventuelles Interesse an, 40% waren (eher) nicht interessiert.

Einen sehr ausgeprägten Zusammenhang gibt es mit dem Ausländeranteil in der Praxis: Mit zunehmendem Ausländeranteil steigt das Interesse stark an (Abb. 3.14). Von den Ärztinnen und Ärzten, die (fast) keine ausländischen Patientinnen und Patienten in ihrer Praxis behandeln, hatten nur 4% ein großes Fortbildungsinteresse, während zwei Drittel (66%) kein Interesse äußerten. Ganz anders sieht es bei den Ärztinnen und Ärzten mit einem extrem hohen Ausländeranteil aus: 67% hatten ein sehr großes Interesse und nur 8% kein Interesse an migrationsspezifischen Fortbildungen.

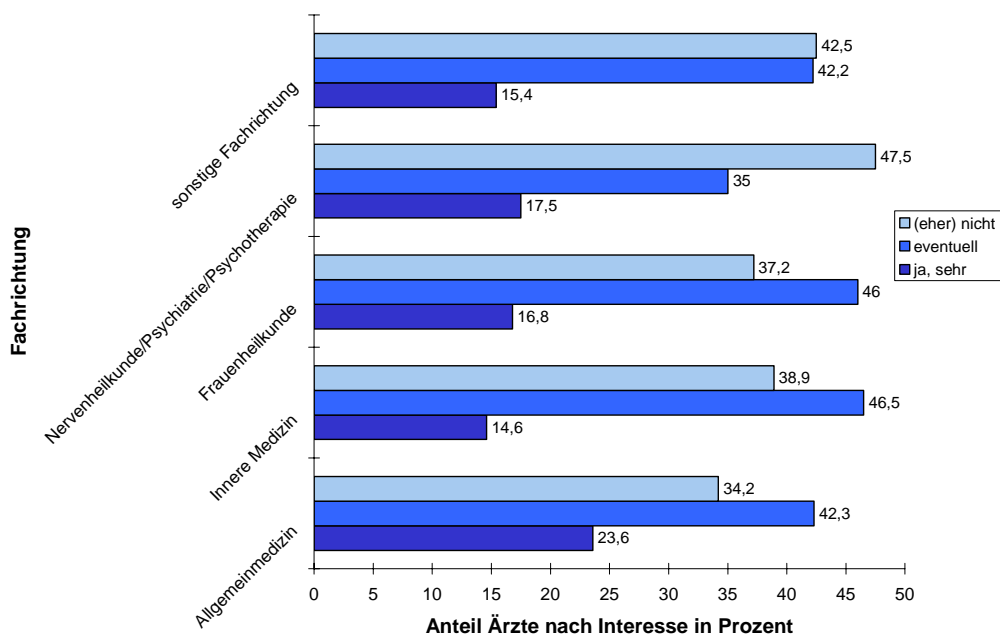
Abb. 3.14: Interesse an migrationsspezifischen Fortbildungen nach Ausländeranteil in der Praxis (Angaben in Prozent)



Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

Nach Fachrichtungen zeigen sich ebenfalls signifikante Unterschiede, wenngleich diese nicht so ausgeprägt sind wie beim Ausländeranteil (Abb. 3.15). Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin äußerten am häufigsten den Wunsch nach migrationsspezifischen Fortbildungen (24%). Am wenigsten interessiert zeigen sich Ärztinnen und Ärzte der Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie. Rund 48% möchten (eher) nicht an Fortbildungen teilnehmen.

Abb. 3.15: Interesse an migrationsspezifischen Fortbildungen nach Fachrichtung (Angaben in Prozent)



Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

3.8 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die zentralen Ergebnisse der Befragung von in München niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zur ambulant-ärztlichen Behandlung ausländischer Patientinnen und Patienten lassen sich wie folgt zusammen fassen:

- Nach *Fachrichtungen* ist die Münchner Ärzteschaft in der Befragung gut repräsentiert. Es zeigen sich nur wenige Abweichungen zur Grundgesamtheit.
- Nur wenige Ärztinnen und Ärzte sprechen die Sprachen der Hauptherkunftsländer der hier lebenden Ausländerinnen und Ausländer (Türkisch, Serbisch, Bosnisch, Kroatisch, Griechisch). Praxisangestellte sprechen diese Sprachen häufiger. Die *Sprachkenntnisse* der Praxisangestellten üben aber durchweg keinen eigenen, statistisch signifikanten Einfluss aus auf die Antworten der Fragen zu gesundheitlichen Belangen, Einschätzungen und Versorgungsproblemen der Migrantinnen und Migranten.
- Die meisten befragten Ärztinnen und Ärzte haben bis zu 25% ausländische Patientinnen und Patienten in ihrer Praxis. Einen *Ausländeranteil* von über 50% haben 4%.

