

## Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten als Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit im Alter

### Gliederung

1.	Vorbemerkung	4
2.	Datengrundlagen	7
3.	Bezugsbevölkerungen und Kollektive	8
4.	Einschätzungen gesundheitlicher Beeinträchtigungen aufgrund vorliegender Daten und Untersuchungen	8
4.1	Beeinträchtigungen durch Unfälle	8
4.2	Unfallinzidenzen und Verletzungsfolgen in der deutschen Bevölkerung	9
4.3	Sterblichkeit an Unfällen und Verletzungsfolgen nach der Nationalität	12
4.3.1	Sterblichkeit an Verletzungsfolgen nach der Nationalität	12
	Exkurs zur Mortalität nach dem Merkmal der Staatsangehörigkeit	16
4.3.2	Sterblichkeit an Unfällen nach der Nationalität	18
4.3.3	Sterblichkeit an Arbeitsunfällen nach der Nationalität	21
4.3.4	Morbidität an Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten in der gewerblichen Wirtschaft	
	nach den Daten der Gesetzlichen Unfallversicherung	24
4.3.5	Ergebnisse einer Sekundäranalyse zu Berufskrankheiten gewerblicher Träger der Unfallversicherung nach der Staatsangehörigkeit	26
4.4	Sterblichkeit an Verkehrsunfällen nach der Nationalität	31
4.4.1	Verkehrsunfälle und Beteiligte innerhalb von Orten	31
4.4.2	Verkehrsunfälle und Beteiligte außerhalb von Orten	35
4.4.3	Verkehrsunfallsterblichkeit	37
4.5	Sterblichkeit an Haus- und Freizeitunfällen nach der Nationalität	38
4.6	Zusammenfassende Bemerkungen zu Unfallfolgen und arbeitsbedingten Krankheiten	39
4.7	Raten altersspezifischer Sterblichkeit	42
4.7.1	Sterblichkeit an Neubildungen	45
4.7.2	Sterblichkeit an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems	46
4.7.3	Vergleich der Sterblichkeit an Neubildungen und Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems	49

4.8	Gesundheitsprobleme, Befunde zu Krankheitsinzidenzen und -prävalenzen	52
4.8.1	Vorliegende Einzelbefunde	52
4.8.2	Wiederkehrende Ergebnisse	53
4.9	Gesundheitliche Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit, Behinderung und Teilhabe	63
4.9.1	Zur Häufigkeit der medizinischen Rehabilitation	63
4.9.2	Anlässe und Verfahren der medizinischen Rehabilitation	66
4.9.3	Anlässe und Verfahren der Teilhabe am Arbeitsleben	76
4.10	Begutachtung zur Arbeitseinsatzfähigkeit nach § 18 f. BSHG – vergleichende Auswertung der Ergebnisse bei in Deutschland Geborenen und bei Patienten mit Migrationshintergrund (Thomas Hilbert)	79
4.10.1	Herkunft der Patienten	81
4.10.2	Geschlecht	82
4.10.3	Alter	82
4.10.4	Besondere Problemlagen	85
4.10.5	Gesundheitliche Probleme und Leistungseinschränkungen	88
4.10.5.1	Gesundheitsstörungen und Diagnosen	88
4.10.5.2	Leistungsvermögen und Leistungseinschränkungen	92
4.10.5.3	Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf	93
4.10.5.4	Schlußfolgerungen	94
5.	Zur Pflegebedürftigkeit älterer Migranten	95
5.1	Vorbemerkung	95
5.2	„Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe“ oder beteiligende und basisnahe Projektorganisation und Strukturentwicklung	103
5.3	Pflegebedürftigkeit und Sozialhilfeabhängigkeit	106
5.4	Leistungen zur Pflege bei älteren Migranten nach des Bundessozialhilfegesetz und dem Asylbewerber-Leistungsgesetz	108
6.	Schlußfolgerungen und Empfehlungen	113
6.1	Schlußfolgerungen und Empfehlungen im Hinblick auf Beeinträchtigungen der Gesundheit älterer Migranten	114
6.2	Schlußfolgerungen und Empfehlungen bezogen auf nicht bekannte oder genutzte Chancen der Kompensation von Beeinträchtigungen	118
6.3	Schlußfolgerungen und Empfehlungen im Hinblick auf nicht zugeteilte Chancen der Kompensation von Beeinträchtigungen	121
6.3.1	Rehabilitationsverfahren	122
6.3.2	Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten	123
6.4	Schlußfolgerungen und Empfehlungen im Hinblick auf unzureichende strukturelle Voraussetzungen der Partizipation an Sozial- oder Gesundheitschancen	125
7.	Literatur	129
8.	Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen	137

ipg  
Schinkestraße 2  
12047 Berlin

Tel.: 030 / 616 254 89; F - 91  
ipg@macdirect.de



## 1. Vorbemerkung

Das Thema der vom Deutschen Zentrum für Altersfragen im Hintergrund zu einem Bericht im Rahmen des 5. Altenberichts beauftragten Expertise „Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten als Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit im Alter“ ist aus mehreren Gründen ausgesprochen schwierig und tendenziell nur explorativ und ergebnisoffen zu bearbeiten. Es zielt implizit auf die Generation der migrierten „(Arbeits-) Migranten“, also derjenigen Menschen mit nichtdeutscher und auch angenommener deutscher Staatsangehörigkeit, die in fortgeschrittenem Lebensalter regelhaft nach der beruflichen Ausbildung und längerer beruflicher Tätigkeit und/oder der Familienphase noch oder nicht mehr berufstätig sind. Es schließt die soziale Migrantengeschichte im Aufnahmeland ein, die meist im Prozeß der Migration mit Statusverlust und ungünstiger sozialer Einordnung im Aufnahmeland verbunden ist, einen jeweils unterschiedlichen Status-Neuerwerb und eine Neu-Positionierung beinhaltet und so den Prozeß der Migration zum Teil nur noch vermittelt widerspiegelt.

Vier weitere Problemkomplexe, deren Wirkungen und Gewicht diese Expertise nicht klären kann, treffen hier zusammen:

- der berufliche und technologische Wandel im Aufnahmeland mit der Veränderung von Beschäftigung nach Inhalt und Rechtsform, der sich in der immer wieder bestätigten überproportionalen Arbeitslosigkeit von Migranten und den besonderen Schwierigkeiten der Reintegration in Arbeit und Beruf ausdrückt
- die mit dem Lebensalter, den besonderen Bedingungen der beruflichen Tätigkeit und der Lebenssituation - enger als durchschnittlich - zusammenhängenden Fragen beeinträchtigter Gesundheit
- die Chance auf einen Stuserhalt im Prozeß von Alterung und Wandel, der die Ressourcen auf Besserung und Kompensation reflektiert, zusammen mit den durch das System der Versorgung angebotenen Möglichkeiten der Heilung, Besserung oder Betreuung und der Realisierung und Inanspruchnahme von Leistungen
- die Möglichkeiten und Alternativen sinnvoller und akzeptierter Tätigkeit in neuem und spezifischem sozialen Kontext unter der Berücksichtigung sozialstruktureller und generativer Differenzierung der nichtdeutschen Ethnien.

Einschränkungen der Gesundheit, Krankheiten, Pflegebedürftigkeit oder Behinderungen können vor dem Hintergrund der Biographie als objektivierbare Kriterien eine wichtige oder entscheidende Rolle „als Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit im Alter“ spielen. Die Beschäftigungsfähigkeit im Alter unterliegt selbstverständlich aber auch einer

subjektiven Einschätzung und Bewertung, die nur ausschnitthaft, zum Beispiel über die Mikrozensushebungen, in den letzten vier Wochen vor der Befragung krank oder unfallverletzt gewesen zu sein, erhoben werden kann, wenn schon keine Primärdaten zur Verfügung stehen. Hier ergeben sich geschlechterdifferente und mit dem Alter der Befragten steigende Anteile von Beeinträchtigungen, die im Hinblick auf die Dauern der Krankheits- oder Unfallereignisse und hinsichtlich der Zugehörigkeit zu sozialer Schicht, arbeitsrechtlicher Einstufungen und bestehender Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse in dem Sinne variieren, daß bestehende Beschäftigungsverhältnisse und der Status, angestellt oder beamtet zu sein, die durchschnittlich kürzesten Dauern ergaben.<sup>1</sup>

Unter dem Begriff der ‚*Gesundheit*‘ kann die Expertise exemplarisch vorrangig nach einschränkenden oder beeinträchtigenden Bedingungen und deren Wirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit und nach Folgen für eine Beschäftigung, also quasi nach gesundheitsbedingten Ausschlußkriterien fragen. Diese erhalten jedoch erst im Zugang zu Einrichtungen der gesundheitlich-sozialen Versorgung, bei der Nutzung der Chancen durch Inanspruchnahme und unter den sozialen Bedingungen des Prozeß der Versorgung ihre endgültige Ausprägung und Bedeutung. Dies variiert entsprechend dem sozialen Status, der Funktion, der Partizipation und den Entwicklungspotentialen der Klientele. Vor diesem Hintergrund soll versucht werden, eine Verbindung zu einer möglichen Beschäftigungsfähigkeit in gehobenem Lebensalter und ihrem sozialen Kontext zu suchen und möglichst zu finden.

Unter *Migration* können Prozesse der individuell oder familial motivierten regionalen, sozialen und kulturellen Veränderungen von Lebensläufen und Lebensräumen gefaßt werden, die in den sozialen und rechtlichen Kategorien der Arbeitsmigration, der Aussiedlung, der Flucht und der Asylbewerbung mit jeweils spezifischem und nicht vergleichbarem Hintergrund fallen. Kategorial kann in der Expertise zwischen diesen grundlegend unterschiedlichen Formen der ‚Wanderung‘ nicht unterschieden werden. Sie differieren - bezogen auf die betrachteten Altersgruppen von Migranten - aber bereits im Zeitraum und der zeitlichen Abfolge, so daß bei einer quantitativen Betrachtung Aussagen über Migranten der Arbeitswanderungen der sechziger und siebziger Jahre gemacht werden könnten. Über die Wanderungen selbst, ihre quantitativen und qualitativen Dimensionen und die sozialstrukturelle Verortung liegen eine große Zahl von Arbeiten vor, auch

---

<sup>1</sup> Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hg.): Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2002. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin (Eigenverlag) 2003, S. 77 ff; Datenquelle: Statistisches Landesamt Berlin: Ergebnisse des Mikrozensus; Berechnung: LAGetSi.

im Rahmen früherer Alten- und Familienberichterstattung, so daß hierzu keine Ausführungen erforderlich sind.<sup>2</sup>

Das Thema dieser Expertise ist in der durch den Auftraggeber vorgegebenen Kategorisierung und Differenzierung mangels Vergleichbarkeit der sozialen Situationen und Prozesse und nicht existenter oder zugänglicher Datenquellen nicht abzuhandeln. Zudem sind die Auswirkungen auf eine Beschäftigungsfähigkeit für die benannten Gruppen von Migranten grundlegend unterschiedlich.

Mit der Festlegung auf *ältere* Migranten als Gegenstand der Betrachtung reduziert sich die Breite der Problematik erheblich, fokussiert das Thema so erkennbar auf den Prozeß der Arbeitsmigration und wesentlich auf die älteren Migranten als Teil der Wohnbevölkerung. Es geht schwerpunktmäßig um Menschen, die in den sechziger, siebziger und achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts als Arbeitsmigranten aus den südeuropäischen Ländern in einem aufsichtlich geregelten Verfahren durch die Wirtschaft angeworben wurden mit dem ausländerrechtlich definierten Ziel vorübergehender beruflicher Tätigkeit und der Rotation als Remigration. Auch hierüber liegen sehr viele Arbeiten vor, die die Ströme der Migration, die sozialen Prozesse des Einwanderns, Siedelns und Nachzugs, die Ausbildung eigenständiger sozialer Strukturen und die steuernden Einflußnahmen von Recht und Verwaltung sowie die Motive und Realisierung der Remigration untersucht haben. Prägend ist die Tendenz der Verlängerung des Verbleibs und der Niederlassung in der Bundesrepublik (West), der generationsmäßigen Differenzierung in zunehmender Nähe zur Aufnahmegesellschaft mit differenter Orientierung der Generationen auf die Kultur des Aufnahme- oder ‚Herkunft‘-Landes. Für die eigentlich migrierte Generation gilt, daß sie nach der Familienphase und wegen der Familienbildung zunehmend, unter sozialstrukturell besonderen Bedingungen, ambivalent gegenüber Ursprungs- und Aufnahmegesellschaft, hier geblieben ist und mit hoher Wahrscheinlichkeit ihre Altersphase im Aufnahmeland gestalten und erleben wird. Der Prozeß der sozialen Partizipation und Organisation einer spezifischen sozialen Umwelt ist in vollem Gang. Die sozialen Hilfesysteme haben die Herausforderungen bisher weitestgehend nicht an- und aufgenommen, eigenständige Strukturen der Hilfe und Selbsthilfe sind erst im Ansatz entwickelt, auch

---

<sup>2</sup> So zum Beispiel im Expertisenband IV zum Zweiten Altenbericht der Bundesregierung: Dietzel-Papakyriakou, Maria und Elke Olbermann: Wohnsituation älterer Migranten in Deutschland. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.): Wohnverhältnisse älterer Migranten. Frankfurt (Campus) 1998, S. 10-86. Korporal, Johannes und Bärbel Dangel-Vogelsang: Zur gesundheitlichen Situation von Familien mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit innerhalb der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Expertise zum 6. Familienbericht. Berlin 1998. Die in diesen beiden Expertisen zu findenden detaillierten Ausführungen zu sozialstrukturellen Parametern von älteren Migranten sollen hier nicht aktualisiert oder fortgeschrieben werden, da ein Bezug auf das Expertisenthema in dieser Differenziertheit ohnehin nicht herstellbar ist.

wegen der rechtlich und verwaltungsmäßig begründeten öffentlichen Vertretung der Migranten durch traditionale Strukturen und vorhandene Organisationen, zum Beispiel Wohlfahrtsverbände, die einer eigenständigen Strukturbildung bislang entgegenstanden.

## 2. Datengrundlagen

Da für die spezifische Fragestellung der Expertise Primärdaten für die Bezugs- und eine Vergleichsbevölkerung praktisch nicht zur Verfügung stehen, kann das Thema - unbeachtlich der jeweils unterschiedlichen und kontextgebundenen Datenerhebungen - empirisch allenfalls aus Sekundäranalysen amtlicher, soziallyeistungs- oder forschungsbezogener Datenbestände erschlossen werden. Damit geht fast jede mögliche Differenzierung nach sozialer und ethnischer Struktur, nach Lebenslage oder Nationalität verloren. Es bleiben zu referierende Ergebnisse von Dichotomisierungen nach ‚deutsch‘ und ‚ausländisch‘, was deren Geltung und deren Interpretation grundlegend einschränkt. Immerhin kann dieses Vorgehen Problematiken aufdecken und Kontexte explorieren.

Im Rahmen von Veröffentlichungen amtlicher oder leistungsbezogener Statistiken stehen in der Regel fast ausschließlich Grundtabellen zur Verfügung, die ein undifferenziertes Merkmal zur Staatsangehörigkeit, meist ‚Ausländer‘, ausweisen. Nur teilweise sind die veröffentlichten Daten hinsichtlich der Nationalität, des Alters und Geschlechts, vor allem aber praktisch nicht im Hinblick auf mehrere Bedingungen gleichzeitig differenziert. Vor diesem Hintergrund sind die vorgegebenen Fragestellungen zufriedenstellend kaum zu bearbeiten. Der zeitaufwendige Versuch, Sonderauswertungen überlassen zu bekommen, war in einigen Fällen erfolgreich. Wo möglich und in engem Zeitrahmen realisierbar, wurden Daten zur Sekundäranalyse erbeten und in der Regel auch zur Verfügung gestellt.<sup>3</sup> Sie bringen das Problem mit sich, daß sie nicht aufeinander bezogen, an jeweils sehr unterschiedliche Kontexte kategorial und erhebungstechnisch gebunden sind, die die Reichweite der Aussagen einschränken. All dies gilt es in Rechnung zu stellen, wenn Ergebnisse vorgestellt und umsetzungsorientierte Schlußfolgerungen erörtert werden sollen. Perspektivisch kann die Einsicht in Sinn und Notwendigkeit angeregt werden, auch im Rahmen von Routine-Berichterstattungen über die Relevanz des Migrationskontextes und -hintergrundes und seine angemessene Kategorisierung nachzudenken und dies zu berücksichtigen.

---

<sup>3</sup> Den kooperierenden Einrichtungen sei an dieser Stelle für ihre Bereitschaft und Flexibilität herzlich gedankt.

### 3. Bezugsbevölkerungen und Kollektive

Wo immer möglich, wurde von den demographischen und leistungsbezogenen Statistiken der Bundesrepublik für die nichtdeutsche, zum Teil die türkische und die deutsche Wohnbeziehungsweise Inanspruchnahmebevölkerung ausgegangen. Als fortgeschriebene oder maßnahmeorientiert dokumentierte Dateien weisen die Daten zum Teil ‚Fehler‘ aus, die im einzelnen nicht exakt quantifizierbar sind. Die amtliche Statistik veröffentlicht aus Datenschutzgründen bei zur Sekundäranalyse zur Verfügung gestellten Daten keine Einzelfälle. Begriffe, die sich auf ähnliche Kontexte beziehen, zum Beispiel ‚arbeitsgebundene Krankheiten‘, haben je nach der Form und dem Bereich der Erhebung unterschiedliche Bedeutungen und Inhalte. Hierauf wird im einzelnen hingewiesen.

Wenn möglich, werden Ergebnisse für Fünfjahres-Altersgruppen, beginnend mit dem vierzigsten Lebensjahr vorgestellt. Wo Altersangaben nicht zur Verfügung stehen, wird versucht, den Stellenwert der Problematik für ältere Menschen ( $\geq 40$  Jahre) einzuschätzen.

Da sich aus Gründen der sozialen Struktur und Schichtung der deutschen und der nicht-deutschen Bevölkerung, der differenten Verteilung der Berufe und der unterschiedlichen Teilnahme am wirtschaftlichen Leben auch die soziale Repräsentanz in den Systemen der Sozialen Sicherung grundlegend unterscheidet, wird in diesen Fällen, wenn möglich, die Betrachtung eines Teilsystems zugrunde gelegt, bei dem eher von sozial vergleichbaren Kollektiven der Deutschen und Nichtdeutschen ausgegangen werden kann.

### 4. Einschätzungen gesundheitlicher Beeinträchtigungen aufgrund vorliegender Daten und Untersuchungen

#### 4.1 Beeinträchtigungen durch Unfälle

Unfälle spielen in allen Altersgruppen unter verschiedenen Kategorien eine große Rolle im Hinblick auf Krankheitshäufigkeit (Morbidität<sup>4</sup>) und Sterblichkeit (Mortalität<sup>5</sup>) von Menschen. Unfälle werden in den amtlichen demographischen Statistiken der Todesursachen nach den Unfallursachen und den Verletzungsfolgen, den Morbiditätsstatistiken

---

<sup>4</sup> Erkrankte Menschen bezogen auf (meist) 100.000 einer nach Region und Zeit definierten Bezugsbevölkerung. Die Morbidität kann nach der Rate der Neu-Erkrankten (Inzidenz) oder dem Bestand an Kranken (Prävalenz) differenziert werden.

<sup>5</sup> Die Mortalitätsziffer (Rohe Sterblichkeit) bezieht die Anzahl der Gestorbenen auf die mittlere, zeitlich und regional definierte Bezugsbevölkerung.



der Krankenhausbehandlungsfälle und den Leistungsstatistiken der Träger der Sozialversicherung unter den verschiedenen Aspekten der Behandlungsanlässe, der Arbeitsunfähigkeit und der Teilhabe (Rehabilitation) dokumentiert. Eine Dichotomisierung der Staatsangehörigkeit (deutsch, ausländisch) findet sich in der periodischen Todesursachenstatistik, der Statistik der Rehabilitation und einer Sonderauswertung der Statistik der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten eines Trägers der Gesetzlichen Unfallversicherung (Gewerbliche Berufsgenossenschaften). Insofern stehen für die Expertise nur partikulare Ausschnitte des Geschehens für eine Beurteilung zur Verfügung. Die Kurzzusammenfassung des folgenden Abschnitts zeigt anhand einer bevölkerungsbezogenen Analyse (für die erwachsene deutsche Bevölkerung) den quantitativen Stellenwert und die hypothetischen Zusammenhänge von Unfällen, Verletzungsfolgen und sozialen Parametern auf.

#### 4.2 Unfallinzidenzen und Verletzungsfolgen in der deutschen Bevölkerung

Zu Unfallinzidenzen und Verletzungsfolgen liegen repräsentative Ergebnisse einer Stichprobe für die 18 bis 79jährige deutsche Bevölkerung aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 vor.<sup>6</sup> Leider sind Personen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit nicht eigenständig in die Erhebung einbezogen worden.<sup>7</sup> Unfälle wurden, differenziert nach dem Ort, der durch sie bedingten Arbeitsunfähigkeit, den Verletzungsfolgen und der Unfallursache erhoben, wenn sie innerhalb der letzten 12 Monate ärztlich versorgt werden mußten. Nach den Ergebnissen der Studie ist von einer Häufigkeit behandlungsbedürftiger Unfälle von mehr als 12 % der untersuchten Bevölkerung auszugehen. Wie in praktisch allen Untersuchungen haben Männer gegenüber Frauen ein deutlich höheres Unfallrisiko (OR von 1,61; 95 % Konfidenzintervall: 1,41-1,83). Nur bei Männern nehmen Unfallhäufigkeiten mit dem Alter ab. Tabelle 4.1 stellt die prozentualen Häufigkeiten für Frauen und Männer nach den Altersklassen dar, die in dieser Expertise berücksichtigt werden.

---

<sup>6</sup> Langen, Ute: Unfälle - Orte, Umstände und Folgen. Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Gesundheitswesen 66 (1): 21-28, 2004. Die Darstellung der methodischen Grundlagen der Erhebung weist 302 teilnehmende Probanden mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit aus. Etwa ebenso viele Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit befinden sich in der Gruppe ‚Neutraler Ausfälle‘. Thefeld, W., H. Stolzenberg und B.-M. Bellach: Bundes-Gesundheitssurvey: Response, Zusammensetzung der Teilnehmer und Non-Responder-Analyse. Das Gesundheitswesen. Sonderheft 61 (12): S57-S61, 1999. Pott hoff, P., E. Schroeder, U. Reis und A. Klamert: Ablauf und Ergebnisse der Feldarbeit beim Bundes-Gesundheitssurvey. Das Gesundheitswesen. Sonderheft 61 (12): S62-S67, 1999. Vgl. auch die weiteren Beiträge dieses Themenhefts.

<sup>7</sup> Langen, persönliche Mitteilung.

Altersklasse	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
40-49	82	12,9	47	7,6
50-59	70	11,2	62	10,4
60-69	45	9,2	43	7,9
70-79	20	7,9	40	9,3
Gesamt	508	15,1	334	9,4

Tabelle 4.1: Unfallhäufigkeiten des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 nach dem Alter der deutschen Bevölkerung (Quelle: Langen 2004)

Die hier gefundenen Ergebnisse liegen eine Zehnerpotenz über den Anteilen, die im letzten Mikrozensus berichtet werden (Tab. 4.2).<sup>8</sup> Begründend dafür werden vor allem die offeneren Erhebungsgrenzen des Bundes-Gesundheitssurveys (1 Jahr) gegenüber dem Mikrozensus (letzte 4 Wochen) sein. Auch wenn gleichbleibende Häufigkeiten für ein Jahr unterstellt werden, liegen die Raten des Mikrozensus unter denjenigen des Bevölkerungssurveys. Das mag mit dem Begriffsumfang der Unfallhäufigkeit und der Erhebung der Unfallverletzung zu tun haben. In jedem Fall wird ein quantitativer Bereich aufgespannt, in dem das Unfallgeschehen nach subjektiver Angabe der hiesigen Bevölkerung präsent ist.

Altersgruppen / Jahre	männlich	weiblich	insgesamt
	%	%	%
40-<45	1,0	0,5	0,8
45-<50	1,0	0,5	0,8
50-<55	0,8	0,5	0,6
55-<60	0,8	0,9	0,8
60-<65	0,7	0,7	0,7
65-<70	0,5	0,8	0,7
70-<75	-	0,8	0,6
75 und älter	0,8	1,2	1,1
alle Altersgruppen	0,8	0,6	0,7

Tabelle 4.2: Unfallverletzte Personen nach Altersgruppen; Ergebnisse der Mikrozensus-Befragung im Mai 2003<sup>9</sup>

Dem Trend abnehmender Unfallhäufigkeit bei Männern steht - ebenfalls ausschließlich bei Männern - die Zunahme der Anteile der Hausunfälle mit steigendem Lebensalter entgegen (25 % der 30-59jährigen; 50 % der 60-79jährigen).<sup>10</sup> Obwohl Straßenunfälle ganz

<sup>8</sup> Statistisches Bundesamt Deutschland - Gesundheitswesen -: Gesundheitszustand der Bevölkerung. Bevölkerung, Kranke und Unfallverletzte nach Altersgruppen. Ergebnisse des Mikrozensus. Aktualisiert am 27.4.2004. www.destatis.de; 20.5.2004. Der Mikrozensus ist eine jährliche 1 % Zufallsstichprobe aller deutschen Haushalte, in dessen Erhebungsprogramm alle 4 Jahre freiwillig zu beantwortende Fragen zur Gesundheit gestellt werden, die 2003 jeweils durch 85,7 % der Erhebungseinheiten beantwortet wurden.

<sup>9</sup> Statistisches Bundesamt Deutschland - Gesundheitswesen -: Gesundheitszustand der Bevölkerung. Bevölkerung, Kranken und Unfallverletzte nach Altersgruppen. Ergebnisse des Mikrozensus. Aktualisiert am 27.4.2004. www.destatis.de; 20.5.2004.

<sup>10</sup> Langen, Ute: Unfälle - Orte, Umstände und Folgen. Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Gesundheitswesen 66 (19): 22, 2004.

überwiegend junge Erwachsene betreffen, nehmen Anteile auch in dieser Kategorie nach dem Minimum in der Altersklasse von 50-59 Jahren (0,7 %) in den nächsten Lebensalterszehnten auf 1,2 und 1,6 % zu.

Unfälle am Arbeitsplatz und auf dem Weg zur oder von der Arbeit betrafen 4,6 % der beruflich Tätigen, beziehungsweise 3,1 % aller Befragten.<sup>11</sup> Das Unfallrisiko steigt mit dem Umfang der wöchentlichen Beschäftigung (1,3 % bei < 15 h/Wo; 5,2 % bei ≥ 35 h/Wo).<sup>12</sup> Hier bestehen keine geschlechterspezifischen Differenzen, allerdings sind die Risiken bekanntermaßen nach Berufs- und Tätigkeitsgruppen und -inhalten different. Risiken steigen nach den Ergebnissen dieser Studie bei verantwortlichen und leitenden produktiven Tätigkeiten auf 6,3 %, bei „anstrengender körperlicher Arbeit“ auf 7,7 %, bei „Schicht- und/oder Nachtarbeit“ auf 7,9 % und bei „Lärm und ‚schlechter‘ Luft“ auf 8,3 %. Bei Männern, die der sozialen Unter- oder Mittelschicht zuzurechnen sind, besteht gegenüber Angehörigen der Oberschicht ein 2,5fach höheres Risiko eines Unfalls im Zusammenhang der Arbeit.<sup>13</sup> Hinsichtlich Alter und Geschlecht sind keine Unterschiede nachgewiesen. Entlang diesen Ergebnissen lassen sich hypothetische Zusammenhänge für die nichtdeutsche Bevölkerung formulieren, die vor dem Hintergrund der Datenlage weitgehend theoretisch bleiben müssen.

Freizeitunfälle haben die gleiche quantitative Dimension wie Arbeitsunfälle (3,1 % der Befragten, 26,2 % der Unfälle). Bei Männern zeigt sich eine ausgeprägte Beziehung zu regelmäßiger sportlicher Betätigung (44,4 % der Unfälle, bei Frauen bereits, wenn sie wenig Sport treiben (22,2 und 21,4 %)).<sup>14</sup>

Bei zwei Dritteln der Unfälle (66,8 %) ergibt sich eine Arbeitsunfähigkeit, bei Berücksichtigung bestehender Beschäftigungsverhältnisse sind es 71,1 %, ohne Alters- und Geschlechterdifferenz. Sie beträgt bei 90 % der Fälle zwischen einem Tag und zwei Monaten, 40 bis 59jährige sind durchschnittlich länger arbeitsunfähig krank. Offene Wunden werden überproportional bei Männern, Knochenbrüche bei Frauen erhoben. Gehirnerschütterungen und Knochenbrüche sind vor allem Verletzungsfolgen von Menschen im Alter von über sechzig Jahren.<sup>15</sup>

---

<sup>11</sup> Die hier zugrundeliegende Kategorie der „Unfälle am Arbeitsplatz und auf dem Arbeitsweg“ ist nicht identisch mit den Begriffen der Wegeunfälle und Berufskrankheiten im Recht der Gesetzlichen Unfallversicherung und auch nicht mit den entsprechenden Erhebungen im Mikrozensus der Statistischen Ämter. Langen, persönliche Mitteilung.

<sup>12</sup> Langen, Ute: Unfälle ..., a. a. O., S. 23.

<sup>13</sup> Dasselbst S. 24.

<sup>14</sup> Dasselbst S. 24, 25.

<sup>15</sup> Dasselbst S. 26.

Es gibt wenige Gründe, bei Unfallhäufigkeiten und Verletzungsfolgen der ausländischen Wohnbevölkerung zum Beispiel hinsichtlich der Geschlechterdominanz von Männern von grundlegend anderen empirischen Zusammenhängen auszugehen als bei der deutschen. Zwar legen unterschiedliche Formen der Teilnahme am Straßenverkehr, an Freizeitaktivitäten und der Wohnsituation eine andere und vermutlich unterdurchschnittliche Beteiligung an tödlichen Unfällen nahe, nur liegen wegen der Begrenzung der Erhebung auf die deutsche Bevölkerung entsprechende Ergebnisse nicht vor. Insofern wird in den folgenden Abschnitten der Versuch unternommen, unter Nutzung vorhandener Datenquellen die Unfallbelastungen darzustellen und zu erörtern.

### 4.3 Sterblichkeit an Unfällen und Verletzungsfolgen nach der Nationalität

Da subjektive Daten aus Bevölkerungsumfragen oder Angaben aus Unfallbehandlungs- oder Sozialleistungsstatistiken nicht zur Verfügung stehen, sei zunächst ersatzweise auf die Statistiken der Todesursachen zurückgegriffen, um die ungefähren Beeinträchtigungen durch die gravierendsten Unfallfolgen zu schätzen. Zwar kann aus dem Quotienten der klinischen oder ambulanten Unfallbehandlungen auf das Verhältnis leichter oder schwerer Unfallfolgen älterer Menschen geschlossen werden, dies trägt jedoch nichts zur Einschätzung der Relevanz nach der Nationalität der Menschen bei.

#### 4.3.1 Sterblichkeit an Verletzungsfolgen nach der Nationalität

Die Mortalität läßt sich aufgrund der Daten der amtlichen Statistik in den Kategorien der Verletzungsfolgen und der Unfallursachenbereiche nach den Merkmalen der Staatsangehörigkeit ‚deutsch‘ und ‚ausländisch‘ auswerten.<sup>16</sup> Die Tabellen 4.3, 4.4 und Abbildungen 4.1 und 4.2 stellen auf dieser Grundlage die altersklassenbezogene Mortalität an Verletzungsfolgen nach der Staatsangehörigkeit und dem Geschlecht für Fünfjahreszeiträume dar. Eine Interpretation der Daten bestätigt die geschlechterbezogenen Differenzen der überproportionalen Sterblichkeit von Männern gegenüber Frauen, die in Untersuchungen zur Morbidität und Mortalität von Verletzungsfolgen und Unfällen durch-

---

<sup>16</sup> Vorgestellt werden alters- und geschlechtsspezifische Raten der Sterblichkeit, differenziert nach Unfallkategorien und dem Merkmal der Staatsangehörigkeit. Altersspezifische Mortalitätsraten (AMR) wurden nach der Formel berechnet:  $AMR = T_{sza}/B_{sza} * 100.000$ ; T = Gestorbene, B = jeweilige Bezugsbevölkerung der Wohnbevölkerung, s = Geschlecht, a = Alter, z = Staatsangehörigkeit. Casper, W., G. Wiesener und K. E. Bergmann: Mortalität und Todesursachen in Deutschland. Berlin (RKI-Bericht) 1995. Da die absoluten Zahlen der Unfälle und Verletzungsfolgen, aber in den höheren Altersklassen auch diejenigen der Bezugsbevölkerungen zum Teil relativ gering sind, beziehungsweise stark schwanken, schlägt sich dies auch in differenten Raten der Sterblichkeit nieder. Insofern wird ein Mehrjahreszeitraum zugrundegelegt und betrachtet.

gehend festgestellt wird. Die Mortalitätsraten weisen altersabhängige Zunahmen für die berücksichtigten Teilgesamtheiten aus. Gegenüber dem Ausgangsjahr 1998 läßt sich in den Folgejahren durchweg ein Rückgang der Sterblichkeit entnehmen. Die hohen Mortalitätsraten in den Altersgruppen über 65 Jahren und das ‚Anschließen‘ der Werte für nichtdeutsche Frauen in den letzten Jahren können darauf verweisen, daß die Problematik der Unfälle und der Unfallsterblichkeit älterer Menschen real zunimmt und durch das institutionelle Procedere (Leben, Behandlung in einer Institution) in größerem Umfang dokumentiert wird. Daß Phänomene der Angleichung der Raten der deutschen und nicht-deutschen Bevölkerung bei der Unfallsterblichkeit von älteren Frauen mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit in Erscheinung treten, kann damit zusammenhängen, daß Frauen diesen Alters überproportional im Hinblick auf aktive und passive häusliche Sicherheit unberaten und unterausgestattet sind. Sie leben häufiger als Frauen in anderen Altersgruppen alleine, soziale Unterstützung ist in geringerem Umfang vorhanden. Damit ergibt sich die Notwendigkeit, daß personale und technische Hilfen in Anspruch genommen werden müssen. Zur Inanspruchnahme der Beratung und Leistung besteht eine größer Distanz als bei der altersgleichen deutschen Bevölkerung. Unfallprävention in höherem Lebensalter und für Menschen diesen Alters, insbesondere Migranten, sollte im Hinblick auf ethnische Gruppen spezifisch entwickelt und vor Ort implementiert werden.

Jahre	1998		1999		2000		2001		2002	
	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch
40-<45	79,1	26,5	56,1	32,1	58,8	34,8	55,6	26,6	56,2	28,4
45-<50	74,8	27,2	56,9	34,2	59,8	29,5	60,9	29,2	58,6	26,4
50-<55	76,7	24,7	54,7	27,9	56,5	24,6	54,1	27,3	58,2	29,9
55-<60	76,6	32,0	57,8	34,1	57,8	31,8	56,4	26,1	52,7	27,0
60-<65	75,9	25,0	59,0	26,7	58,6	24,0	58,7	22,8	54,9	25,7
65-<70	79,6	36,1	66,0	22,1	65,1	41,0	63,8	36,0	63,5	35,0
70-<75	96,8	55,9	79,5	25,0	80,7	41,7	81,7	51,2	81,5	48,8

Tabelle 4.3: Sterblichkeit von Männern an Verletzungen, Vergiftungen ... nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>17</sup>

<sup>17</sup> Sterblichkeit an Verletzungsfolgen: An Verletzungen Gestorbene bezogen auf je 100.000 der alters- und geschlechtsgleichen Bevölkerung. Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002. Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10 (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)). GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsforschung.

Jahre	1998		1999		2000		2001		2002	
	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch
40-<45	20,8	9,2	16,2	7,8	15,8	16,7	15,4	7,8	16,7	9,1
45-<50	21,8	9,2	17,6	13,7	17,2	10,2	16,9	13,9	18,0	11,2
50-<55	23,9	11,0	17,9	13,1	19,1	10,7	18,3	14,3	17,3	8,3
55-<60	26,4	12,59	20,8	11,8	21,4	14,8	20,2	11,2	20,0	13,1
60-<65	27,9	11,69	23,2	18,3	22,3	14,6	22,7	11,3	22,1	11,6
65-<70	33,1	30,23	25,8	15,9	27,8	8,7	26,1	26,4	27,6	15,5
70-<75	46,6	30,0	36,5	25,9	40,8	32,3	37,5	41,4	38,6	36,1

Tabelle 4.4: Sterblichkeit von Frauen an Verletzungen, Vergiftungen ... nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>18</sup>

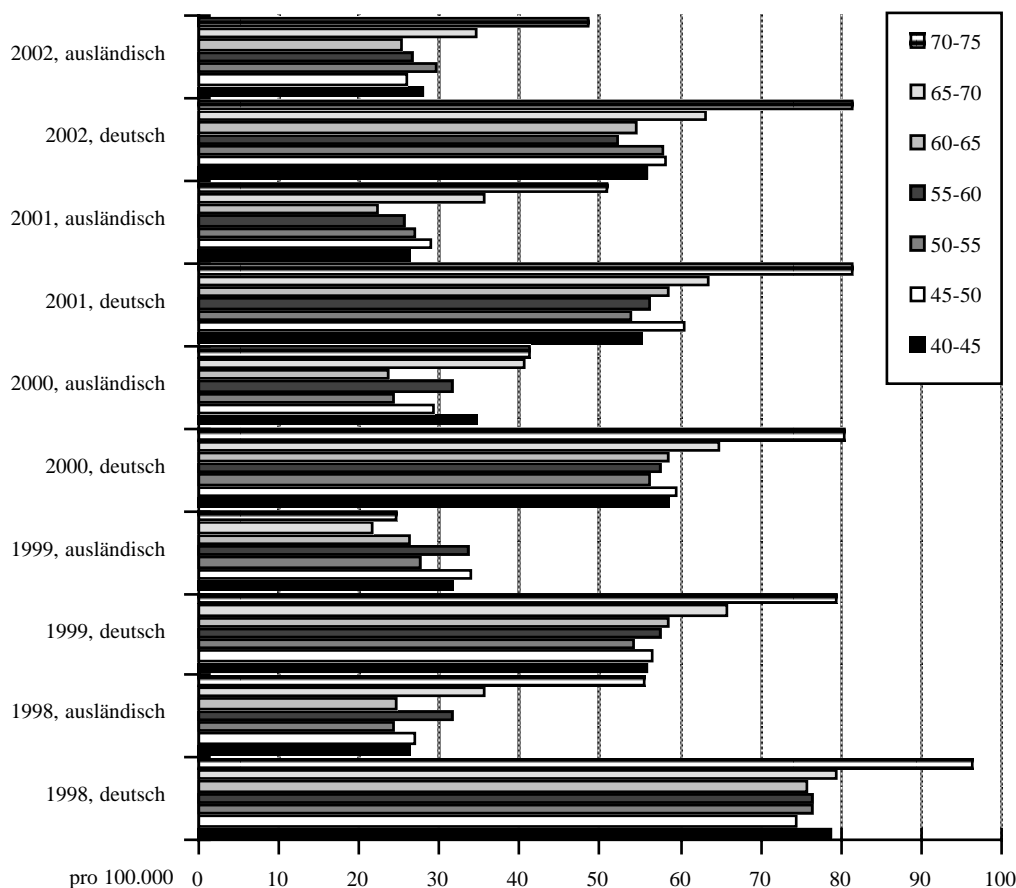


Abbildung 4.1: Sterblichkeit von Männern an Verletzungen, Vergiftungen ... nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>19</sup>

18 Sterblichkeit an Verletzungsfolgen: An Verletzungen Gestorbene bezogen auf je 100.000 der alters- und geschlechtsgleichen Bevölkerung. Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10 (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)). GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung.

19 Sterblichkeit an Verletzungsfolgen: An Verletzungen Gestorbene bezogen auf je 100.000 der alters- und geschlechtsgleichen Bevölkerung. Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kate-

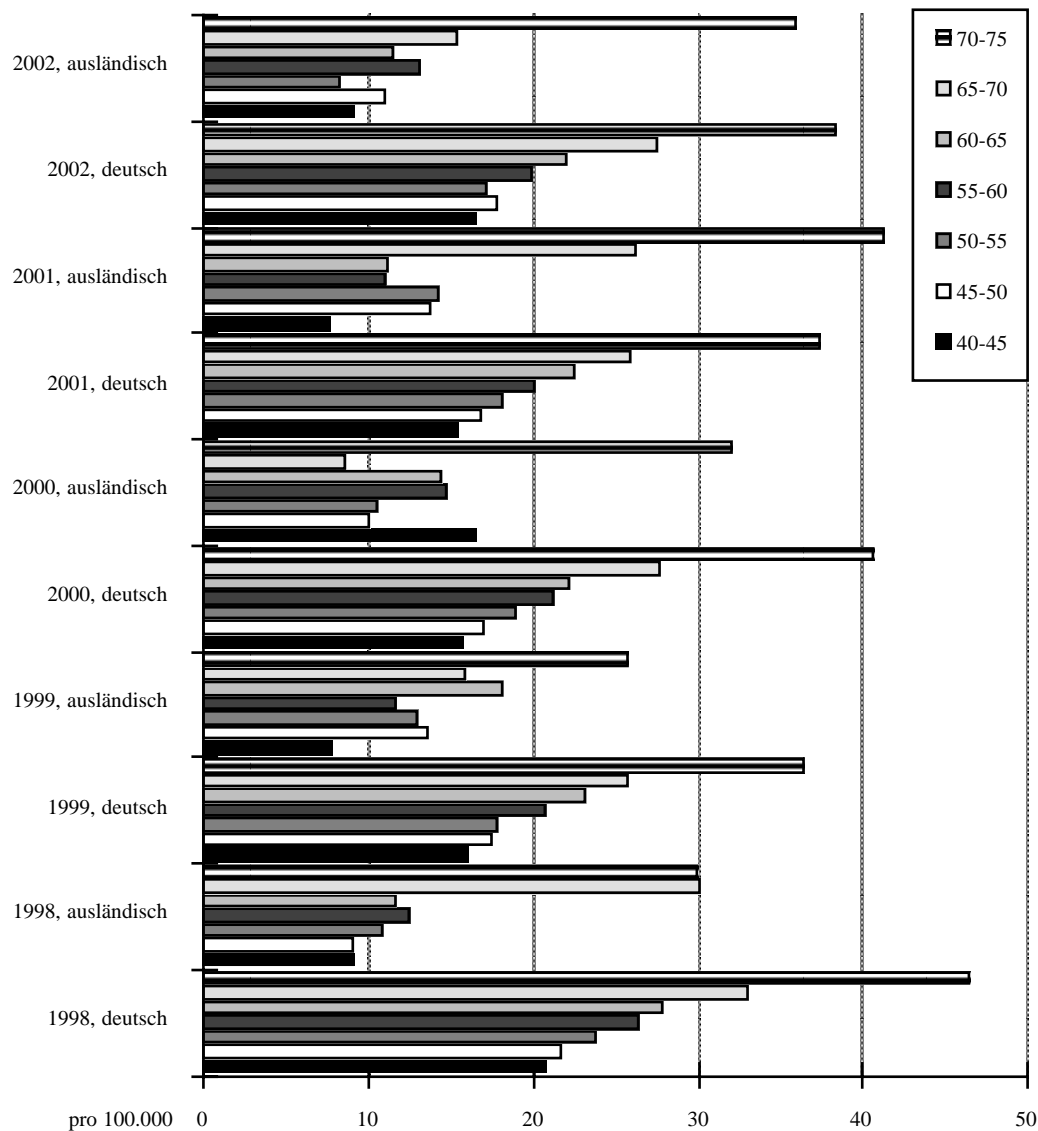


Abbildung 4.2: Sterblichkeit von Frauen an Verletzungen, Vergiftungen ... nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>20</sup>

Für an Verletzungsfolgen Gestorbene mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit werden durchgehend geringere altersspezifische Mortalitätsraten ausgewiesen. Während die Raten für Männer bis zum Alter von 65 Jahren in einem quantitativ etwa gleichen Bereich liegen

gorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10 (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)). GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung.

<sup>20</sup> Sterblichkeit an Verletzungsfolgen: An Verletzungen Gestorbene bezogen auf je 100.000 der alters- und geschlechtsgleichen Bevölkerung. Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10 (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)). GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung.

und insbesondere in der höchsten einbezogenen Altersgruppe zunehmen, gibt es bei Frauen eine stetige Zunahme der Raten über alle Altersklassen. Ansatzweise zeigt sich dies auch bei Frauen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit.

#### Exkurs zur Mortalität nach dem Merkmal der Staatsangehörigkeit

Der Befund einer geringeren altersspezifischen Sterblichkeit an Krankheiten und Unfällen in der nichtdeutschen Bevölkerung ist nicht neu, gleichwohl schwer zu interpretieren. Insofern erfolgt hierzu eine grundsätzliche Bemerkung: Die rohe oder standardisierte Sterblichkeit in der erwachsenen ausländischen Bevölkerung lag in verschiedenen, seit Beginn der 1980er Jahre vorgenommenen Sekundäranalysen der amtlichen Todesursachenstatistik in der Bundesrepublik (erheblich) unter derjenigen der deutschen Bevölkerung.<sup>21</sup> Regional für Berlin wurde der Befund bestätigt.<sup>22</sup> Dies ist zwar ein konstanter Befund, der aber vor allem in den gegebenen Ausprägungen nicht plausibel erklärbar ist.<sup>23</sup> Immer wieder vorgetragene Interpretationen, es könnten fehlende Meldungen und Beurkundungen von Sterbefällen, eine selektive Remigration, insbesondere im Verlauf unheilbarer, chronischer oder todesbedrohter Krankheiten oder die Aufgabe der Migranten-Staatsangehörigkeit sein, sind bisher von nur eingeschränkter Evidenz. Sie werden lediglich dadurch gestützt, daß die Wanderungssalden der ausländischen Bevölkerung ab 1997 - exemplarisch belegt am Beispiel Berlins, das vermutlich für Siedlungsgebiete älterer nichtdeutscher Wohnbevölkerung so weit auch ‚repräsentativ‘ ist -, negativ sind und die Wanderungen mehrheitlich über die Landesgrenzen gehen.<sup>24</sup> Der Prozeß der Remigration im Alter stellt sich zudem nach der Nationalität der Remigranten unterschiedlich

---

21 Mit der Ausnahme der Totgeburtlichkeit, der Säuglings-, Kinder- und Müttersterblichkeit. Geiger, Andreas und Johannes Korporal: Gesundheitsprobleme und -risiken der ausländischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Unveröffentlichter Projektbericht im Rahmen des Forschungsvorhabens ‚Prioritäre Gesundheitsziele‘ des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Bonn (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands) Köln (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland) 1989, 94 S. Hiusmann, Adrienne, Caren Weilandt, Andreas Geiger, Johannes Korporal, Bärbel Dangel-Vogelsang und L. Joksimovic: Migration and Health in Germany. Bonn (WIAD) 1997. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (Hg.): Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen 1995-1996. Düsseldorf (MAGS) 1997. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (Hg.): Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen 1999. Düsseldorf (Eigenverlag) o. J. Althenhofen, Lutz und Ingbert Weber: Mortalität der ausländischen und der einheimischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Sozial- und Präventivmedizin 38: 222-230, 1993.

22 Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (Hg.): Jahresgesundheitsbericht 1995, 1996. Berlin (Eigenverlag) 1996, 1997, S. 40 ff. und 311; S. 263.

23 Weber, Ingbert et al. (Hg.): Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen - Fakten - Perspektiven. Baden-Baden (Nomos) 1990, S. 577-601.

