
Ausgewählte Felder der medizinischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten - Problemlagen und Forschungsansätze

Allgemeinmedizinische Versorgung bei Migrantinnen und Migranten

Ulrich Schwantes
Charité Berlin

Allgemeinmedizinische Versorgung bei Migrantinnen und Migranten

Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft.

Und Politik ist nichts anderes als Medizin im Großen.

Rudolf Virchow, 1848

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

CHARITÉ CAMPUS MITTE UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN U. Schwantes, Institut für Allgemeinmedizin

„Migration und Gesundheit“

Fachtagung in Hamburg
4. Dezember 2006

Allgemeinmedizinische Versorgung bei Migrantinnen
und Migranten

Ulrich Schwantes, Charité, Institut für Allgemeinmedizin

CHARITÉ CAMPUS MITTE UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN U. Schwantes, Institut für Allgemeinmedizin

Migration in Europa

Europa ist in sich ein Gebiet der Freizügigkeit für alle Bürger und als Ganzes eine Einwanderungsregion.

Für Deutschland galten dabei vor einigen Jahrzehnten überwiegend „Pull“-Faktoren.

Diese werden (insgesamt) mehr und mehr durch „Push“-Faktoren abgelöst, bzw. überlagert.

Jahr/Monat/Stichtag	31.12.2005		
Land	Bevölkerung insgesamt	Ausländische Bevölkerung %	
Baden-Württemberg	10.735.701	1.277.968	11,9
Bayern	12.468.726	1.179.737	9,5
Berlin	3.395.189	466.518	13,7
Brandenburg	2.559.483	67.029	2,6
Bremen	663.467	84.588	12,7
Hamburg	1.743.627	247.912	14,2
Hessen	6.092.354	697.218	11,4
Mecklenburg-Vorpommern	1.707.266	39.394	2,3
Niedersachsen	7.993.946	534.001	6,7
Nordrhein-Westfalen	18.058.105	1.927.383	10,7
Rheinland-Pfalz	4.058.843	312.926	7,7
Saarland	1.050.293	87.627	8,3
Sachsen	4.273.754	119.786	2,8
Sachsen-Anhalt	2.469.716	46.723	1,9
Schleswig-Holstein	2.832.950	152.566	5,4
Thüringen	2.334.575	47.773	2,0
Deutschland gesamt	82.437.995	7.289.149	8,8

Verteilung auf Nationalitäten (1997)

28,8 %	Türkei
15,3 %	ehemaliges Jugoslawien
8,4 %	Italien
5,0 %	Griechenland
3,9 %	Polen

ca. 3 Mio. Aussiedler sind in dieser Statistik nicht aufgeführt.

ca. 0,5 – 1 Mio. sind ohne Aufenthaltsstatus

44,7 % weiblich	55,3 % männlich
-----------------	-----------------

Verteilung auf Nationalitäten (1997)

Erhebliche lokale Varianzen

Ein Berliner Arzt zählte in seiner Praxis insgesamt Migrantinnen aus 35 Nationen:

- Türkei
- Balkanstaaten
- ehemalige sowj. Staaten und übriges Osteuropa
- naher Osten (Libanon, Plästina etc.)
- westeuropäische Länder (Italien, Griechen, Spanien etc.)
- afrikanische, asiatische, südamerikanische Länder

Healthy Migrant Effekt

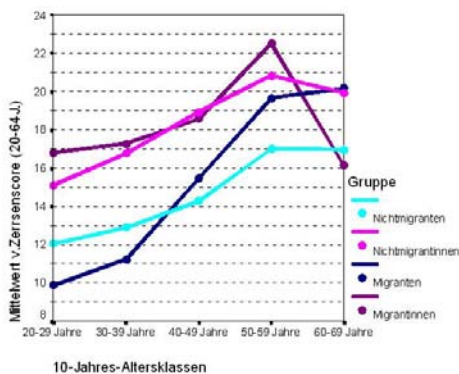
„Positive Auswahl“ durch „Auswanderung der Stärkeren“ = besserer Gesundheitszustand.

Im Gastland allerdings rasche Verschlechterung durch verschiedene Benachteiligungen.

Bei Überwiegen der „Push“-Faktoren ist der Druck für alle sehr hoch. Zusätzlich Traumatisierungen durch Verfolgung und Flucht.