Ein Fünftel der Ärzteschaft hat keine oder so gut wie keine Migrantinnen und Migranten in Behandlung. In der Fachrichtung Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie ist es sogar knapp die Hälfte.

Ärztinnen und Ärzte mit Sprachkenntnissen der Hauptherkunftsländer haben einen höheren Ausländeranteil in ihrer Praxis. Überwiegend werden Patientinnen und Patienten aus dem den Sprachkenntnissen entsprechenden Herkunftsland behandelt.

- *Generelle Unterschiede* zwischen Deutschen und Ausländern in den Krankheitsbildern und Beschwerden sieht ein Drittel der befragten Ärztinnen und Ärzte. Wesentlich häufiger werden Unterschiede in der Fachrichtung Allgemeinmedizin (46%) und von türkischsprachigen Ärztinnen und Ärzten (55%) wahr genommen. Am häufigsten werden psychosomatische Beschwerden bei ausländischen Patientinnen und Patienten berichtet (11%) .
- Auf die Frage nach *auffallend häufigen Krankheiten* werden für Frauen Depressionen und Ängste am häufigsten genannt (12%), für Männer Erkrankungen des Bewegungsapparates und Magen-Darm-Erkrankungen (je 11%). Das angegebene Krankheitsspektrum für die Frauen streut insgesamt breit, während es sich für die Männer im Wesentlichen auf die beiden Genannten beschränkt.
- Als häufigste *mögliche Ursachen* werden Einsamkeit und Heimatlosigkeit (14%) und psychische und physische Überlastung (13%) gesehen. Kulturelle Konflikte (9%) werden vor allem in Bezug auf die islamische Kultur genannt.
- Was die *Einstellungen* zu Krankheiten und Beschwerden und den Umgang damit angehen, wird am häufigsten ein im Vergleich zu Deutschen verstärktes Krankheitsempfinden (21%) genannt. Relativ häufig werden eine passive Haltung und eine mangelnde „Compliance“ (11%) berichtet.
- Die Bereitschaft zur Teilnahme an *Vorsorgeuntersuchungen* wird insgesamt von 48% der Befragten, in den Fachrichtungen Allgemeinmedizin und Innere Medizin aber von je 57% schlechter eingeschätzt. In der Gynäkologie sind es mit 38% deutlich weniger.
- Erwartungsgemäß werden *Sprachprobleme* (30%) als häufigstes Problem bei der Behandlung angegeben. Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtungen Nervenheilkunde, Psychi-

atrie und Psychotherapie nennen Sprachprobleme nur etwas häufiger als im Durchschnitt (35%). Allerdings behandeln von diesen viele *gar nicht oder kaum* ausländische Patientinnen und Patienten in ihrer Praxis.