24 Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin (Hg.): Sozialstrukturatlas Berlin 2003. Berlin (Eigenverlag) 2004, S. 159-163 (Altersgruppen: 45-<65 und 65 und älter). Auslandswanderungen sind in Regionen mit hohem Anteil an nichtdeutscher Bevölkerung besonders gering.



dar. Unterstellt man, daß der Altersrentenbezug Indikator für den Wohnort der Migranten ist, leben 90 % der spanischen und 80 % der italienischen Migranten in der ursprünglichen Heimat, während dies für türkische Bewohner 1992 zu 60 % galt, 1998 allerdings nur noch zu 20 % zutraf.<sup>25</sup> Zudem weist das Sozioökonomische Panel steigende Raten der Verbleibsabsichten von Migranten im Aufnahmeland aus.<sup>26</sup> Für die Hypothese der krankheitenkorrelierten Remigration älterer Menschen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit gibt es zwar im Einzelfall Belege, und auch aufgrund der großen Zahlen von Rückwanderern und ihrer Motivation könnten solche Prozesse möglicherweise zu einem Teil erklärend sein. Dem steht entgegen, daß die sozialen Bezüge durch Verwandtschaft, Gemeinschaft und mögliche soziale Unterstützung durch den sozialen Wandel auch im ‚Heimatland‘ transformiert oder nicht mehr gegeben sein können. Auf der anderen Seite kann durch die Ausdifferenzierung von Gewohnheiten, Ritualen, Netzen und neuen Unterstützungsformen in den ‚Gemeinden‘, gerade für ältere Migranten, die subkulturelle Distanz zur Aufnahmegesellschaft zu einem Teil abnehmen. Im Nachgang dessen könnte auch die Akzeptanz der gegenwärtigen Lebenssituation steigen und die doppelte Orientierung zurückgehen.<sup>27</sup> Damit kann auch die Bereitschaft zur Dokumentation von Ereignissen und Vorgängen des Lebens und die Akzeptanz notwendiger Pflichten steigen.

Es wäre dann zu vermuten, daß mit der Ausdifferenzierung eigener spezifischer Hilfe-, Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen, die analog gestaltet, aber in einer stärkeren Übereinstimmung mit kulturellen und sozialen Werten der Migrantenbevölkerung sind, auch die ‚Spuren‘ und die statistischen Korrelate der Lebens- und Hilfeprozesse die Verhältnisse angemessener abgebildet werden.

Fehlerfassungen im Rahmen der Routinestatistiken könnten im Einzelfall gegeben sein, Experten der Statistischen Ämter halten dies jedoch für eher unwahrscheinlich.<sup>28</sup> Mit der Regelung und Zunahme mehrfacher Staatsangehörigkeiten nimmt die Unübersichtlichkeit jedoch eher zu als ab. Problemverschärfend kommt hinzu, daß nicht nur die Meldungen

---

<sup>25</sup> Renten ohne Grenzen. Informationsdienst des Instituts der Deutschen Wirtschaft 49, 1999 vom 9. 12. 1999. Dies würde die Annahme zunehmender Validität der Statistiken im Hinblick auf Migranten wenigstens für die hier siedelnden Teilbevölkerungen bestätigen.

<sup>26</sup> Zit. nach: Gesundheitsamt der Freien und Hansestadt Bremen (Hg.): Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen. Lebenssituation, potenzielle Versorgungsbedarfe und gesundheitspolitische Perspektiven. Bremen (Eigenverlag) 2004, S. 21 und 22. Daten: SOEP 1997, 2001 Berechnung des Gesundheitsamts. Definition ausländische Senioren: Ausländische Staatsbürgerschaft (ohne gleichzeitige deutsche Staatsbürgerschaft), Alter  $\geq 60$  Jahre.

<sup>27</sup> Olbermann, Elke: Soziale Netzwerke, Alter und Migration: Theoretische und empirische Explorationen zur sozialen Unterstützung älterer Migranten. Dortmund, Universität, Fachbereich 14, Diss. 2003, ibs. S. 103 ff.

<sup>28</sup> Altenhofen, Lutz und Ingbert Weber: Mortalität ..., a. a. O., S. 223, 224. Das gilt auch für Gespräche, die die Autoren in jüngster Zeit mit Mitarbeitern Statistischer Ämter führten.

von Gestorbenen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit offensichtlich ‚unsicher‘ sind, sondern auch die Bezugsstatistiken der fortgeschriebenen Bevölkerung (Meldestatistik) oder mögliche Referenzstatistiken, zum Beispiel das Ausländerzentralregister, die nicht als Dateien der (nichtdeutschen) Bevölkerungen angelegt sind, sondern aus unterschiedlichen Anlässen mit unterschiedlichen Zielsetzungen geführt werden. Es fehlt also insgesamt an gesicherten Erkenntnissen zu Fehlern und Fehlerfassungen, und sie würden vermutlich auch den Größenordnungen der Differenzen entgegenstehen.<sup>29</sup>

Bevölkerungsbezogene Untersuchungen finden als Ergebnisse für Migranten vor dem Hintergrund kulturell bedingter grundlegend abweichender Formen der Ernährung, die in einigen wesentlichen Aspekten zeitstabil beibehalten worden zu sein scheinen.<sup>30</sup> In bevölkerungsbezogenen Untersuchungen wurden diese Formen als ernährungsphysiologisch günstiger bestätigt, denen günstigere Prognosen für Krankheitshäufigkeit und Überleben zugeordnet wurden. Möglicherweise kommt diesen Ergebnissen insbesondere für ältere Migranten real einige Bedeutung zu.

#### 4.3.2 Sterblichkeit an Unfällen nach der Nationalität

Eine zweite Perspektive auf die Sterblichkeit an ‚nichtnatürlichen‘ Ursachen legt nicht die Verletzungsfolgen, sondern die Unfälle selbst zugrunde (Abb. 4.3; Tab. 4.5, 4.6). Verletzungsfolgen sind als Todesursachen bezogen auf Frauen und Männer in den betrachteten Altersgruppen im allgemeinen bis zu dreimal häufiger als Unfälle. Es finden sich allerdings die gleichen Zusammenhänge wie bei Verletzungsfolgen, nämlich eine Männerdominanz, differente Altersabhängigkeiten, Unterschiede der Raten hinsichtlich der Staatsangehörigkeit und eine Abnahme gegenüber dem Ausgangsjahr. Die Unfallsterblichkeit der 70 bis 75jährigen Frauen unterscheidet sich insgesamt nicht nach der Nationalität. Auch hierdurch kann die Notwendigkeit wirksamer alters- und kulturspezifischer Unfallprävention begründet werden.

---

<sup>29</sup> Statistisches Bundesamt, Statistische Landesämter Berlin und Saarland: pers. Kommunikation.

<sup>30</sup> Schmidt, Brigitte: Ethnische Ernährungsweisen und ihre Veränderung - Ernährungsgewohnheiten von italienischen, griechischen und türkischen Migrantinnen in Süddeutschland. In: Bundesforschungsanstalt für Ernährung (Hg.): Ernährung und Raum. Regionale und ethnische Ernährungsweisen in Deutschland. Karlsruhe (Eigenverlag) 2002, S. 101-119. Dies. Auch die Liebe geht durch den Magen. Küche und ethnische Identität. Die Ernährungsweisen von Migrantinnen in Deutschland und ihr Veränderung. Nahrungskultur. Essen und Trinken im Wandel (4): 11 S., 2002. Zugriff: [lpb.bwue.de/aktuell4\\_02/kueche.htm](http://lpb.bwue.de/aktuell4_02/kueche.htm)

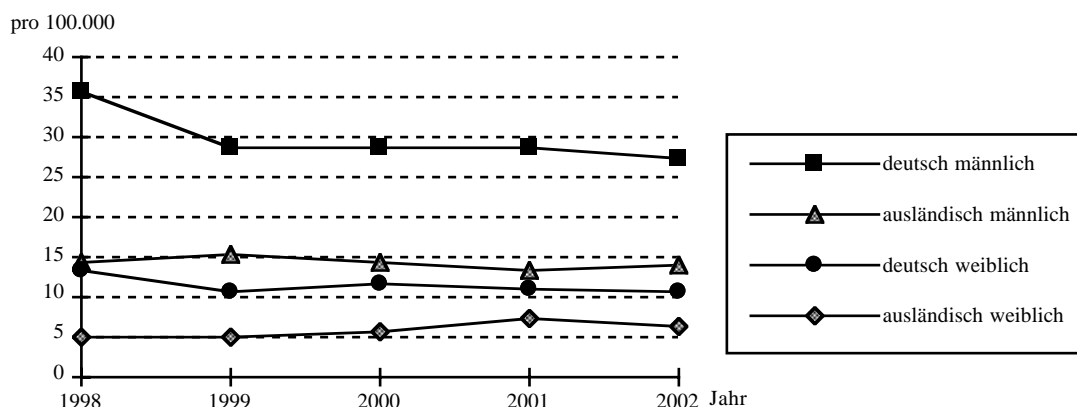


Abbildung 4.3: Sterblichkeit von Frauen und Männern im Alter von 40 bis 75 Jahren an Unfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>31</sup>

Jahre	1998		1999		2000		2001		2002	
	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch
40-<45	32,7	11,8	24,0	16,6	25,2	17,4	23,9	10,9	23,6	13,1
45-<50	31,3	13,0	24,5	15,6	26,5	12,9	26,0	11,1	23,8	13,7
50-<55	32,6	11,4	24,9	11,9	25,8	9,2	23,9	14,8	25,1	10,2
55-<60	34,0	19,2	26,5	18,6	26,3	17,5	25,1	11,5	24,4	17,0
60-<65	36,0	14,3	30,5	14,4	27,7	11,2	29,2	12,8	25,5	13,7
65-<70	39,9	13,1	34,1	16,2	32,9	20,5	33,7	20,2	33,7	15,0
70-<75	50,5	32,4	43,7	8,3	43,4	22,2	46,1	26,8	42,6	31,7

Tabelle 4.5: Sterblichkeit von Männern an Unfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>32</sup>

<sup>31</sup> Sterblichkeit an Unfällen: An Unfällen Gestorbene bezogen auf je 100.000 der alters- und geschlechtsgleichen Bevölkerung. Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10 (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)). GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung.

<sup>32</sup> Sterblichkeit an Unfällen: An Unfällen Gestorbene bezogen auf je 100.000 der alters- und geschlechtsgleichen Bevölkerung. Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10 (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)). GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung.

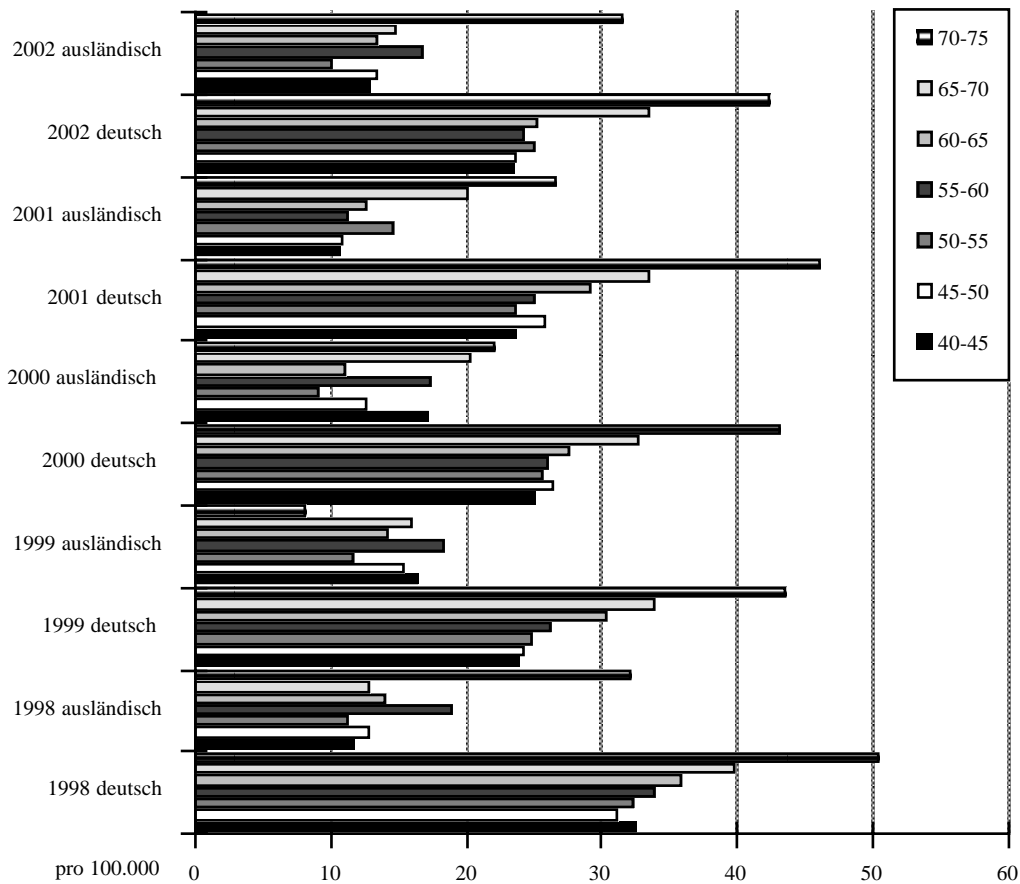


Abbildung 4.4: Sterblichkeit von Männern an Unfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>33</sup>

Jahre	1998		1999		2000		2001		2002	
	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch
40-<45	7,7	2,1	6,6	0,8	7,2	6,1	6,9	2,4	5,9	4,1
45-<50	8,1	3,8	7,2	5,7	7,2	2,4	7,0	7,6	6,8	6,9
50-<55	9,7	3,0	7,5	4,7	8,3	3,3	6,8	6,5	6,9	4,1
55-<60	11,0	5,2	8,3	5,6	9,2	10,7	8,7	4,3	8,4	7,4
60-<65	12,9	5,2	11,3	8,5	10,5	7,3	11,3	6,6	10,9	6,3
65-<70	18,2	18,6	14,3	6,8	16,0	4,3	14,7	22,6	16,8	6,9
70-<75	27,8	26,7	21,5	22,2	26,2	16,1	23,7	41,4	22,6	22,2

Tabelle 4.6: Sterblichkeit von Frauen an Unfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>34</sup>

<sup>33</sup> Sterblichkeit an Verletzungsfolgen: An Verletzungen Gestorbene bezogen auf je 100.000 der alters- und geschlechtsgleichen Bevölkerung. Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10 (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)). GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung.

<sup>34</sup> Sterblichkeit an Unfällen: An Unfällen Gestorbene bezogen auf je 100.000 der alters- und geschlechtsgleichen Bevölkerung. Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategori-

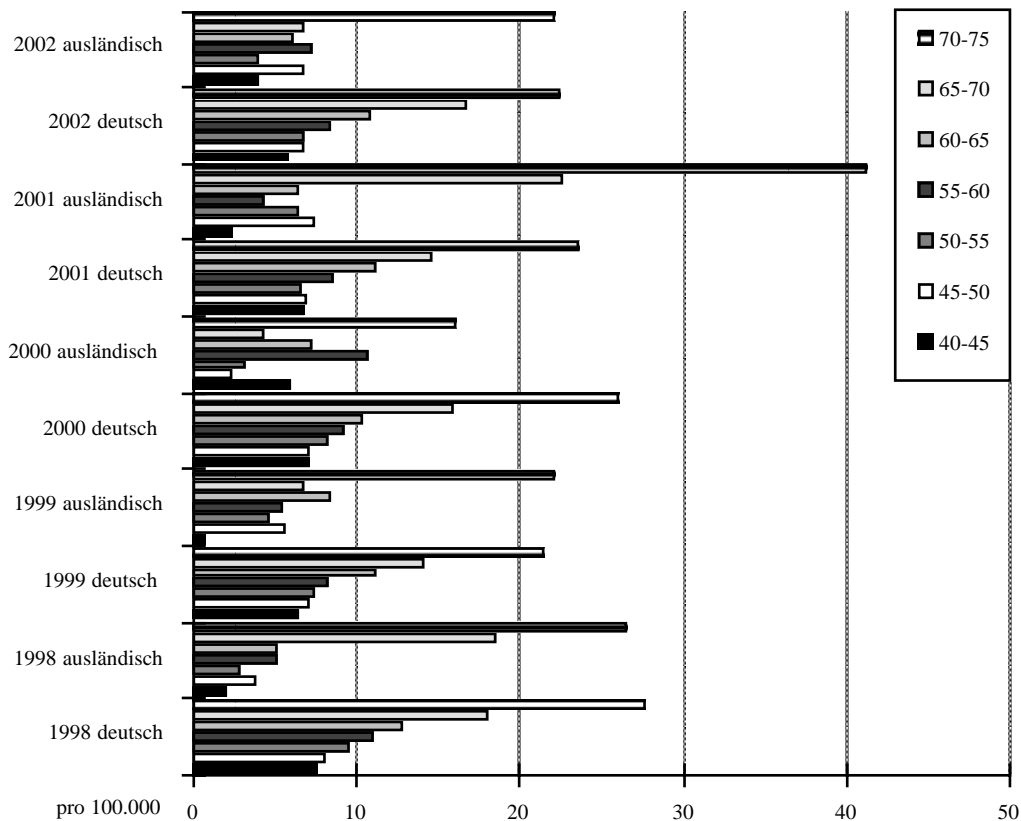


Abbildung 4.5: Sterblichkeit von Frauen an Unfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>35</sup>

#### 4.3.3 Sterblichkeit an Arbeitsunfällen nach der Nationalität

Die Unfallsterblichkeit ist mit den Daten der amtlichen Bevölkerungsstatistik unter anderem darstellbar für Arbeits-, Verkehrs- und Haus-/Freizeitunfälle. Auf diese Teilbereiche der Unfallsterblichkeit soll im folgenden kurz eingegangen werden. Arbeitsunfälle der amtlichen Todesursachenstatistik werden nach der ICD-10<sup>36</sup> kategorisiert, und sie haben damit einen weiteren Begriffsumfang als die leistungsbezogene Statistik der Gesetzlichen Unfallversicherung.

sierungen der Todesursachen nach der ICD-10 (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)). GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung.

<sup>35</sup> Sterblichkeit an Verletzungsfolgen: An Verletzungen Gestorbene bezogen auf je 100.000 der alters- und geschlechtsgleichen Bevölkerung. Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10 (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)). GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung.

<sup>36</sup> Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (Hg.): ICD-10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision - WHO - Ausgabe. Köln (Eigenverlag) 2004.

Arbeitsunfälle mit Todesfolge spielen praktisch ausschließlich bei Männern eine quantitativ bedeutsame Rolle (Tab. 4.7, 4.8; Abb. 4.6). Die Mortalitätsraten sind bei Männern hinsichtlich der Nationalität nicht signifikant different. Zwei Befunde fallen auf: In den Altersklassen von 50 bis 60 Jahren nehmen die Raten der ausländischen Männer in den meisten betrachteten Jahren zu, und sie überschreiten die Werte der deutschen Männer. Mit weiter zunehmendem Lebensalter - entsprechend der bei nichtdeutschen Männern vermutlich in durchschnittlich ‚jüngerem‘ Alter reduzierten oder aufgegebenen Arbeits- und Berufstätigkeit - werden tödliche Arbeitsunfälle selten oder sind ab 65 Jahren nicht mehr nachweisbar.

Bei deutschen Frauen liegen alle ausgewiesenen Raten tödlicher Arbeitsunfälle unter einem Fall pro 100.000, bei nichtdeutschen Frauen werden nur in wenigen Jahren und Altersgruppen überhaupt Zellenbesetzungen ausgewiesen.

Bis auf die Zunahme der Arbeitsunfallmortalität der 50 bis 60jährigen nichtdeutschen Männer sind diese Ergebnisse vor dem Hintergrund der differenten Risiken in der Arbeits- und Berufstätigkeit von Frauen und Männern und wegen der Ungleichverteilung auf die Bereiche produzierender und distribuierender beziehungsweise verwaltender beruflicher Tätigkeit, insbesondere auch bei Beschäftigten nichtdeutscher Staatsangehörigkeit plausibel.

Jahre	1998		1999		2000		2001		2002	
	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch
40-<45	3,5	2,4	2,6	1,9	2,7	1,5	1,7	1,9	1,8	1,5
45-<50	3,2	2,5	2,1	2,6	2,2	1,0	2,7	1,4	1,9	0,9
50-<55	3,2	1,5	3,3	3,3	2,1	2,7	2,4	2,3	2,4	2,5
55-<60	3,1	5,5	2,3	1,8	2,7	2,3	1,7	2,1	2,1	3,0
60-<65	2,2	0,7	1,9	0,7	1,4	0,6	1,4	2,2	1,6	0,0
65-<70	1,6	0,0	1,2	0,0	1,1	1,3	1,1	0,0	0,7	0,0
70-<75	0,8	0,0	0,5	0,0	1,2	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0

Tabelle 4.7: Sterblichkeit von Männern an Arbeitsunfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>37</sup>

<sup>37</sup> Sterblichkeit an Arbeitsunfällen: An Arbeitsunfällen Gestorbene bezogen auf je 100.000 der alters- und geschlechtsgleichen Bevölkerung. Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10 (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)). GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung.

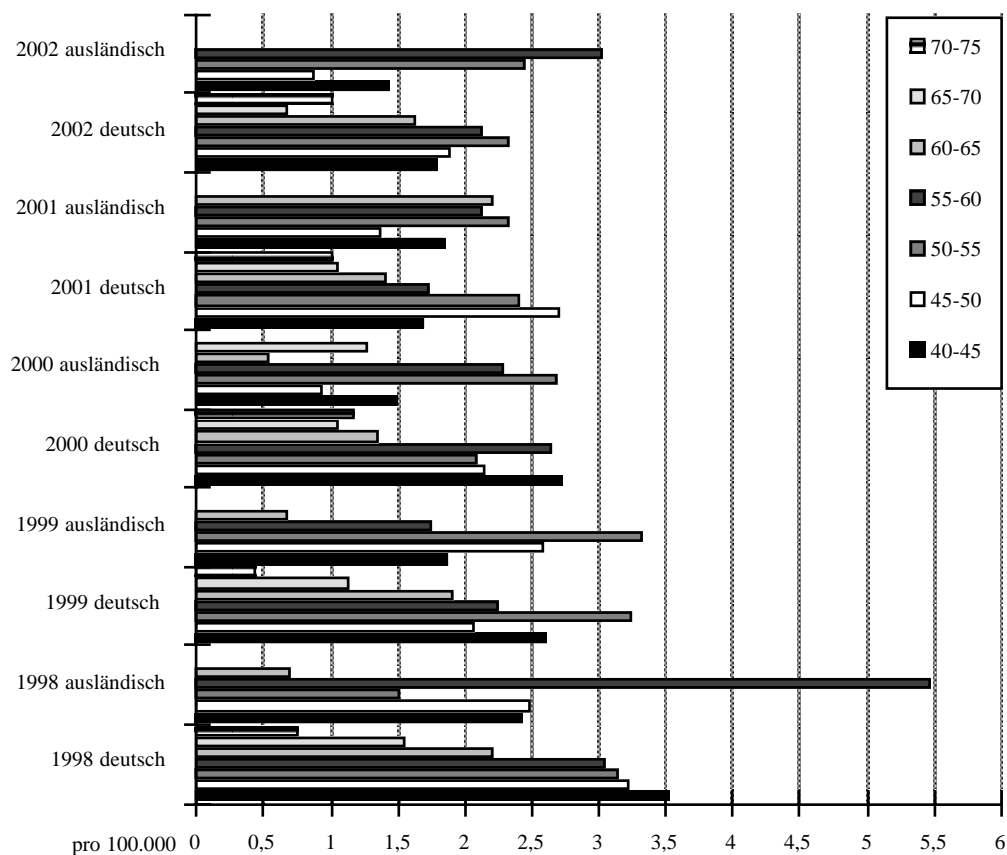


Abbildung 4.6: Sterblichkeit von Männern an Arbeitsunfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>38</sup>

Jahre	1998		1999		2000		2001		2002	
	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch
40-<45	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
45-<50	0,1	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,4	0,0	0,0
50-<55	0,3	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
55-<60	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
60-<65	0,2	1,3	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
65-<70	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
70-<75	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0

Tabelle 4.8: Sterblichkeit von Frauen an Arbeitsunfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>39</sup>

38 Sterblichkeit an Verletzungsfolgen: An Verletzungen Gestorbene bezogen auf je 100.000 der alters- und geschlechtsgleichen Bevölkerung. Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10 (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)). GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung.

39 Sterblichkeit an Arbeitsunfällen: An Arbeitsunfällen Gestorbene bezogen auf je 100.000 der alters- und geschlechtsgleichen Bevölkerung. Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kate-

#### 4.3.4 Morbidität an Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten in der gewerblichen Wirtschaft nach den Daten der Gesetzlichen Unfallversicherung

Nach einer differenzierten Berichterstattung über Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten nach der Staatsangehörigkeit durch die Berufsgenossenschaften, dem gewerblichen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, in den sechziger und Anfang der siebziger Jahre, die auch durch eine Reihe von betrieblichen Untersuchungen der Problematik detailliert wurde, gab es lange Jahre vergleichsweise wenige Hinweise auf diese Problematik. Für die 60er und 70er Jahre liegen differenzierte Untersuchungen - ohne Bezug zum Alter der versicherten Personen - vor,<sup>40</sup> während die Routineberichterstattung der Jahresunfallberichte<sup>41</sup> und die Routinestatistiken der Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung<sup>42</sup> keine Informationen nach der Nationalität ausweisen.<sup>43</sup> Die gewerblichen Berufsgenossenschaften können Raten oder Anteile nichtdeutscher Arbeitnehmer wegen der nicht bekannten Grundgesamtheiten deutscher oder ausländischer Beschäftigter nicht differenziert ausweisen. Eine Einzelrecherche aufgrund von Sonderauswertungen des Hauptverbands der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Hochrechnungen auf die jeweiligen Grundgesamtheiten der Arbeits- und Sozialstatistik legen nahe, zumindest für den Bergbau, das verarbeitende Gewerbe und das Baugewerbe von höheren Raten meldepflichtiger Arbeitsunfälle auszugehen. Allerdings kehrt sich das Verhältnis bei erstmalig entschädigten Arbeitsunfällen dieser Wirtschaftszweige zugunsten von Beschäf-

---

gorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10 (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)). GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung.

<sup>40</sup> Leichsenring, Christian: Die Unfälle der ausländischen Arbeitskräfte in der Bundesrepublik Deutschland. Schriftenreihe des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Bonn (Eigenverlag) 1972. Gastarbeiter sind besonders unfallgefährdet. Deutsches Ärzteblatt 69 (48): 3161-3162, 1972. Silomon, Hero: Der ausländische Arbeitnehmer im vertrauensärztlichen Dienst. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin 7: 140-142, 1975. Bohr, E. und G. Thau: Arbeitsunfälle ausländischer Arbeitnehmer. Köln 1972. Biener, K. und P. Borbely: Betriebsunfälle bei Gastarbeitern. Therapeutische Umschau 32: 547-551, 1975. Ansay, Eva-Maria: Krankheits- und Arbeitsunfallursachen türkischer Arbeitnehmer im Heimatland und in der Bundesrepublik Deutschland. Hamburg, Universität, Fachbereich Medizin, Dissertation 1980. Vgl. auch die Beiträge zum 13. Kongreß für Arbeitsschutz und -medizin Köln 1973.

<sup>41</sup> Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2000. Deutscher Bundestag Drucksache 14/7974 vom 3.1.2002. Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2001. Deutscher Bundestag Drucksache 15/2300.

<sup>42</sup> Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hg.): Sankt Augustin (Eigenverlag).

<sup>43</sup> Berichte der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland 1996 - Unfallverhütungsbericht Arbeit 1996. Deutscher Bundestag, Drucksache 13/9259. Für eine fortbestehende und aktuelle Belastung nichtdeutscher Arbeitnehmer sprechen Zahlen des Sozio-ökonomischen Panels, die von der Beauftragten der Bundesregierung vorgelegt werden. Zweiter Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn (Eigenverlag) 1995, S. 211.



tigten mit deutscher Staatsangehörigkeit um. Die Situation im Hinblick auf angezeigte und erstmalig entschädigte Berufskrankheiten ist den Arbeitsunfällen vergleichbar.<sup>44</sup>

Für das Jahr 1993 hat das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands aufgrund von Zahlen des Hauptverbands der gewerblichen Berufsgenossenschaften bevölkerungsbezogene Raten von anerkannten Berufskrankheiten für Nordrhein-Westfalen berechnet, die in der Tabelle 4.9 aufgeführt sind. Nach der Staatsangehörigkeit der betroffenen Versicherten handelt es sich in 50,4 % um Menschen mit einer türkischen, in 12,2 % der vor-maligen jugoslawischen, in 8,6 % der italienischen und in 33,8 % um sonstige nicht-deutsche Staatsangehörigkeiten.<sup>45</sup>

Der Bundes-Gesundheitssurvey berichtet bei kleiner Fallzahl über einen höheren Anteil anerkannter Berufskrankheiten bei der nichtdeutschen Bevölkerung (14,3 zu 3,5 %).<sup>46</sup>

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

Quelle: HVBG 1993; Berechnungen WIAD 1999; Raumbezug NRW (modifiziert)

Tabelle 4.9: Häufigste in Nordrhein-Westfalen anerkannte Berufskrankheiten in den gewerblichen Berufsgenossenschaften nach der Staatsangehörigkeit; Quelle<sup>47</sup>

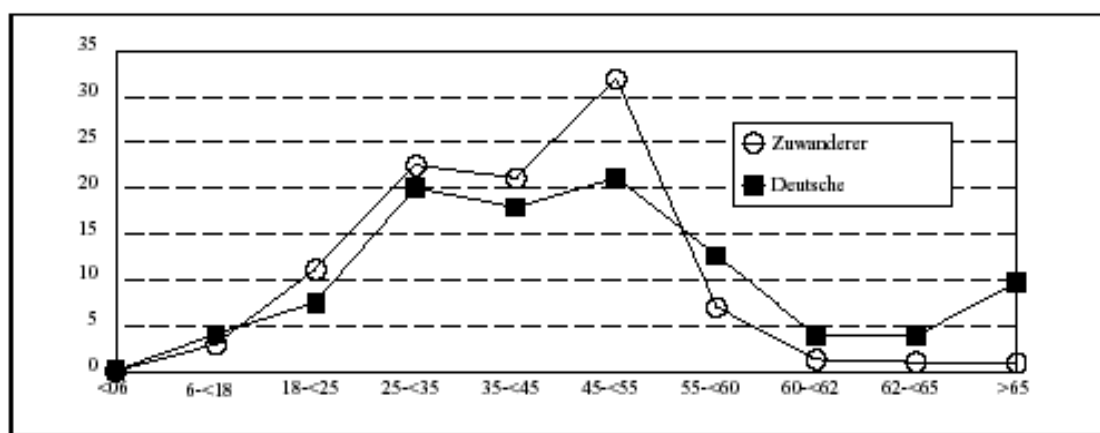
<sup>44</sup> Zur gesundheitlichen Lage der ausländischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Weber, Ingbert et al.: Dringliche ..., a. a. O., S. 594 ff. Geiger, Andreas und Johannes Korporal: Gesundheitsprobleme und -risiken der ausländischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn (WIAD) 1989, S. 59-62. Dieser Berechnung lag eine durch die Zentralstelle für Unfallverhütung und Arbeitsmedizin des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften vorgenommene Sonderauswertung zu Unfällen und Berufskrankheiten von Ausländern im Jahre 1988 zugrunde. In die gleiche Richtung weisen die Argumentationen des Berichts der Beauftragten der Bundesregierung zu diesem Zusammenhang. Sie nennt als kaum interpretierbare Zahl den Prozentsatz von 15 aller tödlichen Arbeitsunfälle, die auf ausländische Arbeitnehmer entfallen. Zweiter Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn (Eigenverlag) 1995.

<sup>45</sup> Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Gesundheitsberichte NRW. Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf (Eigenverlag) o. J., S. 97.

<sup>46</sup> Zit nach: Gesundheitsamt der Freien und Hansestadt Bremen (Hg.): Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen. Lebenssituation, potenzielle Versorgungsbedarfe und gesundheitspolitische Perspektiven. Bremen (Eigenverlag) 2004, S. 21 und 22. Daten: Public Use File BGS98, Bundes-Gesundheitssurvey 1998, S. 34, 35. Berechnungen des Gesundheitsamts. Berechnungsbasis: Personen im Alter von 60 Jahren und älter.

<sup>47</sup> Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Gesundheitsberichte NRW. Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf (Eigenverlag) o. J., S. 97.

Eine Aufschlüsselung nach dem Alter der aufgrund von Arbeitsunfällen Rehabilitierten nach der Staatsangehörigkeit weist aus, daß nach einem deutlich überdurchschnittlichen Wert in der Altersgruppe von 45 bis 55 Jahren bei älteren nichtdeutschen Menschen die relative Häufigkeit geringer als bei deutschen Rehabilitanden ist (Abb. 4.7). Auch die Ergebnisse anderer Statistiken deuten in die gleiche Richtung, wobei die Interpretation hinsichtlich einer Bedingtheit durch den Arbeitsprozeß, die Gutachter-, Leistungs- und Behandlungsentscheidung oder die subjektive Akzeptanz aufgrund der Datenlage nicht getroffen werden kann. Mindestens diese vier Dimensionen sind aber zu betrachten für eine zureichende Erklärung dieses Phänomens.



Quelle: HVBG 1993. Eigene Berechnungen  
Raumbezug: NRW

WIAD 1999

Quelle: HVBG 1993; Berechnungen WIAD 1999; Raumbezug NRW (modifiziert)

Abbildung 4.7: Relative Anteile von Rehabilitanden aufgrund von Arbeitsunfällen nach dem Alter und der Staatsangehörigkeit; Quelle<sup>48</sup>

#### 4.3.5 Ergebnisse einer Sekundäranalyse zu Berufskrankheiten gewerblicher Träger der Unfallversicherung nach der Staatsangehörigkeit

Im Rahmen einer Dissertation hat Erdogan Berufskrankheiten türkischer Arbeitnehmer in Deutschland im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung durch die gewerblichen Berufsgenossenschaften sekundäranalytisch untersucht.<sup>49</sup> Der Arbeit liegen alle Fälle mit anerkannter Berufskrankheit bei türkischen Staatsangehörigen der Jahre 1995 bis 1997

<sup>48</sup> Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Gesundheitsberichte NRW. Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf (Eigenverlag) o. J., S. 98.

<sup>49</sup> Erdogan, Mehmet Sarper: Berufskrankheiten türkischer Arbeitnehmer in Deutschland. Herausgegeben vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Sankt Augustin (Eigenverlag) 2002. (Zugleich: Gießen, FB. Humanmedizin, Diss. 2000).

zugrunde.<sup>50</sup> 87,1 % der bei ihnen anerkannten Berufskrankheiten beziehen sich auf Menschen mit türkischer Staatsangehörigkeit im Alter von über 40 Jahren.<sup>51</sup> Tabelle 4.10 referiert Ergebnisse des Berufskrankheiten-Feststellungsverfahrens nach der Staatsangehörigkeit für die Jahre 1995 bis 1997. Demnach ist die Renten-Anerkennungsquote bezogen auf deutsche Arbeitnehmer signifikant höher.<sup>52</sup> Anerkennungen differierten auch nach einzelnen Berufskrankheiten (Tab. 4.11).<sup>53</sup> Türkische Arbeitnehmer sind durchschnittlich um 5,3 Jahre jünger als ihre deutschen Kollegen bei der Anerkennung (Abb. 4.8).<sup>54</sup> Ihre beruflichen Tätigkeitsbereiche liegen im produzierenden Bereich, zu 60 % in der Mineral-, Rohstoffgewinnung und Aufbereitung sowie der Be- und Verarbeitung zu Zwischenprodukten (deutsche Arbeitnehmer mit Berufskrankheiten: 35 %). Entsprechend ist auch die Verteilung der Berufe: Mehr als ein Drittel der anerkannten türkischen Arbeitnehmer (35 %, dt.: 18 %) waren Bergleute.<sup>55</sup>

Arbeitnehmer	Anerkennendes Ergebnis des Berufskrankheiten-Feststellungsverfahrens					
	Anerkennung ohne Rente		Anerkennung mit Rente		Anerkennung insgesamt	
	n	%	n	%	n	%
deutsch	3523	67,0	1738	33,0	5261	100,0
türkisch	1654	75,2	546	24,8	2200	100,0

Tabelle 4.10: Ergebnisse des Berufskrankheiten-Feststellungsverfahrens nach der Staatsangehörigkeit (modifiziert); Quelle<sup>56</sup>

<sup>50</sup> 2.112 Fälle, davon 88 Frauen (nicht gesondert ausgewertet) und 10 %ige Zufallsstichprobe deutscher versicherter Arbeitnehmer mit ebenfalls anerkannter Berufskrankheit im gleichen Zeitraum (N = 5.261). Darüber hinaus wurden 91 Begutachtungsfälle des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Gießen der Jahre 1976 bis 1998 einbezogen.

<sup>51</sup> Bei Frauen betrug der Anteil 35,2 %. In der Mortalitätsstatistik sind Frauen dieses Alters, die an Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen gestorben sind, kaum vertreten.

<sup>52</sup> Erdogan, M. Sarper: Berufskrankheiten ..., a. a. O., S. 55, 56.

<sup>53</sup> Erdogan, M. Sarper: Berufskrankheiten ..., a. a. O., S. 60-62.

<sup>54</sup> Erdogan, M. Sarper: Berufskrankheiten ..., a. a. O., S. 63. Die Altersdifferenz beträgt bei Silikose 12,3 Jahre (54,4 und 66,7), bei Meniskusschäden und Lärmschwerhörigkeit 2,1 und 7 Jahre; Hautkrankheiten werden bei deutschen Arbeitnehmern um 3,9 Jahre früher anerkannt.

<sup>55</sup> Erdogan, M. Sarper: Berufskrankheiten ..., a. a. O., S. 64, 65.

<sup>56</sup> Erdogan, M. Sarper: Berufskrankheiten ..., a. a. O., S. 56.

Berufs- krankheit	Angezeigte Verdachtsfälle						
	Staatsange- hörigkeit	Nicht anerkannt		Anerkannt ohne Rente		Entschädigt mit Rente	
		n	%	n	%	n	%
Meniskus- schäden	deutsch	4484	80,0	313	5,2	896	14,8
	türkisch	187	60,3	7	2,3	116	37,4
Lärmschwer- hörigkeit	deutsch	10043	32,0	17527	55,9	3812	12,1
	türkisch	297	20,5	1012	69,8	141	9,7
Silikose	deutsch	1721	18,9	5853	64,3	1528	16,8
	türkisch	114	22,8	333	66,6	53	10,6
Asbestose	deutsch	4478	42,7	4749	45,2	1267	12,1
	türkisch	90	41,9	92	42,8	33	15,3
Hautkrank- heiten	deutsch	46381	89,0	3968	7,6	1784	3,4
	türkisch	1229	89,0	82	5,9	70	5,1

Tabelle 4.11: Ergebnisse des Berufskrankheiten-Feststellungsverfahrens nach der Staatsangehörigkeit nach einzelnen Berufskrankheiten (modifiziert); Quelle<sup>57</sup>

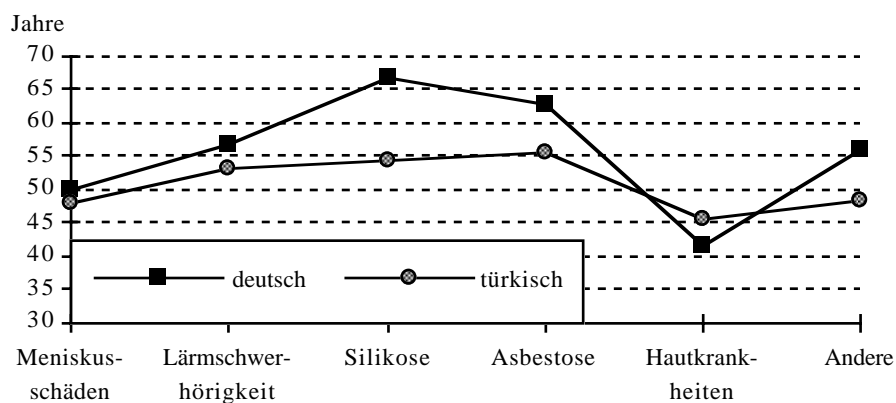


Abbildung 4.8: Durchschnittsalter der türkischen und deutschen Arbeitnehmer bei Anerkennung der Berufskrankheiten; Quelle<sup>58</sup>

Bei fast der Hälfte der häufigen anerkannten Berufskrankheiten türkischer Arbeitnehmer steht der Arbeitsort „Bergbau unter Tage“ auf Rang eins der Zuordnung mit jeweils hohem relativem Anteil an allen Fällen (Tab. 4.12). Einzige Ausnahme ist die Lärmschwerhörigkeit, die mehrheitlich anderen Arbeitsorten zuzuordnen ist. Damit ergeben sich für den „Bergbau unter Tage“, aber auch für Arbeitsprozesse mit Asbest starke Kumulationen von Risiken, die im Hinblick auf türkische Arbeitnehmer spezifisch sind und zusammenwirken. Insofern werden die Ergebnisse der Analyse Ende der 1980er Jahre bestätigt.<sup>59</sup> Diese Zusammenhänge bei Berufskrankheiten werden unterstrichen

<sup>57</sup> Erdogan, M. Sarper: Berufskrankheiten ..., a. a. O., S. 60-62.

<sup>58</sup> Erdogan, M. Sarper: Berufskrankheiten ..., a. a. O., S. 63.

<sup>59</sup> Geiger, Andreas und Johannes Korporal: Gesundheitsprobleme ..., a. a. O., S. 59-62.

durch das Ergebnis, daß nahezu alle tödlich verlaufenden Berufskrankheiten bei türkischen Arbeitnehmern Asbesteinwirkungen zuzurechnen sind (Tab. 4.13).<sup>60</sup>

Berufs- krank- heiten- Verordn.	Kurzbezeichnung der Krankheit	Türkische Arbeitnehmer		Deutsche Arbeitnehmer	
		Arbeitsbereich	%	Arbeitsbereich	%
2102	Meniskusschäden	Gewinnungsbereich im Bergbau unter Tage	91,9	Gewinnungsbereich im Bergbau unter Tage	52,5
2103	Erschütterung (Druckluftwerkzeuge)	Gewinnungsbereich im Bergbau unter Tage	88,0	Gewinnungsbereich im Bergbau unter Tage	59,7
2301	Lärm	Gewinnungsbereich im Bergbau unter Tage	22,1	Verarbeitung von Eisen und Metall	11,6
4101	Silikose	Gewinnungsbereich im Bergbau unter Tage	67,1	Gewinnungsbereich im Bergbau unter Tage	74,7
4102	Siliko-Tuberkulose	Gewinnungsbereich im Bergbau unter Tage	88,9	Gewinnungsbereich im Bergbau unter Tage	33,3
4103	Asbestose	Asbesterzeugnisse-Herstellung	28,8	Maschinen- und Fahrzeugbau, Schiffbau	18,6
4104	Asbest-Lungenkrebs	Warmwalzwerk	15,4	Hochbau-, Montage- und Abbaustellen	17,6
4105	Mesotheliom, Asbest	Asbesterzeugnisse-Herstellung	55,5	Maschinen- und Fahrzeugbau, Schiffbau	15,6
4301	Asthma, allergisch	Bäckerei, Backstube	33,3	Bäckerei, Backstube	72,9
4302	Astma, toxisch-irritativ	Chemische Behandlung von Eisen und Metall	11,1	Ausbaubereich der Baustellen	9,6
5101	Hautkrankheiten	Ausbaubereich der Baustellen	18,3	Feinmechanik Elektrotechnik	12,4

Tabelle 4.12: Arbeitsbereiche bei den häufigsten anerkannten Berufskrankheiten nach der Staatsangehörigkeit (modifiziert); Quelle<sup>61</sup>

Schädigende Einwirkung	Tod als Folge der Berufskrankheit			
	Türkische Arbeitnehmer		Deutsche Arbeitnehmer	
	n	%	n	%
Weißasbest	4	23,5	31	9,0
Blauasbest	1	5,9	11	3,2
Sonstiger Asbest	9	52,9	166	48,4
Quarz	3	17,6	21	6,1
Uran und Folgeprodukte			73	21,3
Übrige			41	12,0
Insgesamt	17	100,0	343	100,0

Tabelle 4.13: Tod als Folge der Einwirkung von Substanzen bei Berufskrankheiten nach der Staatsangehörigkeit (modifiziert); Quelle<sup>62</sup>

Das durchschnittlich erreichte Lebensalter der gestorbenen türkischen Arbeitnehmer liegt mit 58,3 Jahren um neun Jahre unter demjenigen der deutschen Arbeitnehmer. Über die Risikoparameter der beruflichen Tätigkeit und ihre Orte hinaus sind auch ‚subjektive‘,

<sup>60</sup> Die relative Häufigkeit bei türkischen Arbeitnehmern beträgt, bei allerdings kleiner Fallzahl, 82,3 %, bei deutschen 60,6 %.

<sup>61</sup> Erdogan, M. Sarper: Berufskrankheiten ..., a. a. O., S. 67.

<sup>62</sup> Erdogan, M. Sarper: Berufskrankheiten ..., a. a. O., S. 68.

verhaltensbedingte Momente, die präventive Begleitung und Kontrolle und der Prozeß von Behandlung und Rehabilitation von nicht unerheblicher Bedeutung. Die letzteren Faktoren sind in ihrem Stellenwert schwer zu objektivieren. Daß aber 37,2 % der türkischen und 23,3 % der deutschen Arbeitnehmer nach Feststellung der Berufskrankheiten eine erheblich lange Zeit weiter an ihrem Platz arbeiten, erscheint hochproblematisch und allenfalls im Sinne ökonomischer Sachzwänge oder auch mangelnder ‚Aufklärung‘ zu interpretieren zu sein (Tab. 4.14).

Berufskrankheit	Fortsetzung der beruflichen Tätigkeit nach der Berufskrankheitenanzeige	
	Türkische Arbeitnehmer (%)	Deutsche Arbeitnehmer (%)
Lärmschwerhörigkeit	45,8	38,6
Silikose	32,6	8,4
Asbestose	21,6	9,0

Tabelle 4.14: Fortsetzung der beruflichen Tätigkeiten am Arbeitsplatz nach Berufskrankheitenanzeige nach der Staatsangehörigkeit; Quelle<sup>63</sup>

Außer bei Silikose-Erkrankten ist die Dauer des Berufskrankheitenverfahrens, also die Zeit zwischen Anzeige und Feststellung, bei türkischen Arbeitnehmern länger als bei deutschen (Abb. 4.9, 4.10). Die Minderung der Erwerbsfähigkeit wurde hinsichtlich der Staatsangehörigkeit nicht unterschiedlich eingeschätzt, die türkischen Versicherten wiesen jedoch bei den meisten Berufskrankheiten durchschnittlich signifikant kürzere Einwirkungszeiten der Noxen oder Expositionen auf.<sup>64</sup>

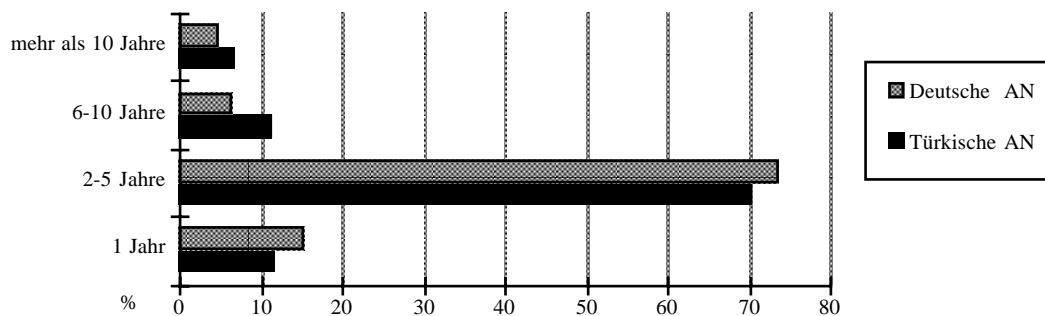


Abbildung 4.9: Dauer des Berufskrankheiten-Feststellungsverfahrens bei türkischen und deutschen Arbeitnehmern (kumulativ; modifiziert); Quelle<sup>65</sup>

<sup>63</sup> Erdogan, M. Sarper: Berufskrankheiten ..., a. a. O., S. 68, 69.

<sup>64</sup> Signifikant kürzer bei Meniskussschäden, Lärmschwerhörigkeit, Silikose, Asbestose, Asbest-Lungenkrebs, allergisches Asthma, irritatives Asthma; nicht different bei Siliko-Tuberkulose, Asbest-Mesotheliom, Erschütterungskrankheiten und Hautkrankheiten. Erdogan, M. Sarper: Berufskrankheiten ..., a. a. O., S. 72-74.

<sup>65</sup> Erdogan, M. Sarper: Berufskrankheiten ..., a. a. O., S. 71.