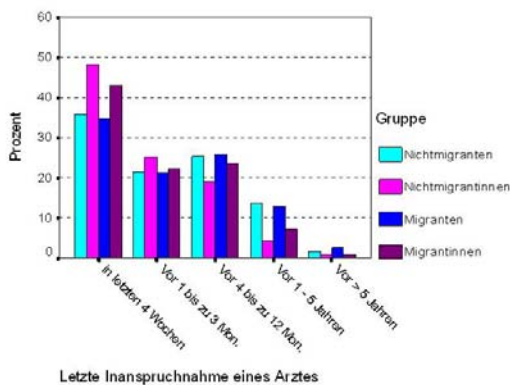
Mittelwerte für Beschwerdeindex nach Zerrsen in verschiedenen Altersklassen nach Herkunft und Geschlecht

Sekundäranalyse von Daten des Bundesgesundheits surveys von 1998



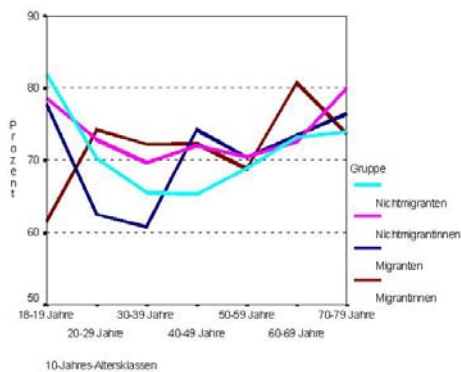
Sekundäranalyse von Daten des Bundesgesundheits surveys von 1998

Zeitraum der letzten Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen für verschiedene Gruppen



Sekundäranalyse von Daten des Bundesgesundheits surveys von 1998

Häufigkeit der Inanspruchnahme eines Allgemeinarztes während der letzten 12 Monate in verschiedenen Altersklassen nach Herkunft und Geschlecht



Gesundheitsrisiken von Migrantinnen und Migranten

Infektionskrankheiten:

Tuberkulose, Hepatitis A und B, HIV, perinatale Infektionen

Schwangerschaft und Geburt:

Höhere Raten an Tot- und Frühgeburten, Säuglingssterblichkeit

Chronische Erkrankungen:

Weniger kardiovaskuläre Erkrankungen (healthy migrant), allerdings stetige Zunahme an CVD (langsam steigend). Geringere Inzidenz für bösartige Erkrankungen

Berufs- und Arbeitsunfälle:

> 30 % aller Arbeitsunfälle mit bleibenden Gesundheitsschäden bei Migranten

Kinder:

Häufiger Verkehrs- und häusliche Unfälle, > Infektionen, > psychische Auffälligkeiten

Psychosoziale Gesundheit:

PTSD, Depression, Suizid, Sucht (osteuropäische Männer)

Krankenstand

Krankenstand Bericht der AOK von 1986

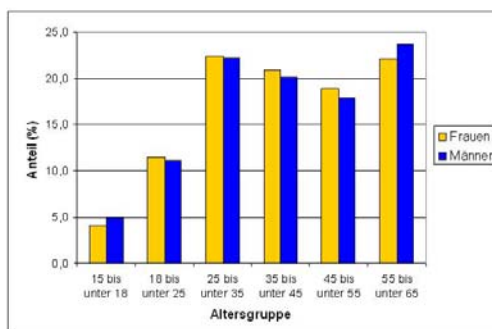
- türkische Arbeitnehmerinnen 7,3 Prozent
- übrige ausländische und deutsche Arbeitnehmerinnen zusammen 3,9 Prozent

Sekundäranalyse eines Patientenpanels zur Versorgung durch niedergelassene Ärzte

- KV Bayern
- Quartale: IV/94; IV/96; I – IV 97
- 686 Ärzte (davon 150 Allgemeinärzte)
- insgesamt 4.724.690 Patientendatensätze

