

**MINISTERIUM FÜR INTEGRATION
BADEN - WÜRTTEMBERG**

Postfach 10 34 64 • 70029 Stuttgart
E-Mail: poststelle@intm.bwl.de
FAX: 0711 33503-444

An den
Präsidenten des Landtags
von Baden-Württemberg
Herrn Guido Wolf MdL
Haus des Landtags
Konrad-Adenauer-Str. 3
70173 Stuttgart

Datum 11. November 2011
Bearbeiter Nolte
Durchwahl 0711 33503-320
Aktenzeichen 32-15-611
(Bitte bei Antwort angeben)

— nachrichtlich:

Staatsministerium

Antrag der Abg. Abg. Friedlinde Gurr-Hirsch u.a. CDU

- **Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund**
- **Drucksache 15/611**
- **Ihr Schreiben vom 30. September 2011**

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

das Ministerium für Integration nimmt im Einvernehmen mit dem Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz und dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren zum o.g. Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen,*

zu berichten,

- 1. wie sie die Gesundheitssituation von Menschen mit Migrationshintergrund einschätzt;*

2. *ob Menschen mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg im Vergleich mit der baden-württembergischen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund häufiger oder weniger häufig einen Arzt aufsuchen:*

- a) bezogen auf die weibliche Bevölkerung,*
- b) bezogen auf die männliche Bevölkerung;*

zu 1. und 2.:

In den Abrechnungsdaten und amtlichen Statistiken der gesetzlichen Krankenkassen werden keine Daten zur Staatsangehörigkeit erfasst. Ebenso wenig liefert die Krankenhausstatistik Informationen zum Migrationshintergrund.

Im Rahmen des Mikrozensus wird seit 1957 jedes Jahr 1 % der Haushalte bundesweit befragt. Alle vier Jahre (zuletzt 2009) werden dabei auch Gesundheitsfragen gestellt. Seit 2005 wird auch nach einem eventuellen Migrationshintergrund gefragt. Eine aktuelle Auswertung der vom Statistischen Landesamt Baden-Württemberg im Rahmen des Mikrozensus 2009 durchgeführten Haushaltsbefragung ergab, dass bei der Frage nach „Erkrankung oder Unfallverletzte“ sowie „Kranke oder Unfallverletzte in ärztlicher Behandlung“ zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund nur geringe Unterschiede bestehen.

Zu den Menschen mit Migrationshintergrund gehören – nach der im Mikrozensus verwendeten Definition – zum einen alle in Deutschland lebenden Ausländer. Das heißt die Ausländer, die selbst zugewandert sind, und die in Deutschland geborenen Ausländer. Zum anderen die Gruppe der Deutschen mit Migrationshintergrund, das sind zugewanderte Deutsche (Spätaussiedler und Eingebürgerte) sowie nicht zugewanderte Deutsche (vor allem Kinder von Spätaussiedlern, Kinder ausländischer Eltern, die sich haben einbürgern lassen, Kinder ausländischer Eltern, die bei Geburt zusätzlich die deutsche

Staatsbürgerschaft erhalten haben („ius soli“) sowie Eingebürgerte nicht zugewanderte Ausländer).

So gaben damals 85 % der befragten Baden-Württemberger ohne Migrationshintergrund und rund 86 % der Migrantinnen und Migranten an, in den letzten vier Wochen wegen Krankheit oder Unfallverletzung in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein. Bei der Frage „Waren Sie in den letzten vier Wochen krank oder unfallverletzt“ zeigten sich nur geringfügige Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Auch in der Differenzierung nach Altersgruppen waren nur die 55- bis 65-Jährigen Migrantinnen und Migranten deutlich häufiger krank (21,2 %) als die gleichaltrigen Personen ohne Migrationshintergrund (15,5 %).