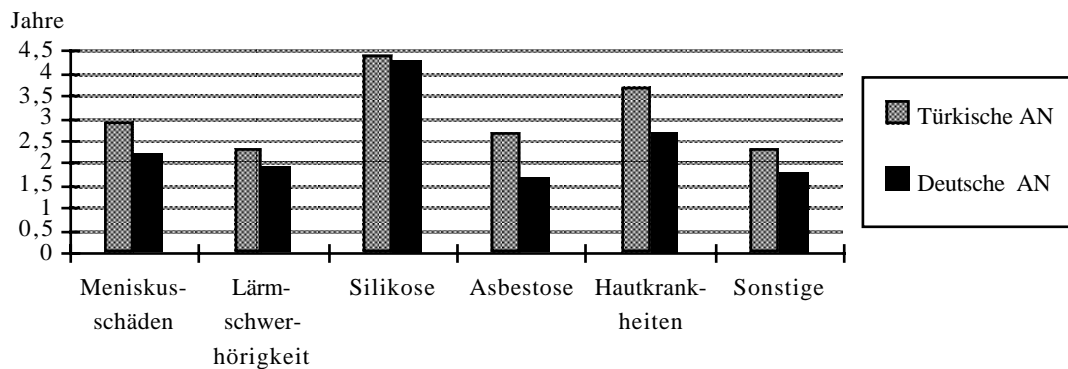


Abbildung 4.10: Dauer des Berufskrankheiten-Feststellungsverfahrens bei türkischen und deutschen Arbeitnehmern nach einzelnen Krankheiten (modifiziert); Quelle<sup>66</sup>

#### 4.4 Sterblichkeit an Verkehrsunfällen nach der Nationalität

Unfälle im Straßenverkehr werden in der amtlichen Berichterstattung des Bundes und der Länder in inner- und außerörtliche Unfälle unterschieden. In dieser Kategorisierung werden sie insgesamt und untergliedert in ‚Ausländer mit Wohnsitz im Inland‘ und ‚Ausländer mit Wohnsitz im Ausland‘ dargestellt. Innerhalb dieser Gruppen werden einzelne Staatsangehörigkeiten unterschieden, von denen bei den folgenden Ergebnissen die türkische Nationalität berücksichtigt ist. Leider wird eine Gliederung der Ergebnisse für Unfallbeteiligte und Betroffene, insbesondere für Fußgänger, nach Alter und Geschlecht routinemäßig nicht ausgewertet, so daß vergleichbare Daten hierzu nicht zur Verfügung stehen.<sup>67</sup>

##### 4.4.1 Verkehrsunfälle und Beteiligte innerhalb von Orten

Leichtverletzt durch Verkehrsunfälle innerorts werden im betrachteten Zeitraum circa 200 bis 250 Personen pro 100.000 der Bevölkerung, schwerverletzt etwa 50 und tödlich verletzt ungefähr zwei Menschen (Abb. 4.11). Die bevölkerungebezogenen Raten weisen abnehmende Tendenzen auf, wie sie regelmäßig auch durch die statistischen Ämter veröffentlicht werden. Nach der Staatsangehörigkeit der Verletzten sind deutsche Angehörige am stärksten betroffen, gefolgt von türkischen mit deutlicherer Tendenz der Abnahme der Raten. ‚Ausländer mit Wohnsitz im Inland‘ zeigen hier insgesamt die geringsten Raten an Verletzten (Abb. 4.12).

<sup>66</sup> Erdogan, M. Sarper: Berufskrankheiten ..., a. a. O., S. 71.

<sup>67</sup> Eine Sonderauswertung hierzu hätte den Kosten- und Zeitrahmen der Expertise bei weitem überschritten. Die Möglichkeiten eines Online-Zugangs zu diesen Daten zu erschließen, eröffnete eine sinnvolle Nutzung.

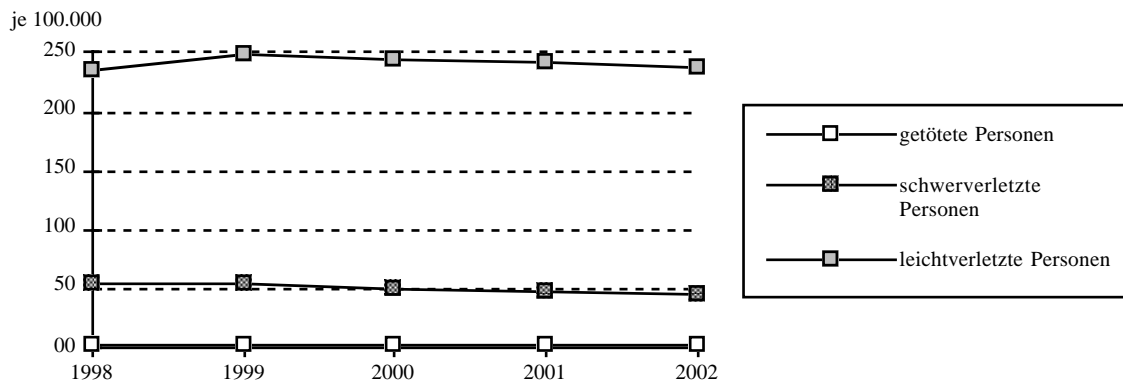


Abbildung 4.11: Insgesamt innerorts verunglückte Beteiligte bezogen auf 100.000 der gesamten Bevölkerung; Quelle<sup>68</sup>

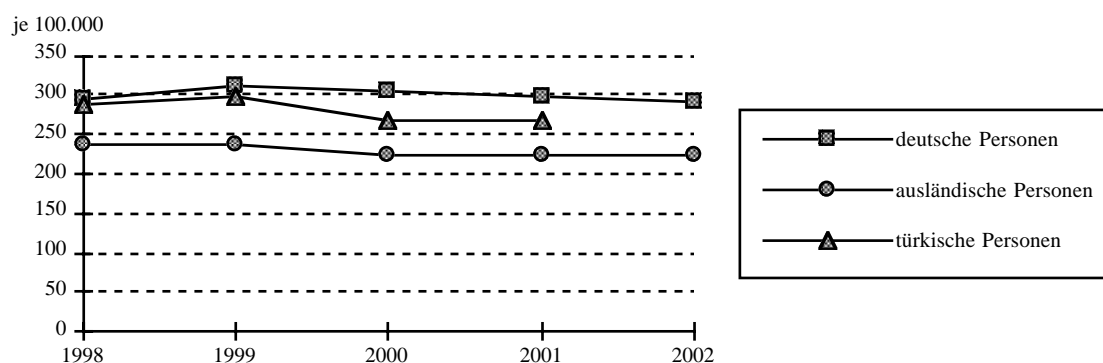


Abbildung 4.12: Insgesamt innerorts verunglückte Beteiligte bezogen auf je 100.000 der deutschen und ausländischen Wohnbevölkerung; Quelle<sup>69</sup>

Eine semilogarithmische Darstellung verdeutlicht die Proportionen der Verletzten und Getöteten nach den Staatsangehörigkeiten im Vergleich (Abb. 4.13). Hier vermittelt sich, daß die tödlich Verletzten wesentlich deutscher Staatsangehörigkeit sind. Abbildung 4.14 veranschaulicht, daß die Proportionen gegenüber einem Jahrfünft Anfang der 1990er Jahre gleich geblieben sind, aber die Höhe der Raten abgenommen hat.<sup>70</sup> Zwei Hinweise zur Interpretation sind notwendig: Die Unfallsterblichkeit nach der Nationalität war und ist vermutlich immer noch in den einzelnen Kommunen deutlich different, wie einschlägige Untersuchungen der 1980er und 1990er Jahre belegt haben. Abbildung 4.15

<sup>68</sup> GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung. GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Mikrozensus.

<sup>69</sup> GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung. GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Mikrozensus.

<sup>70</sup> Korporal, Johannes und Bärbel Dangel-Vogelsang: Zur gesundheitlichen Situation von Familien mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit innerhalb der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Gutachten an das Deutsche Jugendinstitut für den 6. Familienbericht der Bundesregierung. Berlin (Unveröffentlichter Bericht) 1998, 80 S.



vermittelt Raten tödlich verlaufender Verkehrsunfälle für Berlin für den Zeitraum von 1991 bis 1994. Gerade hinsichtlich der differenten Raten nach der Staatsangehörigkeit war die Unfallsterblichkeit auch durch überhöhte Raten im Kindesalter bestimmt.<sup>71</sup> Der Vergleich mit den Ergebnissen des Zeitraums Anfang der 1990er Jahre mit einem Jahrzehnt später zeigt, daß die Leicht- und Schwerverletztenraten für türkische Staatsangehörige innerhalb von Ortschaften, die zum Teil über diejenigen in der deutschen Bevölkerung lagen, stark zurückgegangen sind (Abb. 4.16, 4.17). Insofern ergibt sich durch die deutlich verringerte Unfallmortalität und -morbidity für Menschen türkischer und nichtdeutscher Nationalität innerhalb von Ortschaften ein erheblicher Gewinn an Lebensqualität und Verfügbarkeit für Bildung, Ausbildung und Beschäftigung.

Leider stehen keine alters-, geschlechter- und nationalitätenspezifischen Daten der Analyse zur Verfügung. Überträgt man das vorhandene Wissen auf die mögliche Situation der Verkehrsunfallmorbidity, kann man davon ausgehen, daß es auch hier einen Rückgang gegeben hat.

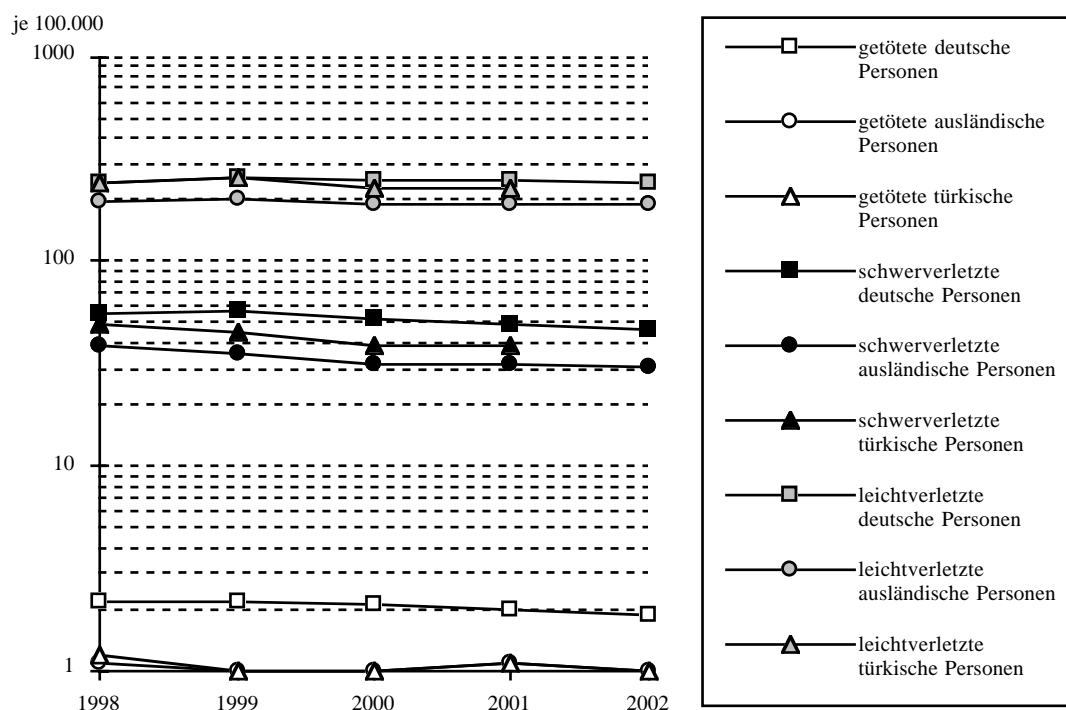


Abbildung 4.13: Insgesamt innerorts verunglückte Beteiligte bezogen auf je 100.000 der deutschen und ausländischen Wohnbevölkerung; Quelle <sup>72</sup>

<sup>71</sup> Senatsverwaltung für Arbeit, Verkehr und Betriebe Berlin und Der Polizeipräsident in Berlin (Hg.): Bericht und Statistik über den Straßenverkehr und über Maßnahmen zur Hebung der Verkehrssicherheit im Land Berlin 1989. Berlin (Eigenverlag) o. J., S. 35.

<sup>72</sup> GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung. GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Mikrozensus.

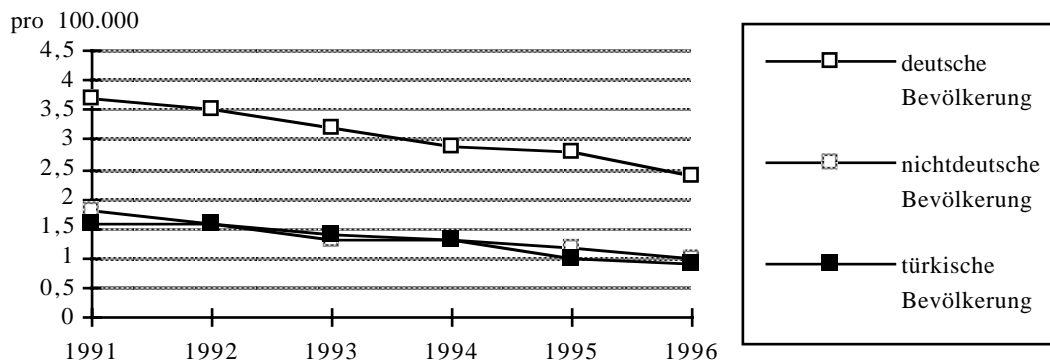


Abbildung 4.14: Im Straßenverkehr in der Bundesrepublik innerhalb von Ortschaften getötete Menschen nach der Staatsangehörigkeit bezogen auf jeweils 100.000 der Bezugsbevölkerung; Quelle<sup>73</sup>

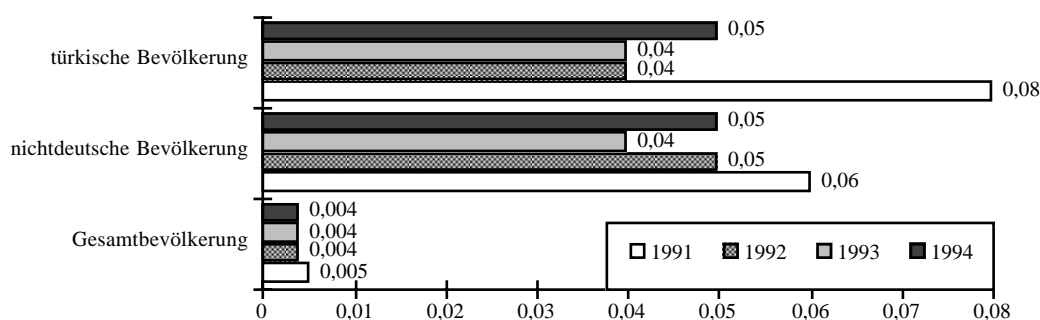


Abbildung 4.15: Im Straßenverkehr in Berlin getötete Menschen nach der Staatsangehörigkeit bezogen auf jeweils 100.000 der Bezugsbevölkerung; Quelle<sup>74</sup>

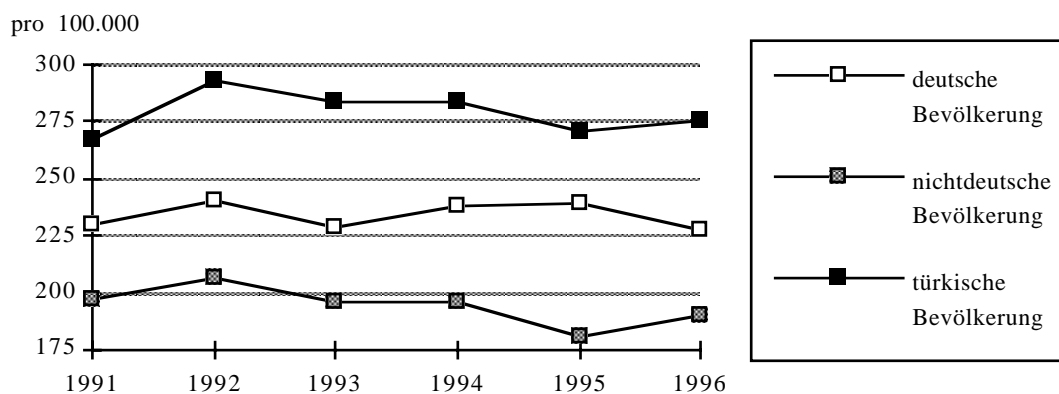


Abbildung 4.16: Bei innerstädtischen Straßenverkehrsunfällen in der Bundesrepublik Leichtverletzte nach der deutschen, nichtdeutschen und türkischen Staatsangehörigkeit bezogen auf je 100.000 der Bezugsbevölkerung; Quelle<sup>75</sup>

<sup>73</sup> Statistisches Bundesamt (Hg.): Straßenverkehrsunfälle 1991-1996. Fachserie 8. Reihe 3.3. Stuttgart (Metzler&Poeschel) 1992-1997. Statistisches Bundesamt: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Fachserie 1. Reihe 1. Gebiet und Bevölkerung 1995. Stuttgart (Metzler & Poeschel) 1997.

<sup>74</sup> Sonderauswertung des Statistischen Landesamtes Berlin. Statistisches Landesamt Berlin (Hg.): Statistisches Jahrbuch 1992-1995. Berlin (Kulturbuch) 1992-1995.

<sup>75</sup> Statistisches Bundesamt (Hg.): Straßenverkehrsunfälle 1991-1996. Fachserie 8. Reihe 3.3. Stuttgart (Metzler&Poeschel) 1992-1997. Dasselbe: Bevölkerung ..., a. a. O.

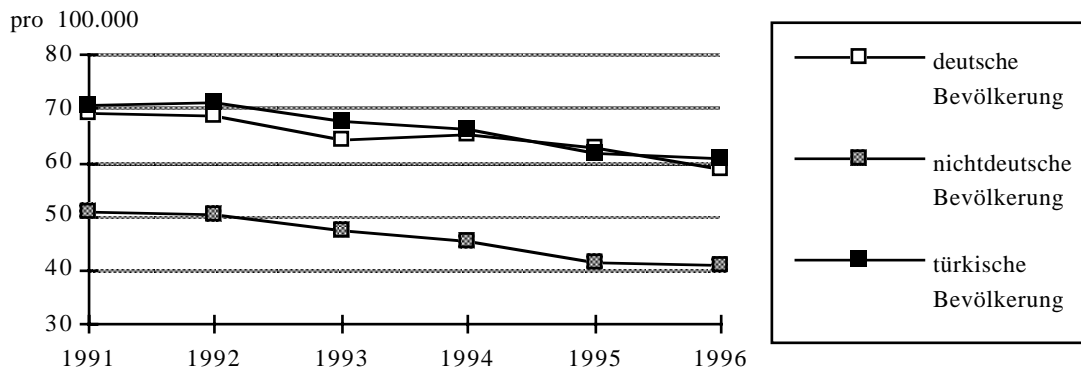


Abbildung 4.17: Bei innerstädtischen Straßenverkehrsunfällen in der Bundesrepublik Schwerverletzte nach der deutschen, nichtdeutschen und türkischen Staatsangehörigkeit bezogen auf je 100.000 der Bezugsbevölkerung; Quelle<sup>76</sup>

#### 4.4.2 Verkehrsunfälle und Beteiligte außerhalb von Orten

Außerhalb von Ortschaften liegen die Raten von Leichtverletzten niedriger als innerorts, diejenigen der Schwerverletzten in etwa in gleicher Dimension und - wie zu erwarten - die Raten der getöteten Menschen deutlich über den innerörtlichen Anteilen (Abb. 4.18).

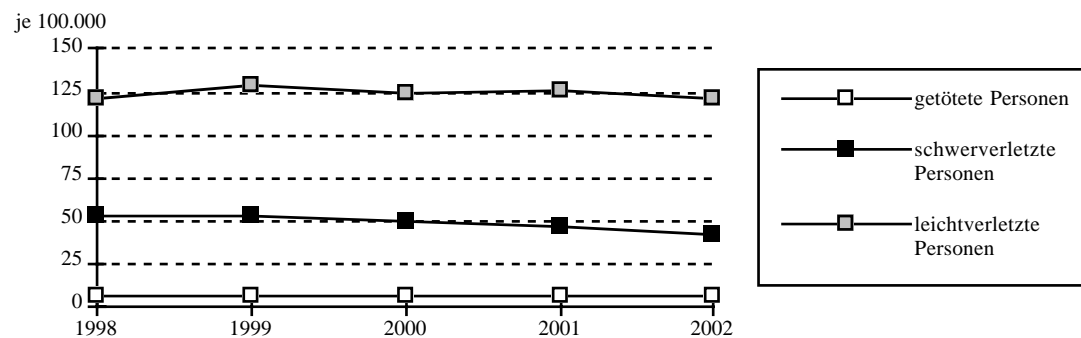


Abbildung 4.18: Insgesamt außerorts verunglückte Beteiligte bezogen auf 100.000 der gesamten Bevölkerung; Quelle<sup>77</sup>

Im Hinblick auf die Beteiligten nach der Staatsangehörigkeit entsprechen die Raten der türkischen Verletzten denjenigen aller Ausländer mit Wohnsitz im Inland (Abb. 4.19), und die Differenzen zwischen deutschen und ausländischen Beteiligten sind in größerem Umfang unterschiedlich als bei den Verkehrsunfällen innerorts. Die semiologarithmische Darstellung weist aus, daß Verletztenraten der türkischen Beteiligten auf oder eher unter

<sup>76</sup> Statistisches Bundesamt (Hg.): Straßenverkehrsunfälle 1991-1996. Fachserie 8. Reihe 3.3. Stuttgart (Metzler&Poeschel) 1992-1997. Dasselbe: Bevölkerung ..., a. a. O.

<sup>77</sup> GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung. GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Mikrozensus.

dem Niveau aller Ausländer liegen (Abb. 4.20). Bei der Unfallbeteiligung außerhalb der Ortschaften ergeben sich wie innerorts Tendenzen abnehmender Verletzungs- und Todesraten. Dies findet seine Erklärung vermutlich in den verschiedenen Verkehrsbeteiligungen und -leistungen der Bewohner außerhalb von Ortschaften und wahrscheinlich auch in den unterschiedlichen Siedlungsstrukturen und Verkehrsbeteiligungen innerorts.

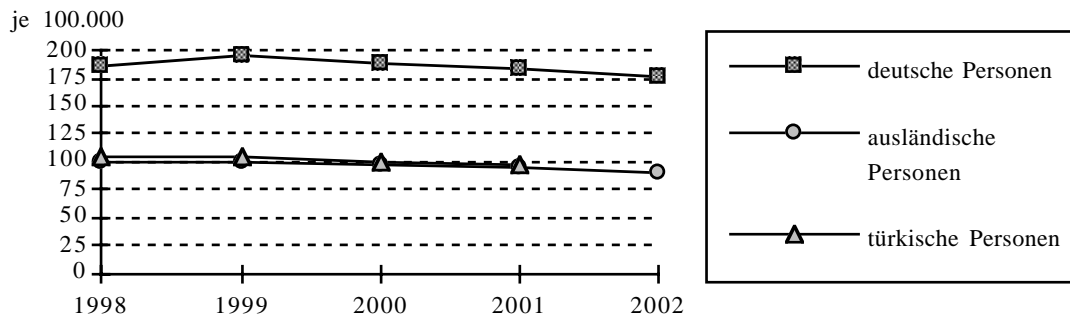


Abbildung 4.19: Insgesamt außerorts verunglückte Beteiligte bezogen auf je 100.000 der deutschen und ausländischen Wohnbevölkerung; Quelle<sup>78</sup>

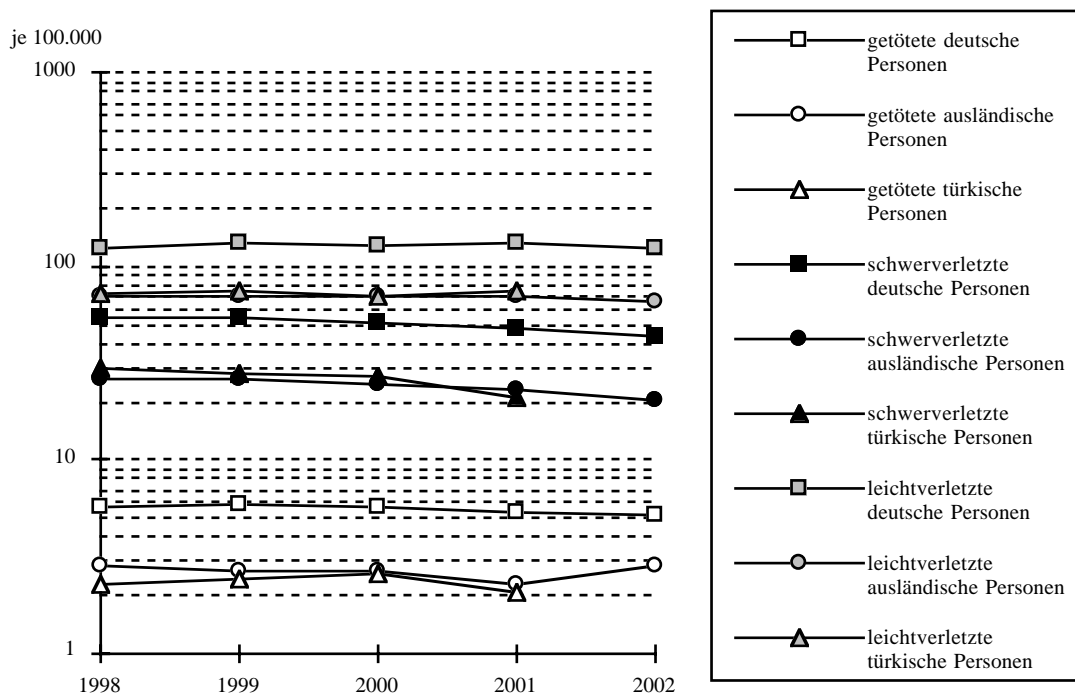


Abbildung 4.20: Insgesamt außerorts verunglückte Beteiligte bezogen auf je 100.000 der deutschen und ausländischen Wohnbevölkerung; Quelle<sup>79</sup>

<sup>78</sup> GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung. GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Mikrozensus.

<sup>79</sup> GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung. GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Mikrozensus.

#### 4.4.3 Verkehrsunfallsterblichkeit

Zwei weitere Tabellen (4.15, 4.16) sollen die Statistik der Verkehrsunfälle ergänzen. Es handelt sich um die alters-, geschlechts- und auf die Staatsangehörigkeit bezogenen Raten der an Verkehrsunfällen Gestorbenen aufgrund der Daten der amtlichen Todesursachenstatistik. Die aus der Statistik tödlicher Verkehrsunfälle erkennbare Tendenz abnehmender Unfallmortalität bestätigt sich auch altersspezifisch, wie auch die Übersterblichkeit von Männern und eine Zunahme mit dem Alter bei Frauen und Männern, die sich zum Teil nur bezogen auf die höchsten Altersgruppen nachweisen läßt. Die insbesondere bei deutschen Männern in den jüngeren Altersklassen zunächst abnehmende, dann wieder ansteigende Sterblichkeit basiert vermutlich auf einem ‚Ursachenwechsel‘ in der Verkehrsbeteiligung. Bei Frauen läßt sich eine Zunahme der Sterblichkeit mit dem Alter insbesondere oberhalb von 65 Jahren erkennen, die zum Teil ausdrücklich auch Frauen ausländischer Nationalität betrifft. Die Verkehrsunfallsterblichkeit ausländischer Männer und Frauen liegt in diesen Altersklassen zum Teil ebenfalls über den Raten deutscher Männer.

Jahre	1998		1999		2000		2001		2002	
	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch
40-<45	16,2	6,5	13,0	9,8	13,4	9,8	12,5	4,1	12,8	5,8
45-<50	14,7	6,7	12,6	10,8	12,2	8,1	12,0	4,2	11,3	8,8
50-<55	13,7	4,9	10,6	5,9	11,7	3,8	9,6	7,4	10,3	4,1
55-<60	12,7	8,2	9,6	8,8	9,7	7,4	8,9	4,7	9,8	7,8
60-<65	12,8	9,3	10,7	6,8	9,7	3,4	9,4	3,9	7,8	6,6
65-<70	13,5	6,6	11,6	4,4	10,9	11,5	8,6	6,7	9,2	5,0
70-<75	15,4	11,8	14,2	2,8	12,5	13,9	11,8	12,2	11,3	4,9

Tabelle 4.15: Sterblichkeit von Männern an Verkehrsunfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>80</sup>

<sup>80</sup> Sterblichkeit an Verkehrsunfällen: An Verkehrsunfällen Gestorbene bezogen auf je 100.000 der alters- und geschlechtsgleichen Bevölkerung. Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10 (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)). GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung. Stark abweichende Zahlen, insbesondere bei der ausländischen Bevölkerung und hohen Altersklassen verweisen darauf, daß es sich um kleine absolute Zahlen handelt.

Jahre	1998		1999		2000		2001		2002	
	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch
40-<45	4,6	2,1	4,0	0,4	4,2	5,3	3,7	1,6	2,8	3,3
45-<50	4,5	2,3	3,7	3,8	3,4	0,8	3,4	6,3	3,2	4,7
50-<55	4,2	1,0	3,1	2,3	3,9	1,6	3,3	3,3	2,7	2,5
55-<60	5,3	2,2	3,9	2,1	3,3	6,0	3,4	3,7	4,0	5,1
60-<65	6,1	1,3	5,0	3,7	3,4	4,2	3,3	2,8	3,4	2,7
65-<70	5,4	4,7	5,6	2,3	5,4	2,2	4,3	9,4	5,4	1,7
70-<75	7,8	3,3	5,4	7,4	6,3	12,9	5,0	6,9	5,7	2,8

Tabelle 4.16: Sterblichkeit von Frauen an Verkehrsunfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>81</sup>

#### 4.5 Sterblichkeit an Haus- und Freizeitunfällen nach der Nationalität

Zur Unfallmortalität werden abschließend aufgrund der Daten der amtlichen Todesursachenstatistik zwei Tabellen zu Haus- und Freizeitunfällen (Tab. 4.17, 4.18) vorgestellt. Sie weisen diesen Bereich tödlicher Unfallfolgen, über den vergleichsweise wenig bekannt ist und gesprochen wird, als einen der wichtigsten aus. Bei der bekannten Übersterblichkeit von Männern zeigt sich hier eine ausgeprägte Altersabhängigkeit, keine Tendenz abnehmender Raten im Betrachtungszeitraum und eine große Bedeutung für nicht-deutsche Frauen in der Altersklasse über 70 Jahren. Tödliche Haus- und Freizeitunfälle scheinen in der ausländischen Bevölkerung der jüngeren Altersklassen einen geringeren Stellenwert zu haben als in der deutschen Bevölkerung. Möglicherweise hängt dies mit der durchschnittlich geringeren technischen Entwicklung, Ausstattung dieser Bereiche oder der Nutzung von riskanten Freizeittechniken oder -instrumenten zusammen.

Man kann darüber spekulieren, aber einiges spricht dafür, daß nicht nur die Sterblichkeit von älteren Menschen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit, sondern auch die Morbidität an Haus- und Freizeitunfällen ein erhebliches Problem darstellen dürfte. Daß diese Problematik auch in den Ansätzen zur Prävention noch nicht angekommen ist, belegen die Broschüren, die von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zu diesen Themen in den letzten Jahren zu Recht aufgelegt wurden, in denen allerdings auf die

<sup>81</sup> Sterblichkeit an Verkehrsunfällen: An Verkehrsunfällen Gestorbene bezogen auf je 100.000 der alters- und geschlechtsgleichen Bevölkerung. Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10 (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)). GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung. Stark abweichende Zahlen, insbesondere bei der ausländischen Bevölkerung und hohen Altersklassen verweisen darauf, daß es sich um kleine absolute Zahlen handelt.

besonderen Bedingungen der älteren Migranten mit keiner Andeutung eingegangen wird, obwohl sich eine Reihe von Problemen hier in besonderer Akzentuierung stellen.<sup>82</sup>

Jahre	1998		1999		2000		2001		2002	
	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch
40-<45	13,0	2,9	8,3	4,9	9,1	6,1	9,7	4,9	9,0	5,8
45-<50	7,9	3,8	9,7	2,2	12,2	3,8	11,3	5,1	10,6	4,0
50-<55	15,6	4,9	10,9	2,6	12,0	2,7	11,8	5,1	12,4	3,7
55-<60	18,3	5,5	14,5	8,0	13,9	7,8	14,5	4,7	12,4	6,1
60-<65	20,9	4,3	17,8	6,8	16,6	7,3	18,4	6,7	16,0	7,1
65-<70	24,7	6,6	21,3	11,8	20,9	7,7	24,0	13,5	23,8	10,0
70-<75	34,2	20,6	29,0	5,6	29,7	8,3	33,4	14,6	30,2	26,8

Tabelle 4.17: Sterblichkeit von Männern an Haus- und Freizeitunfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>83</sup>

Jahre	1998		1999		2000		2001		2002	
	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch
40-<45	3,1	0,0	2,5	0,4	3,1	0,8	3,2	0,8	3,0	0,4
45-<50	3,5	1,5	3,4	1,9	3,6	1,6	3,5	0,8	3,6	2,1
50-<55	5,2	2,0	4,3	2,3	4,3	1,6	3,4	3,3	4,1	1,7
55-<60	5,6	3,0	4,4	3,5	5,9	4,7	5,2	0,6	4,3	2,3
60-<65	6,6	2,6	6,2	4,9	7,0	3,1	7,8	3,8	7,5	3,6
65-<70	12,7	14,0	8,5	4,5	10,6	2,2	10,3	13,2	11,3	5,2
70-<75	19,9	23,3	16,0	14,8	19,8	3,2	18,6	34,5	16,9	19,4

Tabelle 4.18: Sterblichkeit von Frauen an Haus- und Freizeitunfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>84</sup>

#### 4.6 Zusammenfassende Bemerkungen zu Unfallfolgen und arbeitsbedingten Krankheiten

Betrachtet man die Unfallsterblichkeit, die Mortalität an Verletzungsfolgen und die auf die Bevölkerungen bezogenen Zahlen der bei Verkehrsunfällen leicht- und schwerverletzten

<sup>82</sup> Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.): Heimwerkerunfälle. Sicherheit in Heim und Freizeit. Dortmund (Eigenverlag) 2000. Dies. (Hg.): ... alle 6 Sekunden ein Heim- und Freizeitunfall. Sicherheit in Heim und Freizeit. Dortmund (Eigenverlag) 1998.

<sup>83</sup> Sterblichkeit an Haus- und Freizeitunfällen: An Haus- und Freizeitunfällen Gestorbene bezogen auf je 100.000 der alters- und geschlechtsgleichen Bevölkerung. Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10 (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)). GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung.

<sup>84</sup> Sterblichkeit an Haus- und Freizeitunfällen: An Haus- und Freizeitunfällen Gestorbene bezogen auf je 100.000 der alters- und geschlechtsgleichen Bevölkerung. Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10 (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)). GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung.

Personen, so ergeben sich mehrere relevante Hinweise auf das Thema der Expertise, obwohl die Situation für die Bevölkerung mit nichtdeutscher und deutscher Staatsangehörigkeit aufgrund der Datenlage nur unzureichend darstellbar und beurteilbar ist. Auf einem im allgemeinen quantitativ geringeren Niveau als bei deutschen Bezugsbevölkerungen werden für die nichtdeutsche Bevölkerung Charakteristika, die die unfall- und verletzungsbedingte Morbidität und Mortalität kennzeichnen, bestätigt: Männerdominanz, Altersabhängigkeit, Tendenz zur Reduktion, größere Bedeutung in hohen Altersgruppen mit der Nivellierung der Differenzen nach der Staatsangehörigkeit. Ausgehend vom Stellenwert in den Altersgruppen über 65 Jahre erscheint das Thema dringlich relevant für eine Prävention, die zielgruppen- und situationenspezifisch in der ‚Botschaft‘ und im Erreichen der jeweiligen Adressaten unter Nutzung vorhandener kommunikativer Brücken (Sozialberater, die jeweiligen ‚Gemeinden‘, Medien und Massenmedien, Adressieren über den Bereich von Arbeit/Betrieb, seine ‚Versorgungssysteme‘ und Wohlfahrtsorganisationen) ausgerichtet ist.

Vor allem im Hinblick auf die Selbständigkeit und die Förderung sozialer Integration bei kultureller Eigenständigkeit der älteren nichtdeutschen Wohnbevölkerung haben Information, Beratung, Prophylaxen und Maßnahmen, die Sicherheit der Klientel zu wahren, (Sturzprophylaxe, Wohnungs- und Gebäudesicherheit, Hilfsmittel, Notrufsysteme und -erreichbarkeit, Informationen zu Risiken und Gefahrenpotentialen) auch angesichts der denkbar schlechten Datenlage, dies beurteilen zu können, gegenwärtig sicher nicht annähernd den Stellenwert, der ihnen zukommen müßte. Relevant ist hier, Grundlagen zu Aspekten aktiver und passiver Sicherheit zu vermitteln, vertrauenswürdige Quellen der Beratung und Information vorzuhalten und präformierte und spezifische Wege für die Kommunikation und die Umsetzung der Prävention zu nutzen.<sup>85</sup>

Bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten bedarf der differente Output von Anerkennungsverfahren und Ergebnissen ebenso der Aufklärung wie die offensichtlich kürzere Zeit der Pathogenese und das durchschnittlich wesentlich jüngere Alter der Klienten bei der Feststellung der Voraussetzungen und bei Leistungsbeginn. Vor einer Klärung widersprechen diese Befunde jedenfalls nicht einem vermuteten Defizit an aktiver und passiver Sicherheit am Arbeitsplatz und der Prävention und Kontrolle. In diesen Befunden können sich - subjektiv oder durch Verfahren und Interesse am Ergebnis bedingt - eine durch geringere Dichte an Maßnahmen oder Wirksamkeit der Prävention und Arbeitssicherheit

---

<sup>85</sup> Diese Problemdimensionen scheinen in den aktuellen Präventionsmaterialien der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in keiner Weise auf: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.): ... alle 6 Sekunden ein Heim- und Freizeitunfall. Dortmund (Eigenverlag) 1998. Dies. (Hg.): Sicherheit in Heim und Freizeit. Dortmund (Eigenverlag) 2000.



gekennzeichnete Verläufe, differente Arbeitsbedingungen, -situationen, Einwirkungen von Noxen, aber auch prognostische Erwägungen im Hinblick auf Gesundheit, Verlauf, Arbeitsfähigkeit oder Wiedereingliederung ausdrücken. Zudem werden sich die Alternativen, die den Arbeitnehmern deutscher oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit für ihre Existenz und deren Sicherung zur Verfügung stehen, und die Möglichkeiten, flexibel mit ihnen umzugehen, im Hinblick auf die betrachteten Kollektive unterscheiden.

Aus den Daten wird immer wieder deutlich, daß für Migranten höheren Alters und mit der Migrationserfahrung dieser Generation inhaltliche (Beschwerdebilder) und organisatorische Bedingungen der Arbeit (Zugang und Träger der Versorgung) als Ort und Institution und somit die berufliche Tätigkeit, die arbeitsplatzbezogene Kommunikation und über sie die gesundheitliche Sicherung von vergleichsweise größerer Bedeutung sind als bei deutschen Arbeitnehmern. Die ambulanten Arztkontakte werden bei Migranten jenseits des fünfzigsten Lebensjahrs für Frauen und Männer überdurchschnittlich häufig, und ihr Anlaß wird bei Migranten überproportional auf Arbeit und Beruf bezogen.<sup>86</sup>

Beschwerdebilder stehen, subjektiv oder ‚objektiv‘ begründet, häufiger in der Legitimation durch Inhalte und den Prozeß der beruflichen Tätigkeit. Und auch die Träger der Versorgung haben je nach ihrer Nähe zu Arbeit und Beruf einen höheren Stellenwert in der Versorgung von Migranten. Diese Ergebnisse werden von den Betroffenen nicht selten in dem Sinne interpretiert, daß ein kausaler Bezug auf den Arbeitsprozeß, seine Inhalte oder als Berufskrankheit vorliegt, der sich dann aber in der professionellen Diagnostik und in Befunden nicht bestätigen läßt. Diese Ergebnisse sind in diesem Zusammenhang vielmehr als Legitimation einer Inanspruchnahme und subjektive Verständnisse von Krankheit und Behandlungserfordernis zu verstehen. Damit sind sie aber zugleich auch - regelhaft wahrscheinlich nicht genutzter - Ansatzpunkt für einen spezifischen Zugang der Beratung und Bewältigung, die einer unproduktiven Medikalisierung vorbeugen kann. Immerhin ist in Rechnung zu stellen, daß wesentliche Prozesse der Sozialisation im Aufnahmeland, vor allem auch derjenigen in Fragen von Gesundheit, Krankheit und Versorgung bei der ersten Migrantengeneration über den Arbeitsplatz, seine Prozesse und die hier (unmittelbar oder mittelbar) beteiligten Professionellen vermittelt wurden, der damit das Verständnis grundlegend prägt.

---

<sup>86</sup> Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Gesundheitsberichte NRW. Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf (Eigenverlag) o. J., S. 99, 101-104.

Trifft dies zu und hat es die Bedeutung, die sich implizit vermittelt, bedeutet das Ausscheiden aus Arbeit und Beruf einen möglicherweise tiefergehenden Einschnitt als bei deutschen Arbeitnehmern oder Beschäftigten, zumal die den Übergang selten genug sichernden ‚sozialen Maßnahmen‘ bezogen auf Migranten anders und insgesamt weniger wirken dürften. Wenn dem so ist, erscheint auch um so problematischer und kaum verständlich, daß nahezu 10 % der Wohnbevölkerung oder quantitativ erhebliche Klientele mit ihren kulturellen Trägern (Gemeinden, Vereinen, Selbsthilfen) in den Debatten und Projekten um Primärprävention und Gesundheitsförderung praktisch nicht berücksichtigt sind.<sup>87</sup>

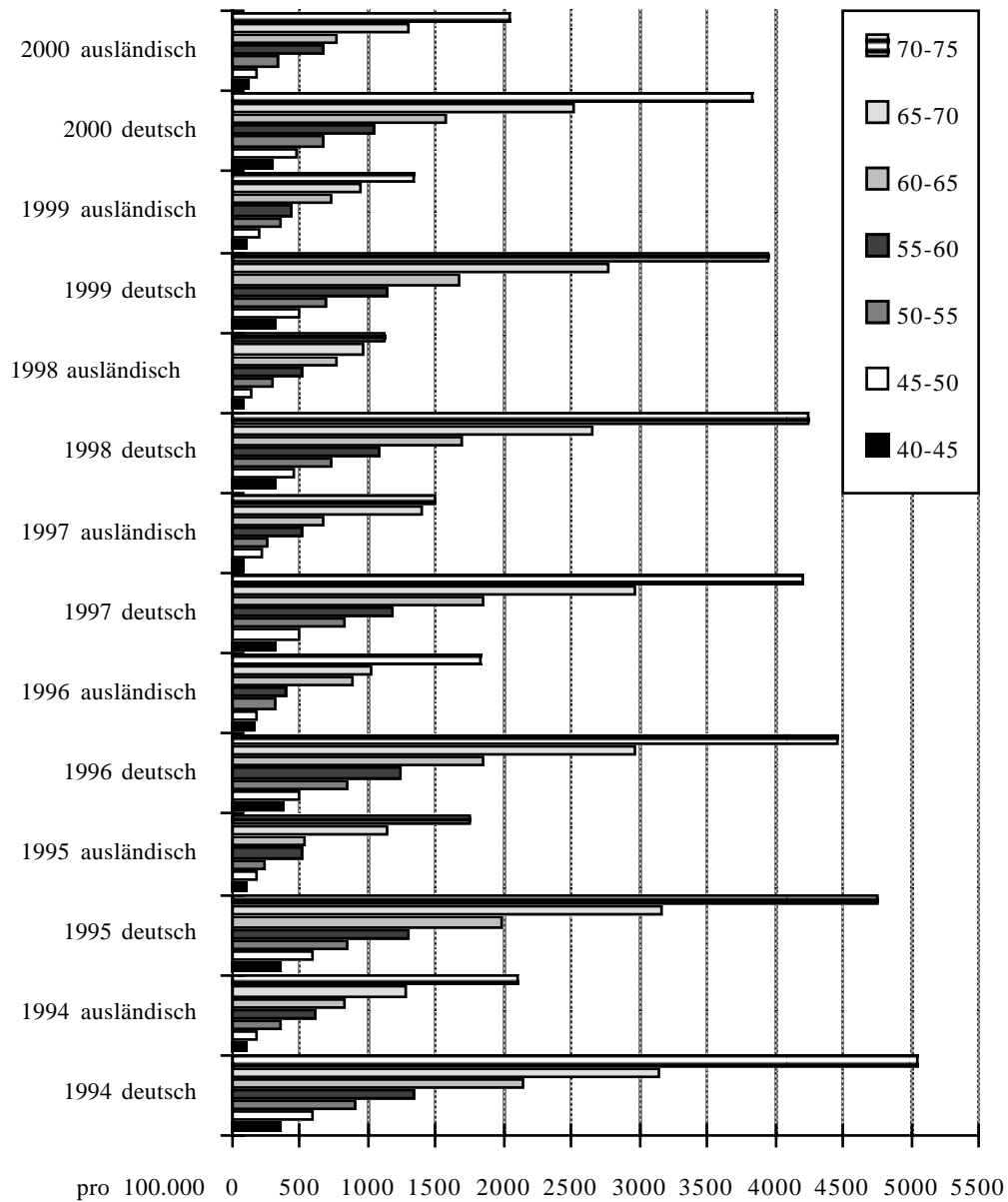
#### 4.7 Raten altersspezifischer Sterblichkeit

Auf Bundesebene werden durch das Statistische Bundesamt unter Hinweis auf die oben genannten Argumente keine Daten zur Mortalität nach der Staatsangehörigkeit der Gestorbenen veröffentlicht. Einzig das Bundesland Berlin mit einer zahlenmäßig großen Gruppe und insbesondere regional hohen Anteilen Nichtdeutscher an der Wohnbevölkerung hat in seinen Jahresgesundheitsberichterstattungen von 1994 bis 2000 altersspezifische Mortalitätsraten nach der Nationalität berechnet und veröffentlicht.<sup>88</sup> Sie werden in den beiden folgenden Abbildungen für Männer und Frauen dargestellt (Abb. 4. 21 und 22).

---

<sup>87</sup> Beispiele sind: Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hg.): Dokumentation 2001. Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 (1, 2) SGB V. Bergisch Gladbach (Eigenverlag) 2003. Empfehlungen der Kommission. In: Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung (Hg.): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission. Gütersloh (Bertelsmann Stiftung) 2004, S. 78-102. Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung (Hg.): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Ergebnisse der Arbeitsgruppen. Gütersloh und Düsseldorf (Bertelsmann Stiftung) 2004. Initiative Neue Qualität der Arbeit und Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.): Mit Erfahrung die Zukunft meistern. Altern und Ältere in der Arbeitswelt. Dortmund (Eigenverlag) 2004, S. 31-35. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) (Hg.): Gesundheitsziele.de. Arbeitsgruppe „Diabetes Mellitus Typ 2“. Zwischenergebnisse. Köln (Eigenverlag des ZI) 2002.