Quelle: IGES

Altersverteilung in der Studienpopulation



Quelle: IGES

Herkunft der Arztpatienten in der Studiengruppe

Sekundäranalyse eines Patientenpanels zur Versorgung durch niedergelassene Ärzte

Herkunft	Anzahl Arztpatienten	% Gesamtsumme	Vergleich: Bevölkerungsstruktur in Bayern 1997
deutsch	335.264	94,1	90,8
türkisch/kurdisch	10.534	3,0	2,2
mittel-/osteuropäisch	5.338	1,5	1,0
südosteuropäisch	3.831	1,1	2,0
Vorderer Orient/nordafrikanisch	1.044	0,3	0,3
vietnamesisch	422	0,1	0,1
Sonstige	---	---	3,6
Gesamt	356.433	100	100

Quelle: IGES, Bayrisches Landesamt für Statistik

Übersicht über süchtige Patienten in der Studienpopulation

Sekundäranalyse eines Patientenpanels zur Versorgung durch niedergelassene Ärzte

	Sucht	Nicht-Sucht	
1,5 % Deutsche	5.250	329.871	335.121
0,9 % Migranten	177	19.986	20.163
	5.427	349.857	355.284

Quelle: IGES

Umgang mit Migrantinnen und Migranten

Patientenseite:

- Traditionelle Krankheitsauffassungen des Herkunftslandes
- Symbolische Dimension der Beschwerden
- ganzheitlich-animistische Auffassungen

(vgl. L. Prayer)

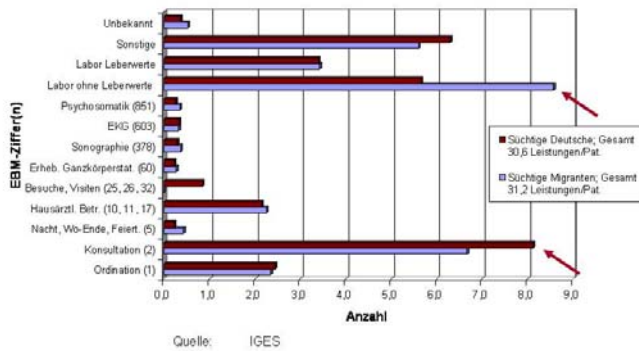
Arztseite:

- biologisch-technisch begründetes Bild von Krankheit
- therapeutische Machbarkeit
- dichotome Betrachtung (Psyche – Soma)

Betrachtung von EBM-Ziffern zur Darstellung unterschiedlicher ärztlicher Herangehensweise

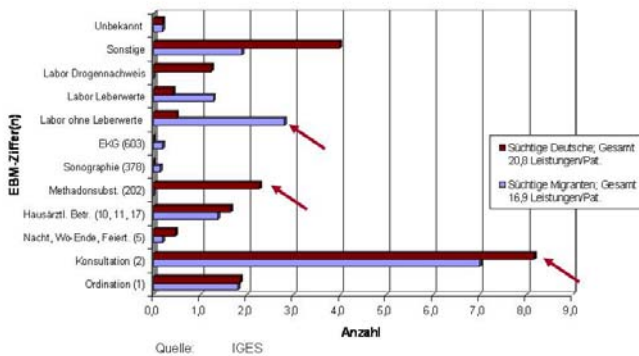
Häufigkeit von EBM-Ziffern bei Alkoholsüchtigen

Sekundäranalyse eines Patientenpanels zur Versorgung durch niedergelassene Ärzte



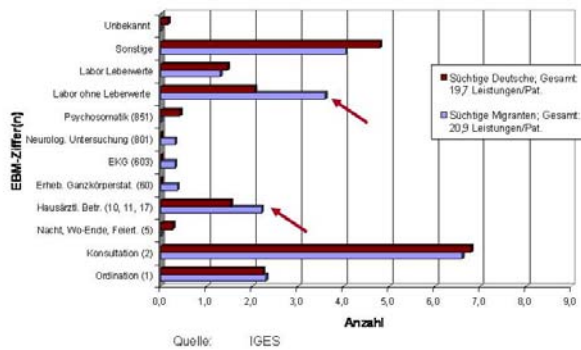
Häufigkeit von EBM-Ziffern bei Drogensüchtigen