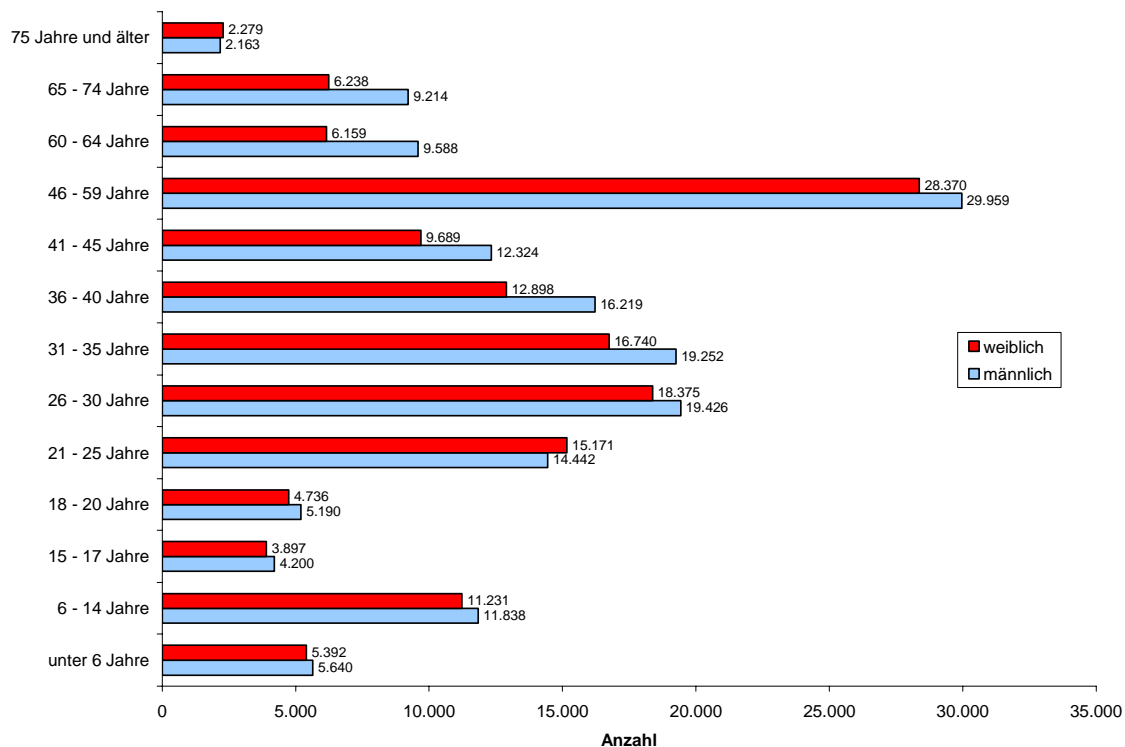
- An konkreten *Verbesserungsmaßnahmen* wird weitaus am häufigsten die Verbesserung der Verständigung und Integration vorgeschlagen (30%). Einen Bedarf am Ausbau der Beratungsstellen und Dienste, vor allem im psychologischen und psychotherapeutischen Bereich, wird von Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtungen Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie überdurchschnittlich häufig formuliert.
- An Fortbildungen zum Thema „ausländische Patientinnen und Patienten“ sind 18% der Ärztinnen und Ärzte sehr interessiert, weitere 42% eventuell. Das Interesse steigt stark mit dem Ausländeranteil in der Praxis an. Ein größeres Interesse an Fortbildungen zeigt sich auch in der Fachrichtung Allgemeinmedizin. Demgegenüber äußert knapp die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte der Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie kein Interesse an Fortbildungen.

4 Soziodemografie

Im Folgenden werden einige Zahlen über die Struktur und Entwicklung der ausländischen Bevölkerung in München präsentiert. Weiter gehende Informationen gibt es zum Beispiel vom Statistischen Amt der Landeshauptstadt München, das z.B. im Jahr 2000 einen ausführlichen Bericht zur Lage der Ausländer in München veröffentlicht hat, oder von der Stelle für interkulturelle Zusammenarbeit des Sozialreferats der Landeshauptstadt München.¹

Zum 31.12.2004 waren insgesamt 300.630 Ausländerinnen und Ausländer in München gemeldet. Die folgende Abbildung zeigt die **Struktur** der wohnberechtigten ausländischen Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht (Abb. 4.1)

Abb. 4.1: Anzahl der ausländischen Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: Statistisches Amt, ZIMAS. Eigene Berechnung. Stand: 31.12.2004.

Die meisten Migrantinnen und Migranten sind, wie die deutsche Bevölkerung auch, im erwerbsfähigen Alter zwischen 21 und unter 60 Jahren. Im höheren Lebensalter ab 61 Jahren sind bislang relativ wenige Migrantinnen und Migranten. Das wird sich aber in wenigen Jahren ändern, wie an der großen Zahl der 46-59-Jährigen abzulesen ist. In den Altersgruppen zwischen 60 und 74 Jahren gibt es einen deutlich ausgeprägten Männerüberschuss.