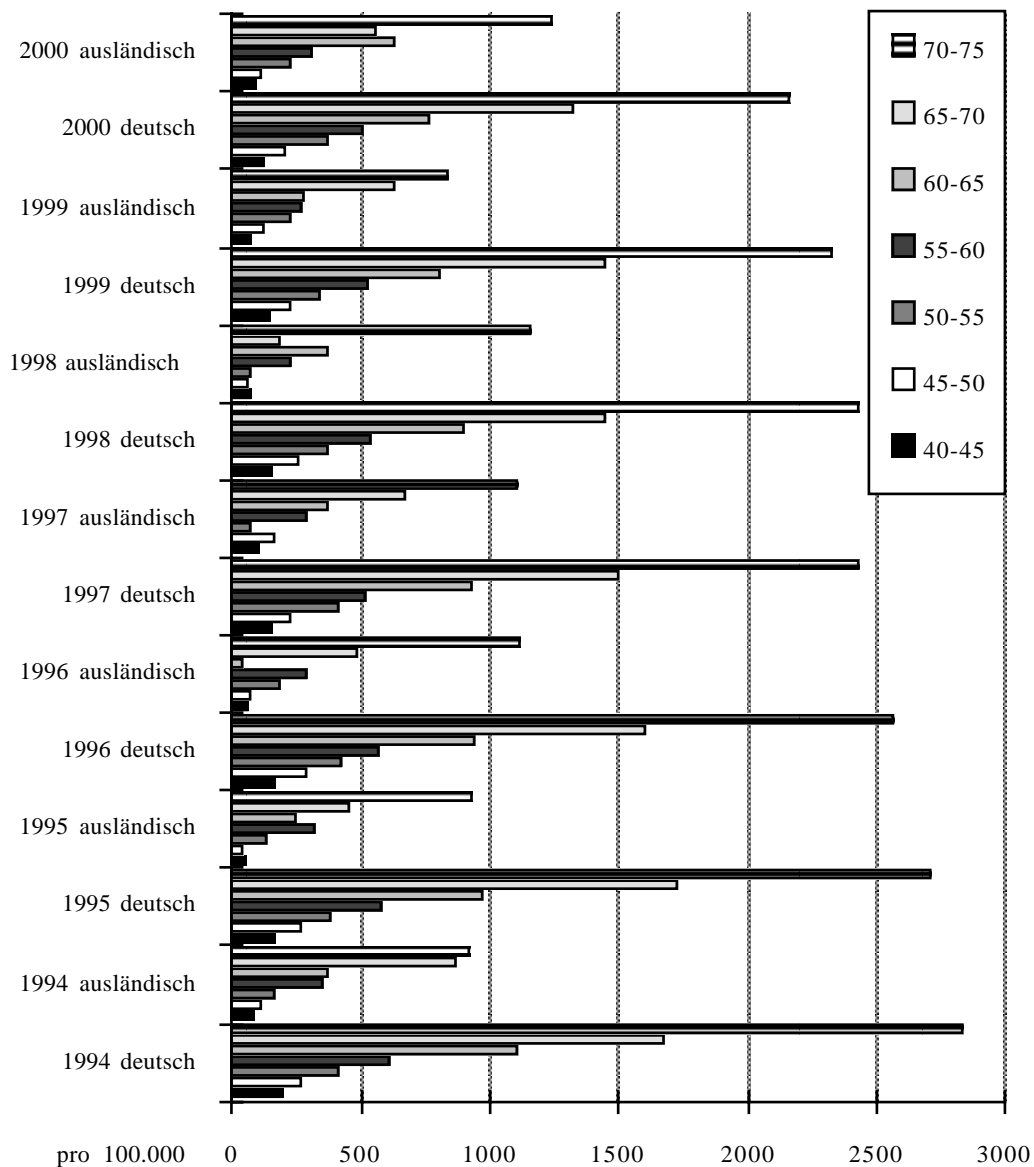
<sup>88</sup> Senatsverwaltung für Gesundheit/für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hg.): Jahresgesundheitsbericht 1994/Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2002. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin (Eigenverlag) 1995-2003. Bis 1997 ICD-9; seit 1998 ICD-10.



Datenquelle: StaLa Berlin / Berechnung SenGesSozV - II A

Abbildung 4.21: Altersspezifische Mortalität der deutschen und ausländischen männlichen Bevölkerung in Berlin 1994-2000 bezogen auf je 100.000 der deutschen und ausländischen männlichen Wohnbevölkerung; Quelle:<sup>89</sup>

89 Vgl. Anmerkung 88.



Datenquelle: StaLa Berlin / Berechnung SenGesSozV - II A

Abbildung 4.22: Altersspezifische Mortalität der deutschen und ausländischen weiblichen Bevölkerung in Berlin 1994-2000 bezogen auf je 100.000 der deutschen und ausländischen weiblichen Wohnbevölkerung; Quelle:<sup>90</sup>

Den Daten ist zu entnehmen, daß die altersspezifischen Sterblichkeitsraten in der deutschen Bevölkerung im Zeitraum kontinuierlich abnehmen, während dies auf dem Niveau meist hälftiger oder geringerer Raten bei Gestorbenen mit nichtdeutscher Nationalität nicht der Fall ist. Um diesem offensichtlichen Problem der Untererfassung, wenigstens zu einem

<sup>90</sup> Vgl. Anmerkung 88.

Teil zu entgehen, wird im folgenden der Versuch unternommen, die differente altersspezifische Sterblichkeit am Beispiel der beiden vorrangigen Gruppen von Todesursachen, Neubildungen (Tumoren) und Herz-Kreislauf-Krankheiten, mit Zahlen der Bundesstatistik deskriptiv darzustellen.

#### 4.7.1 Sterblichkeit an Neubildungen

Für die Betrachtung der altersspezifischen Sterblichkeit an bestimmten Gruppen von Krankheiten gelten die Ausführungen, die im Exkurs zur differentiellen Mortalität gemacht wurden: Die Sterblichkeit an onkologischen Krankheiten zeigt für Frauen und Männer Zunahmen mit dem Alter und Differenzen nach der Staatsangehörigkeit (Tab. 4.19, 4.20). Lassen sich für deutsche Frauen und Männer fast durchgehend zurückgehende altersspezifische Raten der Krebssterblichkeit feststellen, so gilt dies für nichtdeutsche Männer und auch Frauen in den höheren Altersgruppen regelhaft eher nicht, allenfalls gegenüber dem Ausgangsjahr 1998. Entsprechend nimmt der relative Anteil der Raten nichtdeutscher Frauen und Männer gegenüber den Raten deutscher Frauen und Männer von unter oder um 50 % auf zwei Drittel bis 70 % zu. Sind in der Altersgruppe der 40 bis 45jährigen und zum Teil auch noch in der nächsten Altersgruppe die Sterberaten von nichtdeutschen und deutschen Frauen etwa gleich hoch oder teilweise höher als diejenigen der Männer, so nimmt deren Sterblichkeit an Tumoren in den folgenden Altersgruppen überproportional zu. Der relative Anteil der Sterberaten der 70 bis 75jährigen Frauen beträgt nur noch 56 % (1998) bis 53 % bei deutschen und 83,5 % (1998) bis um 50 % (2002) bei nichtdeutschen Frauen der Sterblichkeit von Männern - bei allerdings stärkeren Schwankungen aufgrund kleiner Zahlen.

Jahre	1998		1999		2000		2001		2002	
	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch
40-<45	71,8	38,0	55,6	31,7	51,2	34,8	49,8	29,2	47,8	23,6
45-<50	146,5	73,2	116,3	64,5	111,7	58,1	106,6	65,7	108,6	61,7
50-<55	265,0	113,3	218,3	117,8	212,0	117,3	198,1	109,0	201,0	125,8
55-<60	456,1	188,1	350,9	194,7	352,7	222,6	349,3	203,8	352,6	214,3
60-<65	692,4	285,0	516,3	287,7	467,4	251,4	449,6	263,9	423,0	238,3
65-<70	1121,3	519,7	867,7	547,1	849,2	565,4	804,9	486,5	784,1	522,0
70-<75	1493,5	614,7	1211,5	719,4	1221,1	875,0	1188,0	768,3	1174,0	846,3

Tabelle 4.19: Sterblichkeit von Männern an Neubildungen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>91</sup>

<sup>91</sup> Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10. GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung.

Jahre	1998		1999		2000		2001		2002	
	deutsch	aus- ländisch	deutsch	aus- ländisch	deutsch	aus- ländisch	deutsch	aus- ländisch	deutsch	aus- ländisch
40-<45	76,8	35,8	59,2	33,3	57,2	30,9	53,8	31,0	52,5	34,4
45-<50	135,6	64,2	101,7	58,4	101,2	54,1	96,7	62,9	98,5	67,0
50-<55	206,6	70,0	164,1	86,9	159,8	95,1	160,0	86,1	151,1	100,4
55-<60	300,2	131,1	236,6	115,3	238,6	136,2	234,5	128,0	238,8	122,3
60-<65	421,8	175,3	323,4	212,2	319,8	232,3	319,0	179,2	309,2	225,0
65-<70	601,0	253,5	464,1	350,0	452,0	354,3	446,3	298,1	438,9	294,8
70-<75	835,9	513,3	664,9	463,0	642,0	467,7	630,2	527,6	627,1	408,3

Tabelle 4.20: Sterblichkeit von Frauen an Neubildungen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>92</sup>

Die Ergebnisse zur altersspezifischen Sterblichkeit an onkologischen Krankheiten lassen sich im Sinne der obigen Interpretationen verstehen: Bedeutung der Sterblichkeiten (und Validität der Daten) nehmen zu, die Raten der Sterblichkeit in der nichtdeutschen Bevölkerung konvergieren mit denjenigen der deutschen Bevölkerung. Dies wäre vereinbar mit der These, daß Diagnostik und Behandlung dieser Krankheiten altersabhängig und über die Jahre zunehmend in der Bundesrepublik stattfinden und die aus der Abnahme der Raten zu erschließende steigende Wirksamkeit von Diagnostik und Behandlung auch mit der relativen Bedeutungszunahme kompatibel sind.

#### 4.7.2 Sterblichkeit an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems

Über die mehrfach beschriebene Altersabhängigkeit und die Geschlechterdifferenzen hinaus ist die altersspezifische Mortalität an Herz-Kreislauf-Krankheiten durch etwa gleiche Proportionen der Sterblichkeit von Männern in den Altersklassen nach der Nationalität gekennzeichnet. Die Raten an diesen Diagnosen gestorbenen ausländischen Männer betragen 1998 circa 40 bis 45 % derjenigen deutscher, in den Folgejahren liegen sie im allgemeinen bei 50 bis 60 % (Tab. 4.21).

<sup>92</sup> Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10. GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung.

Jahre	1998		1999		2000		2001		2002	
	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch
40-<45	77,8	31,8	57,6	34,0	56,9	31,8	52,6	31,1	51,9	20,4
45-<50	135,1	59,0	102,6	60,6	102,7	56,7	101,8	52,3	100,8	55,9
50-<55	220,8	101,5	172,8	100,7	163,3	100,8	161,0	95,3	160,6	91,8
55-<60	369,8	150,2	274,7	147,8	265,8	157,1	263,0	154,7	256,8	154,3
60-<65	692,4	285,0	516,3	287,7	467,4	251,4	449,6	263,9	423,0	238,3
65-<70	1261,7	565,6	946,4	567,6	869,3	465,4	821,2	498,9	774,5	508,0
70-<75	1985,4	835,3	1580,8	875,0	1498,6	855,6	1452,3	843,9	1429,1	902,4

Tabelle 4.21: Sterblichkeit von Männern an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>93</sup>

Abbildung 4.23 weist aus, daß die Raten der Sterblichkeit nach der Staatsangehörigkeit voneinander getrennt verlaufen. Die Herz-Kreislauf-Mortalität deutscher Männer nimmt in der Folge der betrachteten Jahre in allen Altersgruppen kontinuierlich ab, während dies für die Gestorbenen nichtdeutscher Nationalität, deren Kurvenverläufe kaum different sind, nicht zutrifft.

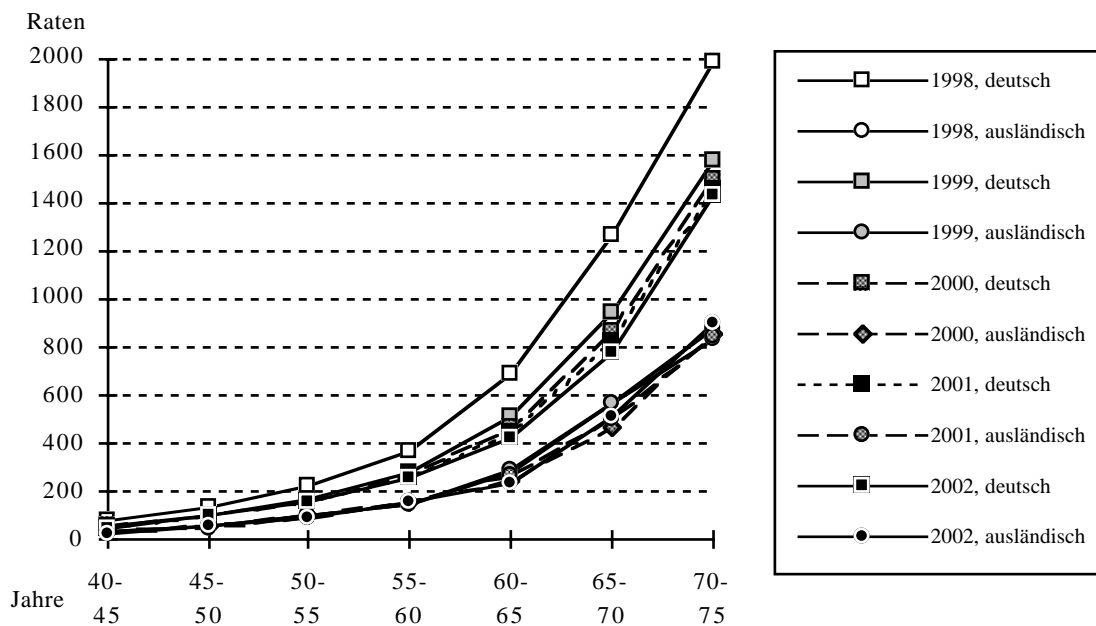


Abbildung 4.23: Sterblichkeit von Männern an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>94</sup>

93 Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10. GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsforschung.

94 Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10. GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsforschung.

Für Frauen, die an Herz-Kreislauf-Krankheiten gestorben sind, gilt die die Konstanz der Anteile ausländischer gegenüber deutschen in den Altersklassen nur für 1998 (ca. 50-60 %). In den Folgejahren zeigt sich eine Zunahme der Anteile der Sterberaten von 50-60 % in der jüngsten Altersklasse bis auf 70 bis 95 % bei den 65 bis 70 bis 75jährigen (Tab. 4.22). Abbildung 4.24 weist die vergleichsweise geringen Differenzen der Verläufe der altersspezifischen Sterblichkeiten nach der Staatsangehörigkeit aus - mit der Ausnahme des ersten betrachteten Jahrs 1998. Wie bei den Mortalitätskurven bei deutschen Männern unterschichten sich die Verläufe auch bei deutschen Frauen in der zeitlichen Abfolge der betrachteten Jahre im Sinne abnehmender Sterblichkeitsraten. Diese Effekte sind wiederum bei den Verläufen ausländischer Frauen nicht festzustellen: Hier steigen die altersspezifischen Raten im Verlauf der Jahre an (Abb. 4.24).

Jahre	1998		1999		2000		2001		2002	
	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch
40-<45	27,9	15,8	21,3	13,2	21,0	12,2	20,4	12,2	21,8	10,8
45-<50	46,5	19,2	33,5	21,4	34,2	21,1	35,6	22,8	35,5	21,0
50-<55	71,0	35,0	54,1	42,5	53,8	29,2	51,6	42,9	52,2	34,4
55-<60	116,4	77,0	88,1	63,2	76,7	73,2	79,8	50,9	82,9	53,1
60-<65	254,3	136,4	181,7	120,7	168,0	153,1	150,8	150,0	146,0	117,9
65-<70	537,9	307,0	402,6	361,4	364,7	304,3	345,4	286,8	329,3	313,8
70-<75	1094,6	566,7	827,4	629,6	780,2	587,1	742,1	637,9	723,9	594,4

Tabelle 4.22: Sterblichkeit von Frauen an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>95</sup>

Beides kann im obigen Sinn als Konvergenz der Mortalitätsraten verstanden werden. Daß abnehmende Raten im Zeitverlauf bei den Gestorbenen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit nicht nachweisbar sind, wäre mit fehlenden Adressierungen der nichtdeutschen Bevölkerungen im Hinblick auf Herz-Kreislauf-Prävention oder in Frage stehender Wirksamkeit entsprechender Maßnahmen vereinbar.

<sup>95</sup> Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10. GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsforschung.



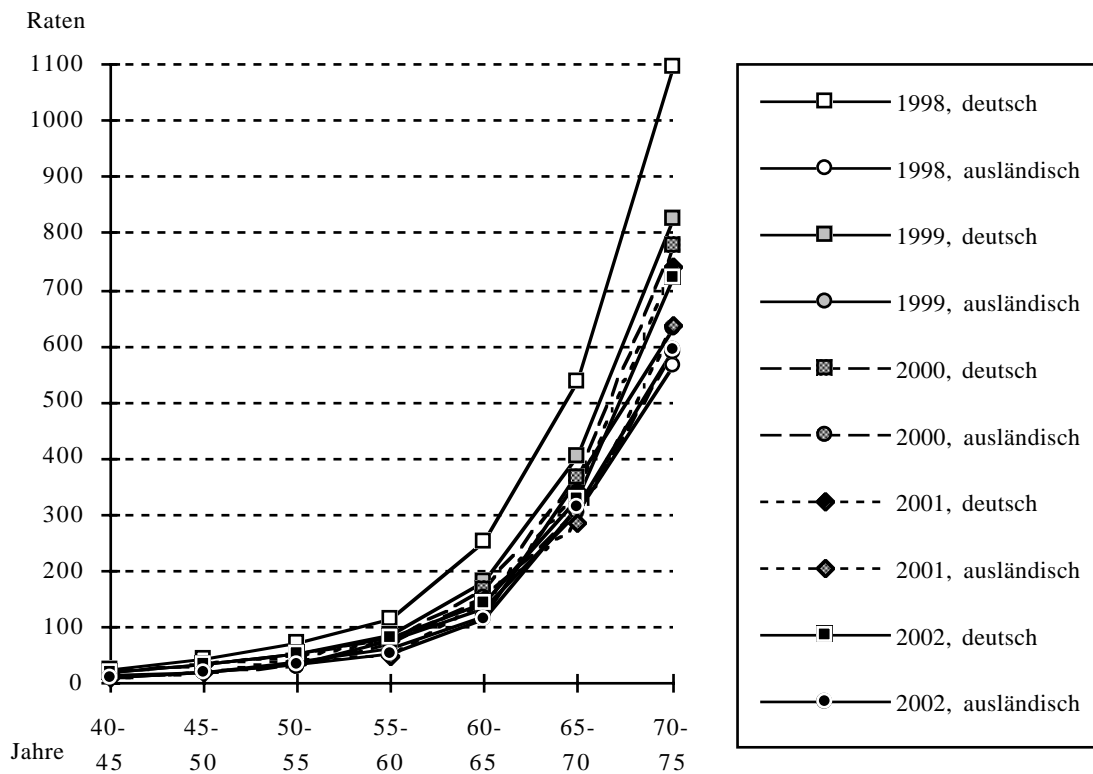


Abbildung 4.24: Sterblichkeit von Frauen an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002; Quelle<sup>96</sup>

#### 4.7.3 Vergleich der Sterblichkeit an Neubildungen und Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems

Die Sterblichkeit an Neubildungen liegt bei Männern, insbesondere in den Altersgruppen von 50 bis 65 Jahren über derjenigen an Herz-Kreislauf-Krankheiten (Abb. 4. 25 und 26). Das Verhältnis<sup>97</sup> kehrt sich in den höheren Altersklassen um und beträgt im betrachteten Zeitraum wegen der Reduktion der Herz-Kreislauf-Mortalität 75 bis über 80 % bei deutschen Männern, bei nichtdeutschen Männern nimmt es von 82 bis 94 % zu. Bei deutschen Frauen nimmt das Verhältnis zu den beiden höchsten Altersgruppen auf 80 bis 87 % zu, bei ausländischen Frauen schwankt es wegen der divergierenden Entwicklung der Sterblichkeit in diesen Altersklassen von 70 bis 80 %.

<sup>96</sup> Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10. GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung.

<sup>97</sup> Neubildungs- zu Herz-Kreislauf-Mortalität

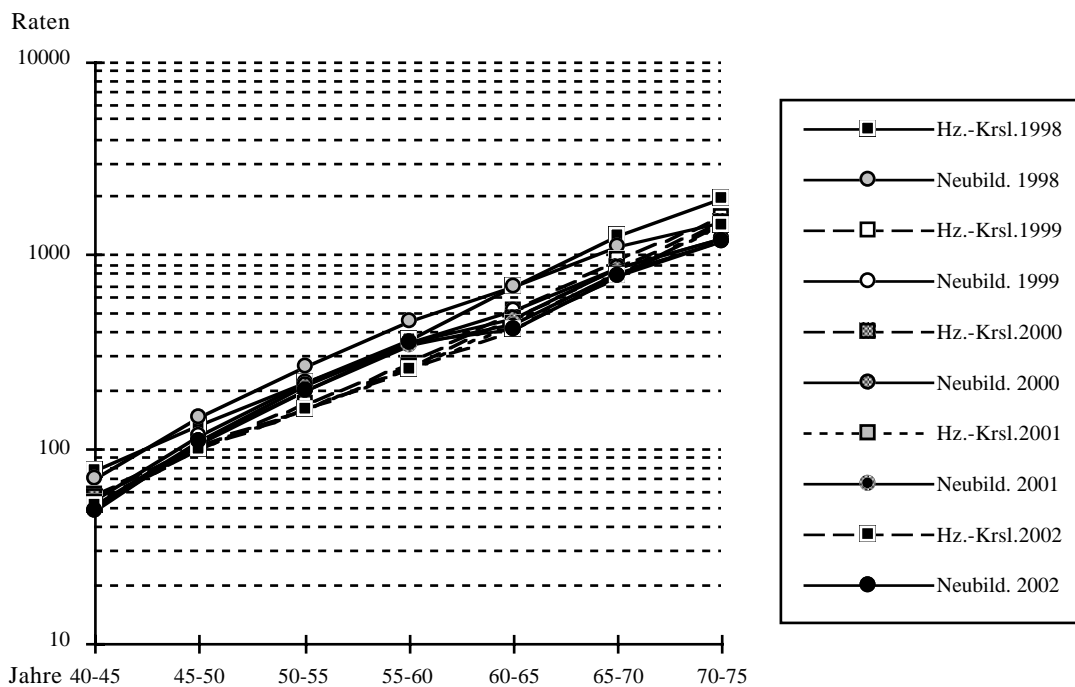


Abbildung 4.25: Sterblichkeit von deutschen Männern an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und an Neubildungen von 1998 bis 2002; semilogarithmische Darstellung; Quelle<sup>98</sup>

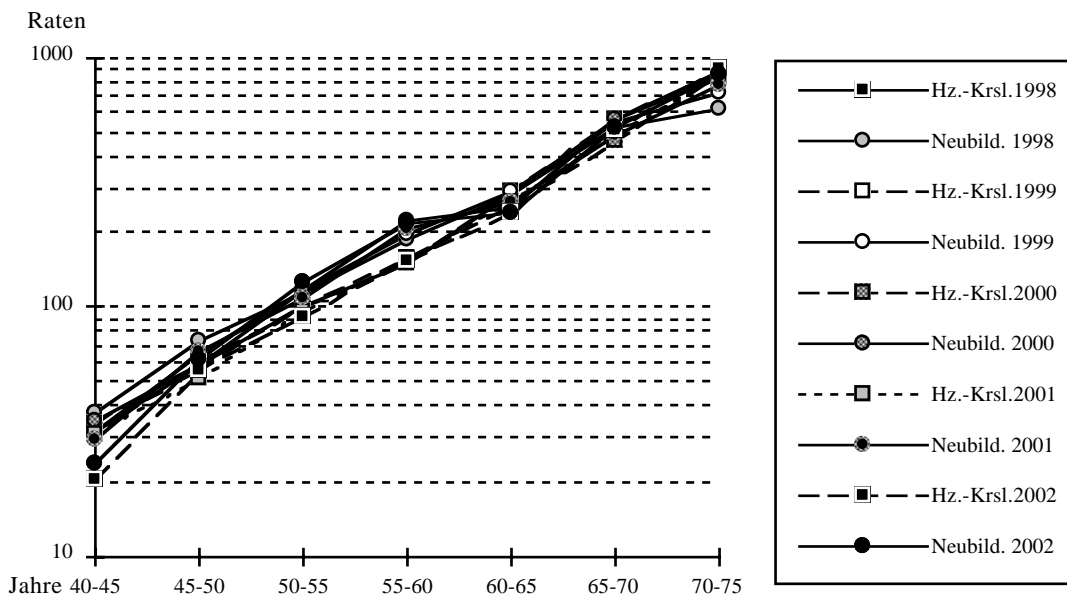


Abbildung 4.26: Sterblichkeit von ausländischen Männern an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und an Neubildungen von 1998 bis 2002; semilogarithmische Darstellung; Quelle<sup>99</sup>

98 Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10. GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung.

99 Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10. GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung.

Die Sterblichkeit an Neubildungen liegt bei deutschen und nichtdeutschen Frauen bis zum Alter von 65 bis 70 Jahren ausgeprägt über der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit und unterschreitet diese in der Altersklasse von 70 bis 75 Jahren, also eine Altersklasse später als bei Männern (Abb. 4.27 und 28).

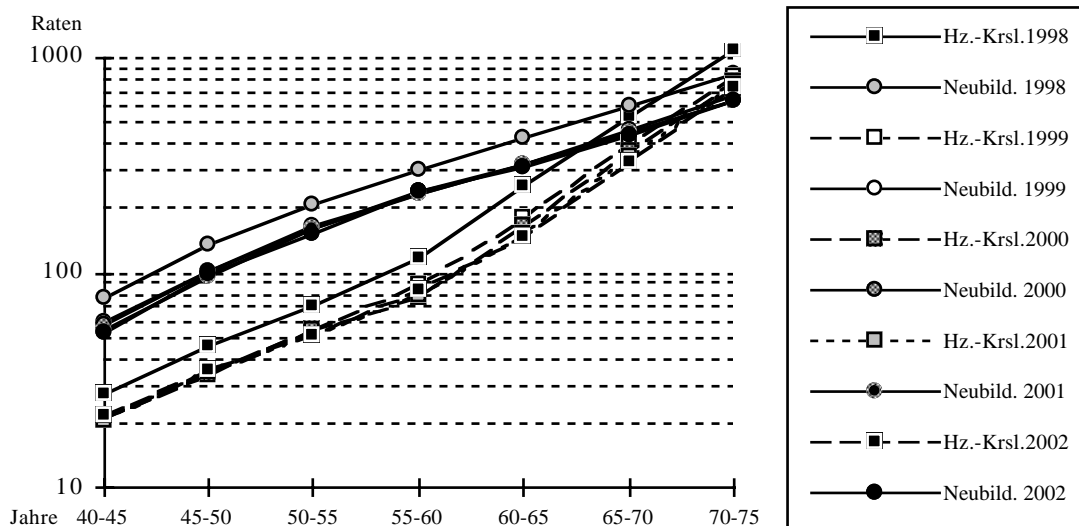


Abbildung 4.27: Sterblichkeit von deutschen Frauen an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und an Neubildungen von 1998 bis 2002; Quelle<sup>100</sup>

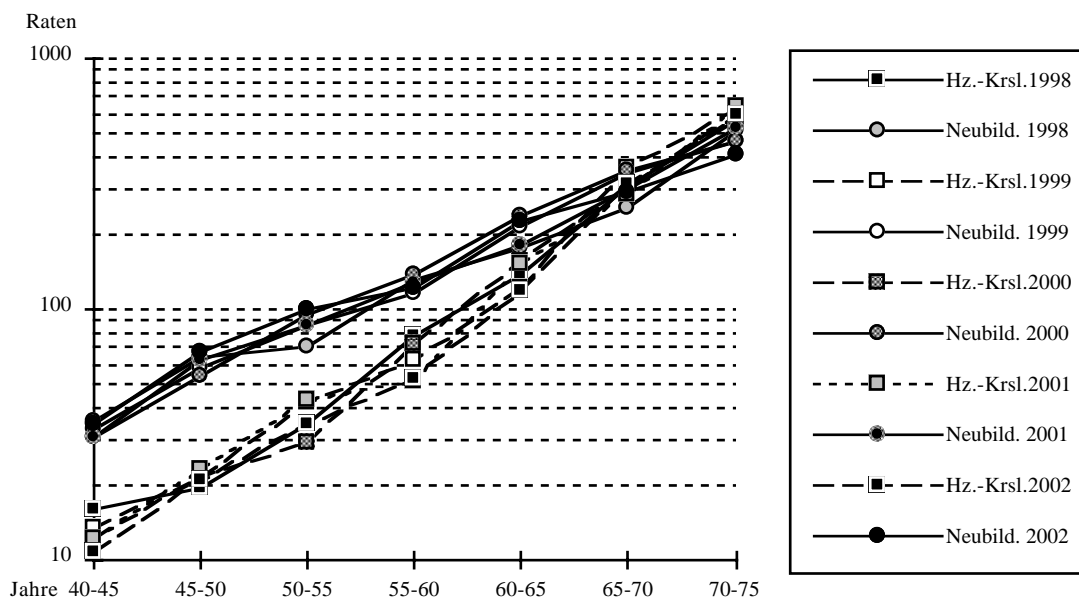


Abbildung 4.28: Sterblichkeit von ausländischen Frauen an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und an Neubildungen von 1998 bis 2002; Quelle<sup>101</sup>

<sup>100</sup> Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10. GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsforschung.

<sup>101</sup> Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10. GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsforschung.

Als Ertrag der Deskription und des Vergleichs alters-, geschlechts- und nationalitäten-differenter Sterblichkeit läßt sich festhalten:

1. Die Mortalitäten sind im Altersklassen- und Zeitverlauf qualitativ vergleichbar und quantitativ different.
2. Die Differenzen betreffen Sterblichkeitsraten von Männern stärker als diejenigen von Frauen. Bei Mortalitätsraten ausländischer Frauen besteht eine ausgeprägte Konvergenz zu Kurvenverläufen bei deutschen Frauen. Insofern läßt sich deskriptiv und altersklassenbezogen, insbesondere perspektivisch mit den Mortalitätsdaten der amtlichen Statistik arbeiten, vorausgesetzt, es gelingt, zukünftig den Migrationshintergrund valide zu erfassen.
3. Diagnosenbezogen abnehmende Sterblichkeiten, die die Entwicklung in der deutschen Bevölkerung charakterisieren, lassen sich in der Sterblichkeit in der nichtdeutschen Bevölkerung nicht nachweisen. Dies kann mit den unterschiedlichen Bedingungen zusammenhängen, die an früheren Stellen den Berichts erörtert wurden. Über eine differente gesundheitliche Versorgung kann sie auch damit zu tun haben, daß gesundheitsbezogene Information und Beratung, präventive Programme und Maßnahmen die älteren nichtdeutschen Gruppen nicht spezifisch adressieren, vermutlich auch in einem zu geringen Umfang erreichen und wirksam sind.

#### 4.8 Gesundheitsprobleme, Befunde zu Krankheitsinzidenzen und -prävalenzen

##### 4.8.1 Vorliegende Einzelbefunde

Aufgrund von klinisch-epidemiologischen Arbeiten liegen inzwischen eine Reihe von explorativen oder auch in unterschiedlichem Umfang gesicherten Ergebnissen zu differenten dispositionellen interkulturellen Faktoren vor, die pathogenetisch bedeutsam sind oder sein können. Sie sind, soweit erkennbar, nicht spezifisch für die Altersgruppen, die hier in Rede stehen. Beispielhaft sei auf Untersuchungen zum Vitamin-D-Mangel und folgend trophische Störungen im Skelettsystem bei Frauen verwiesen, die aufgrund des Tragens von Kopftuch oder aus anderen Gründen eingeschränkter Insolation Probleme der Umwandlung von Provitamin A haben.<sup>102</sup> Eine andere Untersuchung findet im Vergleich von großen Kollektiven deutscher und türkischer Frauen und Männer, die gesetz-

---

<sup>102</sup> Erkal, Mehmet Ziya, Reinhard G. Bretzel, J. Wilde, Yasar Bilgin, M. Mann, Rolf-Hasso Bödeker, C. Algan, A. Kececi, Ahmet Akinci und Hilmar Stracke: MOD-Studie Gießen 2002. Risiken für 25-Hydroxyvitamin-D-Mangel und sekundärem Hyperparathyreoidismus bei erwachsenen Einwanderern aus der Türkei in Deutschland. Universität Gießen (unveröffentlichtes Ergebnispapier) o. J.

liche Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nahmen, Differenzen hinsichtlich von Befundparametern des Fettstoffwechsels und anderer blutchemischer Befunde.<sup>103</sup>

Bei einer nicht repräsentativen Stichprobe von 1067 türkischen Frauen (351) und Männern (716), die durchschnittlich zwei Jahrzehnte in der Bundesrepublik leben und die in einem Konsulat und bei türkischen Vereinen erreicht wurden, konnte eine Diabetes-Prävalenz von 13,5 %, bei über 50jährigen (60jährigen) von 24,5 % (26,3 %) festgestellt werden. In knapp vier Prozent war ein Verdacht auf Diabetes mellitus zuvor nicht bekannt. Allerdings konnte er auch nur in gut 20 % weiter abgeklärt und überwiegend bestätigt werden.<sup>104</sup> Diese Befunde können eine überdurchschnittliche Diabetes-Prävalenz in der nichtdeutschen Bevölkerung indizieren.<sup>105</sup> Sie sind vereinbar mit der Vermutung zureichender Prävention in der allgemeinmedizinischen Betreuung und der offenen Frage nach dem Alltagswissen. In Zusammenhang möglicher Wissensdefizite hinsichtlich der Ernährung der Migranten-Bevölkerungen ist ebenso interessant, wie sich der Zugang und die Applikation von Diäten gestalten. Interessant ist auch die These einiger vorliegender ernährungswissenschaftlicher Untersuchungen, daß die türkische Wohnbevölkerung sich in ihren Ernährungsgewohnheiten in größerem Umfang deutschen Gegebenheiten angepaßt hat als andere Migrationsgruppen (wie natürlich umgekehrt auch Wirkungen der Migrantenküchen auf deutsche Ernährungsformen erkennbar sind).<sup>106</sup>

#### 4.8.2 Wiederkehrende Ergebnisse

Ein konstanter Befund differenter Morbidität, zu der umfangreiche Untersuchungen vorliegen, sind unterschiedliche Inzidenzen und Prävalenzen an Tuberkulose in der deutschen und ausländischen Wohnbevölkerung.<sup>107</sup> Ein ausgeprägt kontroverser Diskurs

---

<sup>103</sup> Porsch-Özcürümez, Mustafa Kemal: Vergleichende Untersuchungen der Lipidstoffwechselformparameter zwischen 35-64jährigen deutschen und in Deutschland lebenden türkischen Teilnehmern einer Gesundheitsvorsorgeuntersuchung (Check-up 35). Gießen, Justus-Liebig-Universität, Med. Fak., Diss. 1997.

<sup>104</sup> Laube, Heiner, H. Bayraktar, Yüksel Gökce, Ahmet Akinci, Ziya Erkal, Rolf-Hasso Bödeker und Yasar Bilgin: Zur Diabeteshäufigkeit unter türkischen Migranten in Deutschland. *Diabetes und Stoffwechsel* 10: 51-57, 2001. Gökce, Yüksel, N. Soydan, Mehmet Erkal, A. Kececi, I. Mehmet, A. Gediz und Reinhard G. Bretzel: Charakteristika von türkischen Diabetikern in Deutschland: Ein Vergleich mit Daten von Patienten in der Türkei. <http://www.diabetespartner.de>. Zugriff am 3.11.2004.

<sup>105</sup> Berdel, Wolfgang E., Michael Böhm, Meinhard Classen, Volker Diehl, Kurt Kochsiek und Wolff Schmiegel (Hg.): *Innere Medizin*. München (Urban&Fischer) 2004, S. 1531ff.

<sup>106</sup> Gedrich, Kurt and Georg Karg: *Dietary Habits on German versus non-German Residents in Germany*. München (Technische Universität) und Weihenstephan (Life and Food Science Center) (unveröffentlichter Bericht) o. J.

<sup>107</sup> Robert Koch Institut (Hg.): *Bericht zur Tuberkulose in Deutschland für 2001*. Berlin (Eigenverlag) 2003. Lodenkemper, Robert, B. Hauer, D. Sagebiel, A. Gartzke und M. Forßbohm: Die Tuberkulosesituation in Deutschland 1999. *Pneumologie* 55: 347-356, 2001. Dabei bringen die jeweils unterschiedlichen Wanderungen besondere Akzentuierungen und Problemdimensionen mit sich, wie gegenwärtig an

wurde zur Genese und Häufigkeit der Tuberkulose bei Migranten geführt, der nicht selten sogar an historische Argumentationsmuster der Sozialhygiene und der Sozialen Pathologie anknüpft. Wesentlich für die Inzidenzen, vor allem in der Ersten Generation, waren jedenfalls Lebens- und Arbeitsbedingungen im Aufnahmeland wie die Sukzession in geräumte Quartiere, überdurchschnittliche Belegungen von Wohnungen, große Familien und arbeits- und arbeitsplatzbezogene Faktoren (vgl. Abschn. 4.3.5). Urbane Quartiere weisen im allgemeinen überdurchschnittliche Tuberkuloseinzidenzen auf.<sup>108</sup> Wegen der gesetzlich geregelten Meldepflichten und der unterschiedlichen Erhebungsorte der Diagnosen kann man davon ausgehen, daß die Erfassung von Tuberkulosen nicht ausschließlich zufällig erfolgt. Ob dies in gleicher Weise auch für Menschen in höherem Lebensalter zutrifft, erscheint nicht ganz so sicher.<sup>109</sup> Die Abbildungen 4.29-31 vermitteln geschlechterspezifische Tuberkuloseinzidenzen nach der Staatsangehörigkeit auf der Grundlage der Daten der Berliner Gesundheitsstatistik.<sup>110</sup> Tuberkuloseinzidenzen in den anderen Flächenländern und Stadtstaaten stellen sich ähnlich dar. Für den Zeitraum knapp eines Jahrzehnts werden die bevölkerungsbezogenen Raten der Gesamtinzidenzen, der Lungentuberkulose und der pulmonalen und extrapulmonalen Formen angeführt. Die bekannten Befunde der höheren Inzidenzen bei Männern gegenüber Frauen werden für den gesamten Zeitraum auch für die ausländische Bevölkerung und für alle unterschiedenen Formen der Tuberkulose bestätigt. Allerdings zeigt sich, gerade auch für die ausländische Bevölkerung, ein eindrucksvoller Rückgang der Tuberkulose-Morbidität, der mehr oder weniger kontinuierlich anhält und alle Krankheitsformen betrifft.

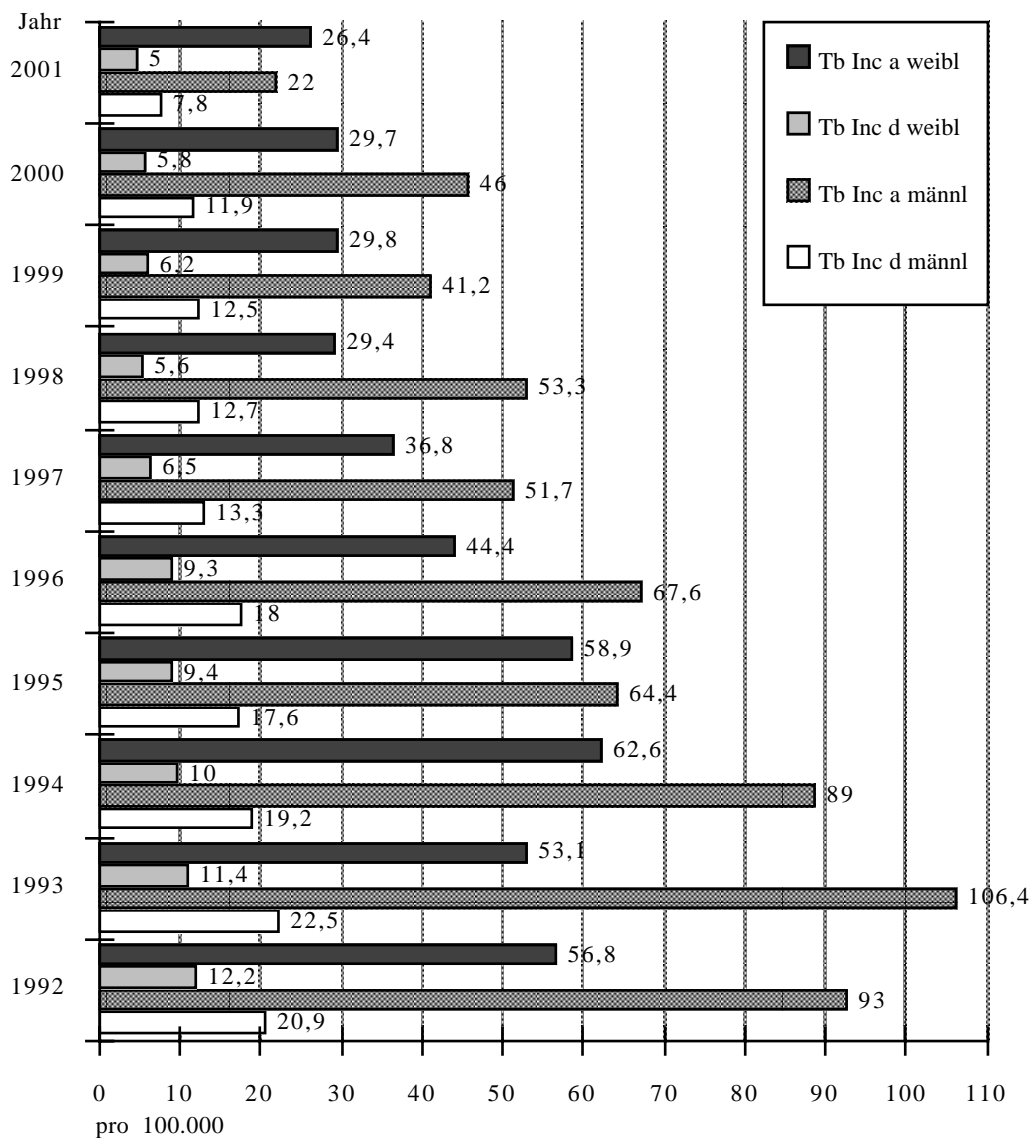
---

der Zunahme der Tuberkulose in Rußland und anderen ehemals sozialistischen Staaten, insbesondere auch an der Problematik der sich entwickelnden Multiresistenzen diskutiert wird.

<sup>108</sup> Robert Koch Insitut (Hg.): Epidemiologisches Bulletin. 44 (10): 375-379, 2004.

<sup>109</sup> Statistisches Bundesamt (Hg.): Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Wiesbaden (Metzler&Poeschel) 1998, Abschnitt 5.26, S. 269-273.

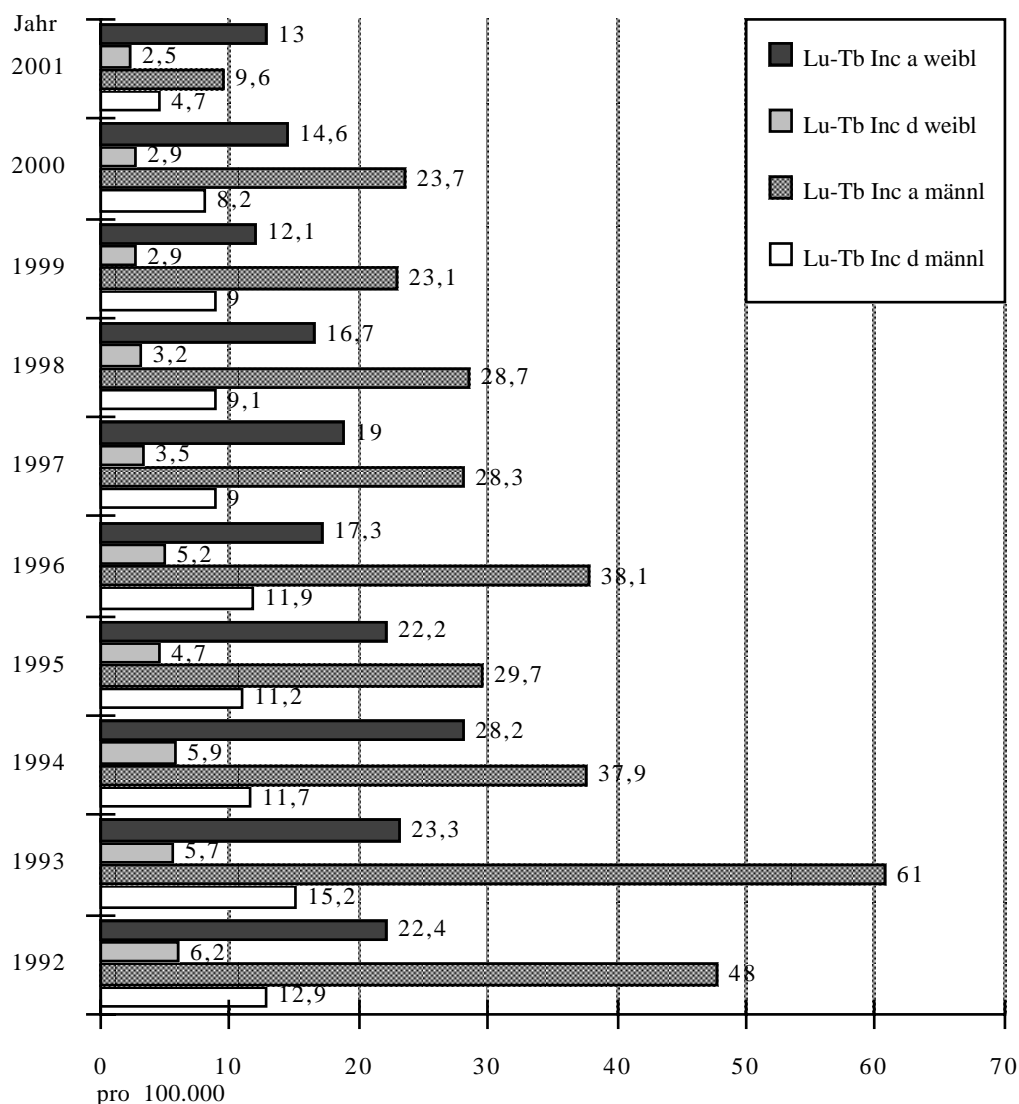
<sup>110</sup> Geiger, Andreas und Johannes Korporal: Gesundheitsprobleme ..., a. a. O. Hiusmann, Adrienne et al.: Migration ..., a. a. O.. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (Hg.): Gesundheit ..., a. a. O. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (Hg.): Gesundheit ..., a. a. O. Korporal, Johannes und Bärbel Dangel-Vogelsang: Zur gesundheitlichen Situation ..., a. a. O. Dies.: Zur gesundheitlichen Situation von Familien nichtdeutscher Staatsangehörigkeit. In: Sachverständigenkommission 6. Familienbericht (Hg.): Materialien zum 6. Familienbericht. Band II. Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Lebensalltag. Opladen (Leske&Budrich) 2000, S. 9-60.



Grundlage bis 2000 Bundes-Seuchengesetz, ab 2001 Infektionsschutzgesetz; Datenquelle: bis 2000 SenGesSozV; 2001 RKI; Berechnung SenGesSozV - II A; je 100.000 der entsprechenden Bevölkerung; d = deutsch, a = nichtdeutsch

Abbildung 4.29: Tuberkuloseinzidenzen in Berlin nach dem Geschlecht und der Staatsangehörigkeit; Quelle<sup>111</sup>

<sup>111</sup> Senatsverwaltung für Gesundheit/für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hg.): Jahresgesundheitsbericht 1994/Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2002. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin (Eigenverlag) 1995-2003. Bis 1997 ICD-9; seit 1998 ICD-10.