Hinsichtlich einzelner Risikofaktoren ergab sich folgendes Bild: Bei Übergewicht zeigte sich, dass unter den Migrantinnen und Migranten der Prozentsatz derer, die übergewichtig bzw. stark übergewichtig sind, etwas höher ist als unter den Personen ohne Migrationshintergrund. Allerdings zeigt die Einschulungsuntersuchung des Einschulungsjahrgangs 2011, bei der die Kinder im Alter von durchschnittlich 60 Monaten untersucht wurden, dass Kinder mit türkischer, italienischer und albanischer Familiensprache 2-3 Mal so häufig von Überwicht bzw. starkem Übergewicht betroffen sind wie deutschsprachige Kinder.

Ebenso ist die Raucherquote bei Personen mit Migrationshintergrund mit 26,7 % gegenüber Personen ohne Migrationshintergrund (21,4 %) erhöht.

Einen weiteren Hinweis auf die Gesundheitssituation von Menschen mit Migrationshintergrund geben die Daten zum Impfschutz. Auswertungen des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg aus dem Jahr 2008 zeigen, dass die Grundimmunisierung gegen Masern bei den deutschen Schulanfängern nur in 85,9 % der Fälle vorliegt, während das bei Schulanfängern mit türki-

scher Nationalität zu 91,2 %, mit italienischer Nationalität zu 90,4 % und mit griechischer Nationalität zu 95,4 % der Fall ist. Ganz ähnlich sieht es bei der Grundimmunisierung gegen Mumps und Röteln aus.

Nach dem neusten Bericht des Robert Koch Instituts zur Migration und Gesundheit aus dem Jahr 2008 können Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund erhöhte Gesundheitsrisiken aufweisen, die jedoch nicht auf die Migration als solche zurückzuführen seien. Vielmehr seien es die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Menschen mit Migrationshintergrund, die zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen können. Ein niedriger sozioökonomischer Status, ungünstige Arbeitsbedingungen oder eine ungünstige Wohnsituation könnten dazu beitragen. Dennoch sind Menschen mit Migrationshintergrund grundsätzlich nicht „kränker“ als Deutsche ohne Migrationshintergrund. Die Nutzung präventiver Angebote ist jedoch bei Menschen mit Migrationshintergrund in nahezu allen Bereichen geringer als bei Deutschen. Informationsbedingte, kulturelle und kommunikative Barrieren erschweren oder verhindern die Nutzung präventiver und gesundheitsförderlicher Angebote und Möglichkeiten.

3. *ob und gegebenenfalls inwiefern sich der für eine gute Gesundheit relevante Ernährungsstatus von Menschen mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg zum Ernährungsstatus der baden-württembergischen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund unterscheidet:*
- a) bezogen auf die weibliche Bevölkerung,*
 - b) bezogen auf die männliche Bevölkerung;*

Über die Ernährungsgewohnheiten der verschiedenen ethnischen Gruppen in Deutschland ist wenig bekannt, da diese Daten nicht routinemäßig, z.B. über den Mikrozensus erhoben werden oder in der Nationalen Verzehrstudie II publiziert wurden.

Die generelle Beschreibung der Ernährungssituation für Menschen mit Migrationshintergrund stellt angesichts deren heterogener Zusammensetzung insbesondere auch in sozialer und ökonomischer Hinsicht eine starke Nivellierung dar (siehe auch Landtagsdrucksache 14/3133, Abschnitt II). Es gibt Hinweise, dass in manchen Migrantengruppen das Risiko für ernährungsmitbedingte Krankheiten höher ist als im Heimatland und in der deutschen Bevölkerung. Im Kontrast hierzu stellt ein Artikel in der Ernährungsumschau 05/2003 fest: „Die wenigen Untersuchungen deuten an, dass sich eher positive Abweichungen zur typisch deutschen Ernährungsweise zeigen“.

Eine Studie zum Ernährungsverhalten von 3- bis 6-Jährigen in zwei Kitas mit relativ hohem Migrantenanteil zeigte, dass Kitakinder nicht deutscher Herkunft häufiger ein ungünstiges Ernährungsmuster (höherer Konsum von Lebensmitteln mit geringer Nährstoffdichte, d.h. viele Kalorien in Bezug auf wenig Nährstoffe) aufwiesen als Kitakinder deutscher Herkunft (32,9 % und 10,2%). Bei allen Kindern aus nicht deutschen Gruppen war der Anteil der Lebensmittel mit einer geringen Nährstoffdichte deutlich erhöht. Insgesamt waren die Verzehrsmuster von Kindern türkischer und deutscher Herkunft untereinander ähnlich und unterschieden sich zu Kindern mit Eltern aus dem ehemaligen Jugoslawien und zu Kindern anderer Herkunft (Ernährungsumschau 06/03, S. 214 ff.).