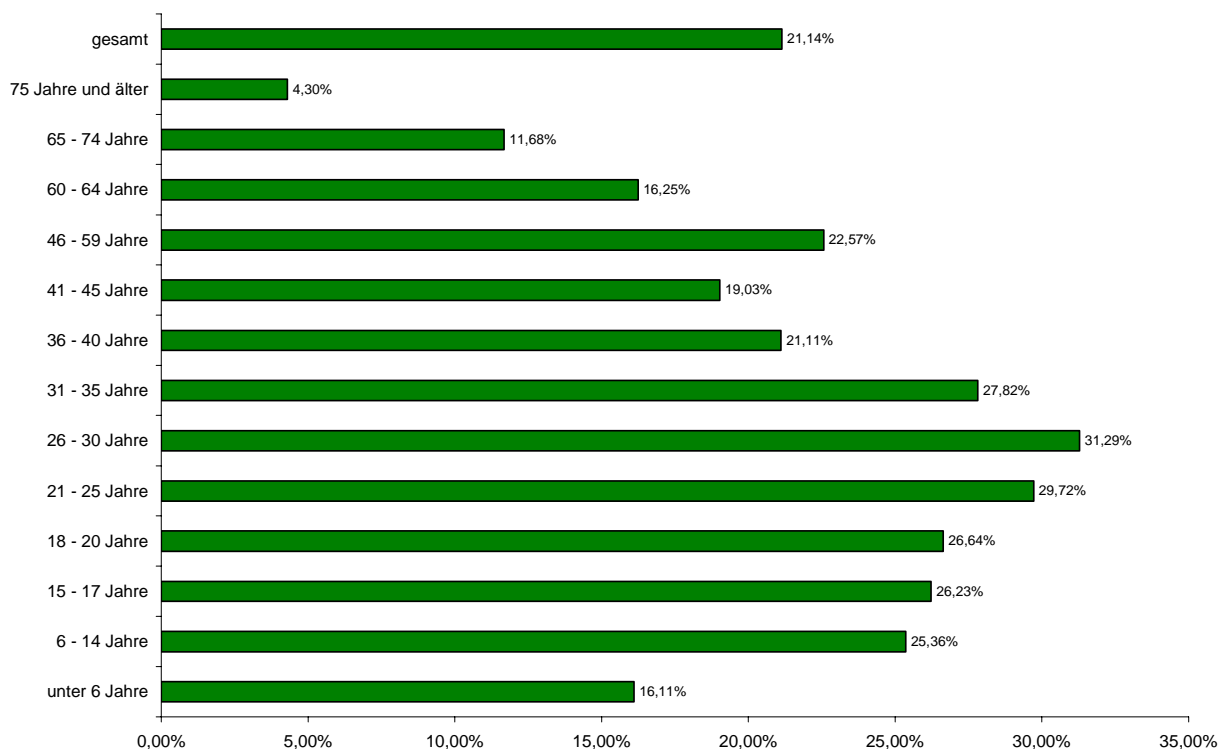
Die folgende Abbildung zeigt die **Anteilswerte** der ausländischen Bevölkerung an der wohnberechtigten Bevölkerung in München (Abb. 4.2). Zum Jahresende 2004 lag der Anteil

¹ Statistisches Amt der Landeshauptstadt München (2000): Ausländer in München. Stelle für interkulturelle Zusammenarbeit der Landeshauptstadt München: www.muenchen.de/Rathaus/soz/wohnenmigration/interkulti/39732/index.html

insgesamt bei 21,1%. In den jüngeren Altersgruppen zwischen 6 und 35 Jahre sind die Anteile höher. Von den 26-30-Jährigen hat fast jede/r Dritte keine deutsche Staatsbürgerschaft.

Eine deutliche Abnahme zeigt sich in der Altersgruppe der unter 6-Jährigen, was vermutlich an den erleichterten Möglichkeiten für hier geborene Kinder liegt, die doppelte Staatsbürgerschaft bei Geburt zu erhalten.¹ Diese Kinder werden in der Statistik als deutsche Staatsangehörige geführt.

Abb. 4.2: Ausländeranteil nach Altersgruppen an der wohnberechtigten Münchner Bevölkerung (Angaben in Prozent)



Quelle: Statistisches Amt, ZIMAS. Eigene Berechnung. Stand: 31.12.2004.

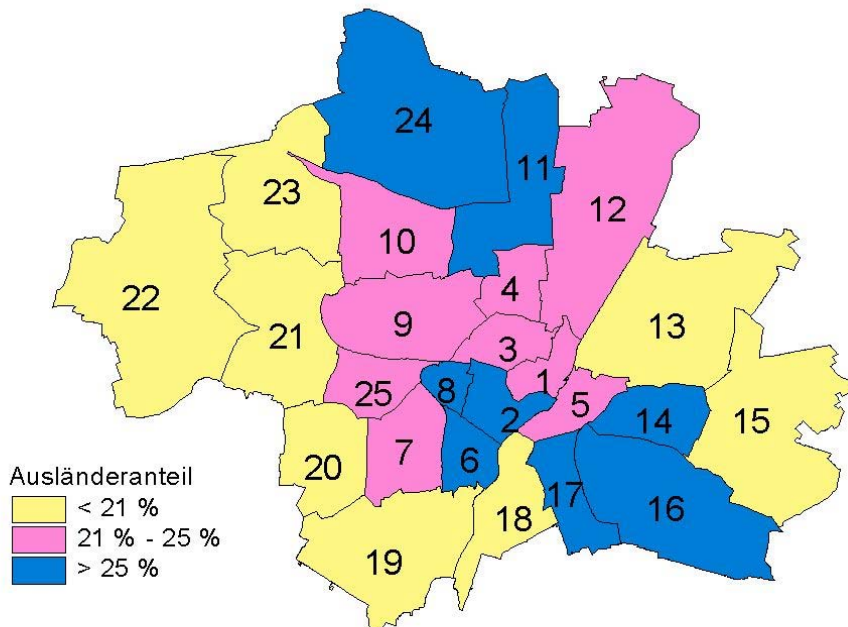
In den mittleren Altersgruppen ab 36 Jahren bis 59 Jahre liegen die Anteilswerte nahe beim Gesamtdurchschnitt.