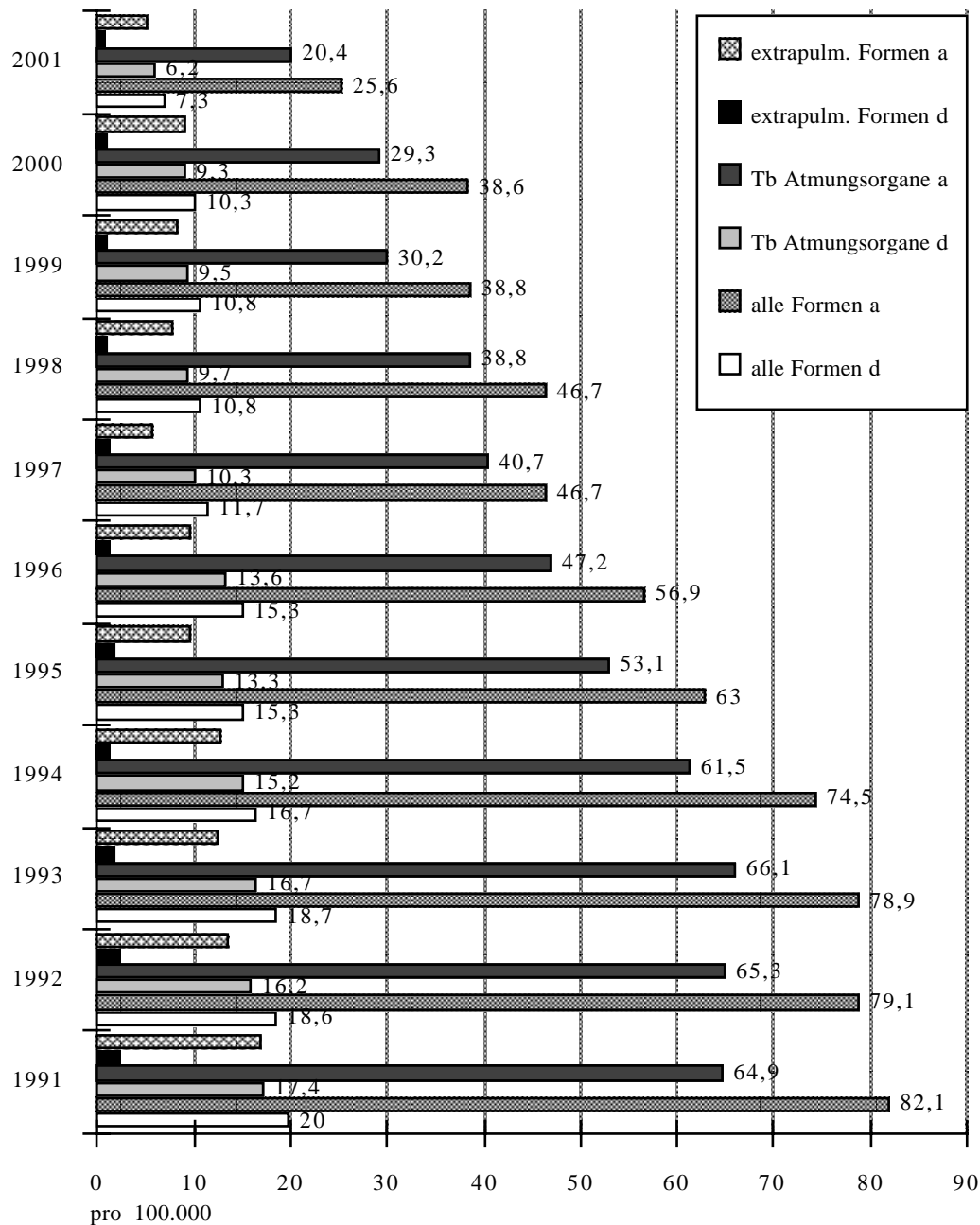


Grundlage bis 2000 Bundes-Seuchengesetz, ab 2001 Infektionsschutzgesetz; Datenquelle: bis 2000 SenGesSozV; 2001 RKI; Berechnung SenGesSozV - II A; je 100.000 der entsprechenden Bevölkerung; d = deutsch, a = nichtdeutsch

Abbildung 4.30: Lungentuberkuloseinzidenzen in Berlin nach dem Geschlecht und der Staatsangehörigkeit; Quelle<sup>112</sup>

112 Senatsverwaltung für Gesundheit/für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hg.): Jahresgesundheitsbericht 1994/Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2002. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin (Eigenverlag) 1995-2003. Bis 1997 ICD-9; seit 1998 ICD-10.



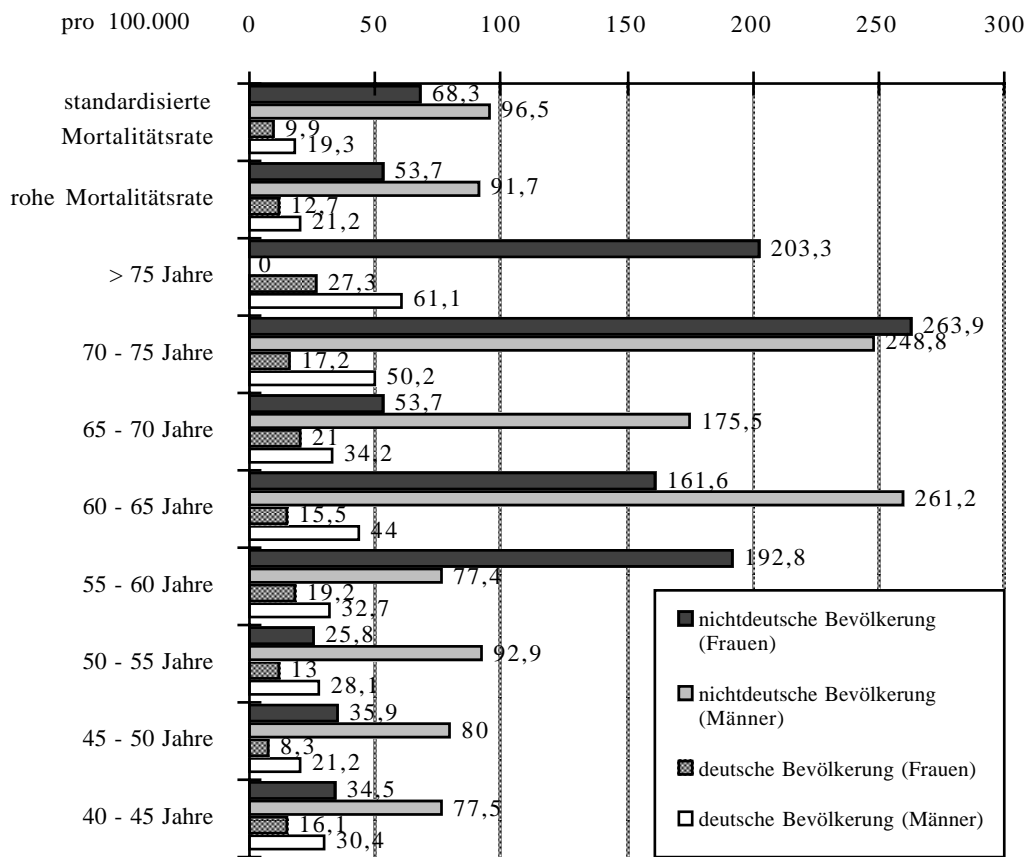


Grundlage bis 2000 Bundes-Seuchengesetz, ab 2001 Infektionsschutzgesetz; Datenquelle: bis 2000 SenGesSozV; 2001 RKI; Berechnung SenGesSozV - II A; je 100.000 der entsprechenden Bevölkerung; d = deutsch, a = nichtdeutsch

Abbildung 4.31: Tuberkuloseinzidenzen, pulmonale und extrapulmonale Formen in Berlin nach der Staatsangehörigkeit; Quelle<sup>113</sup>

<sup>113</sup> Senatsverwaltung für Gesundheit/für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hg.): Jahresgesundheitsbericht 1994/Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2002. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin (Eigenverlag) 1995-2003. Bis 1997 ICD-9; seit 1998 ICD-10.

Diese Expertise fokussiert auf ältere Migranten. Bekanntermaßen nehmen Tuberkuloseinzidenzen wegen der reduzierten Immunitätslage mit dem Lebensalter zu.<sup>114</sup> Insofern ist sie in hohem Lebensalter auch als Todesursache relevant.<sup>115</sup> Diese Effekte lassen sich 1994 in der älteren deutschen Bevölkerung für Männer, weniger deutlich für Frauen und ausgeprägt bei nichtdeutschen Frauen und Männern, bei allerdings geringen absoluten Zahlen Tuberkuloseerkrankter und Angehöriger höherer Altersgruppen in der nichtdeutschen Bevölkerung nachweisen (Abb. 4. 32).



Grundlage bis 2000 Bundes-Seuchengesetz, Datenquelle: bis 2000 SenGesSozV; Berechnung SenGesSozV - II A; je 100.000 der entsprechenden Bevölkerung; d = deutsch, a = nichtdeutsch

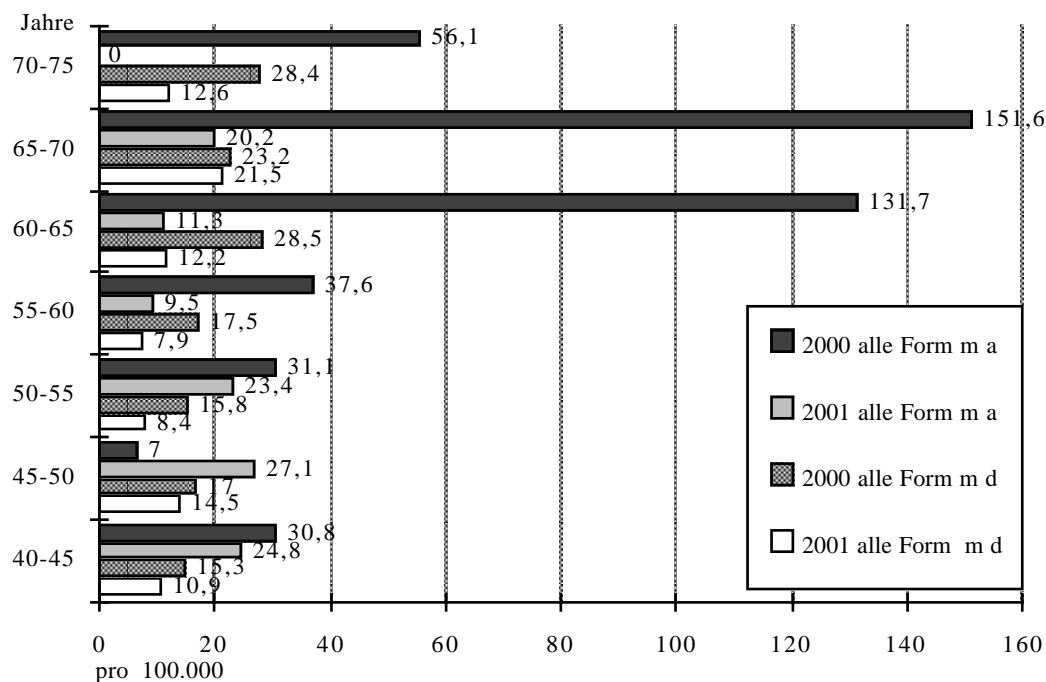
Abbildung 4.32: Altersspezifische Inzidenzraten an Tuberkulose 1994 in Berlin nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht je 100.000 der Bezugsbevölkerung; Quelle:<sup>116</sup>

114 Loddenkemper, Robert und Monika Serke: Tuberkulose. In: Marre, Reinhard, Thomas Mertens, Matthias Trautmann und Ernst Vanek (Hg.): Klinische Infektiologie. München (Urban&Fischer) 2000, S. 605-619. Berdel, Wolfgang E., Michael Böhm, Meinhard Classen, Volker Diehl, Kurt Kochsiek und Wolff Schmiegel (Hg.): Inner Medizin. München (Urban&Fischer) 2004, S. 499ff. Robert Koch Institut (Hg.): Bericht zur Tuberkulose in Deutschland für 2001. Berlin (Eigenverlag) 2003. Mit dem Infektionsschutzgesetz hat sich die Datenlage hinsichtlich der epidemiologischen Beurteilung der Tuberkulose verbessert.

115 Loddenkemper, Robert, B. Hauer, D. Sagebiel, A. Gartzke und M. Forßbohm: Die Tuberkulosesituation in Deutschland 1999. Pneumologie 55: 347-356, 2001.

116 Sonderauswertung der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin. Entsprechende Zusammenhänge sind auch für das Jahr 1995 belegt. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (Hg.):

Die gegenwärtigen alters-, geschlechter- und nationalitätenspezifischen Ergebnisse der Tuberkuloseinzidenzen älterer Menschen entsprechen der Charakteristik der Gesamtentwicklung. Gegenüber 1994 haben die Inzidenzraten abgenommen, es stellt sich aber eine ausdrückliche Betonung der beiden höchsten betrachteten Altersgruppen dar, sowohl bei allen Formen der Tuberkulose wie auch, auf geringerem Niveau, bei der offenen Lungentuberkulose (Abb. 4.33-36). Tuberkuloseinzidenzen haben insgesamt abgenommen, sind - nach wie vor - auch alters- und geschlechterspezifisch und vor allem nach der Staatsangehörigkeit stark different.



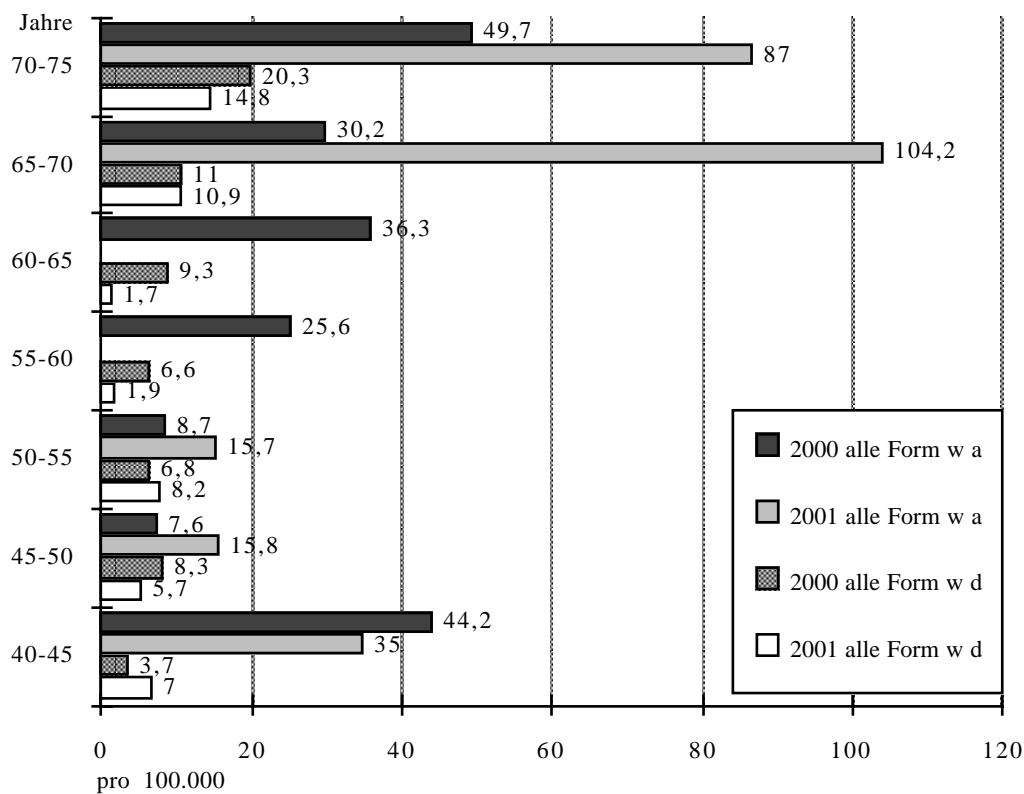
Grundlage bis 2000 Bundes-Seuchengesetz, ab 2001 Infektionsschutzgesetz; Datenquelle: bis 2000 SenGesSozV; 2001 RKI; Berechnung SenGesSozV - II A; je 100.000 der entsprechenden Bevölkerung; d = deutsch, a = nichtdeutsch

Abbildung 4.33: Altersspezifische Inzidenzraten an Tuberkulose 2000 und 2001 (alle Formen) bei Männern in Berlin nach der Staatsangehörigkeit je 100.000 der Bezugsbevölkerung; Quelle:<sup>117</sup>

Gegenüber dem Jahr 1994 zeigen sich bei nichtdeutschen Frauen und Männern in den Jahren 2000 und 2001 mehr oder weniger deutlich geringere Werte bis zur Lebensaltersklassen von 55 bis 60 Jahren. Darüber ist meist eine erhebliche Zunahme der Tuberkuloseinzidenzen nachzuweisen. Dies gilt für die aufgrund der vorliegenden Daten beur-

Jahresgesundheitsbericht ..., a. a. O., S. 68-74 und 368-371. Korporal, Johannes und Bärbel Dangel-Vogelsang: Zur gesundheitlichen Situation ..., a. a. O. Dies.: Zur gesundheitlichen Situation ..., a. a. O. 117 Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen/für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hg.): Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2002 und 2001. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin (Eigenverlag) 2001 und 2003, Tabellen A. 3.42-45 und A 3.45-52.

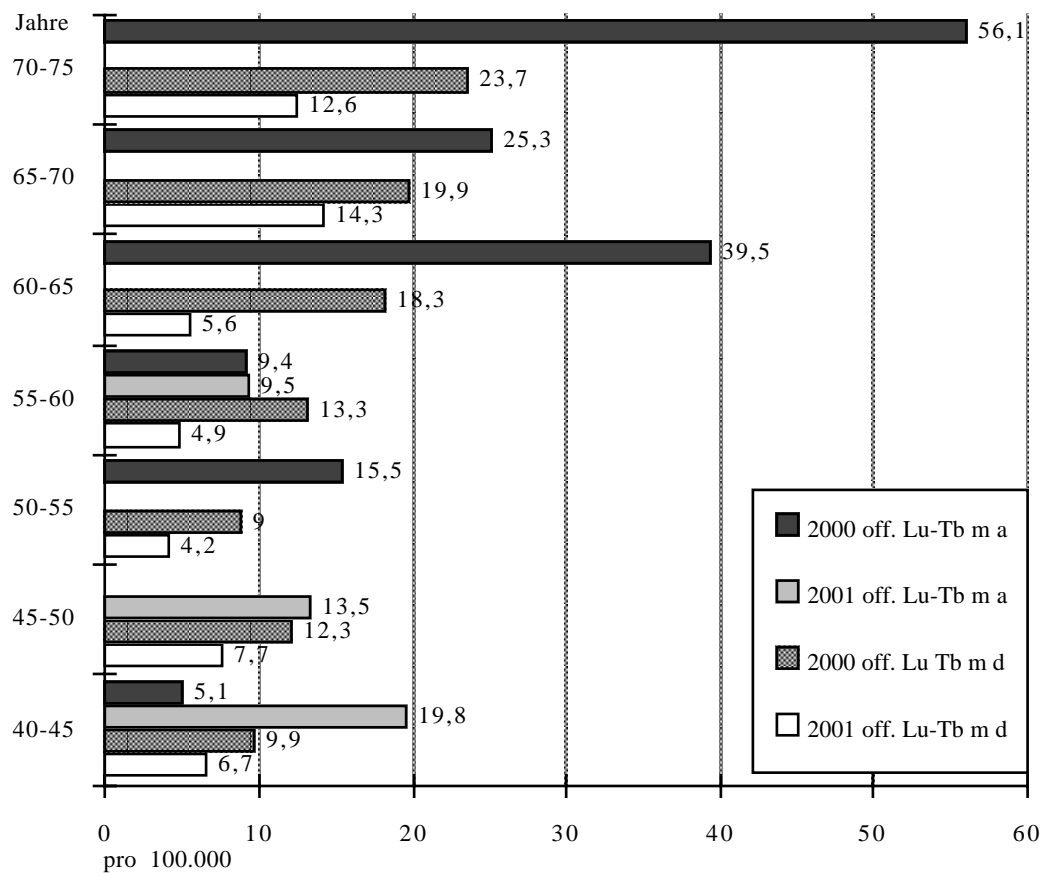
teilbaren Formen der Tuberkulose gleichermaßen, und es würde der Vermutung einer geringeren Wirksamkeit des Erkennens der Infektion oder Ausbrechens der Krankheit in höherem Lebensalter ebenso stützen wie die berufs- und arbeitsplatzbezogenen Orientierung und höhere Wirksamkeit der Gesundheitsversorgung in der Phase beruflicher Tätigkeit.



Grundlage bis 2000 Bundes-Seuchengesetz, ab 2001 Infektionsschutzgesetz; Datenquelle: bis 2000 SenGesSozV; 2001 RKI; Berechnung SenGesSozV - II A; je 100.000 der entsprechenden Bevölkerung; d = deutsch, a = nichtdeutsch

Abbildung 4.34: Altersspezifische Inzidenzraten an Tuberkulose 2000 und 2001 (alle Formen) bei Frauen in Berlin nach der Staatsangehörigkeit je 100.000 der Bezugsbevölkerung; Quelle:<sup>118</sup>

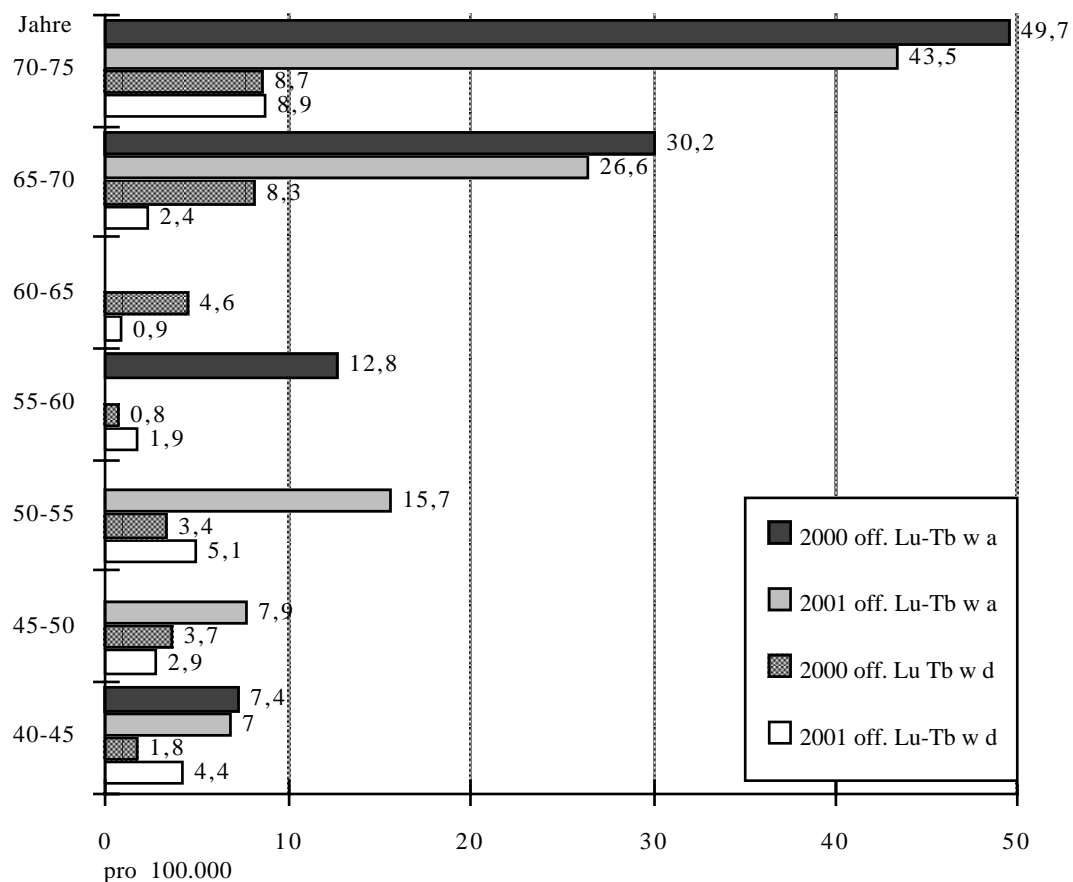
<sup>118</sup> Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen/für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hg.): Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2002 und 2001. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin (Eigenverlag) 2001 und 2003, Tabellen A. 3.42-45 und A 3.45-52.



Grundlage bis 2000 Bundes-Seuchengesetz, ab 2001 Infektionsschutzgesetz; Datenquelle: bis 2000 SenGesSozV; 2001 RKI; Berechnung SenGesSozV - II A; je 100.000 der entsprechenden Bevölkerung; d = deutsch, a = nichtdeutsch

Abbildung 4.35: Altersspezifische Inzidenzraten an offener Lungentuberkulose 2000 und 2001 bei Männern in Berlin nach der Staatsangehörigkeit je 100.000 der Bezugsbevölkerung; Quelle:<sup>119</sup>

<sup>119</sup> Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen/für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hg.): Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2002 und 2001. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin (Eigenverlag) 2001 und 2003, Tabellen A. 3.42-45 und A 3.45-52.



Grundlage bis 2000 Bundes-Seuchengesetz, ab 2001 Infektionsschutzgesetz; Datenquelle: bis 2000 SenGesSozV; 2001 RKI; Berechnung SenGesSozV - II A; je 100.000 der entsprechenden Bevölkerung; d = deutsch, a = nichtdeutsch

Abbildung 4.36: Altersspezifische Inzidenzraten an offener Lungentuberkulose 2000 und 2001 bei Frauen in Berlin nach der Staatsangehörigkeit je 100.000 der Bezugsbevölkerung; Quelle:<sup>120</sup>

Vor dem Hintergrund abnehmender Tuberkuloseinzidenzen wird deutlich, daß sich die Problematik in den Lebens- und Altersklassen unterschiedlich darstellt und Problem-schwerpunkte erkennen läßt, mit denen in Prävention und Versorgung älterer Migranten zu rechnen und denen zu entsprechen ist, worauf auch die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie an den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hinweist.<sup>121</sup>

<sup>120</sup> Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen/für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hg.): Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2002 und 2001. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin (Eigenverlag) 2001 und 2003, Tabellen A. 3.42-45 und A 3.45-52.

<sup>121</sup> Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie an den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Pneumologie. Quelle: Nowak/kra/ms/SV-gesund2.doc/29.8.2000.

## 4.9 Gesundheitliche Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit, Behinderung und Teilhabe

### 4.9.1 Zur Häufigkeit der medizinischen Rehabilitation

Eine Darstellung der medizinischen Rehabilitationsverfahren bezogen auf die nicht-deutsche Bevölkerung auf Basis der Zahlen der bis Mitte der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts geführten amtlichen Rehabilitationstatistik weist die beiden Schwerpunkte der Maßnahmen für Kinder und Jugendliche und mittlere Altersgruppen aus. Verfahren nahmen nach der Altersklasse der Rehabilitanden von 45 Jahren relativ ab (Abb. 4. 37). Für das Jahr 2002 kann aufgrund der Rehabilitationsstatistik des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) bezogen auf je 100.000 der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aller Altersgruppen nach der Staatsangehörigkeit davon ausgegangen werden, daß auf deutsche Beschäftigte 2.968 Verfahren, auf ausländische 2.720 und auf türkische Arbeitnehmer 2.568 Verfahren entfallen.<sup>122</sup>

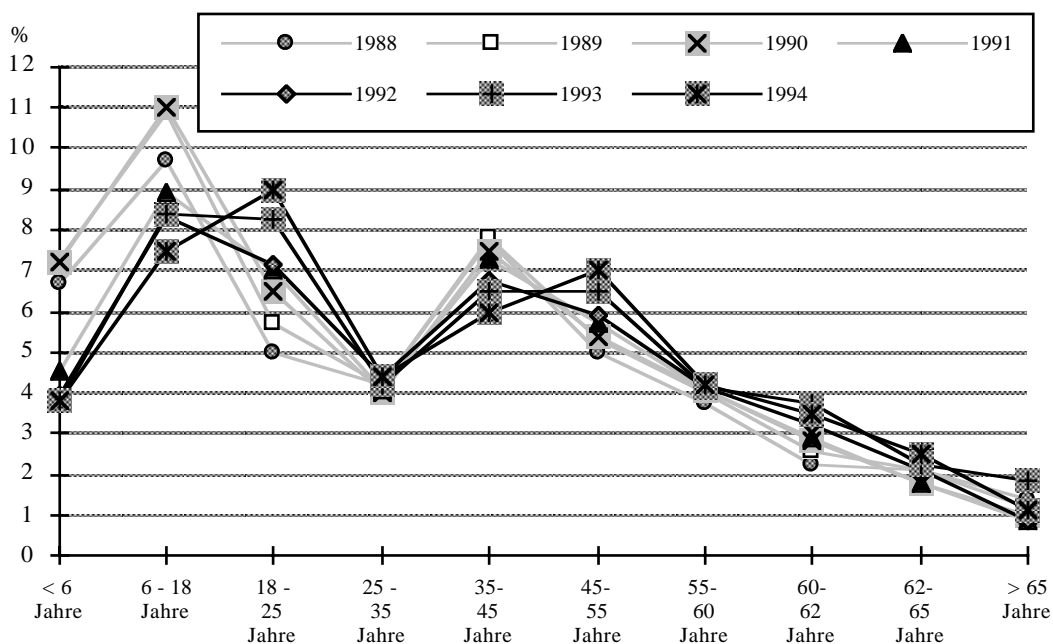


Abbildung 4.37: Rehabilitanden mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit nach Altersgruppen 1988 bis 1994; Quelle:<sup>123</sup>

<sup>122</sup> VDR (Hg.): Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene im Berichtsjahr 2002, Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter und durchschnittliche Pflgetage nach Diagnosengruppen gemäß ICD 10 (1. Diagnose); elektronisch überlassene Daten. Sozialleistungen; Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort am 30.06. des Jahres; Auswertungen aus der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit.

<sup>123</sup> Statistisches Bundesamt (Hg.): Sozialleistungen: Fachserie 13. Reihe 5.2: Rehabilitationsmaßnahmen 1988-1994. Stuttgart (Metzler&Poeschel) 1991-1996. Korporal, Johannes und Bärbel Dangel-Vogelsang: Zur gesundheitlichen Situation von Familien mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit inner-

Die Berechnung altersgruppen- und geschlechtsspezifischer Zahlen stößt auf kaum überwindbare Schwierigkeiten. Der Rehabilitationsstatistik läßt sich entnehmen, daß Verfahren im Altersbereich der Expertise nach der Staatsangehörigkeit bei nichtdeutschen Rehabilitanden relativ weniger häufig durchgeführt werden als bei deutschen (Tab. 4.23). Sozialversicherungsabhängige Beschäftigungen als Voraussetzungen für Rehabilitationsverfahren nehmen mit dem Alter und nach der Nationalität unterschiedlich ab, und die höheren Altersgruppen sind unterschiedlich besetzt. Vermutlich wird die Häufigkeit der Verfahren bei älteren Migranten dennoch geringer sein.

Rehabilitanden	Deutsche Staatsangehörigkeit	Ausländische Staatsangehörigkeit	Türkische Staatsangehörige
	%	%	%
Männer, 1999	80,0	78,6	64,5
Frauen, 1999	81,9	83,3	73,3
Männer, 2002	81,0	77,7	63,1
Frauen, 2002	81,9	83,2	72,3

Tabelle 4.23: Rehabilitanden der gesetzlichen Rentenversicherung im Alter von 40 Jahren und mehr an allen Rehabilitanden nach der Nationalität im Jahr 1999 und 2002; Quelle:<sup>124</sup>

Tabelle 4.24 führt die relativen Anteile der Rehabilitationsverfahren 2002 nach der Staatsangehörigkeit im Hinblick auf einige vor der Maßnahme ausgeübte Beschäftigungsformen auf, die bei nichtdeutschen Beschäftigten in etwas größerem Umfang den Zugang zur Maßnahme ausmachen.

Arbeit vor Antragstellung	nicht erwerbstätig	arbeitslos	ganztags	ganztags u. Wechsel	insgesamt
	%	%	%	%	%
deutsche Männer und Frauen	15,7	8,9	41,7	12,3	92,0
ausländische Männer und Frauen	0,6	0,7	3,2	1,4	6,5
türkische Männer und Frauen	0,1	0,2	0,7	0,4	1,6

Tabelle 4.24: Beschäftigungsformen vor der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme 2002; Quelle:<sup>125</sup>

Für die Altersgruppen über 40 Jahre, vor allem aber auch nach der Staatsangehörigkeit ist der Zugang aus der Beschäftigung in die Maßnahmen unterschiedlich, insbesondere was

---

halb der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse in: Sachverständigenkommission 6. Familienbericht (Hg.): Materialien zum 6. Familienbericht. Band II: Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Lebensalltag. Opladen (Leske&Budrich) 2000, S. 9-60.

<sup>124</sup> Durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger überlassene Datensätze der Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung der Jahre 1999 und 2002.

<sup>125</sup> VDR (Hg.): Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene im Berichtsjahr 2002, Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter und durchschnittliche Pflage tage nach Diagnosengruppen gemäß ICD 10 (1. Diagnose); elektronisch überlassene Daten.



die Einmündung aus nicht bestehender Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und dem Alter über 50 Jahren betrifft (Tab. 4.25).

Arbeit vor Antragstellung	deutsche Männer und Frauen				
	40-44	45-49	50-54	55-59	≥60
	%	%	%	%	%
nicht erwerbstätig	6,4	7,7	9,8	10,8	53,7
arbeitslos	15,4	16,5	18,9	17,1	5,2
Ganztagsarbeit	13,1	16,6	21,3	21,0	9,4
G+Wechsel, Nachtschicht, Akkord	16,7	19,4	21,1	16,1	5,4
insgesamt	12,9	15,6	19,1	18,1	16,2
	ausländische Männer und Frauen				
nicht erwerbstätig	7,7	10,9	17,8	17,7	25,9
arbeitslos	12,0	14,2	22,2	21,0	4,4
Ganztagsarbeit	10,7	15,2	24,6	23,6	7,6
G+Wechsel, Nachtschicht, Akkord	11,8	16,2	26,1	21,3	5,2
insgesamt	11,0	15,2	24,3	21,8	8,1
	türkische Männer und Frauen				
nicht erwerbstätig	10,6	8,7	12,5	15,7	16,4
arbeitslos	12,4	12,6	17,2	18,3	3,2
Ganztagsarbeit	13,0	13,4	15,7	20,0	6,2
G+Wechsel, Nachtschicht, Akkord	13,8	14,0	16,1	17,4	5,2
insgesamt	13,0	13,3	16,0	18,2	6,1

Table 4.25: Beschäftigungsformen vor der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme 2002 nach Altersklassen und der Staatsangehörigkeit; Quelle:<sup>126</sup>

Die Aufgliederung des Eintritts nach dem arbeitsrechtlichen Status beziehungsweise der selbständigen beruflichen Tätigkeit bestätigt die unterschiedlichen arbeitsrechtlichen Einordnungen, die sich auch zwischen allen nichtdeutschen Beschäftigten und denjenigen mit türkischer Nationalität zeigen (Tab. 4.26).

	Arbeiter	Facharbeiter	Angestellte Beamte	Selbständige	insgesamt
	%	%	%	%	%
deutsche Männer und Frauen	17,6	20,1	33,2	2,1	92,0
ausländische Männer und Frauen	3,2	1,4	1,1	0,1	6,5
türkische Männer und Frauen	1,0	0,3	0,1	0,0	1,6

Table 4.26: Rehabilitanden nach der arbeitsrechtlichen Einstufung vor der Maßnahme und der Staatsangehörigkeit 2002; Quelle:<sup>127</sup>

<sup>126</sup> VDR (Hg.): Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene im Berichtsjahr 2002, Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter und durchschnittliche Pflage tage nach Diagnosegruppen gemäß ICD 10 (1. Diagnose); elektronisch überlassene Daten.

<sup>127</sup> VDR (Hg.): Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene im Berichtsjahr 2002, Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter und durchschnittliche Pflage tage nach Diagnosegruppen gemäß ICD 10 (1. Diagnose); elektronisch überlassene Daten.

Nach dem Alter und dem arbeitsrechtlichen Status ergibt sich im allgemeinen eine Zunahme der Verfahren zu höheren Altersgruppen und eine unterschiedlich häufige Berücksichtigung von Rehabilitanden über 60 Jahren (Tab. 4.27).

Status	deutsche Männer und Frauen				
	40-44	45-49	50-54	55-59	≥60
	%	%	%	%	%
Arbeiter	15,7	18,1	21,1	17,8	6,1
Angestellter, Beamter	13,3	17,6	22,0	21,6	8,6
insgesamt	12,9	15,6	19,1	18,1	16,2
	ausländische Männer und Frauen				
Arbeiter	11,5	15,8	25,4	22,1	5,6
Angestellter, Beamter	11,6	17,1	25,7	21,1	7,1
insgesamt	11,0	15,2	24,3	21,8	8,1
	türkische Männer und Frauen				
Arbeiter	14	14,2	17,8	18,8	5,0
Angestellter, Beamter	14	13,7	11,5	12,5	2,9
insgesamt	13	13,3	16	18,2	6,1

*Tabelle 4.27: Rehabilitanden nach der arbeitsrechtlichen Einstufung vor der Maßnahme, der Staatsangehörigkeit und Altersklassen 2002; Quelle:<sup>128</sup>*

#### 4.9.2 Anlässe und Verfahren der medizinischen Rehabilitation

Die Darstellung der Anlässe der stationären medizinischen Rehabilitation nach der Staatsangehörigkeit, für Männer und Frauen und nach Altersklassen erfolgt für den Bereich der Verfahren der gesetzlichen Rentenversicherung für die Jahre 1999 und 2002. Dabei liegen den Erfassungen der Diagnosen die unterschiedlichen Klassifikationssysteme der Internationalen Klassifikation von Krankheiten und Todesursachen (9. Revision, 1999) und der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision, 2002) zugrunde. Insofern enthalten die Tabellen im einzelnen zum Teil voneinander abweichende Krankheitsgruppen.

Die Tabellen 4.28 und 4.29 stellen die relativen Häufigkeiten der Rehabilitationsanlässe für Männer und Frauen nach der Staatsangehörigkeit insgesamt und für die über 40jährigen dar. Bei allgemein ähnlichen Anteilen fallen einzelne Differenzen auf, die hervorgehoben werden sollen. Ein ins Auge fallender Befund, der letztlich nicht erklärbar ist, betrifft die geringeren relativen Häufigkeiten von Verfahren wegen Neubildungen (Tumo-

<sup>128</sup> VDR (Hg.): Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene im Berichtsjahr 2002, Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter und durchschnittliche Pflage tage nach Diagnosegruppen gemäß ICD 10 (1. Diagnose); elektronisch überlassene Daten. Grundlage sind alle Rehabilitationsverfahren 2002.

ren) insgesamt und wegen bösartiger Neubildungen. Hier sei an frühere Textabschnitte erinnert und die letztlich auf der Basis der vorliegenden Daten offen bleibende Frage, ob differente Inzidenzen oder Prävalenzen durch unterschiedliche Nachfragen nach Leistungen, verschiedene professionelle Entscheidungen auf Leistungen, spezifische Entscheidungen krankheitsbedingter Remigration oder im einzelnen auch durch unterschiedliche Altersstrukturen der Teilbevölkerungen, einzeln oder miteinander verbunden, bedingt sind.

Die in früheren Auswertungen zur medizinischen Rehabilitation imponierende Tuberkulose ist als Anlaß von Verfahren verschwunden. Für Männer ausländischer oder türkischer Staatsangehörigkeit sind in höherem Alter Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (tr), Herz-Kreislaufkrankheiten (tr), Krankheiten des Bewegungsapparats und der Atmungsorgane (a) überdurchschnittlich häufig Grund einer Rehabilitation, ‚psychische Erkrankungen‘ kommen seltener vor.

Diagnosen 1999	Deutsche Männer igs. %	Ausländ. Männer igs. %	Türkische Männer igs. %	Deutsche Männer ≥ 40 J. %	Ausländ. Männer ≥ 40 J. %	Türkische Männer ≥ 40 J. %
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,3	0,4	0,5	0,2	0,3	0,3
davon: Tuberkulose	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Neubildungen	12,2	6,6	5,2	14,3	7,5	6,5
davon: Bösartige Neubildungen (BN)	11,9	6,3	4,8	14,0	7,2	6,3
Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	3,0	2,9	2,8	2,9	3,0	3,4
davon: Diabetes mellitus	1,9	2,0	2,2	2,1	2,2	2,8
Krankheiten des Blutes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Psychische Erkrankungen	14,5	13,3	17,1	10,7	9,3	9,8
Krankheiten des Nervensystems	2,1	1,6	1,9	1,9	1,5	1,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	15,7	16,6	17,8	18,2	19,6	24,4
Krankheiten der Atmungsorgane	3,2	3,7	4,3	3,2	4,0	4,9
davon: Chronische Lungenkrankheiten	2,7	3,2	3,7	2,7	3,5	4,5
davon: Pneumokoniosen	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Krankheiten der Verdauungsorgane	1,7	1,4	1,3	1,5	1,3	1,1
Krankheiten d. Harn- u. Geschlechtsorg.	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2
Krankheiten der Haut	1,0	0,5	0,4	0,7	0,4	0,3
Krankheiten von Skelett/Muskeln/Bindegewebe	39,1	45,0	41,5	40,0	46,1	41,8
Kongenitale Anomalien	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	0,1
Affektionen aus der Perinatalzeit	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Schlecht bezeichnete Affektionen und Symptome	0,5	0,4	0,3	0,5	0,4	0,3
Verletzungen und Vergiftungen	2,6	2,4	2,4	1,9	1,7	1,6
davon: Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
keine Aussage möglich	3,5	4,5	4,1	3,2	4,2	3,9

Tabelle 4.28: Rehabilitationsanlässe von Männern in Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung insgesamt und im Alter von 40 Jahren und älter nach der Staatsangehörigkeit im Jahr 1999; Quelle<sup>129</sup>

<sup>129</sup> Durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger überlassene Datensätze der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung des Jahres 1999.

Bei den Rehabilitationsanlässen von Frauen stellt sich die Situation der Anlässe ähnlich dar: Auch hier sind Neubildungen vergleichsweise selten, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, psychische Erkrankungen und Krankheiten des Bewegungsapparats häufiger.

Diagnosen 1999	Deutsche Frauen	Ausländische Frauen	Türkische Frauen	Deutsche Frauen ≥ 40 J.	Ausländ. Frauen ≥ 40 J.	Türkische Frauen ≥ 40 J.
	%	%	%	%	%	%
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2
davon: Tuberkulose	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Neubildungen	21,0	11,0	5,8	24,0	11,7	5,8
davon: Bösartige Neubildungen (BN)	20,2	10,2	5,1	23,1	11,0	5,2
Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	2,1	2,6	3,8	1,8	2,5	4,0
davon: Diabetes mellitus	1,1	1,3	1,9	1,1	1,3	2,3
Krankheiten des Blutes	0,0	0,1	0,3	0,0	0,1	0,1
Psychische Erkrankungen	16,5	21,4	29,1	14,0	19,9	28,2
Krankheiten des Nervensystems	2,2	2,0	1,9	1,8	1,6	1,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	6,1	6,2	6,4	6,7	6,6	7,2
Krankheiten der Atmungsorgane	3,4	3,3	3,2	3,1	3,1	3,2
davon: Chronische Lungenkrankheiten	2,9	2,8	3,0	2,7	2,7	2,9
davon: Pneumokoniosen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Krankheiten der Verdauungsorgane	1,5	1,0	0,4	1,3	0,9	0,3
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorg.	0,8	0,6	0,3	0,7	0,5	0,2
Komplikationen der Schwangerschaft	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Krankheiten der Haut	1,2	0,6	0,3	0,7	0,5	0,2
Krankheiten von Skelett/Muskeln/Bindegewebe	38,6	44,3	40,2	39,9	46,1	42,8
Kongenitale Anomalien	0,7	0,6	1,0	0,5	0,4	0,4
Affektionen aus der Perinatalzeit	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Schlecht bezeichnete Affektionen und Symptome	0,6	0,5	0,4	0,6	0,5	0,5
Verletzungen und Vergiftungen	1,9	1,6	1,9	1,6	1,3	1,4
davon: Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0

Tabelle 4.29: Rehabilitationsanlässe von Frauen in Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung insgesamt und im Alter von 40 Jahren und älter nach der Staatsangehörigkeit im Jahr 1999; Quelle<sup>130</sup>

Die Diagnosen von Männern über 40 Jahren im Jahr 2002 bestätigen die obigen Ergebnisse mit der Ausnahme der Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen. Sie weisen keine Differenzen mehr auf (Tab. 4.30).

<sup>130</sup> Durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger überlassene Datensätze der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung des Jahres 1999.

Diagnosen 2002	Deutsche Männer igs.	Ausländ. Männer igs.	Türkische Männer igs.	Deutsche Männer ≥ 40 J.	Ausländ. Männer ≥ 40 J.	Türkische Männer ≥ 40 J.
	%	%	%	%	%	%
Bestimmte infektiöse u. parasitäre Krh.	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3
Neubildungen	13,6	7,2	5,3	16,0	8,5	7,3
Krh. d. Blutes u. d. blutb. den Organe ...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	3,0	2,8	2,8	3,0	3,0	3,1
davon: Diabetes mellitus	2,0	2,0	2,0	2,1	2,2	2,5
Psychische und Verhaltensstörungen	15,3	15,4	20,1	12,0	11,3	13,4
Krh. d. Nervensystems	1,8	1,7	1,7	1,6	1,5	1,2
Krh. d. Kreislaufsystems	13,8	14,8	14,3	15,9	17,7	20,2
Krh. d. Atmungssystems	2,7	3,1	3,5	2,7	3,3	4,1
davon: Chronische Krh. d. unt. Atemwege	2,3	2,6	3,2	2,3	2,8	3,8
Krh. d. Verdauungssystems	1,6	1,1	1,0	1,5	1,0	0,8
Krh. d. Haut u. d. Unterhaut	1,2	0,6	1,0	0,9	0,5	0,8
Krh. d. Muskel-Skelett-Systems u. Bgw.	40,0	46,8	43,9	40,9	48,0	44,1
Krh. d. Urogenitalsystems	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1
Angeb. Fehlbildungen, Deform. u. Chromosomenanomalien	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Symptome u. abn. klin. u. Laborbefunde..	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4
Verletzungen, Vergift. u. best. a. Folgen..	2,8	2,2	2,1	2,1	1,6	1,2
davon: Verletzungen	2,6	2,0	1,9	1,9	1,5	1,0

*Tabelle 4.30: Rehabilitationsanlässe von Männern in Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung insgesamt und im Alter von 40 Jahren und älter nach der Staatsangehörigkeit im Jahr 2002; Quelle<sup>131</sup>*

Die Diagnosenstruktur wird auch bei Frauen 2002 bestätigt mit einem stark überdurchschnittlichen Anteil der Diagnosengruppe psychische und Verhaltensstörungen bei türkischen Frauen. Im Grunde werden Diagnosen in drei Bereichen als wesentliche Rehabilitationsanlässe vergeben: Neubildungen, Psychische und Verhaltensstörungen und Krankheiten des Bewegungsapparats (Tab. 4.31).

<sup>131</sup> Durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger überlassene Datensätze der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung des Jahres 2002.

Diagnosen 2002	deutsche Frauen	ausländische Frauen	türkische Frauen	deutsche Frauen ≥ 40 J.	ausländ. Frauen ≥ 40 J.	türkische Frauen ≥ 40 J.
	%	%	%	%	%	%
Bestimmte infektiöse u. parasitäre Krh.	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
Neubildungen	20,2	10,7	5,5	23,3	11,7	5,9
Krh. d. Blutes u. d. blutb. den Organe ...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	2,1	2,5	3,2	1,8	2,5	3,5
davon: Diabetes mellitus	1,1	1,3	1,8	1,1	1,4	2,2
Psychische und Verhaltensstörungen	19,1	24,3	34,7	16,5	22,1	32,1
Krh. d. Nervensystems	1,8	1,4	1,6	1,5	1,2	1,3
Krh. d. Kreislaufsystems	5,2	4,9	4,3	5,7	5,4	5,0
Krh. d. Atmungssystems	3,0	2,7	2,9	2,8	2,7	3,0
davon: Chronische Krh. d. unt. Atemwege	2,6	2,3	2,8	2,4	2,3	2,9
Krh. d. Verdauungssystems	1,5	1,1	0,8	1,3	0,9	0,6
Krh. d. Haut u. d. Unterhaut	1,3	0,7	0,4	0,9	0,7	0,4
Krh. d. Muskel-Skelett-Systems u. Bgw.	39,4	45,5	40,6	40,9	47,9	43,5
Krh. d. Urogenitalsystems	0,7	0,5	0,3	0,6	0,4	0,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Angeb. Fehlbildungen, Deform. und Chromosomenanomalien	0,4	0,4	0,6	0,3	0,2	0,3
Symptome u. abn. klin. u. Laborbefunde, ..	0,6	0,6	0,4	0,5	0,5	0,3
Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen ...	1,9	1,6	1,4	1,8	1,3	1,3
davon: Verletzungen	1,7	1,4	1,3	1,5	1,2	1,2

Tabelle 4.31: Rehabilitationsanlässe von Frauen in Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung insgesamt und im Alter von 40 Jahren und älter nach der Staatsangehörigkeit im Jahr 2002; Quelle<sup>132</sup>

Die nächste Tabelle gliedert die relativen Häufigkeiten der Rehabilitationsanlässe nach Altersklassen der über 40jährigen Frauen und Männer auf. Es zeigt sich generell, daß Verfahren für Menschen, die 60 Jahre und älter sind, in der Regel deutlich abnehmen. Einzige Ausnahmen sind Rehabilitationsverfahren bei deutschen Patientinnen und Patienten mit Neubildungen. Die in den Tabellen erkennbaren Differenzen relativer Häufigkeiten betreffen bei nichtdeutschen und türkischen Rehabilitanden zum Teil jüngere Altersklassen als bei deutschen, soweit sie nicht wie Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krankheiten des Bewegungsapparats alterskorreliert sind (Tab. 4.32).