Zu 3a:

Nach einer Dissertation von 2003 zu den Ernährungsgewohnheiten von italienischen, griechischen und türkischen Migrantinnen in Süddeutschland behält vor allem die erste Zuwanderergeneration ethnische Ernährungsgewohnheiten bei (leichte Verfügbarkeit traditioneller Produkte). Gleichzeitig ist aber auch die Integration von neuen (deutschen) Ernährungsverhaltensweisen erkennbar (Quelle: Ernährungsumschau 12/2004, ab S. 500).

Zu 3b:

Untersuchungsergebnisse für die männliche Bevölkerung mit Migrationshintergrund sind nicht bekannt.

4. *wie die Einstellung zur Prävention und Selbstmedikation bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich mit der baden-württembergischen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund ausgeprägt ist;*

Daten bezüglich der Einstellung zur Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund liegen nicht vor. Einen Hinweis auf die Einstellung zur Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund geben jedoch die Daten zur Teilnahme an der letzten Vorsorgeuntersuchung (U9). Die Daten des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg zur schulärztlichen Untersuchung der Schulanfänger 2008 zeigen, dass 90,5 % der deutschen Schulanfänger an der U9 teilgenommen hatten, während dies nur auf 79,8 % der Kinder mit türkischer, 87,2 % der Kinder mit italienischer und 89,3 % jener mit griechischer Nationalität zutraf.

5. *wie sie das Vertrauen in die Wirksamkeit von Arzneimitteln bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich mit der baden-württembergischen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund einschätzt;*

Menschen mit Migrationshintergrund bilden eine sehr heterogene Gruppe, so dass sich keine allgemein gültigen Aussagen treffen lassen. Grundsätzlich ist aber festzustellen, dass fremdsprachliches Informationsmaterial zu Krankheit und Therapie sehr hilfreich sein kann. Dieses stellen viele Institutionen, Organisationen und auch Pharma-Firmen zur Verfügung.

Bei fehlendem Vertrauen in Arzneimittel und in der Konsequenz mangelnder Compliance (Therapietreue) kann die Ursache aber auch in Besonderheiten bestimmter religiöser Vorschriften liegen. So verzichten beispielsweise muslimische Patientinnen und Patienten, die sich streng an die Regeln des Korans halten, auf Arzneimittel, die Bestandteile aufweisen, welche als verboten gelten. Darunter fallen alle alkoholhaltigen flüssigen Arzneien sowie aus Schweinen gewonnene Präparate, so z.B. auch Kapseln aus Schweinegelatine.

Andererseits gibt es Erkenntnisse, die darauf hindeuten, dass sich gerade Migrantinnen und Migranten mit geringen schulmedizinischen Kenntnissen durch Medikamente und Operationen oft eine vollständige Heilung ohne eigenes Zutun erhoffen.

6. *ob sich Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich mit der baden-württembergischen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund häufiger oder weniger häufig nach der Überwindung von Krankheiten Selbsthilfegruppen anschließen;*

Für Baden-Württemberg gibt es keine validen Zahlen über den Anteil von Migrantinnen und Migranten in bestehenden gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen. Nach den Feststellungen der Spitzenverbände der Selbsthilfe beteiligen sich Menschen mit Migrationshintergrund bisher nur in geringem Umfang an der gesundheitlichen Selbsthilfe. Wesentliche Hürden stellen Sprachprobleme, kulturelle Besonderheiten, ein anderes Gesundheitsbewusstsein und auch die bisher insgesamt noch verbesserungsbedürftige interkulturelle Öffnung der Gesundheitsselbsthilfe dar.