In den höheren Altersgruppen ab 60 Jahren sind die Ausländeranteile wieder niedriger. In der Gruppe der 75 Jahre Alten und Älteren sind es gerade mal 4%. In Zukunft ist mit einem Zuwachs des Ausländeranteils in diesen Altersgruppen zu erwarten, da viele Zuwanderer

¹ Seit 01.01.2000 erwirbt ein in Deutschland geborenes Kind ausländischer Eltern mit Geburt die deutsche Staatsangehörigkeit, wenn wenigstens ein Elternteil am Tag der Geburt des Kindes sich seit acht Jahren rechtmäßig und gewöhnlich in Deutschland aufhält und freizügigkeitsberechtigter Unionsbürger oder gleichgestellter Staatsangehöriger eines EWR-Staates ist oder eine Aufenthaltserlaubnis oder eine Niederlassungserlaubnis besitzt.
(Siehe z.B.: www.stmi.bayern.de/buerger/staat/staatsangehoerigkeit/detail/05794/)

aus der ersten Generation mit Erreichen des Rentenalters nicht in ihr Herkunftsland zurückkehren werden bzw. noch mindestens einige Jahre in Deutschland bleiben wollen.¹

Abb. 4.3: Ausländeranteile nach Stadtbezirken (in Prozent; Karte zeigt Bezirksnummer)



Bezirks-Nr.	Bezirksname	Ausländeranteil in %	Bezirks-Nr.	Bezirksname	Ausländeranteil in %
1	Altstadt - Lehel	22,6	14	Berg am Laim	25,5
2	Ludwigsvorstadt - Isarvorstadt	29,4	15	Trudering - Riem	15,4
3	Maxvorstadt	24,7	16	Ramersdorf - Perlach	26,4
4	Schwabing - West	21,7	17	Obergiesing	27,4
5	Au - Haidhausen	24,0	18	Untergiesing - Harlaching	19,3
6	Sendling	25,9	19	Thalkirchen - O'sendling - Fürsten-/Forstenried - Solln	18,4
7	Sendling - Westpark	22,9	20	Hadern	20,0
8	Schwanthalerhöhe	38,4	21	Pasing - Obermenzing	17,1
9	Neuhausen - Nymphenburg	22,0	22	Aubing - Lochhausen - Langwied	18,2
10	Moosach	24,4	23	Allach - Untermenzing	17,0
11	Milbertshofen - Am Hart	34,5	24	Feldmoching - Hasenberg	25,3
12	Schwabing - Freimann	23,5	25	Laim	21,1
13	Bogenhausen	17,1			

Quelle: Statistisches Amt, ZIMAS. Kartengrundlage: Vermessungsamt und Referat für Gesundheit und Umwelt. Stand: 31.12.2004.