<sup>132</sup> Durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger überlassene Datensätze der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung des Jahres 2002.

Diagnosen, ICD-10-Gruppen	Altersklassen				
	40-44	45-49	50-54	55-59	60 und mehr
	%	%	%	%	%
Neubildungen deutsche Männer	0,6	1,0	1,6	2,2	10,7
Neubildungen ausländische Männer	0,5	0,7	1,4	2,2	3,6
Neubildungen türkische Männer	0,6	0,8	0,8	2,2	3,0
Neubildungen deutsche Frauen	1,6	2,4	3,2	3,3	12,9
Neubildungen ausländische Frauen	1,1	2,0	3,5	2,4	2,6
Neubildungen türkische Frauen	1,0	1,0	1,4	1,5	1,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrh. dt M	0,5	0,6	0,9	0,7	0,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrh. a M	0,3	0,5	0,9	1,0	0,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrh. tr M	0,3	0,6	0,9	1,2	0,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrh. dt F	0,3	0,4	0,5	0,4	0,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrh. a F	0,3	0,6	0,9	0,6	0,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrh. tr F	0,5	1,1	1,1	0,8	0,0
Psychische und Verhaltensstörungen dt M	3,6	3,2	2,9	1,8	0,6
Psychische und Verhaltensstörungen a M	2,4	2,6	3,0	2,8	0,5
Psychische und Verhaltensstörungen tr M	4,1	3,5	2,2	3,0	0,5
Psychische und Verhaltensstörungen dt F	4,2	4,4	4,2	3,1	0,6
Psychische und Verhaltensstörungen a F	4,1	5,8	7,7	4,2	0,4
Psychische und Verhaltensstörungen tr F	7,8	8,5	10,8	4,7	0,4
Krh. d. Kreislaufsystems dt M	1,6	2,8	4,3	4,6	2,5
Krh. d. Kreislaufsystems a M	1,6	2,8	4,9	6,1	2,3
Krh. d. Kreislaufsystems tr M	2,2	2,9	4,3	8,1	2,7
Krh. d. Kreislaufsystems dt F	0,7	1,1	1,6	1,7	0,7
Krh. d. Kreislaufsystems a Fr	0,5	1,0	1,8	1,7	0,4
Krh. d. Kreislaufsystems tr M	0,4	0,8	1,8	1,8	0,3
Krh. d. Atmungssystems dt M	0,5	0,5	0,7	0,7	0,3
Krh. d. Atmungssystems a M	0,4	0,5	0,9	1,0	0,4
Krh. d. Atmungssystems tr M	0,7	0,8	0,8	1,2	0,6
Krh. d. Atmungssystems dt F	0,5	0,6	0,7	0,7	0,2
Krh. d. Atmungssystems a F	0,4	0,6	0,9	0,6	0,1
Krh. d. Atmungssystems tr F	0,7	0,6	1,0	0,5	0,2
Krh. d. Muskel-Skelett-Systems u. Bgw. dt M	7,1	8,2	10,3	10,4	4,9
Krh. d. Muskel-Skelett-Systems u. Bgw. a M	6,9	7,6	13,3	15,0	5,2
Krh. d. Muskel-Skelett-Systems u. Bgw. tr M	9,9	8,0	7,8	13,5	5,0
Krh. d. Muskel-Skelett-Systems u. Bgw. dt F	6,4	8,7	11,4	10,8	3,5
Krh. d. Muskel-Skelett-Systems u. Bgw. a F	5,9	10,6	17,4	11,7	2,3
Krh. d. Muskel-Skelett-Systems u. Bgw. tr F	7,8	9,2	14,1	10,7	1,6
Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen ... d M	0,5	0,5	0,5	0,4	0,2
Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen ... a M	0,3	0,4	0,5	0,4	0,2
Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen ... tr M	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen ... dt F	0,3	0,4	0,4	0,5	0,2
Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen ... a F	0,2	0,2	0,5	0,4	0,1
Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen ... tr F	0,2	0,2	0,3	0,4	0,1

Tabelle 4.32: Rehabilitationsanlässe von Frauen und Männern in Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung nach Altersklassen und der Staatsangehörigkeit im Jahr 2002; Quelle<sup>133</sup>

<sup>133</sup> Durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger überlassene Datensätze der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung des Jahres 2002.

Das Durchschnittsalter der Patientinnen mit Rehabilitationsverfahren ist in der folgenden Tabelle zusammengestellt. Sie weist aus, daß in den vielen Fällen das Durchschnittsalter ausländischer und vor allem türkischer Rehabilitanden geringer ist als dasjenige der deutschen Frauen und Männer mit Rehabilitation. Ein solcher Befund läßt unterschiedliche Interpretationen zu: Es kann sich um ein früheres Ausschöpfen der Rehabilitationspotentiale handeln, in höherem Alter kann eine ungünstigere Prognose dazu führen, daß Verfahren nicht mehr bewilligt werden, oder es kann die Akzeptanz für Maßnahmen fehlen (Tab. 4.33). Abbildung 4. 38 veranschaulicht für das Analysejahr 2002 ähnliche Zusammenhänge geringerer Durchschnittsalter bei nichtdeutschen Rehabilitanden.

Diagnosen	Durchschnittsalter dt. Männer 1999	Durchschnittsalter ausl. Männer 1999	Durchschnittsalter türk. Männer 1999	Durchschnittsalter dt. Frauen 1999	Durchschnittsalter ausl. Frauen 1999	Durchschnittsalter türk. Frauen 1999
	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	46,3	43,8	38,2	46,4	46,0	37,7
davon: Tuberkulose	48,7	45,9		44,0	42,6	53,0
Neubildungen	60,1	53,9	51,7	59,0	50,8	45,6
davon: Bösartige Neubildungen (BN)	60,5	54,5	52,7	59,5	51,2	45,8
Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	47,8	48,9	49,0	45,7	47,0	46,2
davon: Diabetes mellitus	49,8	50,7	50,7	48,5	49,2	49,0
Krankheiten des Blutes	46,5	44,2	38,0	46,4	44,4	36,2
Psychische Erkrankungen	42,2	40,9	36,8	44,5	45,5	44,0
Krankheiten des Nervensystems	46,2	44,9	40,7	44,0	43,5	38,9
Krankheiten des Kreislaufsystems	52,2	51,6	51,5	50,9	49,6	48,9
Krankheiten der Atmungsorgane	48,5	49,6	47,6	46,1	46,5	44,3
davon: Chronische Lungenkrankheiten	48,9	50,2	48,7	46,3	46,5	44,4
davon: Pneumokoniosen	50,8	47,7	46,8	42,9	55,0	52,0
Krankheiten der Verdauungsorgane	46,1	46,4	43,1	45,1	45,9	42,8
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	47,8	48,8	43,1	44,9	43,8	37,0
Komplikationen der Schwangerschaft				35,5	36,0	-
Krankheiten der Haut	42,4	44,5	41,5	40,0	42,6	41,8
Krankheiten von Skelett/Muskeln/Bindegewebe	49,0	48,4	45,5	49,2	48,4	46,4
Kongenitale Anomalien	43,7	43,1	36,6	42,6	40,7	34,3
Affektionen aus der Perinatalzeit	43,2	50,1	54,0	40,7	39,5	-
Schlecht bezeichnete Affektionen u. Symptome	49,1	49,0	46,3	47,1	48,6	45,8
Verletzungen und Vergiftungen	41,6	41,9	37,9	45,7	44,2	39,9
davon: Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen	49,5	46,0	-	49,2	47,0	47,0

Tabelle 4.33: Durchschnittsalter der Rehabilitanden der gesetzlichen Rentenversicherung nach Diagnosen und der Staatsangehörigkeit 1999; Quelle:<sup>134</sup>

<sup>134</sup> Durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger überlassene Datensätze der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung des Jahres 1999.



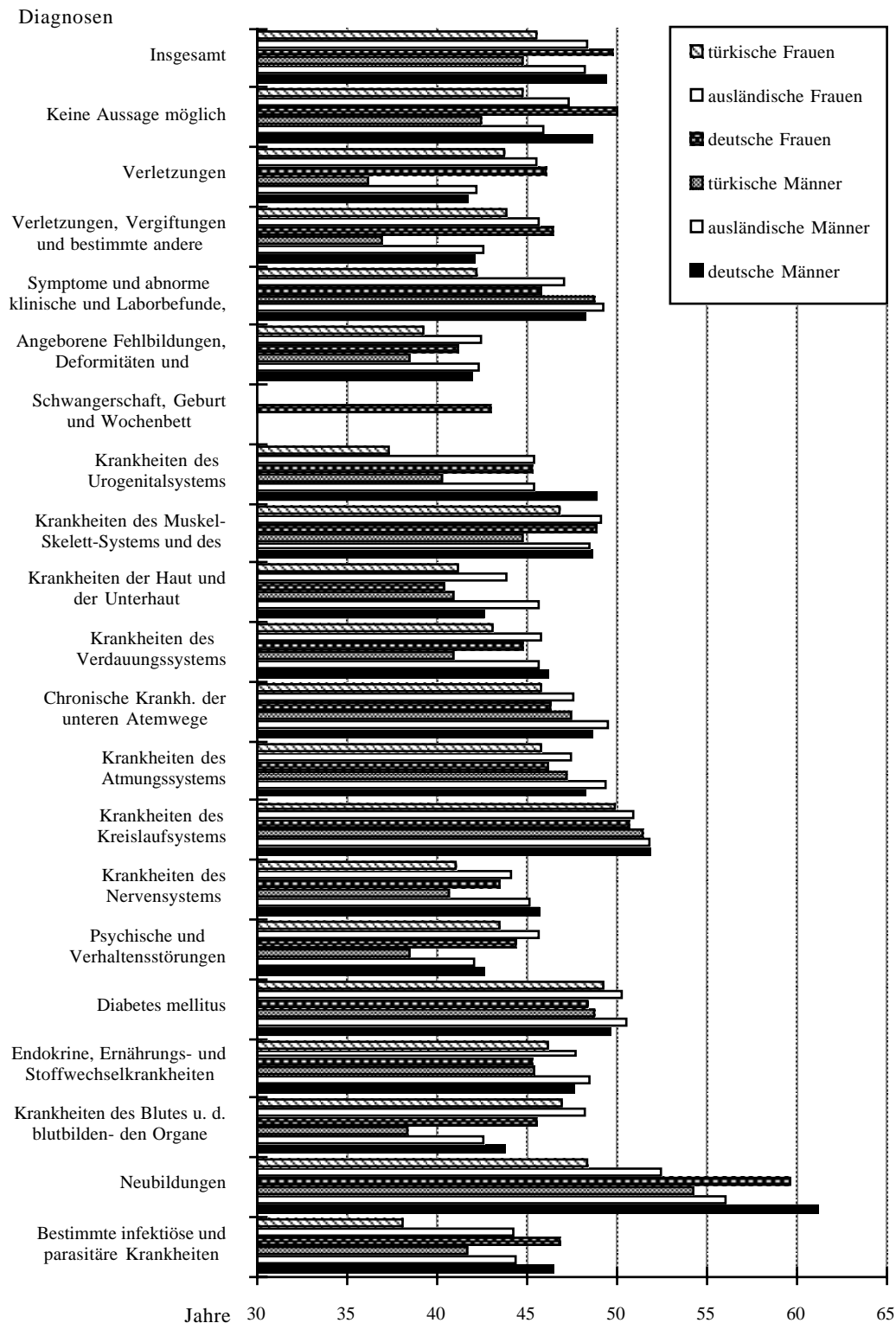


Abbildung 4.38: Durchschnittsalter der Rehabilitanden der gesetzlichen Rentenversicherung nach Diagnosen und der Staatsangehörigkeit; Quelle: 2002<sup>135</sup>

135 Durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger überlassene Datensätze der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung des Jahres 2002.

Die Dauern der Verfahren in beiden untersuchten Jahren, 1999 in größerem Umfang als 2002, sind sehr ähnlich mit der Ausnahme der Psychischen und Verhaltensstörungen, wobei die Pflegetage insbesondere bei jüngeren Menschen und hier wiederum stärker bei Patienten mit deutscher Nationalität stark verlängert ist. Bei älteren Patienten nimmt sie erheblich ab (Abb. 4.39).



Abbildung 4.39: Durchschnittliche Pflegetage der Rehabilitationsverfahren der gesetzlichen Rentenversicherung nach Diagnosen und der Staatsangehörigkeit 2002; Quelle:<sup>136</sup>

<sup>136</sup> Durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger überlassene Datensätze der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung des Jahres 2002.

Eine abschließende Tabelle stellt nach der Bewertung durch die gesetzliche Rentenversicherung diagnosenbezogen und für die verschiedenen Staatsangehörigkeiten fest, ob sich der Zustand durch das Verfahren gebessert hat, ob er gleich geblieben ist oder sich verschlechtert hat. Ganz überwiegend wird fast durchgehend ein positives Ergebnis festgestellt; bei Neubildungen fällt das Ergebnis, durch den Verlauf der Krankheit bedingt, weniger positiv aus. Die Bewertungen der nichtdeutschen Rehabilitanden sind in der Regel ungünstiger als diejenigen der deutschen Teilnehmer (Tab. 4. 34).

ICD-10-Bezeichnung	Diagnosen	Behandlungsergebnis			
		gebessert	unverändert	verschlechtert	keine Aussage
		%	%	%	%
C00-D48	Neubildungen dt M	67,0	20,1	1,0	11,9
	Neubildungen a M	63,2	22,7	1,1	13,0
	Neubildungen tr M	64,1	21,1	1,2	4,2
	Neubildungen dt F	67,6	18,5	0,9	13,0
	Neubildungen a F	67,3	18,1	1,2	13,4
	Neubildungen tr F	62,7	22,3	1,9	13,8
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen dt M	76,7	16,6	0,4	6,2
	Psychische und Verhaltensstörungen a M	65,8	23,5	0,4	10,2
	Psychische und Verhaltensstörungen tr M	60,8	27,3	0,5	11,3
	Psychische und Verhaltensstörungen dt F	83,2	14,1	0,4	2,4
	Psychische und Verhaltensstörungen a F	74,6	20,8	0,6	4,0
	Psychische und Verhaltensstörungen tr F	70,2	23,3	0,8	5,8
I00-I99	Krh. d. Kreislaufsystems dt M	82,9	11,0	0,4	5,7
	Krh. d. Kreislaufsystems a M	78,8	12,0	0,6	8,6
	Krh. d. Kreislaufsystems tr M	79,2	10,7	0,6	9,5
	Krh. d. Kreislaufsystems dt F	84,4	10,3	0,4	4,9
	Krh. d. Kreislaufsystems a F	73,6	11,7	0,5	5,8
	Krh. d. Kreislaufsystems tr F	78,9	12,3	0,0	8,8
J00-J99	Krh. d. Atmungssystems dt M	83,2	10,9	0,5	5,4
	Krh. d. Atmungssystems a M	82,0	11,1	0,3	6,5
	Krh. d. Atmungssystems tr M	80,4	12,9	0,3	6,3
	Krh. d. Atmungssystems dt F	84,9	10,8	0,4	3,9
	Krh. d. Atmungssystems a F	83,7	11,0	0,8	4,4
	Krh. d. Atmungssystems tr F	83,9	10,9	0,7	4,4
M00-M99	Krh. d. Muskel-Skelett-Systems u. Bgw. dt M	82,3	13,0	0,1	3,4
	Krh. d. Muskel-Skelett-Systems u. Bgw. a M	74,8	19,1	0,5	5,6
	Krh. d. Muskel-Skelett-Systems u. Bgw. tr M	68,4	24,0	0,6	7,0
	Krh. d. Muskel-Skelett-Systems u. Bgw. dt F	83,6	13,8	0,6	2,0
	Krh. d. Muskel-Skelett-Systems u. Bgw. a F	76,2	18,4	0,5	4,9
	Krh. d. Muskel-Skelett-Systems u. Bgw. tr F	67,3	25,0	0,7	7,0

Tabelle 4.34: Bewertung des Ergebnisses eines Rehabilitationsverfahrens des VDR durch die Rehabilitanden nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit im Jahr 2002; Quelle:<sup>137</sup>

<sup>137</sup> Durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger überlassene Datensätze der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung des Jahres 2002.

#### 4.9.3 Anlässe und Verfahren der Teilhabe am Arbeitsleben

Sozialrechtliche Änderungen durch die Neuregelung der Rehabilitation als Teilhabe im Sozialgesetzbuch IX machen eine Begrenzung auf die Rehabilitationsstatistik der Bundesanstalt für Arbeit auf die Jahre ab 2002 erforderlich. Wie in den Jahren zuvor wird in der zugänglichen Statistik in jeweils zwei Tabellen über Inzidenz und Prävalenz der Behinderungen und den Outcome an Rehabilitationsverfahren zahlenmäßig Bericht erstattet.<sup>138</sup> Leider fehlen Aufschlüsselungen nach dem Alter und den Anlässen der Berichterstattung und Verfahren in Verbindung mit der Nationalität der behinderten Menschen oder Rehabilitanden.

Behindert im Sinne dieser Statistik sind „Menschen, deren Aussichten, am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter teilzuhaben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung im Sinne von § 2 (1) SGB IX nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen, einschließlich lernbehinderter Menschen, mit dem Ziel der dauerhaften beruflichen Eingliederung. Behinderten stehen Menschen gleich, denen eine Behinderung mit den genannten Folgen droht“.<sup>139</sup> In der Gesamtbevölkerung betreffen Maßnahmen der Teilhabe am Arbeitsleben nur einen geringen Teil der behinderten Menschen in der Wohnbevölkerung. Von mehr als acht Millionen als behindert anerkannten Menschen waren nur 1,99 Millionen als Erwerbspersonen erwerbstätig oder arbeitslos (24,9 %).<sup>140</sup>

Einige wenige Ergebnisse lassen sich diesen Statistiken entnehmen (Tab. 4.35). Zunächst erscheinen die relativen Anteile der Zugänge von behinderten Menschen (Inzidenzen), des Bestands an Behinderten (Prävalenzen) und der Abschlüsse von Rehabilitationsverfahren mehr oder weniger bevölkerungsproportional zu sein. Hinsichtlich der Anteile von Frauen und Männern fällt auf, daß durchgehend die Anteile von Männern in den nicht-

---

<sup>138</sup> Bundesanstalt für Arbeit (Hg.): Arbeitsmarkt in Zahlen. Berufliche Rehabilitation. Statistik über berufliche Rehabilitation - St 37, 1992-1997. Nürnberg (Eigenverlag) 1993-1998. Nach diesen Zahlen waren im Zugang, Bestand und der Beendigung der Verfahren 92 bis 93 % der Rehabilitanden deutscher und sieben bis acht Prozent nichtdeutscher Nationalität. Während in den neuen Bundesländern nahezu 100 % der Rehabilitanden eine deutsche Staatsangehörigkeit haben, beträgt der Anteil im westlichen Bundesgebiet abnehmend 91 bis unter 90 %. Zahlen nichtdeutscher Rehabilitanden betragen hier von 8,5 bis zum Teil über 10 % (Bestand).

<sup>139</sup> Bundesanstalt für Arbeit (Hg.): Arbeitsmarkt in Zahlen. Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben 2002. Nürnberg (Eigenverlag) o. J., S. 4. § 2 (1) SGB IX: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ Sozialgesetzbuch. Textausgabe. München (dtv/Beck) 2004.

<sup>140</sup> Bundesanstalt für Arbeit (Hg.): Arbeitsmarkt in Zahlen. Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben 2002. Nürnberg (Eigenverlag) o. J., S. 4.

deutschen Bevölkerungen höher sind als in der deutschen, was vermutlich die Differenzen im Bevölkerungsaufbau widerspiegelt.<sup>141</sup> Der Vergleich der Anteile der Erst- und der Wiedereingliederung macht - auch bei Berücksichtigung des differenten Bevölkerungsaufbaus und unterschiedlicher Reproduktion der deutschen und der nichtdeutschen Bevölkerung - deutlich, daß Zahlen und Verfahren bei Menschen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit ihren Schwerpunkt in der beruflichen Ersteingliederung jüngerer Klientele haben. Diese Problematik stellt sich zwischen den Bevölkerungen grundlegend different dar. Schließlich korrespondieren die vom Zugang bis zur Beendigung der Maßnahmen abnehmenden Anteile nichtdeutscher Rehabilitanden mit früher feststellbaren Ergebnissen zur beruflichen Rehabilitation, daß Verläufe und (Re-)Integrationen in der nichtdeutschen Bevölkerung weniger erfolgreich und in geringerem Umfang reintegrativ waren. Zahlen und Anteile lassen darauf schließen, daß Verfahren zur Wiedereingliederung im Beruf stehender Migranten das Potential nicht ausschöpfen.

Vorgang	2002	2003	Männer 2002	Männer 2003	Frauen 2002	Frauen 2003	Erst- einglie- derung 2002	Erst- einglie- derung 2003	Wieder- einglie- derung 2002	Wieder- einglie- derung 2003
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Zugänge von behinderten Menschen</b>										
deutsche Nationalität	90,1	89,8	62,5	62,2	37,5	37,8	53,1	58,7	46,9	41,3
nichtdeutsche Nationalität	9,9	10,2	66,1	65,1	33,9	34,9	56,5	63,3	43,5	36,7
türkische Nationalität	3,8	4,1	68,2	66,9	31,8	33,1	65,8	76,6	34,2	27,4
<b>Bestand an behinderten Menschen</b>										
deutsche Nationalität	91,7	91,7	63,7	63,7	36,3	36,3	51,5	52,3	48,5	47,7
nichtdeutsche Nationalität	8,3	8,3	66,8	66,2	33,2	33,8	59,5	59,9	40,5	40,1
türkische Nationalität	3,3	3,3	67,9	67,2	32,1	32,4	67,5	67,3	32,6	32,7
<b>Abschluß von Rehabilitationsverfahren</b>										
deutsche Nationalität	91,6	90,2	64,1	62,6	35,9	37,4	28,9	45,9	71,1	54,1
nichtdeutsche Nationalität	8,4	9,8	67,6	66,3	32,4	33,7	47,2	60,3	52,8	40,1
türkische Nationalität	3,1	3,8	68,7	67,5	31,9	32,5	65,4	67,7	43,6	32,4

*Tabelle 4.35: Anteile von behinderten Menschen nach dem Zugang und dem Bestand an Behinderten und dem Abschluß von Rehabilitationsverfahren zur Teilhabe am Arbeitsleben nach der Staatsangehörigkeit; Quelle<sup>142</sup>*

<sup>141</sup> Statistisches Bundesamt (Hg.): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ausländische Bevölkerung sowie Einbürgerungen 2003. Fachserie 1 / Reihe 2. Wiesbaden (Eigenverlag) 2004. Neben den in den Tabellen referierten Zahlen werden jeweils etwa 1 % der Anteile der Eckzahlen über die Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben für Kroaten und Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien ausgewiesen.

<sup>142</sup> Quelle: Bundesanstalt für Arbeit (Hg.): Arbeitsmarkt in Zahlen. Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben 2002 und 2003. Nürnberg (Eigenverlag) o. J.; überlassene elektronische Dokumente.

Betrachtet man bei den Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausschließlich die berufsfördernden und berufsbildenden Maßnahmen, was seitab des Themas dieser Expertise liegt, so charakterisieren die obigen Interpretationen nicht den Vergleich zwischen der deutschen und nichtdeutschen Bevölkerungen insgesamt, aber den Vergleich zwischen beiden und der Teilbevölkerung türkischer Staatsangehöriger (Tab. 4. 36). Wie auch an anderer Stelle ausgeführt, erscheint möglich, daß differente Falldefinitionen die Unterschiede zwischen den Kollektiven oder im Hinblick auf die Inanspruchnahme der Maßnahmen wesentlich mitbedingen können. Teilhabe am Arbeitsleben bei Menschen nichtdeutscher Staatsangehörigkeit erscheint stärker als bei deutschen auf die Ersteingliederung fokussiert und bei türkischen Staatsangehörigen den Schwerpunkt auf Maßnahmen der Berufsförderung und Berufsbildung zu legen.

	2002	2003	Männer 2002	Männer 2003	Frauen 2002	Frauen 2003	Erst- einglie- derung 2002	Erst- einglie- derung 2003	Wieder- einglie- derung 2002	Wieder- einglie- derung 2003
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Eintritte von behinderten Menschen in berufsfördernde/-bildende Bildungsmaßnahmen</b>										
deutsche Nationalität	91,5	91,6	65	64,6	35	37,4	53	54,7	47	45,3
nichtdeutsche Nationalität	8,5	8,4	67,1	68,2	32,9	33,7	53,8	54,7	46,2	45,3
türkische Nationalität	3,1	3,2	69,1	71,1	30,9	32,5	68,3	67,6	31,7	32,4
<b>Bestand von behinderten Menschen in berufsfördernden/-bildenden Bildungsmaßnahmen</b>										
deutsche Nationalität	92,6	92,8	64	63,9	36	36,1	68,5	68,3	31,5	31,7
nichtdeutsche Nationalität	7,4	7,2	65,9	66,3	34,1	33,7	73,9	72,1	26,2	27,8
türkische Nationalität	3	3	66,6	67,9	33,4	32,1	84,2	82	15,8	28,4
<b>Austritte von behinderten Menschen aus berufsfördernden/-bildenden Bildungsmaßnahmen</b>										
deutsche Nationalität	91,7	91,8	65	64,6	35	35,4	52,5	49,4	47,5	50,6
nichtdeutsche Nationalität	8,3	8,2	67,6	67,7	32,4	32,3	57,8	52,8	42,2	47,2
türkische Nationalität	3,2	3,2	69,5	70	30,5	30	69,6	64,1	30,4	35,9

*Tabelle 4.36: Anteile von behinderten Menschen nach dem Zugang, dem Bestand und dem Abschluß ausschließlich berufsfördernder und -berufsbildender Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach der Staatsangehörigkeit; Quelle<sup>143</sup>*

<sup>143</sup> Quelle: Bundesanstalt für Arbeit (Hg.): Arbeitsmarkt in Zahlen. Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben 2002 und 2003. Nürnberg (Eigenverlag) o. J.; überlassene elektronische Dokumente.

#### 4.10 Begutachtung zur Arbeitseinsatzfähigkeit nach § 18 f. BSHG – vergleichende Auswertung der Ergebnisse bei in Deutschland Geborenen und bei Patienten mit Migrationshintergrund (Thomas Hilbert)

Im Gesundheitsamt Bremen werden wie in allen anderen Gesundheitsämtern auch Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) unter der Fragestellung begutachtet, ob und inwieweit sie gesundheitlich zu einem Arbeitseinsatz fähig sind. Die Rechtsgrundlage für diese Begutachtungen findet sich in § 18 BSHG.<sup>144</sup>

Durch die in den letzten Jahren politisch forcierten Programme „Fordern und Fördern“ stieg die Zahl der Begutachtungen seit etwa 2001 deutlich an. Die Kommunen haben bundesweit versucht, Hilfebedürftige in den ersten oder zweiten Arbeitsmarkt zu vermitteln oder in großem Umfang eigene Beschäftigungsmöglichkeiten zu etablieren. Sozialämter haben begonnen, auch langjährige Sozialhilfebiographien unter der Fragestellung zu durchleuchten, ob nicht doch Beschäftigung möglich sei. Das ist Ausdruck eines Paradigmenwechsels unter dem Diktat knapper werdender kommunaler Geldmittel.

Mit dem Übergang zahlreicher Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt in das Arbeitslosengeld (ALG) 2 wird ab dem 1.1.2005 eine neue Situation entstehen. Es handelt sich um die zweite Phase des Paradigmenwechsels, denn jeder Bezieher von Arbeitslosengeld 2 zwischen dem 18. und 65. Lebensjahr wird zunächst als erwerbsfähig und arbeitssuchend angesehen, unabhängig vom bisher bestehenden differenzierten Unterstützungsbedarf, der von Beratung über Förderung bis hin zu völliger Abhängigkeit zu Leistungen der Sozialhilfe ging.

Vor diesem Hintergrund haben wir seit Mitte 2002 systematisch die amtsärztlichen Gutachten zur Frage der Arbeitseinsatzfähigkeit ausgewertet. Wir sind dabei auch der Frage nachgegangen, ob und welche Unterschiede zwischen Hilfebedürftigen deutscher Herkunft und Hilfebeziehern mit Migrationshintergrund bestehen. Wegen des hohen Anteils von Patienten mit Migrationshintergrund war eine vergleichende Auswertung nahelegend.

Die interessierenden Dimensionen waren dabei Alter, Geschlecht, Bildungshintergrund, Arbeitsbiographie, soziale Anamnese, gesundheitliche Einschränkungen und deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen, Rehabilitations- und Beratungsbedarf. Als hilf-

---

<sup>144</sup> Ab 1.1.2005: §11 (4) SGB XII

reich erwies sich dabei ein seit Frühjahr 2002 eingesetztes standardisiertes, durch Leitfragen gestütztes System der Beauftragung der Gutachten und der Begutachtung selbst, das in einer länderübergreifenden Arbeitsgruppe mit mehreren Gesundheitsämtern entwickelt worden war. Für das Grundverständnis der Begutachtungssituation ist wichtig, daß die untersuchten Patientinnen und Patienten das Gesundheitsamt nicht freiwillig aufgesucht haben, sondern gezwungen sind, sich der Gutachterin oder dem Gutachter zu stellen. Nahezu ein Fünftel der Patienten (19,7 %) erschien nicht zum vereinbarten Termin.

Tabelle 4.37 zeigt die Entwicklung der Gutachtaufträge an den Sozialmedizinischen Dienst für Erwachsene zur Frage der Arbeitseinsatzfähigkeit seit 2000. Für 2004 sind die Monate Januar bis einschließlich Oktober erfaßt; seit dem 1.11.2004 haben wir keine Gutachtaufträge mehr erhalten, weil alle Hilfebezieher im erwerbsfähigen Alter für das Arbeitslosengeld 2 angemeldet worden sind. Dieses „Moratorium“ wird nicht anhalten. Ab dem 1.1.2005 sind Gutachtaufträge zur Frage der vollständigen Erwerbsminderung durch die Bremer Arbeitsgemeinschaft für Integration und Soziales zu erwarten, die dann auch die bisher bearbeiteten Fragen der Leistungs- und Einsatzfähigkeit einschließen werden.<sup>145</sup>

Jahr	Gutachten zur Arbeitseinsatzfähigkeit nach §18 BSHG	Gutachten zur Erwerbsunfähigkeit (Mehrbedarf) nach § 23 BSHG
	n	n
2000	57	15
2001	64	20
2002	109	16
2003	154	15
bis Okt. 2004	160	8

*Tabelle 4.37: Gutachtaufträge an den Sozialmedizinischen Dienst des Gesundheitsamts Bremen 2000 bis 2004*

Gutachten zur Frage eines Mehrbedarfs wegen Erwerbsunfähigkeit<sup>146</sup> wurden wegen der Verwandtschaft der Fragestellung vergleichend in die tabellarische Übersicht aufgenommen, aber nicht differenziert ausgewertet. Ausgewertet wurden die Ergebnisse von 269 gutachterlichen Untersuchungen zur Arbeitseinsatzfähigkeit seit Juni 2002.

<sup>145</sup> Bremen hat sich wie die meisten Großstädte für die Lösung der Arbeitsgemeinschaft nach § 44b zur Umsetzung des SGB II entschieden.

<sup>146</sup> § 23 BSHG, ab 01.01.2005: § 30 SGB XII



#### 4.10.1 Herkunft der Patienten

171 (63,8 %) der untersuchten Patienten waren deutscher Herkunft, 98 Patienten (36,4 %) besaßen einen Migrationshintergrund. Wir haben unter diese Kategorie auch Patienten eingerechnet, die als ehemalige Aussiedler oder Übersiedler zwar die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, aber dennoch eine typische Migrationsproblematik mit sprachlichen und kulturellen Differenzen zur ansässigen Bevölkerung aufweisen. Daher ist ein Vergleich mit den üblichen statistischen Angaben zur Sozialhilfe nur eingeschränkt möglich, die sich in der Regel auf die Merkmale „Ausländer“ oder „Deutsche“ nach Staatsangehörigkeit beziehen.

In absoluten Zahlen ausgedrückt ergibt sich für die Stadt Bremen das Bild in Tabelle 4. 38. Danach wurden etwas mehr HLU–Bezieher mit Migrationshintergrund begutachtet, als es dem Anteil an der Gesamtzahl entsprechen würde.

Staatsangehörigkeit	Bevölkerung im Alter von 15 - 65 Jahren		HLU- Bezieher im Alter von von 15 - 65 Jahren		Begutachtete HLU - Bezieher	
	n	%	n	%	n	%
Deutsch	312.761	85,4	19.912	68,7	171	63,6
Nichtdeutsch	53.645	14,6	9.068	31,3	98	36,4
zusammen	366.406	100	28.980	100	269	100

*Tabelle 4.38: Bevölkerung. Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) 2002 in der Stadt Bremen und Begutachtete (15 – 65 Lj.); Quelle<sup>147</sup>*

Zieht man die Sozialhilfedichte (HLU–Bezieher pro 1.000 Einwohner) zwischen 15. und bis unter 65. Lebensjahr heran, ergeben sich in der Stadt Bremen für Deutsche 64/1.000 und für Nichtdeutsche 169/1.000 im Jahr 2002.<sup>148</sup>

Die begutachteten Patienten mit Migrationshintergrund verteilen sich auf mehrere Herkunftsländer und -regionen. Allerdings lassen sich unschwer Gewichtungen erkennen. Die größte einzelne Gruppe stellen erwartungsgemäß Bewohner mit türkischer Staatsangehörigkeit dar. Nach Regionen zusammengefasst stammen über 38,8 % aus Osteuropa (Polen, Russland, GUS-Staaten; Tab. 4. 39).

<sup>147</sup> HLU (außerhalb von Einrichtungen). Statistisches Landesamt Bremen. In: Arbeitnehmerkammer Bremen (Hg.): Armut in Bremen. Unveröffentlichter Bericht. Bremen (Eigenverlag) 2004, S. 39.

<sup>148</sup> Ebenda.

Herkunftsland	Anzahl	%
Türkei	24	24,5
Polen	17	17,3
Russland	13	13,3
Iran	8	8,2
Italien	4	4,1
Libanon	4	4,1
türkische Kurden	4	4,1
Ukraine	4	4,1
andere GUS- Staaten	4	4,1
ehemaliges Jugoslawien	3	3,1
Afghanistan	3	3,1
Indien	2	2,0
Kosovo/Albanien	2	2,0
Sri Lanka	2	2,0
übrige (Einzelnennungen)	4	4,1
Summe	98	100

*Tabelle 4.39: Herkunftsländer und Regionen der Begutachteten mit Migrationshintergrund*

#### 4.10.2 Geschlecht

Im Jahre 2002 waren von den 28.980 HLU-Beziehern im Alter von 15 bis unter 65 Lebensjahren 16.976 Frauen (58,6 %).<sup>149</sup> Die Geschlechterverteilung unter den Begutachteten entspricht dem nicht ganz, wobei die Abweichung bei Migranten etwas deutlicher ausfällt (Tab. 4. 40).

Personen	HLU-Bezieher, 15 - <65 Jahre	Begutachtete deutsche Personen (N = 171)		Begutachtete Personen mit Migrationshintergrund (N = 98)	
		n	%	n	%
Männer	41,4	73	42,7	47	48,0
Frauen	58,6	98	57,3	51	52,0

*Tabelle 4.40: Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt und begutachtete Personen*

#### 4.10.3 Alter

Die Altersverteilung unter den deutschen Beziehern von HLU in der Stadt Bremen bietet in der grafischen Darstellung einen wellenförmigen Verlauf (Abb. 4. 40).

<sup>149</sup> Ebenda, S. 32.

Alter der deutschen HLU - Empfänger beider Geschlechter (Stadt Bremen 2003)

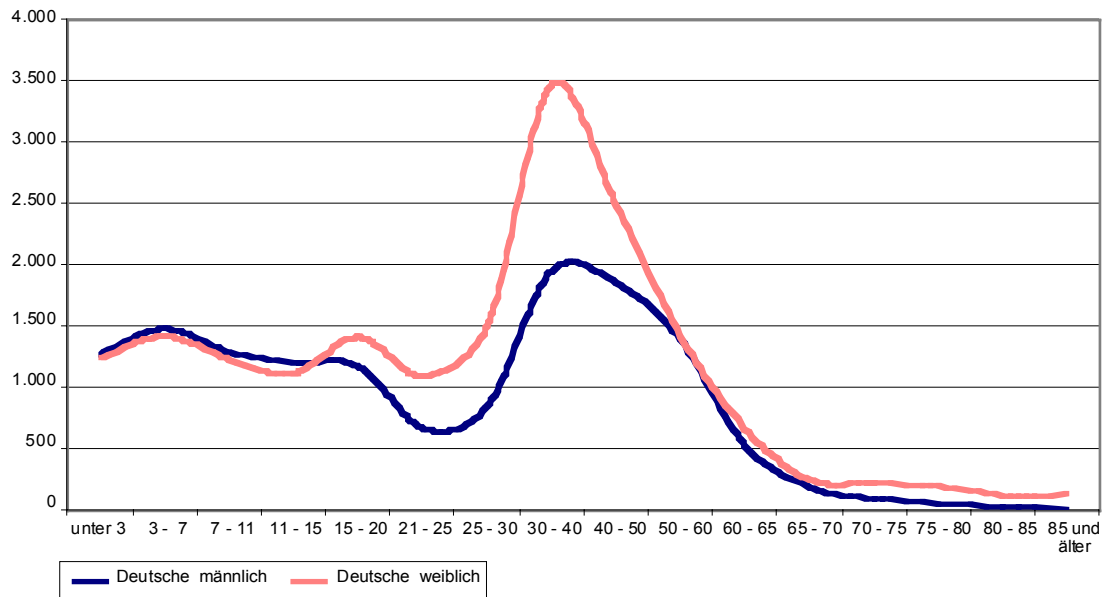


Abbildung 4.40: Deutsche Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Alter (abs. Zahlen)

In der Altersgruppe der 30 bis 40jährigen findet sich bei beiden Geschlechtern, besonders ausgeprägt aber bei den Frauen, der Gipfel der Verteilungskurve, gefolgt von der Gruppe der 40 bis 50jährigen. Beide Altersgruppen zusammen repräsentieren 31% der deutschen Bezieher von HLU. Unter den nichtdeutschen Sozialhilfebeziehern in der Stadt Bremen ist die Altersverteilung nicht prinzipiell verschieden. Der Gipfel der Verteilung liegt auch hier in der Gruppe der 30 bis 40jährigen; diese und die Gruppe der 40 bis 50jährigen stellen 29 % aller nichtdeutschen Hilfebedürftigen (Abb. 4. 41).<sup>150</sup>

<sup>150</sup> Statistisches Landesamt Bremen 2004; eigene Zusammenstellung.

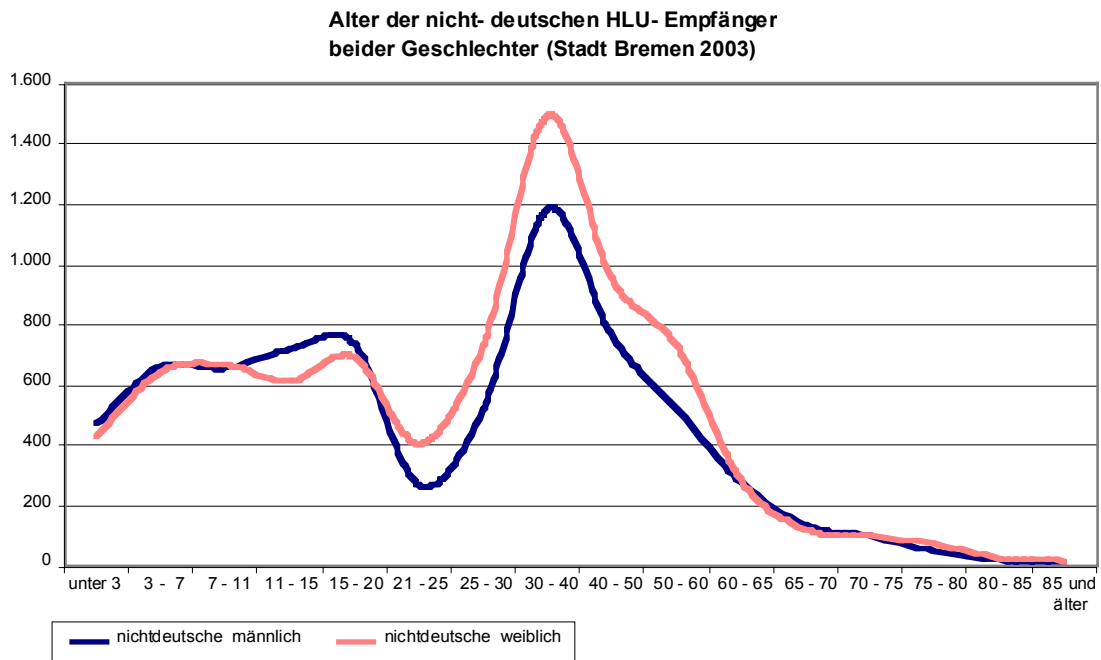


Abbildung 4.41: Nichtdeutsche Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Alter (abs. Zahlen)

Bei den Begutachteten lässt sich eine andere Altersverteilung innerhalb der unter 20 bis 65jährigen erkennen. Demnach werden Frauen im Alter von 41 bis 45 Jahren besonders häufig zur Begutachtung ins Gesundheitsamt geschickt (Tab. 4. 41). Dieses Phänomen betrifft sowohl deutsche Frauen als auch Frauen mit Migrationshintergrund. Auch bei den Männern fällt auf, daß nur relativ wenig unter 30jährige zu begutachten sind. Der Befund steht aber nicht im Widerspruch zum Interesse der Kommune und des Sozialhilfeträgers, bevorzugt jüngere Hilfeempfänger in eine Beschäftigung zu vermitteln.

Anlaß für die Begutachtung im Gesundheitsamt sind offenkundige, von den Fallmanagern vermutete oder von den Hilfebedürftigen bei den Sozialämtern geklagte Gesundheitsprobleme, die die Frage der Leistungsfähigkeit aufwerfen. Zum einen gibt es deutlich weniger Hilfebedürftige in der Gruppe der jungen Erwachsenen, zum anderen sind in dieser Gruppe auch seltener gesundheitliche Probleme zu erwarten. Daher gibt es auch seltener einen Begutachtungsanlaß.

Alter	Männer mit Migrationshintergrund	Frauen mit Migrationshintergrund	Männer, in Deutschland geboren	Frauen, in Deutschland geboren
	%	%	%	%
<20	2,1	2,0	0,0	1,0
21-25	6,4	0,0	8,2	4,1
26-30	4,3	0,0	9,6	1,0
31-35	21,3	7,8	15,1	8,2
36-40	14,9	17,6	15,1	17,3
41-45	8,5	27,5	12,3	32,7
46-50	31,9	19,6	20,5	17,3
51-55	8,5	19,6	15,1	13,3
55-60	0,0	5,9	4,1	3,1
61-65	2,1	0,0	0,0	2,0
Summe	100	100	100	100

Tabelle 4.41: Altersverteilung nach Geschlecht und Herkunft der Begutachteten (N = 269)

68,4 % der begutachteten in Deutschland geborenen Frauen sind über 40 Jahre alt (gegenüber 52 % bei den Männern), bei den Frauen mit Migrationshintergrund sind sogar 72,5 % über 40 Jahre alt (Männer 51 %).

#### 4.10.4 Besondere Problemlagen

Die besondere Häufung von Frauen jenseits des 40. Lebensjahrs bei den Begutachtungen, die bei Migrantinnen noch stärker ausgeprägt ist als bei deutschen Frauen, hängt auch wesentlich von der Biographie und familiären Strukturen ab: Frauen wurden und werden vom Sozialhilfeträger weniger als „Beschäftigungspotential“ beachtet, wenn sie in Familien oder alleinerziehend mit Kindern leben, für die sie zuständig sind. Wenn Schul- ausbildung oder Berufsausbildung der Kinder beendet sind, wird von Seiten der Sozialämter verstärkt über Beschäftigung nachgedacht. Dies stößt dann jedoch an Grenzen, die nur am Rande oder indirekt etwas mit gesundheitlichen Problemen zu tun haben: Vielfach gibt es keine berufliche Biographie, an die Frauen anknüpfen könnten.

Eine große Zahl der Begutachteten mit Migrationshintergrund verfügt nur über schlechte oder nahezu keine Deutschkenntnisse. Der Anteil mit geringer oder keiner Schulbildung ist in beiden Gruppen hoch. Die zur Verfügung stehenden Arbeitsangebote - wenn es sie gibt - können daher in der Regel weder hochwertig noch vielseitig oder wirtschaftlich attraktiv sein. Damit wird der Anreiz, eine Beschäftigung zu akzeptieren, gering, der Wunsch aber, eine Beschäftigungsaufnahme möglichst hinauszuzögern oder zu verhindern, umso höher sein. Die Verführung, gesundheitliche Probleme als Argument gegen eine Vermittlung zu nutzen, ist groß.

*Schulbildung*: Erfasst wurde der höchste erreichte Bildungsabschluss. Die folgende Übersicht zeigt die Ergebnisse, getrennt nach der Herkunft (Abb. 4.42).

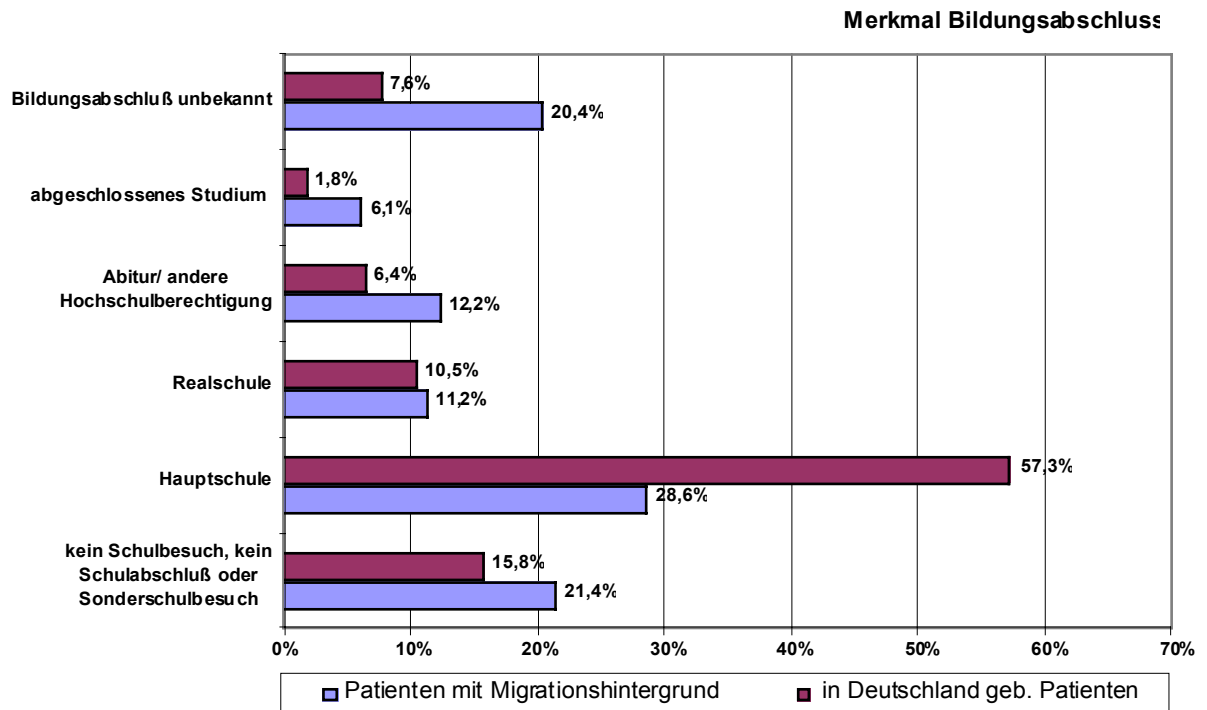


Abbildung 4.42: Begutachtete Personen nach dem höchsten Bildungsabschluss

Bei den Migranten gibt es einen nicht geringen Anteil (über 20 %) von Patienten, deren Bildungsabschluss nicht ermittelt werden konnte. Die Annahme liegt nahe, daß auch in diesen Fällen eine geringe oder gar keine Schulbildung vorliegt. Zwar haben mehr Migrantinnen und Migranten als Deutsche einen weiterführenden Bildungsabschluß als deutsche Patienten, aber die Chancen für eine Beschäftigung sind dadurch nicht besser. Denn ausländische Hochschulabschlüsse oder Hochschulzugangsberechtigungen werden in der Regel nicht anerkannt. Bei den deutschen Patientinnen und Patienten überwiegen bei weitem Hauptschulabgänger oder Patienten ohne Hauptschulabschluß mit über 73 % der Fälle; bei Patienten mit Migrationshintergrund beträgt dieser Anteil 50 %.