Sekundäranalyse eines Patientenpanels zur Versorgung durch niedergelassene Ärzte



Häufigkeit von EBM-Ziffern bei Medikamentensüchtigen

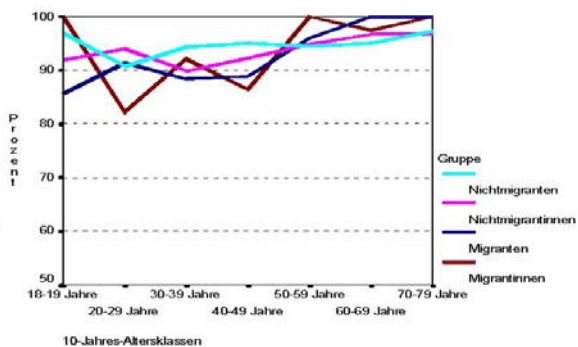
Sekundäranalyse eines Patientenpanels zur Versorgung durch niedergelassene Ärzte



Quelle: IGES

Zufriedenheit mit der allgemeinärztlichen Behandlung in verschiedenen Altersklassen nach Herkunft und Geschlecht

Sekundäranalyse von Daten des Bundesgesundheits surveys von 1998



Migrantencustering bei einzelnen Ärzten

Sekundäranalyse eines Patientenpanels zur Versorgung durch niedergelassene Ärzte

Arzt-ID	Zulassungsjahr	Migranten 1997	% der Patienten	davon türkisch	davon nicht-türkisch
18903	1984	776	48,87	514	262
18493	1976	254	31,17	221	33
18656	1978	202	28,33	47	155
18202	1989	198	25,88	92	106
82846	1984	458	22,90	231	227
18634	1977	125	22,36	77	48
84197	1990	155	19,95	79	76
18258	1992	103	19,81	54	49
18694	1979	439	18,89	167	272
18157	1989	268	18,52	135	133

Quelle: IGES

Zunahme der Zahl ausländischer Ärzte

2004 betrug ihr Anteil an den Erstmeldungen bei den Ärztekammern 20 Prozent

2004 ist die Zahl der ausländischen Ärzte in den Krankenhäusern der neuen Bundesländer um weitere 30,8 Prozent gestiegen (Vorjahr: + 56,4 Prozent)

Ausländische Ärztinnen und Ärzte werden in erster Linie in den neuen Bundesländern tätig und kommen überwiegend aus osteuropäischen Staaten nach Deutschland

Mangelbeschreibung

allgemeinmedizinische Forschung zum Thema:

In MEDLINE
23 Hits unter „migration AND primary care AND general practice“
(5 beschäftigen sich nicht mit Migration im hier gemeinten Sinn)
Krankheitsauffassungen
Kommunikationsprobleme
Copingstrategien

**Krankheitskonzepte von Deutschen und Türken:
Gemeinsamkeiten und Unterschiede**
Nuray Can (1), Güldal D (2), Dunkelberg S (1)
1 Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg,
2 Institut für Allgemeinmedizin, Izmir
2005, DEGAM Kongress

Mangelbeschreibung

allgemeinmedizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung

Lehrbücher:

Allgemeinmedizin und Familienmedizin
Duale Reihe von Michael M. Kochen,
2006, Thieme

Allgemeinmedizin
von Gisela C. Fischer und anderen
1993, Springer

Mangelbeschreibung

allgemeinmedizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung

Ausbildung:

Vorlesungen Allgemeinmedizin
Praktika/Seminare (fakultativ)
Blockpraktikum
Kommunikationstraining (soweit unter Leitung der AM)

Weiterbildung:

80 h Seminarweiterbildung
curriculare Festlegung?

Fortbildung:

??

Aufgaben für den Hausarzt

- **Kultursensible Kommunikation erlernen**
reine Sprachvermittlung ist nicht ausreichend
- **Infektionsstatus stets überprüfen**
- **Tabuthemen kennen und bedenken**
(z.B. Genitalverstümmelung)
- **Kenntnisse über und hausärztlicher Umgang mit PTSD**

- **cave:**
paternalistisches Vorgehen
suggestive Ausrichtung auf „Krankheit“
Dekontextualisierung, Überindividualisierung
Diskontinuität

Aufgaben für den Hausarzt

Ressourcen kennen und schaffen:

- **Sinnhaftigkeit**
„Lebenserte“, „Pläne“ für das Gastland
- **sichere Wohnverhältnisse** (Dahoud/Pelosi, 1988)
- **soziale Kontakte ermöglichen** (Kropinski et al., 1973)

- **gesellschaftliche Isolation aufheben** (Berry et al., 1973)