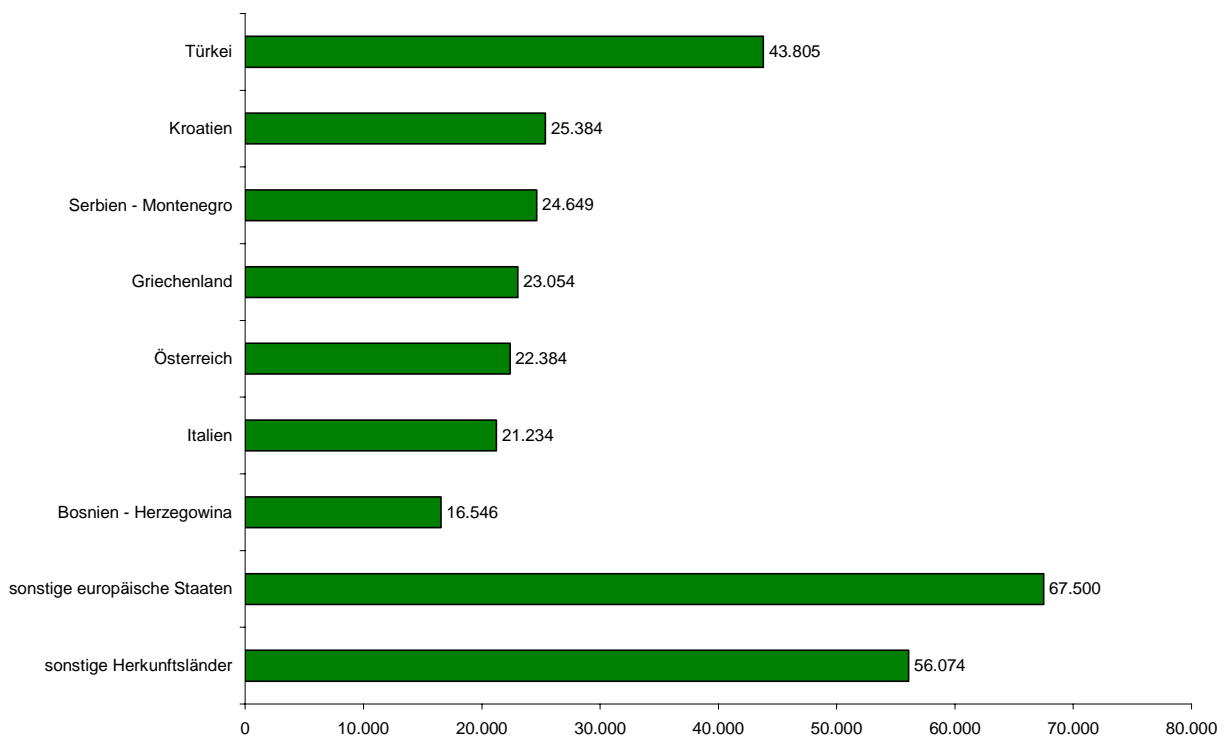
¹ Zur Aufenthaltsabsicht von in München lebenden Migrantinnen und Migranten siehe Landeshauptstadt München, Referat für Stadtplanung und Bauordnung (1997): Lebenssituation ausländischer Bürgerinnen und Bürger in München. S. 54ff.

Eine Aufgliederung nach **Stadtbezirken** zeigt den höchsten Ausländeranteil auf der Schwanthalerhöhe mit über 38%, gefolgt von Milbertshofen-Am Hart (knapp 35%), der Ludwigsvorstadt-Isarvorstadt (29%), Obergiesing (27%), Ramersdorf-Perlach (26%), Sendling (26%) Berg am Laim (fast 26%) und Feldmoching-HasenbergI (25%) (Abb. 4.3).

Deutlich unter dem gesamtstädtischen Durchschnitt sind die Ausländeranteile in den westlichen, südwestlichen und östlichen Stadtbezirken.

Nach **Hauptherkunftsländern** zeigt sich, dass die meisten Migrantinnen und Migranten die türkische Staatsbürgerschaft besitzen (Abb. 4.4). An zweiter und dritter Stelle stehen Kroatien und Serbien-Montenegro. Mit Griechenland, Österreich und Italien folgen drei EU-Staaten. Die über 22.000 Österreicherinnen und Österreicher machen deutlich, dass ein nicht unerheblicher Teil der hier lebenden Ausländerinnen und Ausländer in sprachlicher und kultureller Hinsicht keine Integrationsschwierigkeiten hat.

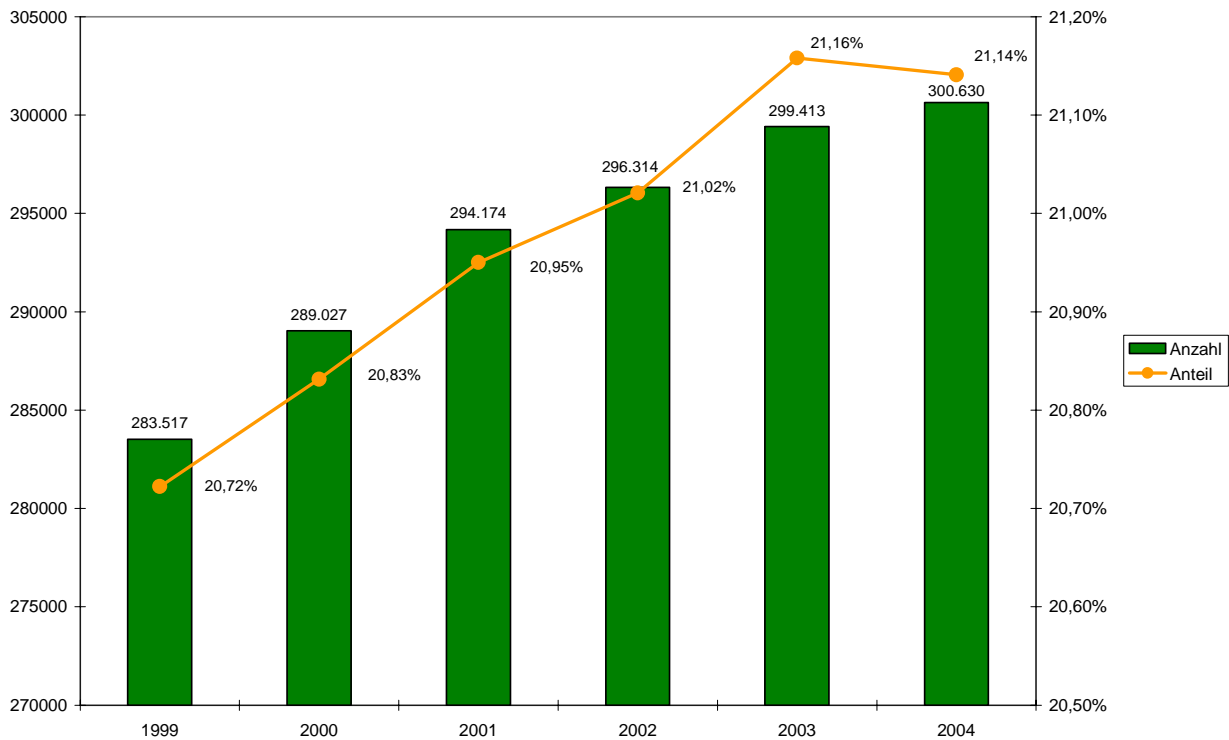
Abb. 4.4: Hauptherkunftsländer der ausländischen Bevölkerung in München (Angaben in Absolutzahlen)