Schlechte oder völlig fehlende Deutschkenntnisse waren bei 37,8 % der begutachteten Migrantinnen und Migranten festzustellen. Analphabetismus erkannten wir bei insgesamt 5,6 % aller Patienten; eine Darstellung getrennt nach der Herkunft hätte wegen der kleinen Zahlen keine Aussagekraft.<sup>151</sup>

<sup>151</sup> Wir gehen allerdings von Untererfassung des Analphabetismus aus, da der Sachverhalt bei oft schlechten Verständigungsmöglichkeiten nicht immer sicher aufgeklärt werden kann.

*Beruf*: Die Erhebung der Berufsanamnese zeigt zwischen den Geschlechtern und den Herkunftsgruppen erhebliche und unerwartete Unterschiede. Während bei den deutschen Begutachteten nahezu drei Viertel der Frauen (73,5 %) und über 56 % der Männer keinen Beruf erlernt haben, scheinen bei den Begutachteten mit Migrationshintergrund erheblich mehr Frauen und etwas häufiger auch Männer einen Beruf erlernt zu haben (Abb. 4. 43). Die Formulierung ist bewußt vorsichtig gewählt, weil einerseits die absoluten Zahlen in den Gruppen nicht groß sind, andererseits berufliche Abschlüsse nicht zwangsläufig vergleichbar sind und manche Berufe in Deutschland nicht existieren (Beispiel: „Traktorist“).

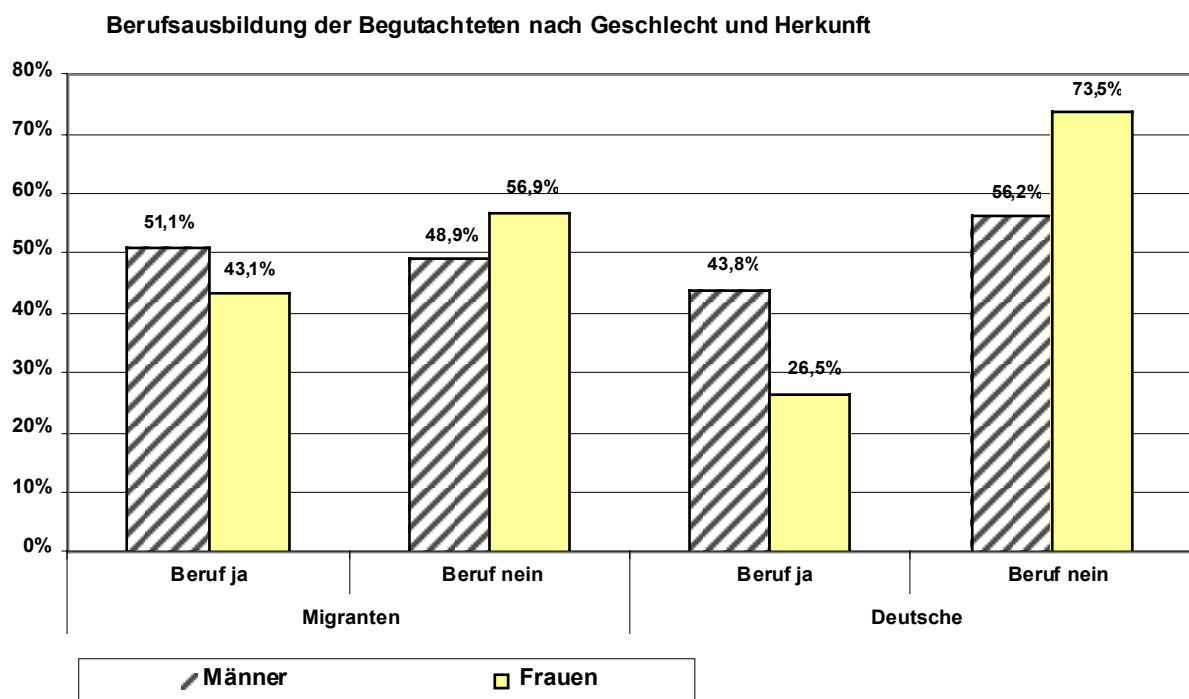


Abbildung 4.43: Begutachtete Personen nach der beruflichen Bildung

70,8 % der deutschen Begutachteten und 74,5 % der nichtdeutschen Begutachteten waren während des Bezugs von Sozialhilfe bis zum Zeitpunkt der Begutachtung irgendwann einer Beschäftigung nachgegangen. Zumeist handelt es sich um eine geringfügige Beschäftigung, kurze Aushilfstätigkeiten, gemeinnützige Arbeit oder sogenannte Prämiendarbeit. Wir gehen davon aus, daß die Angaben nicht immer verläßlich sind, sondern widerspiegeln, was die Patienten in der Begutachtungssituation zu offenbaren bereit sind. Diese Einschränkung betrifft natürlich auch alle anderen anamnestischen Informationen.

*Behinderung*: 13 (7,6 %) der deutschen Begutachteten besaßen zum Zeitpunkt der Begutachtung einen Schwerbehindertenausweis, bei weiteren 11 (6,4 %) lag der Grad der Behinderung unter 50 %. Bei den Patienten mit Migrationshintergrund ist beides deutlich seltener: nur 2 (2 %) sind als schwerbehindert anerkannt und 4 (4,1 %) haben einen Grad der Behinderung unter 50 %. Ein unterschiedliches Verhalten in der Inanspruchnahme ist eine naheliegende Erklärung. Ein Vergleich mit der amtlichen Statistik der Behinderungen führt nicht weiter; im Jahrbuch 2002 des Statistischen Landesamtes Bremen wird nicht nach Herkunft der Schwerbehinderten unterschieden. In der Stadt Bremen waren am 31.12.2001 8,26 % der Bewohner schwerbehindert.<sup>152</sup>

#### 4.10.5 Gesundheitliche Probleme und Leistungseinschränkungen

Gutachterliche Diagnosen stützen sich immer auf die eigene Exploration und Untersuchung und auf alle wichtigen medizinischen Unterlagen, die zur Begutachtung vorliegen. Am häufigsten sind Atteste niedergelassener Haus- und Fachärzte, gefolgt von Klinikentlassungsberichten und Ergebnissen technischer Untersuchungen. Zu über 84 % der deutschen und fast 92 % der nichtdeutschen Patienten lagen uns bei der Begutachtung Unterlagen vor, deren Aussagekraft jedoch nicht immer hoch oder dem Zweck des Gutachtens dienlich war.

Die gutachterliche Untersuchung führt im ersten Schritt zur Darstellung der festgestellten gesundheitlichen Einschränkungen, im zweiten Schritt zur Beurteilung des Leistungsvermögens (negatives und positives Leistungsbild) und im dritten Schritt zu einer epikritischen Wertung, der sich schließlich Einschätzungen zur Prognose und zum Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf anschließen.

##### 4.10.5.1 Gesundheitsstörungen und Diagnosen

Der Anteil von Patientinnen und Patienten mit gesundheitlichen Einschränkungen irgendeiner Art ist sehr hoch, was allerdings nicht überrascht, weil das ja Auslöser für die Begutachtungssituation ist. Bei den deutschen begutachteten Patienten waren nur acht (4,7 %) ohne jede gesundheitliche Einschränkung. Bei den Patienten mit Migrationshintergrund ließen sich bei jedem Fall gesundheitliche Probleme erkennen. Das bedeutet

---

<sup>152</sup> Statistisches Landesamt Bremen (Hg.): Statistisches Jahrbuch. Bremen (Eigenverlag) 2003, S. 197. In den amtlichen Statistiken nach § 131 SGB IX wird zwar auch das Merkmal Staatsangehörigkeit erhoben, in den Publikationen der Statistischen Landesämter aber üblicherweise nicht ausgewiesen.



jedoch nicht zwangsläufig eine manifeste akute oder chronische Erkrankung mit Behandlungsbedarf oder mit Auswirkungen auf das Leistungsvermögen. Auffallend häufig ist eine Gemengelage von körperlichen Befunden, psychischen Auffälligkeiten oder Akzentuierungen und Störungen der sozialen Kompetenz oder psychosozialen Entwicklung. Bei 17 % der deutschen Patienten besteht eine solche kombinierte Problematik, die wir unter „wesentliche soziale Probleme“ zusammengefasst haben. Bei den Patienten mit Migrationshintergrund beträgt dieser Anteil 11,2 %. Rechnet man den Anteil derer hinzu, die aufgrund fehlender Sprachkenntnisse in ihren sozialen Interaktionsmöglichkeiten beeinträchtigt sind (37,8 %), erhöht sich der Anteil auf 49 %.

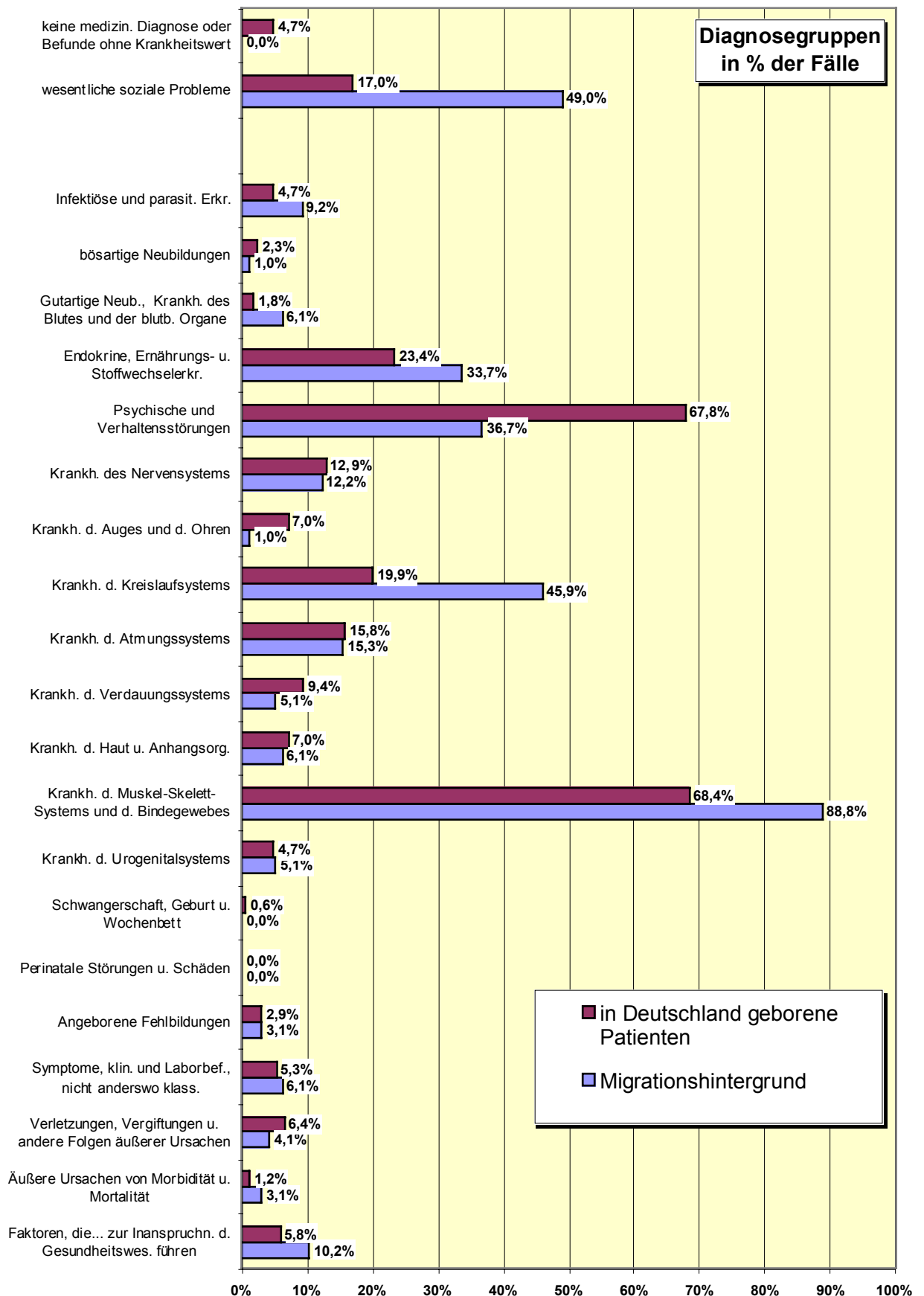
Die gutachterlichen Diagnosen werden in der dreistelligen Systematik der ICD-10 erfaßt, bei einigen Diagnosen auch in der vierstelligen, ausführlichen Systematik. In der folgenden Abbildung (4. 44) sind nur die Hauptgruppen nach ICD-10 getrennt nach Herkunft der Patienten dargestellt.

Deutliche Diskrepanzen sind in einigen Diagnosengruppen erkennbar; sie sind teilweise erklärbar, teilweise auch nicht. Die Gruppen mit großen Abweichungen und ausreichend großer Fallzahl sind in Tabelle 4. 42 zusammengefasst, einschließlich der bereits erwähnten sozialen Problemlagen.

Gruppen nach ICD-10		Migrationshintergrund (N = 98)	in Deutschland geborene Patienten (N = 171)	Verhältnis (Migrationshintergrund zu deutsche Herkunft)
		Diagnosen in % der Fälle		
Z	Faktoren, die... zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	10,2	5,8	1,74 : 1
M	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	88,8	68,4	1,30 : 1
J	Krankheiten des Atmungssystems	15,3	15,8	0,97 : 1
I	Krankheiten des Kreislaufsystems	45,9	19,9	2,31 : 1
F	Psychische und Verhaltensstörungen	36,7	67,8	0,54 : 1
E	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	33,7	23,4	1,44 : 1
A, B	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	9,2	4,7	1,96 : 1
	Wesentliche soziale Probleme	49,0	17,0	2,89 : 1

Tabelle 4.42: Ausgewählte Hauptdiagnosegruppen bei Patienten mit Migrationshintergrund (N = 98) und in Deutschland geborenen Patienten (N = 171)

Abbildung 4.44: Begutachtete Personen nach Diagnosen (Mehrfachnennungen; folgende Seite)



Der größte Unterschied findet sich bei den Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (Gruppe I). Sie werden bei Patienten mit Migrationshintergrund häufiger diagnostiziert. Überwiegend handelt es sich um einen schlecht eingestellten oder unbehandelten primären Hypertonus (I10), gefolgt von ischämischen Herzkrankheiten (I20 - I25). Betroffen sind vor allem Patientinnen und Patienten aus Rußland, Polen und den GUS-Staaten.

Bei den endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (Gruppe E) ist die Adipositas (E66) die häufigste Einzeldiagnose (in beiden Gruppen zusammen mit 19 % aller Fälle), gefolgt vom Diabetes mellitus (E10 – E14); betroffen ist die gleiche Patientengruppe.

Weniger stark ausgeprägt, aber immer noch deutlich genug ist der Unterschied bei den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (Gruppe M), hier stehen bei Migranten wie bei Deutschen Erkrankungen und Beschwerden der Wirbelsäule und des Rückens im Vordergrund (M40 - M54) in insgesamt 45,3% aller Fälle, gefolgt von Arthrosen der großen Gelenke Hüft-, Knie-, Schultergelenk (M16, M17, M19, M20) und Schulterläsionen (M75). Übergewichtige Patienten sind davon sehr viel häufiger betroffen.

Bei Patienten aus den ehemaligen Ostblockländern lässt sich eine fast schon typische Konstellation aus Hypertonus, Übergewicht und orthopädischen Problemen erkennen.

Der Unterschied bei den psychischen und Verhaltensstörungen (Gruppe F), die bei Patienten deutscher Herkunft fast doppelt so häufig diagnostiziert werden, ist mit Sicherheit nicht auf eine unterschiedliche Prävalenz, sondern auf fehlende Diagnostik und Behandlung bei den Patienten mit Migrationshintergrund zurückzuführen. Der Zusammenhang mit schlechten Kommunikationsmöglichkeiten liegt auf der Hand. Phobische, Angst-, Zwangs- und Konversionsstörungen (F40 - F44) führen vor affektiven Störungen (überwiegend Depressionen - F30 - F39), dicht gefolgt von Alkoholkrankheit (F10), somatoformen Störungen (F45) und Suchtmittelgebrauch außer Alkohol (F11 - 19). Besondere Verteilungsmuster der einzelnen Diagnosen lassen sich zwischen den Herkunftsgruppen nicht erkennen.

Infektiöse und parasitäre Krankheiten (Gruppen A und B) lassen sich bei Patienten mit Migrationshintergrund etwa doppelt so häufig diagnostizieren, allerdings sollte das nicht zu dem Fehlschluß verleiten, es handele sich um manifeste, ansteckungsfähige Krank-

heiten. In 14 der insgesamt 16 Fälle liegt eine chronische Hepatitis vor (B18), in der Regel in Kombination mit dem Gebrauch illegaler Drogen.

Daß es bei den Krankheiten des Atmungssystems (Gruppe J) keine deutlichen Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen gibt, liegt in der Natur der diagnostizierten Gesundheitsstörungen. Nahezu alle Diagnosen gehören zu den chronischen Erkrankungen der unteren Atemwege (J40 - 47), also chronische Bronchitiden, chronisch- obstruktive Leiden und Asthma bronchiale.

Die Gruppe Z - Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen - ist nahezu regelhaft kombiniert mit Diagnosen anderer Gruppen. Hier werden anamnestisch wichtige Vorerkrankungen und daraus abzuleitende Maßnahmen oder Zustände (z.B. Operationen, Implantate), durchgeführte oder laufende Therapien (z. B. Dialyse-, Antikoagulantienbehandlung) und Rehabilitationsmaßnahmen erfaßt. Aufgrund dieser Vielschichtigkeit verbieten sich weitergehende Aussagen und Vergleiche.

#### 4.10.5.2 Leistungsvermögen und Leistungseinschränkungen

In der Einschätzung der aktuellen Leistungseinschränkungen und des vorhandenen Leistungsvermögens gibt es einen wesentlichen Unterschied zwischen den Herkunftsgruppen nur bei dem Merkmal „arbeitsunfähig krank“ zum Zeitpunkt der Begutachtung (Abb 4. 45).

Mehr als 15 % der Migranten gegenüber 25 % der deutschstämmigen Patienten waren zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht arbeitsfähig, sondern es bestand Behandlungs- oder Rehabilitationsbedarf. Da bei der Begutachtung häufig noch keine bestimmte Tätigkeit oder ein Arbeitsfeld feststeht, ist der Anteil der Patienten, bei dem dazu Aussagen möglich sind, erheblich kleiner.

Definierte Leistungseinschränkungen finden sich in beiden Herkunftsgruppen am häufigsten im Bereich körperlich belastender Tätigkeiten (kein Heben und Tragen schwerer Lasten, Vermeidung von Zwangshaltungen). Das ergibt sich aus den Gesundheitsstörungen im Bereich des Muskel- und Skelettsystems, darf aber nicht gleichgesetzt werden mit einer Aufhebung des Leistungsvermögens.

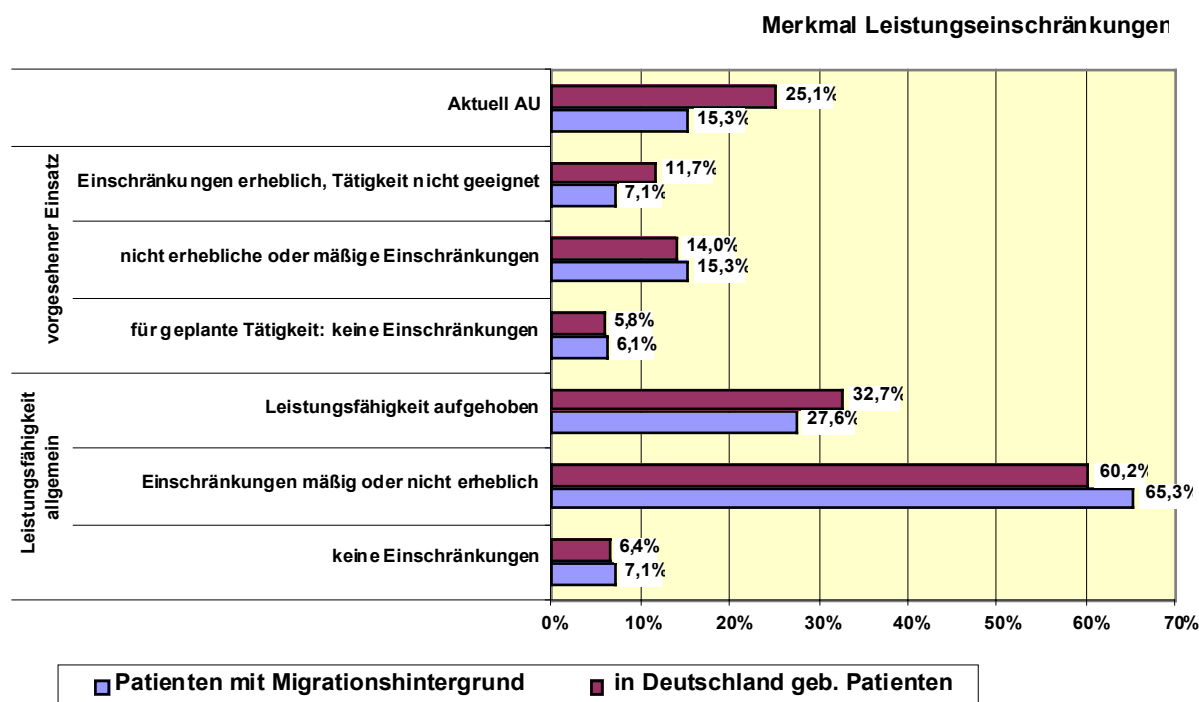


Abbildung 4.45: Begutachtete Personen nach den Leistungseinschränkungen

Eine dauerhafte Erwerbsunfähigkeit (im Sinne der gängigen Definition des SGB VI)<sup>153</sup> sahen wir in beiden Gruppen etwa gleich häufig (Migranten: 9,2 %, Deutsche: 8,8 %).

Die Einschätzung des Leistungsvermögens stützt sich – ähnlich wie bei den Diagnosen und Gesundheitsstörungen – nicht auf ausschließlich medizinische Sachverhalte, sondern geht von einem erweiterten Verständnis aus, in das Beobachtungen des Kommunikationsverhaltens, der Kommunikationsmöglichkeiten und psychosoziale Aspekte einfließen. Es ist evident, daß beispielsweise Analphabetismus oder Verhaltensauffälligkeiten auch zu Einschränkungen des Arbeitsvermögens und der Vermittelbarkeit führen.

#### 4.10.5.3 Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf

Ähnlich vielschichtig stellt sich der häufig festgestellte Bedarf an Beratung, Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation dar. Wir begrenzen die Empfehlungen nicht nur auf medizinisch-therapeutische Felder, sondern schließen bewußt psychosoziale Aspekte ein. Bei 69,4 % der begutachteten Patienten mit Migrationshintergrund und bei 71,9 % der deut-

<sup>153</sup> § 43, Absatz 2, Satz 2 SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung). Diese Definition wurde vom SGB II (HARTZ IV) übernommen. Demnach besteht vollständige Erwerbsunfähigkeit, wenn die mögliche Arbeitsleistung dauerhaft unter 3 Stunden täglich liegt.

schen Patienten haben wir Empfehlungen abgegeben. Die häufigsten Empfehlungen enthält die folgende Tabelle. Seltener Empfehlungen sind nicht dargestellt. Ihre Bandbreite reicht von dermatologischer Allergiediagnostik bis zur Zahnsanierung (Tab. 4. 43).

Empfehlung	Migranten n	% der Fälle (N = 98)	Deutsche n	% der Fälle (N = 171)
Familienunterstützende oder andere begleitende Hilfen	5	5	17	10
Deutschkurs, Alphabetisierung	14	14	5	3
Psychotherapie	10	10	21	12
Suchtbehandlung einschließlich Selbsthilfe	6	6	16	9
Nervenärztliche Behandlung	11	11	25	15
Allgemeinärztliche oder internistische Behandlung	12	12	24	14
Gewichtsreduktion	9	9	16	9
Krankengymnastik, Training	12	12	17	10
Konservative orthopädische Behandlung	14	14	14	8
OP - Indikation (verschiedene Fachgebiete)	9	9	10	6
Alle Empfehlungen	102		165	

*Tabelle 4.43: Empfehlungen zu Behandlung, Rehabilitation und anderen Maßnahmen*

Die Zahl der Empfehlungen stimmt nicht mit der Zahl der Fälle überein, da bei vielen Patienten mehrfache Empfehlungen ausgesprochen wurden.

Untersuchungsergebnisse, Vorschläge und Empfehlungen erfahren sowohl der Patient unmittelbar im Anschluss an die Untersuchung als auch der Sozialhilfeträger als Auftraggeber im schriftlichen Gutachten. Viele Klienten erhalten Kopien der Gutachten.

#### 4.10.5.4 Schlußfolgerungen

Die Interpretation der hier zusammengestellten Ergebnisse bedarf großer Zurückhaltung, da für einzelne Merkmale und Befunde die Fallzahlen doch recht klein sind. Die Fortschreibung der Auswertung dürfte langfristig zu valideren Zahlen führen.

Weil die Auswertung nur das Kollektiv der Hilfebezieher erfaßt, die als Gutachtenpatienten untersucht wurden, sind Rückschlüsse auf alle Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt - ob deutscher Herkunft oder mit Migrationshintergrund - nur begrenzt oder überhaupt nicht möglich.

Bemerkenswert sind die Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen in der Prävalenz der Herz-Kreislauf-Krankheiten, meist in Verbindung mit Adipositas und nicht selten

kombiniert mit Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems. Hier widerspiegeln sich nach unserer Überzeugung einerseits unzulängliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen in den Herkunftsländern Osteuropas, andererseits überkommene Lebens- und Ernährungsgewohnheiten, die nicht gesundheitsfördernd sind, aber auch mit der ökonomischen Situation in den Haushalten von Hilfeempfängern zu tun haben dürften.

Im Vergleich zu anderen Untersuchungskollektiven (z. B. zur Frage der Dienstfähigkeit untersuchter Beamtinnen und Beamten) zeigt sich bei Beziehern von Hilfe zum Lebensunterhalt generell eine nachweisbar höhere Prävalenz von Adipositas (E66): 19 % aller Gutachtenfälle gegenüber nur 3,6 % bei begutachteten Beamtinnen und Beamten. Ein nicht ganz so große Diskrepanz gibt es bei den Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40 - M54), die unter Beziehern von Hilfe zum Lebensunterhalt aller Herkunftsgruppen in 45,4 % der Gutachtenfälle, bei Beamten in 20,6 % aller Gutachtenfälle vorliegen.<sup>154</sup>

Der ebenfalls große Unterschied in der Prävalenz psychischer und Verhaltensstörungen zwischen den Herkunftsgruppen belegt nach unserer Einschätzung die Bedeutung verbaler Verständigungsmöglichkeiten, die für diesen „sprechenden“ Bereich der Medizin essentiell sind. Insofern ist der Unterschied aus epidemiologischer Sicht sicher ein Artefakt.

Logisch verbindet sich dieser Befund mit den unter Migranten sehr häufig nachgewiesenen schlechten Deutschkenntnissen und mit der von uns häufig ausgesprochenen Empfehlung zu Sprachkursen. Dies steht exemplarisch für psychosoziale Faktoren, die ein sozialmedizinisch fundiertes Gutachten berücksichtigen und in Empfehlungen umsetzen muß, obwohl es sich nicht um einen medizinischen Tatbestand handelt.

## 5. Zur Pflegebedürftigkeit älterer Migranten

### 5.1 Vorbemerkung

Obwohl die Berichterstattung zur Pflegebedürftigkeit inzwischen erheblich umfassender und komplexer geworden ist, lassen sich zur Pflegebedürftigkeit von Migranten/Menschen mit Migrationshintergrund und zu ihrer pflegerischen Versorgung bisher kaum Informationen finden.<sup>155</sup> So sind weder die Inzidenz noch die Prävalenz der Pflege-

---

<sup>154</sup> Gesundheitsamt Bremen, jährliche Auswertungen.

<sup>155</sup> Wagner, Alexander und Uwe Brucker: Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 2001/2002. Essen (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) o. J. Wagner, Alexander

bedürftigkeit von Migranten bekannt. Das hängt vordergründig damit zusammen, daß das Merkmal „Staatsangehörigkeit“ oder ein Indikator zum Migrationshintergrund in den Formularen der Begutachtung und Erfassungsprogrammen der Gutachtendaten der Medizinischen Dienste<sup>156</sup> nicht berücksichtigt ist oder aufgrund der Entscheidungen der Kassen nicht bekannt ist, und ist Ausdruck dessen, daß quasi die gesamte Wohnbevölkerung in den Leistungsbereich der sozialen Pflegeversicherung aufgenommen ist und insoweit gleiche Chancen der Inanspruchnahme und Leistung berechtigterweise und plausibel unterstellt werden können.

Abweichende Besonderheiten in der Pflegebedürftigkeit älterer Migranten müßten zunächst hypothetisch begründbar sein. Inwiefern und warum stellen sich die Pflegebedürftigkeit und die pflegerische Versorgung dieser Klientel anders dar als bei der übrigen Bevölkerung? Augenfällig und vielfach belegt sind bei Angehörigen der zahlenmäßig großen Gruppen von Migranten, insbesondere der zurückliegenden Arbeitsmigrationen die durchschnittlich größeren Familien und geringen Anteile alleinlebender Menschen. Insofern bestehen neben der Integration in die sozialrechtlichen Sicherungssysteme auch die Voraussetzung der häuslichen Pflegeperson,<sup>157</sup> so daß eine häusliche Pflege sichergestellt werden kann. Allerdings kennzeichnen die Familien andere Bedarfs- und Bedürfniskonzepte, die in größerem Umfang innerhalb der Familie und ohne eine Inanspruchnahme professioneller Dienste und Leistungen ihre Lösung finden.<sup>158</sup>

---

und Lothar Lürken: Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 1999/2000. Essen (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) o. J. Dieselben: Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 1998. Essen (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) o. J. Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Deutscher Bundestag, Drucksache 15/4125. Schneekloth, Ulrich und Udo Müller: Wirkungen der Pflegeversicherung. Band 127 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden (Nomos) 2000. Schneekloth, Ulrich und Ingo Leven: Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. München (Infratest Sozialforschung) 2003. Pick, Peter. Jürgen Brüggemann, Christiane Grote, Elke Grünhagen und Thomas Lampert: Pflege. Robert Koch Institut (Hg.): Schwerpunktbericht zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin (Eigenverlag) 2004. Dangel, Bärbel, Bernd Kolleck und Johannes Korporal: Rehabilitation Pflegebedürftiger - Konzept, Umsetzung, Ergebnisse. München (Elsevier) 2005. Statistische Bundesamt (Hg.): Bericht: Pflegestatistik 2001 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Bonn (Eigenverlag) 2003. Beikirch, Elisabeth und Johannes Korporal: Ambulante Pflege: sozialrechtliche, strukturelle und ökonomische Rahmenbedingungen und Entwicklung. In: Rennen-Allhoff, Beate und Doris Schaeffer (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim (Juventa) 2000, S. 611-637.

<sup>156</sup> Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) (Hg.): Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI. Stand 2000. Essen (Eigenverlag) 2000.

<sup>157</sup> Pflegeperson meint die häusliche Laienpflegekraft, meist (Ehe-)Partner oder Kinder, die Leistungen der Pflege erbringen oder die Sicherstellung der Pflege gewährleisten. § 19 SGB XI. Schulin, Bertram: Sozialgesetzbuch. Textausgabe. München (DTV/Beck) 2004.

<sup>158</sup> Dietzel-Papakyriakou, Maria und Elke Olbermann: Zum Versorgungsbedarf und zur Spezifik der Versorgung älterer Migrantinnen und Migranten. Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit (3/4): 82-89, 1996. Eskandarkahn, Nargess: Krankheitsbilder bei älteren Migrantinnen und Migranten und Einstellung zur Pflege. In: Stadt Frankfurt a. M./Amt für multikulturelle Angelegenheiten: Ältere Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main. Berichte aus Forschung und Praxis. Frankfurt (Eigenverlag) 1997.



Durchschnittlich kleinere, höher belegte und in den Standards etwas geringer ausgestattete Wohnungen erfordern in größerem Umfang Anpassungen für die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen.<sup>159</sup> Dies wird insbesondere relevant sein oder werden bei der Ausstattung mit Hilfsmitteln, deren Implementation, die Einweisungen in die Nutzung, Trainings und die Erläuterung der Funktion. Anforderungen wie diese richten sich in der nichtdeutschen Bevölkerung an Pflegepersonen mit meist eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit in der deutschen Sprache. Eine Verständigung bedarf hier ausdrücklich und nicht nur in Einzelfällen der Unterstützung durch sprachkompetente Fachpersonen in Diensten, bei Kassen, bei Pflegeexperten oder Hilfsmittelanbietern, erfordert fremdsprachliche oder symbolisch erläuternde schriftliche Materialien oder elektronische Medien, die im Bereich der pflegerischen Versorgung nur selten vorliegen. Übungen und Trainings gestalten sich in der Umsetzung problematischer als bei deutscher Klientel, weil selbst bei Vorliegen entsprechender Materialien eine landessprachliche Interpretation und Vermittlung erforderlich sein wird.

Probleme der Kommunikation werden vermutlich bei älteren Migranten auch bei der Begutachtung eine wichtige Rolle spielen, und zwar in dreifacher Hinsicht: Leistungen zur Pflege werden erstens aus verschiedenen Gründen vermutlich seltener beantragt. Probleme der Kommunikation beeinträchtigen zweitens den Erfolg und die Sicherheit der Exploration und tangieren die Gutachterentscheidung, selbst wenn diese die interkulturellen Bedingungen der Situation und der Pflege zutreffend in Rechnung stellt. Drittens erfordern sie für Untersuchung und Klärung der Entscheidung einen überdurchschnittlichen Zeitaufwand. Für den Fall, daß diese zusätzliche Zeit der Begutachtung nicht zur Verfügung steht, werden Routinisierungen die Ergebniserstellung charakterisieren, die wahrscheinlich spezifische Bedarfe nicht wahrnehmen und berücksichtigen. Vermutlich werden auch Nachfragen zu Entscheidungen oder Widersprüche bei den Pflegekassen wesentlich seltener sein als bei deutschen Pflegebedürftigen. Dies wird wahrscheinlich insbesondere die Chancen auf Rehabilitation beeinträchtigen.

---

Freie und Hansestadt Hamburg (Hg.): Älter werden in der Fremde. Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger. Hamburg (Eigenverlag) 1998.

<sup>159</sup> Hinrichs, Wilhelm: Ausländische Bevölkerungsgruppen in Deutschland. Integrationschancen 1985 und 2000. Berlin (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) SP I 2003 - 202) 2003. Gesundheitsamt der Freien und Hansestadt Bremen (Hg.): Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen. Lebenssituation, potenzielle Versorgungsbedarfe und gesundheitspolitische Perspektiven. Bremen (Eigenverlag) 2004, S. 21-25. Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Wohnen im Alter und Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission. Deutscher Bundestag, Drucksache 13/9750 vom 28.1.1998. Dietzel-Papakyriakou, Maria: Ältere ausländische Menschen in der Bundesrepublik. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hg.): Expertise zum ersten Altenbericht der Bundesregierung. Band III. Berlin (Eigenverlag) 1993, S. 1-154.

Was für die Begutachtung gilt, trifft auch für die professionell zu erbringende häusliche Pflege zu. Ein nahezu konstanter Befund ist der erhöhte Zeitbedarf der Erbringung beruflicher Dienstleistungen im häuslichen Umfeld bei beeinträchtigter Kommunikation. Diesem erhöhten Zeitbedarf kann in der zeitbewerteten Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit durch die Medizinischen Dienste der Leistungen Rechnung getragen werden, indem ein abweichender (erhöhter) Zeitbedarf im einzelnen spezifisch begründet wird und damit die Voraussetzungen einer realistischen Erbringung der Leistungen erhöht werden. Uns ist nicht bekannt, inwieweit davon gegenwärtig Gebrauch gemacht wird. Auch wenn diese Chance in der Begutachtung nicht genutzt wird, bleibt der erhöhte Zeitaufwand ‚hartes‘ Merkmal der häuslichen professionellen pflegerischen Praxis bei der vollständigen, der teilweisen Übernahme von Pflege, vor allem aber bei Beratung, Anleitung, Verselbständigung, Trainings und insbesondere bei der aktivierenden Pflege und Prävention.<sup>160</sup>

Unter den genannten Voraussetzungen der Lebenssituation älterer Migranten ist wahrscheinlich, daß die häusliche Pflegehilfe vorrangig und überdurchschnittlich in Anspruch genommen wird, insbesondere wenn berücksichtigt wird, daß Einrichtungen der teil- und vollstationären Pflege in ihren Angeboten bisher vermutlich durchgehend kaum auf die spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse dieser Klientele orientieren und insofern nach der früheren Migration eine zweite Fremdheitserfahrung darstellen.<sup>161</sup> Zwei gegensätzliche Motivationen können die Wahl der Leistungsart, Sach-, Kombinationsleistung, Pflegegeld, beeinflussen: Auf der einen Seite kann mit dem Pflegegeld eine den eigenen, auch kulturellen und spirituellen Bedürfnissen angemessene Pflege und Versorgung (mit-) geschaffen und sichergestellt und im Rahmen der Familie erbracht werden. Auf der anderen Seite kann die Wahl der Sachleistung den Vorteil einer klienten- und alltagsnahen professionellen Versorgung bieten, die in Absprache und im Einverständnis mit Pflegebedürftigem und Pflegeperson die Versorgung ergänzt und stabilisiert. Eine solche aufsuchende Versorgung, die die Komm-Struktur anderer Einrichtungen der gesundheitlich-sozialen Versorgung in der Wirkung gegen eine Inanspruchnahme relativiert, entspricht den Erwartungen der älteren Migrantenbevölkerung in größerem Umfang.

---

<sup>160</sup> Dangel, Bärbel und Johannes Korporal: Kann Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Grundlage eines spezifischen pflegerischen Ansatzes der Rehabilitation sein? Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36 (1): 50-62, 2003. Dangel, Bärbel und Johannes Korporal: Anmerkungen zu Begriff und Konzept der aktivierenden Pflege. Pflege Aktuell 54 (11): 622-625, 2000.

<sup>161</sup> Krüger, Dorothea: Pflege im Alter: Pflegeerwartungen und Pflegeerfahrungen älterer türkischer Migrantinnen - Ergebnisse einer Pilotstudie. Zeitschrift für Frauenforschung 13 (3): 71-86, 1995.

Hier sind zwei Momente erkennbar, die die pflegerische Versorgung kennzeichnen und die, bisher nur zum kleinen Teil, eine spezifische Bedeutung für die pflegerische Versorgung von Migranten haben. Erstens gilt allgemein, daß pflegerische Versorgungssituationen, in die professionelle Fachkräfte oder Einrichtungen involviert sind, im Hinblick auf Defizite der Versorgung eine erschließende Funktion haben und insoweit leistungssteigernd wirken. Dies trifft insbesondere auf die Bereiche der Kranken-/Pflegeversicherung, aber auch der Sozialhilfe zu, hat insgesamt aber nur einen marginalen Stellenwert in der pflegerischen Versorgung.<sup>162</sup>

Bei (älteren) Migranten scheint die Pflege einen höheren Stellenwert und einen die ausschließliche Pflege überschreitenden Anteil an der (Gesamt-)Versorgung zu haben. Professionelle Pflege „integriert“ und „vernetzt“ in Pflege und Versorgung auf der Ebene einer „Basisversorgung“. Sie senkt die Schwelle zur Inanspruchnahme und verbreitert die Basis der Versorgung.<sup>163</sup>

Bei dem zweiten Moment, das die pflegerische Versorgung von Migranten kennzeichnet, handelt es sich um für die „Gemeinden“ der Migranten spezifische Einrichtungen, die in die Gemeinden rückgebunden sind und von daher quasi ein „Monopol“ organisieren, das ausdrücklich und spezifisch Bedarfe und Bedürfnisse von Migranten berücksichtigt, im Sinne der Tendenz und Organisation berät, Versorgung erschließt, realisiert und verbindet.<sup>164</sup> Organisationen und potentielle Träger der gesundheitlichen und caritativen Versorgung in den Gemeinden der Angehörigen der Arbeitsmigration der sechziger bis achtziger Jahre haben die Chancen, die sich ihnen hier bieten, bisher offensichtlich weniger erkannt und genutzt als Angehörige und Organisationen der Wanderungen des letzten Jahrzehnts und der letzten Jahre.<sup>165</sup> Daß diese Chance der Eigenorganisation gesund-

---

<sup>162</sup> Dangel, Bärbel, Bernd Kolleck und Johannes Korporal: Rehabilitation Pflegebedürftiger - Konzept, Umsetzung, Ergebnisse. München (Elsevier) 2005, Abschnitte 5 und 6.

<sup>163</sup> Was anderenorts dazu genutzt wird, hier mit spezifischen Angeboten und Programmen der Versorgung, der Nutzung oder der Bildung anzusetzen.

<sup>164</sup> Aus einem früheren Projekt zur AIDS-Prävention in der türkischen Bevölkerung ist der hohe Stellenwert der ambulanten pflegerischen Versorgung durch kulturkompetentes Fachpersonal, insbesondere auch der eigenen Nationalität, bekannt im Gegensatz zur Krankenhausversorgung, bei der nach den Kriterien der affektiven und moralischen Neutralität sowie der fachlichen Kompetenz präferierend auf deutsches Fachpersonal orientiert wurde. Korporal, Johannes, Eckhard Holthaus und Norbert Zillich: AIDS-Prävention bei Mitbürgerinnen und Mitbürgern aus der Türkei. Ansatz und Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation eines Modellvorhabens der HIV- und AIDS-Prävention in der türkischen Wohnbevölkerung in Berlin. Berlin (Unveröffentlichter Projektbericht) 1992.

<sup>165</sup> Dies allerdings auch in einem anderen öffentlichen Klima in der Bundesrepublik, Migranten gegenüber, und mit enormer materieller und immaterieller Unterstützung aus öffentlichem und privatem Bereich. Gemeint sind hier besonders Wanderungen deutscher und nichtdeutscher Staatsangehöriger aus den Ländern Osteuropas und den Folgestaaten der früheren Sowjetunion, die sich nach den Kriterien der Migration kaum von Arbeitsmigranten unterscheiden (vgl. Abschnitt 4.10).

heitlich-sozialer Belange, zu denen vor allem die Pflege zählt, unzureichend oder gar nicht erkannt und wahrgenommen wurde, hängt vermutlich auch mit der Vertretung der Migranten-Organisationen in diesen Belangen über „deutsche“ Wohlfahrtsverbände und andere Organisationen zusammen, die die Spezifität der Bedarfe und ihre besondere Ausrichtung in Vertrags- und Kostenträgerverhandlungen und in der sozialpolitischen Ausgestaltung generalisiert und damit neutralisiert haben um den Preis basisnaher Partizipation der Migranten. Diesen Weg haben klientennahe neue Versorgungseinrichtungen nicht mehr gewählt, sondern als private Organisationen unmittelbar Zugang zur Versorgung genommen und sich mit spezifischer Zielsetzung und konkreten Angeboten an ihr beteiligt.

Beeinträchtigungen der Kommunikation erschweren, die gesetzten Ziele der begleitenden Edukation und Verselbständigung der Pflegebedürftigen in der Pflege zu erreichen. Die Problematik betrifft Formen und Inhalte der Vermittlung ebenso wie die Rezeption und Umsetzung. Wenn diese gesundheitspädagogische, anleitende, entlastende und verselbständigende Ausrichtung der Pflegeversicherung wirksam werden soll, bedarf es im Hinblick auf ältere Migranten genau einer solchen spezifischen Ausrichtung der Angebote und Formen der Vermittlung, vermutlich auch einer spezifischen Trägerschaft, vor allem auch der Fort- und Weiterbildung von Fachkräften der Einrichtungen und ganz essentiell auch der Evaluation der Angebote. Dies betrifft die Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen der Pflegeversicherung nach § 45 SGB XI, aber auch andere, meist neuere Leistungen des Sozialrechts und die Pflege insgesamt, vor allem aber auch in ihrer Vernetzung und Abgestimmtheit aufeinander.<sup>166</sup>

Eine weitere Schnittstelle die zwischen der häuslichen Pflege älterer Migranten und der professionellen Versorgung, für die eine gelingende Kommunikation und eine kulturkompetente Versorgung von Bedeutung sind, stellen die Beratungsbesuche nach § 37 (3) SGB XI dar. Mitarbeiter ambulanter Pflegeeinrichtungen, die diese Besuche bei pflegebedürftigen Menschen mit der Leistung Pflegegeld in festgelegten Zeitabständen durchführen, beurteilen, ob die häusliche Pflege sichergestellt ist, und beraten zu zusätzlichen Hilfen und Maßnahmen, die die häusliche Pflegesituation verbessern können. Die gesetzlichen Regelungen bieten sogar einen Hintergrund für den Einsatz einer kulturkompetenten Fachkraft für diese Aufgabe: „Der beauftragte Pflegedienst hat dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflege(fach-, d. A.)kräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild

---

<sup>166</sup> Zusätzliche Betreuungsleistungen, § 45b SGB XI; Soziotherapie, § 37a SGB V; Sozialmedizinische Nachsorge § 43 (2) SGB V; Stationäre und ambulante Hospizleistungen, § 39a SGB V u. a. m.

sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen.“<sup>167</sup>

Ein letzter, hier zu nennender wichtiger Aspekt betrifft die Transfers von Patienten, Pflegebedürftigen oder Klienten allgemein, besonders aber älterer Pflegebedürftiger zwischen Fachkräften und Einrichtungen. Die meist unter dem Begriff der Pflegeüberleitung benannten Verweisungen vom Krankenhaus nach Hause und umgekehrt von zu Hause in ein Akutkrankenhaus, eine Rehabilitationseinrichtung, eine teil- oder vollstationäre Pflegeeinrichtung sollen zeitgemäß nach dem fachlichen Standard des Entlassungsmanagements oder sinngemäßer analoger Regelungen erfolgen, um die notwendige häusliche oder institutionelle Weiterversorgung zu gewährleisten und zu sichern.<sup>168</sup> Eine erfolgreiche Überleitung sichert Informationsstand und Akzeptanz des Patienten/Klienten/Pflegebedürftigen in den eigenen Versorgungsangelegenheiten, transferiert die notwendigen Informationen im Versorgungsnetz, leitet frühzeitig erforderliche Maßnahmen ein (z. B. Hilfsmittelausstattung) verkürzt Versorgungs- und Übergangszeiten und beugt Wiederaufnahmen wegen desselben Behandlungsanlasses und vermeidbarer Probleme und Komplikationen vor. Ältere Migranten haben einen übersteigenden Bedarf an qualifizierter (und kulturkompetenter) Überleitung, nur ausnahmsweise findet sich in der Literatur ein Hinweis auf eine Implementation.<sup>169</sup>

Nahezu jeder der hier genannten Aspekte der Pflegebedürftigkeit ist in einem doppelten Sinn relevant für die Beschäftigungsfähigkeit von Migranten im Alter. Zunächst geht es um die Vermeidung, die Besserung oder die Behebung von Pflegebedürftigkeit älterer Migranten. Hierüber wissen wir statistisch wenig, spezifische und evaluierte Versorgungskonzepte sind selten. Ein zweiter Aspekt betrifft die spezifische professionelle und institutionelle, quasi nachholende Strukturbildung in der pflegerischen Versorgung, die von einer Einbeziehung eingewiesener ehrenamtlicher Kräfte, fortgebildeten Fachkräften, pflegerischem Casemanagement, Einrichtungen mit spezifischen Angeboten vor dem Hintergrund von gemeindeorientierten Trägern pflegerische Versorgung in allen Anteilen

---

<sup>167</sup> Schulin, Bertram: Sozialgesetzbuch. Textausgabe. München (DTV/Beck) 2004. „Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflege(fach-, d.A.)kraft durchgeführt wird.“ Daselbst.