Auch die Zahl der muttersprachlichen Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich ist relativ gering. Dies erklärt sich möglicherweise daraus, dass die Idee der organisierten Selbsthilfe in den meisten Herkunftsländern fremd ist. Zu-

dem ist zu vermuten, dass zwar gegenseitige Unterstützung innerhalb der Migrantenvereine stattfindet, diese sich aber nicht als Selbsthilfegruppen verstehen.

Jedoch steigt die Zahl spezifischer Selbsthilfeangebote für und von Menschen mit Migrationshintergrund langsam an. Auch weisen die Selbsthilfeorganisationen und -kontaktstellen (z.B. Diabetiker Bund BW, Rheuma-Liga BW, AMSEL e.V. und Selbsthilfekontaktstellen wie die KISS Stuttgart und der Gesundheitstreffpunkt Mannheim) verstärkt in Faltblättern in unterschiedlichen Sprachen auf ihr Angebot hin. Zudem gibt es Projekte, die zum Ziel haben, den Zugang zu gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen für Migrantinnen und Migranten zu erleichtern. So hat beispielsweise der PARITÄTISCHE Baden-Württemberg in Zusammenarbeit mit dem deutsch-türkischen Radiosender METROPOL FM unter der Schirmherrschaft der Integrationsministerin das Modellprojekt „Erst die Gesundheit“ – eine wöchentliche Hörfunksendung für türkischstämmige Mitbürgerinnen und Mitbürger zum Thema Gesundheit – ins Leben gerufen.

Grundsätzlich ist aus Sicht der Spitzenverbände der Selbsthilfe für die Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Informations-, Beratungs-, und Selbsthilfeangebote durch Menschen mit Migrationshintergrund von Bedeutung, dass die Beratungsangebote kultursensibel organisiert sind und Fachpersonal mit entsprechenden muttersprachlichen Kenntnissen vorhanden ist.

7. wie das Blutspendeverhalten von Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich mit der baden-württembergischen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund ausgeprägt ist:

- a) bezogen auf die weibliche Bevölkerung,*
- b) bezogen auf die männliche Bevölkerung;*

Der DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg-Hessen, über den landesweit ca. 90% der Blutspenden entgegengenommen werden, ist bereits seit 2005 aktiv, um auch Spenderinnen und Spender mit Migrationshintergrund, insbesondere aus der Türkei, für die Idee der freiwilligen und unentgeltlichen Blutspende zu gewinnen. So führt der DRK-Blutspendedienst in Zusammenarbeit mit den jeweils örtlichen DRK-Gliederungen Blutspendetermine in islamischen Kulturvereinen bzw. in Moscheen durch. An vielen Orten wurden diese Blutspendeaktionen mittlerweile regelmäßig wiederholt.

Im Hinblick auf die Frage nach dem konkreten Blutspendeverhalten von Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich mit der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund liegen keine Erkenntnisse über geschlechtsspezifische Unterschiede vor, wohl aber zwischen Migranten der ersten Generation und jenen, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind. So werden mit den Blutspendenaktionen, die sich gezielt an die türkischen Migrantinnen und Migranten richten, erfreulicherweise viele junge Blutspender der zweiten Generation erreicht, sodass sich der Anteil an Blutspendern mit einem Migrationshintergrund stetig erhöht. Insbesondere dort, wo in Bildungseinrichtungen des Landes (Schulen, Universitäten, Fachhochschulen, Berufsschulen) Blutspendeaktionen durchgeführt werden, verschwindet der Unterschied im Blutspendeverhalten, da die Motivation zur Blutspende aus der jeweiligen Sozialgemeinschaft entsteht.

Der DRK-Blutspendedienst versucht Sprachproblemen zu begegnen, indem bei Terminen, bei denen mit einem hohen Anteil z.B. von türkischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern zu rechnen ist, Mitarbeiter mit entsprechender Sprachkompetenz eingesetzt werden.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Zahl der Blutspender mit Migrationshintergrund stetig zunimmt, dass es allerdings Hemmschwellen bei Migrantinnen und Migranten mit eingeschränkter Sprachkompetenz gibt. Der

DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg-Hessen hat früh strukturelle Maßnahmen ergriffen, um auf Menschen mit Migrationshintergrund insbesondere aus islamischen Staaten zuzugehen und diese im Rahmen ihrer sozialen Netzwerke abzuholen und für die Idee der freiwilligen und unentgeltlichen Blutspende zu gewinnen.