Quelle: Statistisches Amt, ZIMAS. Eigene Berechnung. Stand: 31.12.2004.

Aus der Abbildung zur **Bevölkerungsentwicklung** geht hervor, dass seit 1999 die Anzahl der ausländischen Bevölkerung bis 2004 um etwa 17.000 angestiegen ist (Abb. 4.5). Der Anstieg in der Anzahl bildet sich auch in den Anteilswerten ab. Die Veränderungen sind allerdings gering. Der Anteil der ausländischen Bevölkerung an der Münchner Gesamtbevölkerung hat sich von 20,7% in 1999 auf 21,1% in 2004 erhöht.

Abb. 4.5: Entwicklung der Anzahl und der Anteilswerte der ausländischen Bevölkerung in München von 1999 - 2004



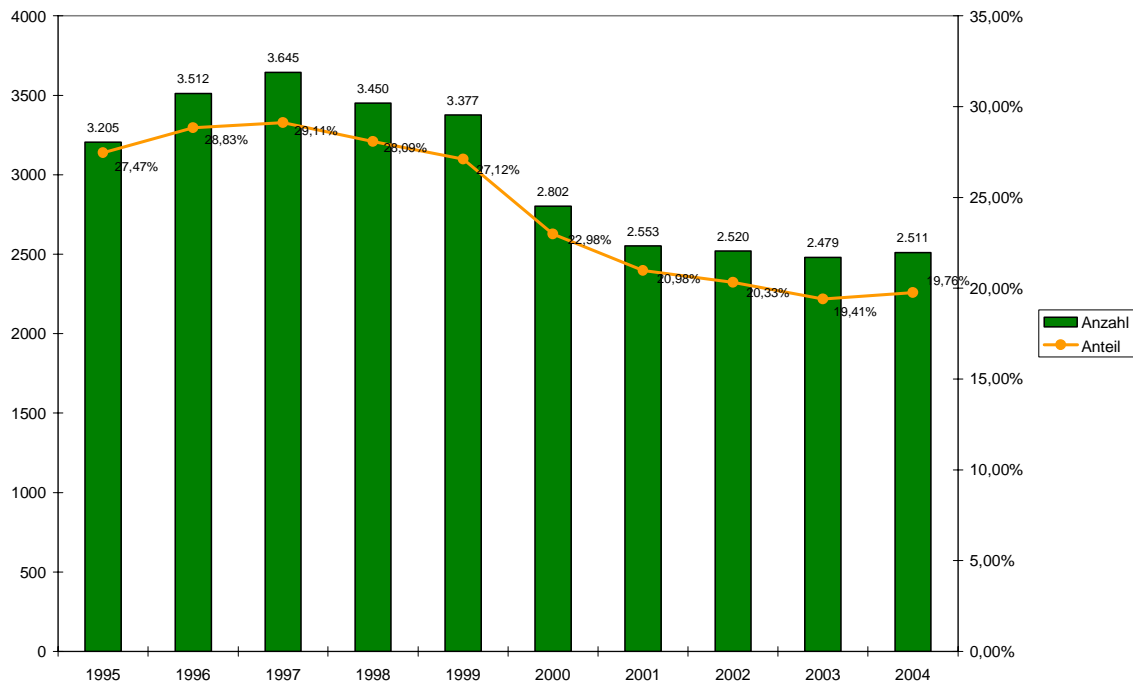
Quelle: Statistisches Amt, ZIMAS. Eigene Berechnung. Stand: jeweils zum 31.12.

In der Abbildung zur Anzahl und zum Anteil ausländischer Lebendgeborener von 1995 bis 2004 ist seit 2000 ein deutlicher Rückgang erkennbar, als der Erwerb der deutschen Staatsbürgerschaft mit Geburt deutlich erleichtert wurde (Abb. 4.6).¹

Bei den Zu- und Wegzügen der ausländischen Bevölkerung zeigt sich ein deutlicher Rückgang sowohl der Wegzüge, als auch Zuzüge im Jahr 2003 (Abb. 4.7). Im Vergleich zur deutschen Bevölkerung ist die ausländische Bevölkerung viel mobiler. Ihr Anteil an den Zu- und Wegzügen ist mit ca. 40 - 50% deutlich höher als ihr Anteil an der Bevölkerung.

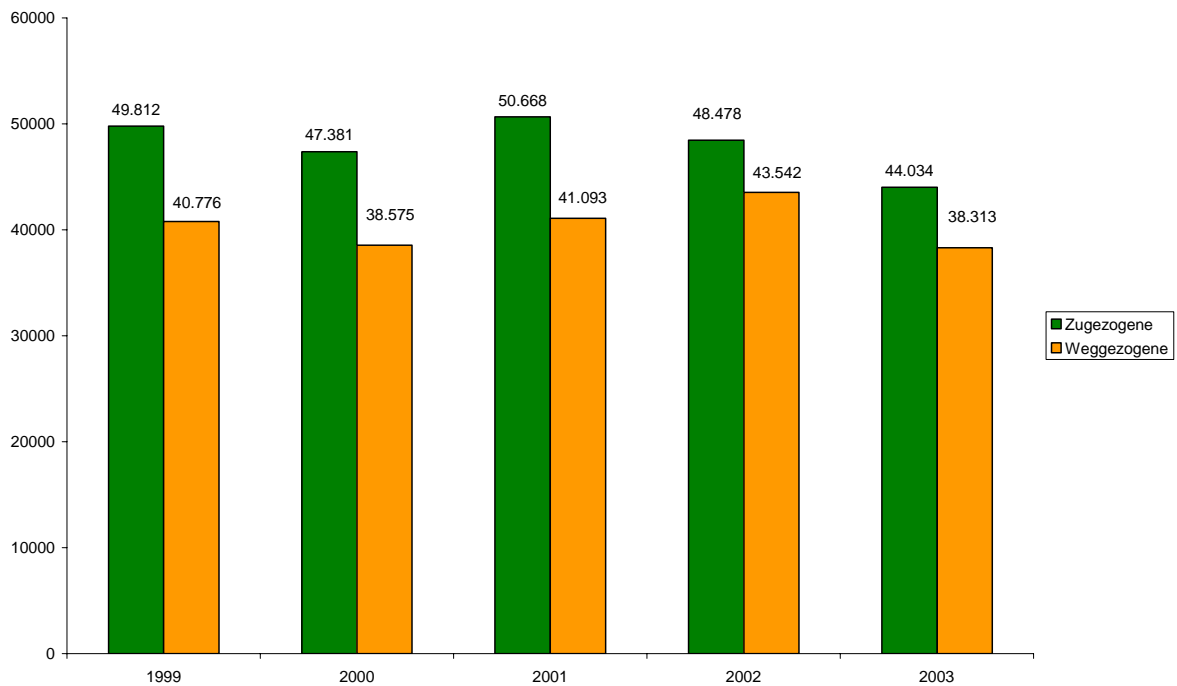
¹ Auf die Darstellung der Sterbefälle wird verzichtet, da diese mit ca. 800 pro Jahr seit 1995 weitgehend konstant sind. Der Anteil der ausländischen Gestorbenen an allen Gestorbenen ist mit ca. 6 - 8% wegen dem jüngeren Durchschnittsalter noch relativ gering.

Abb. 4.6: Entwicklung der Zahl und des Anteils der ausländischer Lebendgeborener in München von 1995 - 2004



Quelle: Statistisches Amt, ZIMAS. Eigene Berechnung. Stand: jeweils 31.12.

Abb. 4.7: Zuzüge und Wegzüge der ausländischen Bevölkerung von 1995 - 2004



Quelle: Statistisches Amt, ZIMAS. Eigene Berechnung. Stand: jeweils 31.12.