8. ob es Strategien gibt, eine aufsuchende zielgruppenspezifische Gesundheitsvorsorge für Menschen mit Migrationshintergrund zu betreiben.

Für die aufsuchende, zielgruppenspezifische Gesundheitsvorsorge für Menschen mit Migrationshintergrund werden verschiedene Ansätze verfolgt. Dabei hat sich z.B. der Einsatz von ausgebildeten Gesundheitsmediatoren und -mediatorinnen mit Migrationshintergrund, die Zugang zu ihrer Gemeinschaft haben und ihre Landsleute über Themen der Gesundheitsförderung und Prävention informieren, vielfach bewährt.

Im Bereich der stationären Krankenhausversorgung entwickeln die verantwortlichen Krankenhausträger Strategien zur Sicherstellung der interkulturellen Kompetenz, beispielsweise durch Berücksichtigung und Erfassung der Sprachkenntnisse der Beschäftigten bei der Einstellung, durch Informations- und Aufklärungsmaterial in Fremdsprachen und Berücksichtigung des religiösen Hintergrunds der Patientinnen und Patienten bei Behandlung, Ernährung und in Gebetsräumen.

In der psychiatrischen und der psychosomatischen Versorgung werden die interkulturellen Kompetenzen zum Teil gezielt erweitert und spezielle Behandlungsangebote vorgehalten. Beispielsweise gibt es Angebote einer fremdsprachigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in Psychiatrischen Institutsambulanzen und Stationen für traumatisierte Migrantinnen und Migranten.

Auch Krankenkassen haben mit verschiedenen Projekten dieses Thema aufgegriffen. So beteiligte sich zum Beispiel die AOK Baden-Württemberg an einem Modellvorhaben der Volkshochschulen, welches den Bereich der Gesundheitsförderung in die Integrationskurse für Menschen mit Migrationshintergrund mit einbezog.

Des Weiteren verfolgt das vom Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. (EMZ) entwickelte Projekt „MiMi“ („Mit Migranten für Migranten“) das Ziel, für Menschen mit Migrationshintergrund eine mehrsprachige und kultursensible Gesundheitsförderung und Prävention zu ermöglichen. Im Rahmen des Projekts werden engagierte Migrantinnen und Migranten als Gesundheitsmediatoren gewonnen und geschult. Diese informieren dann ihre Landsleute in der jeweiligen Muttersprache über das deutsche Gesundheitssystem und zu Themen der individuellen Gesundheit. Das Ministerium für Integration wird sich für eine Verbreitung des Projekts in Baden-Württemberg einsetzen.

Weiterhin ist das Ziel des Modellprojekts NEMIGUSS („Netzwerk Migration und soziale Sicherung“), Menschen mit Migrationshintergrund gezielt über soziale Sicherung und Gesundheitsvorsorge zu informieren. Die Konzeption sieht unter anderem die Durchführung von Seminaren vor, die Menschen mit Migrationshintergrund kostenlos über die Angebote und Möglichkeiten im Bereich der sozialen Sicherung bzw. der Gesundheit informieren. Es besteht die Möglichkeit, die Veranstaltungen auch mit muttersprachlicher Unterstützung durchzuführen. Es ist geplant, dass das Ministerium für Integration das Modellprojekt federführend gemeinsam mit Kooperationspartnern wie der Deutschen Rentenversicherung (DRV), dem Volkshochschulverband Bund/Baden-Württemberg, dem AWO-Bezirksverband Württemberg, der Agentur für Arbeit Stuttgart und der Landeshauptstadt Stuttgart als Modellprojekt für die Region Stuttgart erprobt.

Gez. Bilkay Öney
Ministerin für Integration