<sup>168</sup> Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Osnabrück (Eigenverlag) 2004. Dangel, Bärbel: Pflegerische Entlassungsplanung. Ansatz und Umsetzung einer pflegerischen Überleitung. München (Urban&Fischer) 2004.

<sup>169</sup> An mehreren Stellen verweist der aktuelle Beschlussvorschlag der Länder Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern zur Reform der Pflegeversicherung für die 81. Arbeits- und Sozialministerkonferenz im November 2004 auf die Notwendigkeit strukturierter Überleitung und Vernetzung von Versorgungseinrichtungen.

übernimmt.<sup>170</sup> Zwar bilden in nicht geringer Zahl Einrichtungen der Versorgung oder Träger von Fort- und Weiterbildung Fachkräfte im Themenbereich der interkulturellen Pflege und Versorgung im Hinblick auf ‚Zusatzkompetenzen‘ für die eigeninstitutionelle Versorgung fort, an dieser Stelle und in diesem Zusammenhang ist allerdings an eine eigenständige ‚wohlfahrtsverbandliche‘ Organisation und Funktion der Gemeinden der Migranten gedacht, die vorrangig die sozialen Aufgaben und die Verantwortung in ihrem Bereich übernehmen sollte. In der Entwicklung von ehrenamtlicher und teilzeitlicher Nutzung der Arbeit von Menschen im beruflichen Übergang oder nach der Berufsphase lassen sich unter Qualifikation Wissensbestände nutzen und Kompetenzen erzielen, die für eine neue und (kultur-)spezifische und beteiligende gemeindeorientierte Beratung und Versorgung von grundlegender Bedeutung sind. Unter der wenig reflektierten Prämisse allgemein gleicher Chancen der Inanspruchnahme von Leistungen der Versorgung wird man zu einer solchen Differenzierung der Angebote nicht kommen.<sup>171</sup> Das lehren die unzähligen Versuche, die ohne positives Ergebnis in den letzten zwanzig Jahren in diese Richtung unternommen worden sind. Wichtige Voraussetzung ist allerdings die Übernahme von Moderations- oder Trägerfunktionen in der gesundheitlich-sozialen Versorgung durch die Gemeinden und ihre Positionierung im Bereich öffentlich geregelter Versorgung.<sup>172</sup>

---

<sup>170</sup> Ein solcher Ansatz schlägt den umgekehrten Weg vor: Nicht die (frustrierende) Öffnung der Altenhilfe und ihrer Institutionen erscheint nach den vielen wenig erfolgreichen Versuchen als sinnvoller Weg, sondern wir empfehlen, von der sozialen Strukturbildung der Gemeinden, soweit sie existieren, auszugehen und vor ihrem Hintergrund bestehende Versorgungsangebote weiterzuentwickeln oder zu etablieren. Sie orientieren sich an der sozialen Struktur der Gemeinden, senken Schwellen der Inanspruchnahme von professionellen Leistungen der Versorgung und können sie mit weiteren Angeboten, z. B. der Selbsthilfe, der Information oder Beratung verbinden. Integration der älteren Migranten würde sich durch gemeinsames Versorgungshandeln vor bekanntem sozialstrukturellem Hintergrund vollziehen. In diese Richtung weist auch: Olbermann: Elke: Entwicklung innovativer Konzepte der sozialen Integration älterer Migranten/innen. Abschlußbericht an die Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung und Soziales. Köln (Eigenverlag des ISAB-Instituts) 2003. Die evaluierten und vorgestellten beispielhaften Vorhaben unterstreichen, daß erfolgreiche Entwicklung nicht aus dem Berufe und Versorgungsnetz zu deduzieren, sondern basisnah und konkret entwickelt und aufgebaut werden müssen.

<sup>171</sup> Als (positive) Ausnahme bietet Bayern in seinem „Gesamtkonzept zur Verbesserung der Qualität der Pflege in Bayern“ eine „Überleitung“ „ausländischer Pflegekräfte“ mit im Ausland abgeschlossener Ausbildung zur Krankenschwester/-pfleger unter Fortbildung zur „Fachkraft im Sinne des Heimgesetzes“ an. Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Deutscher Bundestag, Drucksache 15/4125, S. 155-157. Bedarf besteht, abweichend in der Initiative in Bayern, insbesondere an Fachkräften mit Migrationshintergrund eines der klassischen Länder der Arbeitsmigration. Hier wären Chancen von Qualifizierten und Interessierten für die Erstausbildung, die Fort- und Weiterbildung zu erschließen. Ähnliche Anregungen macht die FDP-Fraktion im Baden-Württembergischen Landtag, die von der Landesregierung positiv im Sinne eines Landesprogramms aufgegriffen werden. Antrag und Stellungnahme zur Situation von Senioren mit Migrationshintergrund und von ausländischen Senioren. Landtag von Baden-Württemberg, Drucksache 13/3412 vom 20.7.2004.

<sup>172</sup> Die Problematik dieser Aussagen, die sich aktuell in der öffentlichen Diskussion um die Trägerschaft und die verantwortlichen pädagogischen Fachkräfte für eine religiös-ethische-moralische Bildung vor allem in den Bildungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche nichtdeutscher Nationalität oder Kultur spiegelt, wird hier keineswegs unterschätzt. Sie sollte nach unserer Auffassung auch eng mit der Frage zusammenhängen, wer in diesem Zusammenhang Verantwortung für kommunale soziale Aufgaben ethni-

## 5.2 „Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe“ oder beteiligende und basisnahe Projektorganisation und Strukturentwicklung

Mit dieser Entgegensetzung sollen konzeptuelle Überlegungen angeregt und zugleich ein kurzer Blick in die publizierte Versorgungsempirie zum Expertisenthema geworfen werden. Die genannte Alternative ist in der Diskussion um die gesundheitlich-pflegerisch-soziale Versorgung keineswegs neu, aber zwischen einer traditional orientierten Träger-Sozialpolitik und einer praxisverstrickten und engagierten wenig strukturierten Arbeit kleiner Einrichtungen blockiert. Ebenso steht es einerseits um die Konzepte der interkulturellen Pflege, Therapie und sozialen Arbeit und der kulturkompetenten Pflege, die nicht selten unter den Aspekten der Öffnung der Dienste, der Angebotserweiterung, der Qualitätssicherung oder anderem, meist aber nicht als spezifische und vernetzte fachliche Praxis erörtert wird, und andererseits der „Hilflosigkeit“ von Praxisprojekten mit konkreten und basisnahen Ansätzen, die durchaus ihre Akzeptanz und Berechtigung haben, zu „überleben“.<sup>173</sup>

In der öffentlichen und sozialpolitischen Diskussion wird das Thema der Versorgung älterer Migranten vorrangig unter dem Stichwort der „Öffnung der Altenhilfe“, selten auch unter einer Schwerpunktsetzung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Fachkräften<sup>174</sup> erörtert. Letzterem ist unbedingt zuzustimmen, insbesondere wenn es mit einer klugen Aquse für Interessenten der Fachausbildungen und, notwendigerweise, auch hinführenden Qualifizierungsangeboten verbunden wird. Der Begriff der Altenhilfe sollte an die veränderte Situation der Praxis, Versorgung und der Berufe angepaßt werden, in der sich die Problematiken über die Versorgungsbereiche und -institutionen vernetzt darstellen und eher systemisch und miteinander verbunden verhandelt werden sollten (Pflegebedürftigkeit, Altenhilfe, Behindertenhilfe, Behandlung, Rehabilitation, Prävention). Auch die einschlägigen Berufe sind mangels vorbehaltener Aufgaben, durch Mischkalkulationen der Einrichtungsträger im Personalbereich und eine unspezifische Gewich-

---

scher Gruppen übernehmen sollte oder übernehmen kann. Eine Ansiedlung dieser Verantwortung auf kommunaler Ebene, wie sie die Baden-Württembergische Kultusministerin jüngst für die religiöse Bildung vorgeschlagen hat, geht nach unserer Auffassung in die richtige Richtung. Für die sozial beratende und versorgende Funktion in ethnischen Gruppen könnten Träger in der Phase der Gründung (auf Zeit) an bestehende Träger und Einrichtungen fördernd ‚angekoppelt‘ und deren Erfahrung für die Entwicklung erschlossen und genutzt werden.

<sup>173</sup> Exemplarisch: Habermann, Monika: Interkulturelle Pflege und Therapie. Qualitätssicherung auch für Migranten? Dr. med. Mabuse Heft 136, (3/4): 22-26, 2002. O. A.: Kulturkompetente Pflege. Ein Leitfaden zur kulturellen Öffnung Ambulanter Pflegeeinrichtungen. Duisburg/Wuppertal (Eigenverlag) 2002. Boll, Rudolf und José Povedano-Sánchez: Multikulturelle Gesellschaft und soziale Arbeit. Die Ausländerarbeit muß Selbsthilfe, Selbstorganisation und den Dialog zwischen Menschen fördern. Blätter der Wohlfahrtspflege 138 (4): 92-94, 1991.

<sup>174</sup> Unter Fachkräften werden hier ärztliche und nichtärztliche Heilberufe sowie Gesundheitsfachberufe verstanden, wobei die Schwerpunktausbildungen in diesem Bereich im Verbund erfolgen sollten.

tung der Strukturdimension auf dem Wege der Konvergenz. Eine solche Entwicklung ist auch durch die bestehende gesetzlich-abgrenzende und einzelberuflich orientierte Ausbildungsregelung nur auf Zeit aufzuhalten, zumal die Hochschulausbildungen dieser Berufe, die sozialrechtlichen Beruferegulungen für die Versorgungspraxis und Denkschriften von Verbänden, zum Beispiel Robert Bosch Stiftung, integrative Neusystematisierungen vorgenommen haben oder vorschlagen; diese in verschiedenen gesellschaftlichen und versorgenden Bereichen von Bildung und Praxis also bereits wirksam sind.

Nach vielen wenig ermutigenden Ansätzen der Öffnungen der Altenhilfe<sup>175</sup> erscheint sinnvoll, den Bereich nach Versorgungskontexten, Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf, Teilhabe, Behandlung neu zu strukturieren und dies durch Verwaltungs- und Trägerorganisation zum Ausdruck zu bringen. Landes-Rahmenprogramme sollten den Ertrag der Basiserfahrungen und -projekte systematisieren, moderieren und evaluieren und in eine neue beteiligende kommunale und dezentrale Strukturbildung zur Versorgung einbringen. Zwei Entwicklungslinien erscheinen in diesem Zusammenhang zentral: eine Ausrichtung entlang der Expertise der Pflege und eine Strukturbildung auf der Basis der „Gemeinden“,<sup>176</sup> beziehungsweise von zu entwickelnden Trägerstrukturen von Migrantenorganisationen und/oder paritätischen Trägern.<sup>177</sup> Wir gehen davon aus, daß Programme, die trägergebundene Informationsangebote, Beratung, Sprachkurse, offene Angebote und anderes vorsehen, nicht ausreichen, sondern daß es vor dem Hintergrund vorliegender Erfahrungen um eine die bestehenden Strukturen ergänzende, in die Versorgungsl-

---

<sup>175</sup> O. A.: Neue Wege in der Pflege. Zur Notwendigkeit kulturkompetenter Pflege. *Ausländer in Deutschland* 18 (1): 2002; [http://www.isoplan.de/aid-1/aeltere\\_migranten.htm](http://www.isoplan.de/aid-1/aeltere_migranten.htm); Zugriff am 2.1.2005. Prononciert und zutreffend: „So ist die Vorstellung weit verbreitet, alte MigrantInnen seien bereits genügend versorgt. Ferner denkt man, die Alten seien in der Familie noch gut aufgehoben. Mit dem Ideal von familiärer Pflege haben die MigrantInnen sich in den Augen vieler Akteure der Altenhilfe etwas bewahrt, das den Deutschen abhanden gekommen sei. „Wer für Konzepte einer Öffnung der Altenhilfe für MigrantInnen wirbt, wird daher“, so Kaewnetara und Uske, „häufig mit dem Argument konfrontiert, mit der vorgeschlagenen Lösung (Öffnung des Altenhilfesystems für MigrantInnen) das Problem erst geschaffen zu haben.“ Statt den funktionierenden Familienzusammenhang sich selbst zu überlassen, so heißt es, würden institutionelle Gebilde geschaffen, die letztlich zu dessen Auflösung führen. Tatsächlich aber leben - unabhängig davon - immer mehr Migranten alleine. Ihre Kinder können und wollen nicht mehr alle Aufgaben der Pflege übernehmen.“ Dasselbst. Vgl. auch die recht unterschiedlichen Beiträge der Expertenanhörung des Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen mit für den Bereich der Versorgung differenzierenden und weiterführenden Bemerkungen zum Kulturbegriff von Charlotte Uzarewicz. Bayerisches Ministerium f. A., S., F. F. (Hg.): *Interkulturelle Altenpflege*. München (Eigenverlag) 2001.

<sup>176</sup> Gemeint sind hier nicht die dezentralen politischen Organisationsformen, sondern die meist informellen Organisations- und Partizipationsformen von Gruppen von Migranten, die sich zum Teil gesellschaftlich, nicht primär politisch, positioniert haben und die partikular in die Versorgung ihrer Angehörigen involviert sind, ohne allerdings Funktion und Ort im System der Versorgung zu haben.

<sup>177</sup> Im Hintergrund einer solchen Entwicklung steht bekanntlich das Problem einer analogen Bildung wohlfahrtsverbändlicher Trägerstrukturen von Migrantenzusammenschlüssen mit caritativer Ausrichtung und einem den bestehenden Wohlfahrtsverbänden vergleichbaren gesellschaftlichen Status; ein gesellschaftlicher Diskurs, der jüngst begonnen worden ist und weiterverfolgt werden sollte.



andschaft eingepaßte beteiligende Neustrukturierung mit innovativen Kommunikations- und Interaktionsangeboten gehen sollte.

Nach diesen Ausführungen wird es nicht verwundern, daß gegenwärtig die eigentliche Entwicklung einer bedarf- und bedürfnisorientierten Pflege und Versorgung älterer Migranten basisnah und kommunal anzutreffen ist.<sup>178</sup> Sie stellt sich sehr heterogen dar und bedarf der Moderation und Strukturierung, die beteiligend, gegebenenfalls aufsuchend und integrativ für Partizipation und Versorgung sein sollte. Eine solche Entwicklung läßt sich aufgrund der vorliegenden Berichte und Dokumente erst ansatzweise und auf den Ebenen der Planung erkennen.

Nach den wenig gesicherten, in den Erfahrungsberichten, aber relativ gleichförmig berichteten Zahlen kann man davon ausgehen, daß die nichtdeutsche Bevölkerung die pflegerischen Angebote in unterschiedlichem Umfang unterdurchschnittlich nutzt. Das gilt, wenn erkennbar, in besonderem Maß für die teil-, zeit- und die vollstationären Angebote der Pflege. Es wird in ähnlicher Weise eine heimvermeidende Einstellung der älteren Migranten berichtet, wie sie auch für ältere deutsche Menschen zutreffend ist. Die im einzelnen hochdifferenzierten Angaben der Berichte offenbaren zum Teil problematische Pflege- und Versorgungszusammenhänge, die die hiermit aufsichtlich oder qualitätssichernd Befassten oder die fachlich Interessierten in ihren beruflichen oder ehrenamtlichen Funktionen unmittelbar angehen könnten: Kritische Punkte der Wahrnehmung sind vorgeschriebene und offensichtlich nicht erreichte Fachkraftquoten,<sup>179</sup> die begrifflich verschleiert werden, oder Sprachkompetenzen, die in die gleiche Richtung weisen, und gleichzeitig offenbaren, daß die sprachliche Vermittlung und Betreuung nicht durch (vorgeschriebene) Fachpersonen erfolgen.

Da der Prozeß der Alterung und mit ihm auch der Zunahme von Pflegebedürftigkeit bezogen auf Migranten in den nächsten Jahren deutlich zunehmen werden und dies bei der quantitativ größten Gruppe, den türkischen Migranten, wegen deren durchschnittlich jüngstem Alter quasi erst beginnt, ist es Zeit und besteht auch noch etwas Zeit, sich auf

---

<sup>178</sup> Einige wenige Beispiele seien genannt ohne Anspruch auf Repräsentativität und Vollständigkeit. Stadt Köln (Hg.): Pflegebedarfsplan 2002-2006. Stadtgebiet insgesamt. Zusammenfassung der Bestandserhebung 15.2.2000 mit Gegenüberstellung der Bestandserhebungen 31.03.1997 und 15.12.1998. Rechnerische Ergebnisse der künftigen Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 2001 bis 2006. Ziele und Maßnahmen. Daten und Fakten. Ausführliche Darstellung der Bestandserhebung 15.12.2000 mit Gegenüberstellung der Bestandserhebungen 31.03.1997 und 15.12.1998. Stand März 2002. Köln (Der Oberbürgermeister & Amt für Soziales und Senioren) o. J. Landeshauptstadt Stuttgart: Altenhilfeplan der Landeshauptstadt Stuttgart für 1999 - 2005. Stuttgart (Sozialamt) o. J.

<sup>179</sup> §§ 4-6 des Heimgesetzes. Heimgesetz. Textausgabe. Frankfurt (Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge) 2001.

die Entwicklung in der oben beschriebenen Weise einzustellen und zu angemessener Partizipation und Versorgung zu kommen.

### 5.3 Pflegebedürftigkeit und Sozialhilfeabhängigkeit

Wegen der im Durchschnitt kürzeren Lebenserwerbstätigkeit und geringerem Lebens-  
einkommen, aber auch migrationsbedingt ist damit zu rechnen, daß Leistungen zur Pflege  
bei älteren Migranten überdurchschnittlich häufig erforderlich werden. Mit der lohnabhän-  
gigen Berufstätigkeit ist zunächst die Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung  
und damit der gesicherte Zugang zu Leistungen bei Pflegebedürftigkeit verbunden. Bei  
den Leistungen der Sozialhilfe zur Pflege kann es wegen der Vorrangigkeit der Pflege-  
versicherung und der Bindungswirkung auf den Sozialhilfeträger nur um die nachrangige  
Bewilligung von Pflegeleistungen nach den Kriterien der Sozialhilfe gehen. Dies betrifft  
Menschen, deren Pflegebedarf die Schwelle der Leistung der Pflegeversicherung unter-  
schreiten (sog. Pflegestufe ‚0‘), wenn Leistungen zur Pflege erforderlich sind, die nicht  
zum Leistungskanon der Pflegeversicherung gehören (ergänzende Leistungen) oder wenn  
der Pflegebedarf die Leistungsgrenzen der Pflegeversicherung übersteigt (aufstockende  
Leistungen). Ob die Voraussetzungen für eine Leistung zur Pflege des Sozialhilfeträgers  
vorliegen, wird durch eine Begutachtung des Gesundheitsamts festgestellt. Aufgrund der  
Bindungswirkung der Pflegeversicherung sind Verfahren, Instrument und Ergebnis  
analog demjenigen der Pflegeversicherung.

Im Vorgriff einer umfassenden Berichterstattung durch das Gesundheitsamt Bremen  
konnten mit Dank an die Autoren und freundlicher Genehmigung durch das Amt einige  
Ergebnisse der Begutachtung zur Verfügung gestellt werden.<sup>180</sup> Mit einem Anteil von  
40 % sind Migranten gegenüber ihrem Bevölkerungsanteil überproportional an der Be-  
gutachtung beteiligt. Die Hälfte der begutachteten Migranten stammt aus den vormaligen  
osteuropäischen sozialistischen Ländern, eine Erfahrung, die sich aus anderen quantita-  
tiven Berichterstattungen oder Erfahrungsberichten zur Pflegebedürftigkeit ebenfalls  
erkennen läßt. Die zeitliche Wanderungsdifferenz und durchschnittlich höheres Alter  
dieser Migrantengruppen sind hierfür verantwortlich. Wegen des kürzeren Aufenthalts in  
der Bundesrepublik sind im Zusammenhang mit dem Alter der Klienten weniger häufig  
die Leistungsvoraussetzungen der Pflegeversicherung gegeben. Pflegepersonen sind  
familiar oder in räumlicher Nähe zum Pflegebedürftigen in sehr hohem Umfang vor-

---

<sup>180</sup> Lotze, Eckhard und Thomas Hilbert: Pflegegutachten bei Migranten. Bericht zur Auswertung von  
Daten des Gesundheitsamts Bremen. Kurzfassung 9/2004. Bremen (Eigenverlag) 2004. Bei der Unter-  
suchung wurden in den Jahren von 1. 2002 bis 7. 2003 im Zeitraum von 19 Monaten alle einschlägigen  
Akten analysiert (N = 106).

handen, wenige ältere Migranten sind alleinlebend ohne laienpflegerische Hilfe. Die Wohnquartiere betreffen bestimmte Regionen, die durch unterdurchschnittliche Qualität und Größe zu kennzeichnen sind.

Die Untersuchung des Bremer Gesundheitsamts bestätigt den hohen Stellenwert beeinträchtigter sprachlicher Kommunikation (75 %) und stellt sie in die Zusammenhänge reduzierter Inanspruchnahme, erhöhten Zeitbedarfs professioneller Handlungen und geringergradiger Abklärung von Gesundheits- oder Pflegeproblemen. Auf die inadäquate Lösung von Dolmetscherproblematiken wird verwiesen.

Die Begutachtungen ergeben durchschnittlich etwa fünf Diagnosen im Hintergrund der Beantragung von Pflegeleistungen, bei denen „Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems“ praktisch in jedem Fall festgestellt wurden, relativ häufig „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“, aber nur selten „Neubildungen“.<sup>181</sup> Die festgestellten Pflegestufen entsprechen in etwa denjenigen, die die Pflegestatistik für alle Pflegebedürftigen im Jahr 2001 ausweist.<sup>182</sup>

Hochinteressant und überdurchschnittlich ist die hohe Wahl von Sach- (25 %) und Kombinationsleistung (12 %) von insgesamt 37 %.<sup>183</sup> Mehr als die Hälfte der ambulant versorgten pflegebedürftigen Migranten werden durch eine vor nicht allzu langer Zeit gegründete Einrichtung mit drei Niederlassungen betreut, die von einer Migrantin aus einem vormals sozialistischen Land geleitet wird. Auch diesen Zusammenhang spiegeln Pflegepläne von Kommunen und Erfahrungsberichte in ziemlich ähnlicher Weise. Vielleicht liegen die Differenzen ausschließlich auf organisatorischer Ebene und nicht auf derjenigen der Qualität der Pflege; das ist von außen nicht zu beurteilen. Die Versorgungsleistungen dieser Einrichtungen werden - wie von anderen ambulanten Einrichtungen auch - durch Beratungen ergänzt und in eine Gemeinde rückgebunden. Hier scheint eine spezifische und lebendige Interaktion zwischen Klientel, Pflegedienst und Gemeinde zu bestehen, die möglicherweise in einem größeren Umfang bedürfnisgerecht ist oder als solche angenommen wird, das Umfeld eventuell spezifischer als andere berücksichtigt und durch Beratung und weitere Leistungen die häusliche Pflege ergänzt, sichert und (erforderliche)

---

181 Die Rangfolge der festgestellten ärztlichen Diagnosen weicht nur hinsichtlich des hohen Stellenwerts der „Endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ (Rang 2) von den durch uns ausgewerteten Diagnosen der Medizinischen Dienste 1996-1998 ab. Dangel, Bärbel, Bernd Kolleck und Johannes Korporal: Rehabilitation Pflegebedürftiger - Konzept, Umsetzung, Ergebnisse. München (Elsevier) 2005. Zu Häufigkeiten von Neubildungen wird auf andere Abschnitte der Expertise verwiesen.

182 Statistisches Bundesamt (Hg.): Bericht Pflegestatistik 2001 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Bonn (Eigenverlag) 2003; eigene Berechnungen.

183 Ohne Heimpflege.

Leistungen erschließt. Man kann davon ausgehen, daß durch Versorgungsberatung und -vermittlung Vernetzung und Koordinierung betrieben werden, die steuernd sind und Akzeptanz finden. Dies ist kein ungewöhnlicher Befund, aber, wenn man so will, ein Paradigmenwechsel in der ambulanten Versorgung von Migranten. Wir haben dies quasi regelhaft gefunden, wenn in die Versorgung eines Pflegebedürftigen professionell Pflegenden oder Einrichtungen involviert und - bei älteren (deutschen) Pflegebedürftigen - meist Kinder oder Enkel als Pflegepersonen eingebunden waren. In diesen Fällen erstreckten sich Versorgungsbereiche überdurchschnittlich oft auch auf die angrenzenden Sozialrechtsbereiche des Krankenversicherungsrechts (z. B. häusliche Krankenpflege) oder des Sozialhilferechts (oben genannte Leistungsformen).<sup>184</sup>

Die Ergebnisse des Gesundheitsamts legen nahe, Differenzen der Pflegebedürftigkeit älterer Migranten (im Bereich der Leistungen der Sozialhilfe zur Pflege) nicht auf den Ebenen unterschiedlicher Inzidenz, Prävalenz oder deren Begründung durch Krankheit oder Behinderung vorrangig zu suchen, sondern in den Settings und Verfahren der Realisierung von Versorgung. Am Beispiel der abgestimmten Versorgung wird die Relevanz auch unter dem Aspekt der Beschäftigungsfähigkeit deutlich.

#### 5.4 Leistungen zur Pflege bei älteren Migranten nach des Bundessozialhilfegesetz und dem Asylbewerber-Leistungsgesetz

Hilfe zum Lebensunterhalt nach der deutschen oder nichtdeutschen Staatsangehörigkeit nahm von einem etwa gleichen Ausgangsanteil an den jeweiligen Bevölkerungen (1,4/1,5 %) 1980 bis 1992 auf die Relationen von 2,1 (dt) zu 11,4 (nd) zu und ist bis zum Jahr 2002 auf 2,8 zu 8,4 % zurückgegangen.<sup>185</sup> Bekanntermaßen sind die Bedarfsgemeinschaften für die Hilfe zum Lebensunterhalt nach der Staatsangehörigkeit unterschiedlich umfassend, und sie nehmen nach dem Alter des Haushaltsvorstands in größeren Personengemeinschaften unterschiedlich schnell ab (Abb. 5. 1). Formal sind die Voraussetzungen für die Übernahme von Verantwortung und Funktionen in der häuslichen Pflege in nichtdeutschen Gemeinschaften günstiger als in deutschen zu beurteilen. In gut fünf bis zu zwölf Prozent bilden nichtdeutsche Menschen seltener den Haushaltsvorstand, als sie einer nichtdeutschen Bedarfsgemeinschaft angehören. Dies spricht für stärker nach der Staatsangehörigkeit unterschiedlich zusammengesetzte nichtdeutsche Bedarfsgemeinschaften. Aus der Differenz der Abbildung und der Tabelle wird deutlich, daß insbeson-

---

<sup>184</sup> Dangel, Bärbel, Bernd Kolleck und Johannes Korporal: Rehabilitation Pflegebedürftiger - Konzept, Umsetzung, Ergebnisse. München (Elsevier) 2005.

<sup>185</sup> Statistisches Bundesamt Fachserie 13 R 2.1, Sozialleistungen. Statistik der Sozialhilfe 2002.

dere in größeren Bedarfsgemeinschaften und in höherem Alter die Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt nicht mehr Haushaltsvorstand sind, sondern sie in einem solchen Haushalt leben (Tab. 5. 1.). Während größere deutsche Bedarfsgemeinschaften in höherem Lebensalter, in denen Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt leben, praktisch kaum mehr ausgewiesen werden, leben nichtdeutsche Bezieher durchaus in nicht ganz geringem Umfang in großen Haushalten, ohne dann allerdings Haushaltsvorstand zu sein. Sie werden vermutlich mit ihren Kindern und/oder Schwiegerkindern wohnen.

Bedarfsgemeinschaft	insgesamt	40 - 50 Jahre	50 - 60 Jahre	60 - 65 Jahre	65 - 70 Jahre	70 - 75 Jahre	75 und älter
	%	%	%	%	%	%	%
1-Personen-Haushalt, deutsch	47,6	46,9	66,5	71,3	70,1	74,3	84,1
1-Personen-Haushalt, nichtdeutsch	32,6	24,5	39,2	40,1	40,4	45,8	58,5
2-Personen-Haushalt, deutsch	24,6	16,8	15,8	19,0	21,7	19,2	9,9
2-Personen-Haushalt, nichtdeutsch	21,8	13,6	22,9	38,5	44,6	41,4	26,2
3-Personen-Haushalt, deutsch	11,6	11,9	3,8	1,2	0,8	0,4	0,1
3-Personen-Haushalt, nichtdeutsch	12,7	13,6	7,7	3,5	1,7	0,9	0,3
4-Personen-Haushalt, deutsch	5,4	6,2	1,5	0,4	0,2	0,1	0,0
4-Personen-Haushalt, nichtdeutsch	8,6	11,3	3,6	1,2	0,5	0,3	0,1
5-Personen-Haushalt, deutsch	2,0	2,7	0,7	0,2	0,1	0,0	0,0
5-Personen-Haushalt, nichtdeutsch	4,4	7,6	1,7	0,5	0,2	0,2	0,0
6-u.-mehr-Personen-Haushalt, deutsch	1,0	1,7	0,4	0,1	0,1	0,0	0,0
6-u.-mehr-Personen-Haush. nichtdt.	3,5	7,9	1,7	0,3	0,2	0,1	0,0

Tabelle 5.1: Bedarfsgemeinschaften mit Haushaltsvorständen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt der Sozialhilfe außerhalb von Einrichtungen am 31.12.2002 beziehen, nach dem Alter und Typ der Bedarfsgemeinschaft; Quelle:<sup>186</sup>

<sup>186</sup> Statistisches Bundesamt (Hg.): Fachserie 13, Reihe 2.1. Sozialleistungen. Statistik der Sozialhilfe 2002.

Bedarfsgemeinschaften, die in ... Haushalten leben

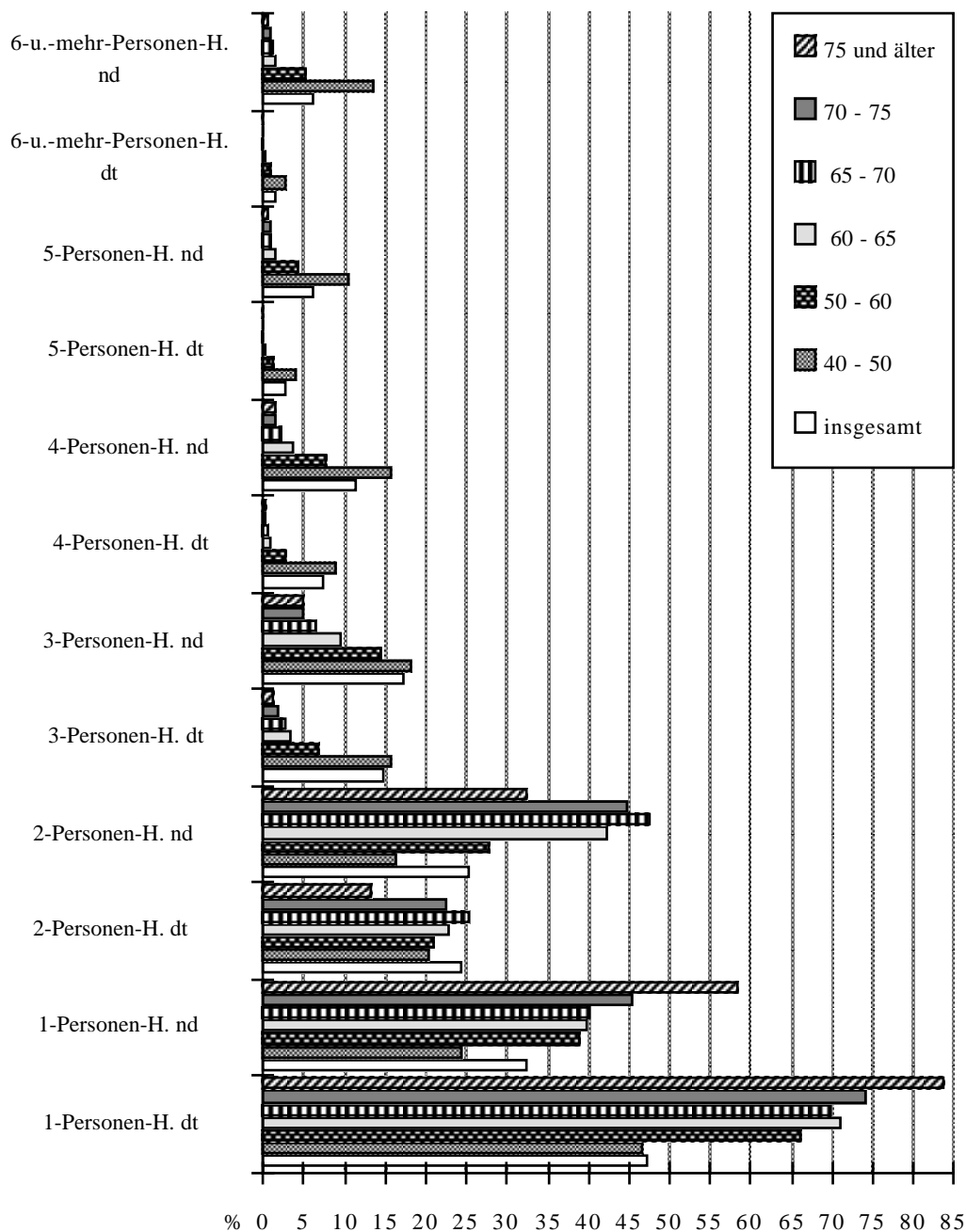


Abbildung 5.1: Bedarfsgemeinschaften mit Haushaltsangehörigen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt der Sozialhilfe außerhalb von Einrichtungen am 31.12.2002 beziehen, nach dem Alter und Typ der Bedarfsgemeinschaft; Quelle:<sup>187</sup>

Im letzten Abschnitt ist einleitend auf die Kriterien der Bewilligung der Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz eingegangen worden. Hilfe zur Pflege nach dem

<sup>187</sup> Statistisches Bundesamt (Hg.): Fachserie 13, Reihe 2.1. Sozialleistungen. Statistik der Sozialhilfe 2002.

BSHG ist in den beiden folgenden Abbildungen bevölkerungsbezogen aufgrund der Sozialhilfestatistik nach dem Alter der deutschen oder nichtdeutschen Leistungsbezieher dargestellt. Danach nimmt der Leistungsbezug von einem ähnlichen Ausgangswert mit größeren Differenzen in den höheren Altersklassen zu. Eine Begründung wird die unterschiedliche Anspruchsberechtigung gegenüber den vorrangigen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sein (Abb. 5. 2).

Die nächste Abbildung (5.3) veranschaulicht, daß Leistungen zur Pflege im Verhältnis zu Beziehern der Hilfe zum Lebensunterhalt in den höheren Altersgruppen bei nichtdeutschen sozialhilfeabhängigen Menschen seltener vorkommen als bei deutschen; über die verschiedenen Altersgruppen in ähnlicher Differenz. Der Grund hierfür dürfte in der Beantragung und im Verfahren der Begutachtung und Bewilligung liegen. Auch diese Differenzen zwischen Nutzungs- und Bevölkerungsbezug stützen die These, daß nicht Unterschiede der Inzidenz und Prävalenz von Pflegebedürftigkeit, sondern Inanspruchnahme- und versorgungsstrukturelle Parameter für die unterschiedliche Nutzung verantwortlich sein dürften.

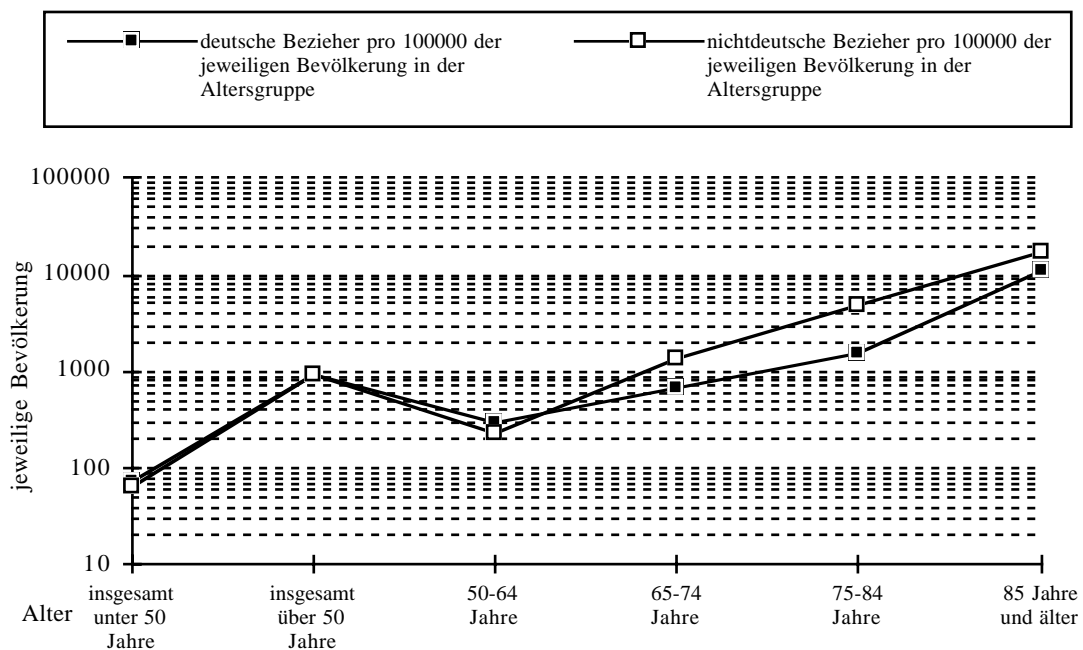


Abbildung 5.2: Leistungen der Sozialhilfe zur Pflege an deutsche und nichtdeutsche Klienten bezogen auf 100.000 der jeweiligen Bezugsbevölkerung; Semiologarithmische Darstellung; Quelle<sup>188</sup>

<sup>188</sup> Statistisches Bundesamt: Statistik der Sozialhilfe 2002. Ältere Menschen in der Sozialhilfe, 2004, Tabellen 2.1 und 2.2. Bevölkerung: GeroStat - Deutsche Zentrum für Altersfragen Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt Wiesbaden. Bevölkerungsfortschreibung.

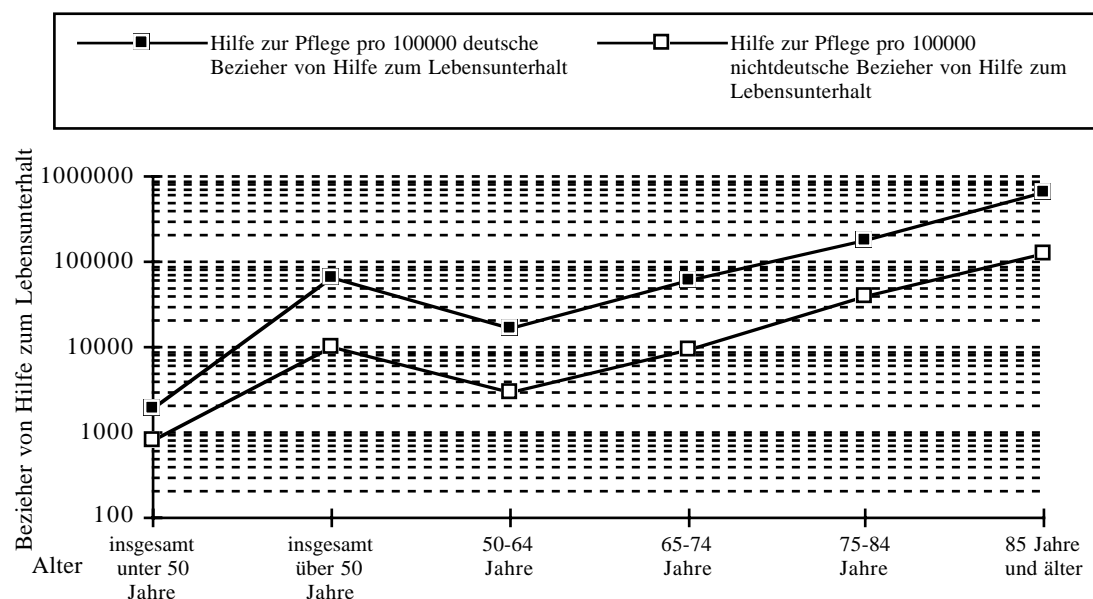


Abbildung 5.3: Leistungen der Sozialhilfe zur Pflege je 100.000 Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt an deutsche und nichtdeutsche Klienten; Semiologarithmische Darstellung; Quelle<sup>189</sup>

Eine letzte Bemerkung gilt den Leistungen zur Pflege bei Menschen mit nichtgesichertem Aufenthaltsstatus nach dem Asylbewerber-Leistungsgesetz. Hier sind Leistungen zur Pflege sehr selten, wie die Tabelle 5.2 ausweist. Pflegebedürftigkeit hat einen extrem marginalen Stellenwert, und es gibt Berichte über zum Teil erhebliche Probleme, notwendige Pflege in Einrichtungen zu erbringen.

	50-60 Jahre	60-65 Jahre	älter 65 Jahre	Hilfe zur Pflege, igs; alle Altersgruppen	Besondere Leistungen igs; insgesamt alle Altersgruppen
	n	n	n	n	n
insgesamt	14	2	34	178	114.661
Männer	7	2	14	83	64.720
Frauen	7	0	20	95	49.641

Tabelle 5.2: Leistungen zur Pflege an Bezieher von Leistungen nach dem Asylbewerber-Leistungsgesetz 2002; Quelle<sup>190</sup>

<sup>189</sup> Zahlen für Hilfe zum Lebensunterhalt 2002: Statistisches Bundesamt Fachserie 13, R 2.1, 2002, Tabelle A1.1. Zahlen Hilfe zur Pflege. Stat. Bundesamt: Statistik der Sozialhilfe 2002. Ältere Menschen in der Sozialhilfe, 2004, Tabellen 2.1 und 2.2.

<sup>190</sup> Statistisches Bundesamt (Hg.): Fachserie 13, Reihe 7. Sozialleistungen. Leistungen an Asylbewerber am 31.12.2002, Tabellen 3.1, Empfänger/-innen von besonderen Leistungen nach Art und Form der Leistung, Geschlecht, Altersgruppe, aufenthaltsrechtlichem Status, Art der Unterbringung und Stellung zum Haushaltsvorstand, Hilfe zur Pflege. Wiesbaden (Eigenverlag) 2004.



## 6. Schlußfolgerungen und Empfehlungen

Beschäftigungsfähigkeit von Migrantinnen und Migranten im vorgerückten, höheren oder hohem Alter kann auf vier Ebenen beeinträchtigt sein:

- durch Störungen der Gesundheit in der Form von Krankheit, Behinderung, Pflegebedürftigkeit oder vorzeitigem Tod
- durch nicht bekannte oder genutzte Chancen der Kompensation von Beeinträchtigungen durch Prävention, Behandlung, Rehabilitation oder Pflege
- durch nicht zugewiesene Chancen der Kompensation und
- durch unzureichende strukturelle Voraussetzungen der Partizipation an Sozial-, Versorgungs- oder Gesundheitschancen.

Auf diesen vier Ebenen sollen die vorliegenden Ergebnisse der Expertise geschlußfolgert und bewertet werden.

Vorab war es eine interessante, so zum Teil auch nicht vermutete Erfahrung und eine Verbesserung und Erleichterung der Erstellung der Arbeit, daß Datenquellen wesentlich besser und breiter verfügbar sind als noch vor einigen Jahren. So lassen sich auch - unter allem Vorbehalt - für Gesundheit und Versorgung älterer Migranten inzwischen differenzierte Datenbestände erschließen, vor deren Hintergrund die Problematik mindestens ansatzweise darzustellen ist. Im folgenden werden auch Bereiche genannt, in denen diese Standards noch nicht gelten. Ein Problem in diesem Zusammenhang sind kategorial um so größer streuende Erhebungen, je stärker dezentral die Erhebungsebene angesiedelt ist. Es wäre erfreulich und auch notwendig, sich auch auf diesen Ebenen an Rahmen und Merkmalen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder, soweit es geht, auszurichten.

Bezogen auf ältere Migranten läßt sich zum Teil vermuten und an einigen Punkten auch belegen, daß die Validität der Daten deutlich zugenommen hat. So konvergieren altersspezifische und bevölkerungsbezogene Raten der Mortalität, aber auch der Inanspruchnahme von Sozialleistungen bei zahlenmäßig großen Kollektiven älterer Migranten mit denjenigen deutscher Kollektive; und dies über sehr unterschiedliche Datenquellen hinweg mit vergleichbaren Ergebnissen oder ähnlichen Trends.

Dem entspricht nach Ergebnissen der Literatur, daß das Leben im Alter im Aufnahmeland für einen Teil der Migrantenbevölkerungen an Realität und an Perspektive gewinnt und daß Erfahrungen zugelassen werden, daß soziale Bezüge durch Verwandtschaft, Gemeinschaft und mögliche soziale Unterstützung durch den sozialen Wandel auch im ‚Heimat-

land‘ transformiert sind oder nicht mehr gegeben sein können. Auf der anderen Seite kann durch die Ausdifferenzierung von Gewohnheiten, Ritualen, Netzen und neuen Unterstützungsformen in den ‚Gemeinden‘ gerade für ältere Migranten die subkulturelle Distanz zur Aufnahmegesellschaft zu einem Teil abnehmen. Im Nachgang dessen könnten die Akzeptanz der gegenwärtigen Lebenssituation steigen und eine doppelte Orientierung und Ambivalenz abnehmen. Dies wäre eine wichtige Voraussetzung einer zunehmenden strukturellen sozialen Verortung im Aufnahmeland, die ihrerseits Voraussetzung für Beteiligung und die Übernahme sozialer Verantwortung sein könnte. Damit können schließlich auch die Bereitschaft zur Dokumentation und zum Protokolliertwerden von Ereignissen und Vorgängen des Lebens zunehmen, die Akzeptanz notwendiger Pflichten steigen und damit auch das Wissen über die Zusammenhänge von Migration und Gesundheit steigen.

Für jüngere Kollektive und die weitere Entwicklung unseres Wissens über diese Zusammenhänge insgesamt wird ausschlaggebend sein, ob es gelingt, das Merkmal des Migrationshintergrunds valide zu definieren und es in möglichst alle routinemäßig zu erhebenden Datenbestände der amtlichen und leistungs- oder gesundheitsbezogenen Statistik aufzunehmen.

#### 6.1 Schlußfolgerungen und Empfehlungen im Hinblick auf Beeinträchtigungen der Gesundheit älterer Migranten

Nach den Ergebnissen dieser Expertise wird man sich von Überlegungen zu einer abweichenden und eigenständigen ‚Pathologie‘ bei (älteren) Migranten verabschieden können. Diese Annahme stand auch im Hinblick auf früher vorgelegte Ergebnisse zum Verhältnis von Migration und Gesundheit auf tönernen Füßen und hat in der Regel davon gelebt, daß die ‚Produktion‘ der Ergebnisse nicht weitergehend hinterfragt und reflektiert wurde. Das heißt, die Definition der Anlässe zur Diagnostik, die Falld Definitionen oder die Bezeichnungen von Krankheit, Behinderung, Beeinträchtigung oder Pflegebedarf standen bei Migranten zum Teil in vermutbar oder erkennbar anderem Zusammenhang als bei deutscher Klientel. Die meisten der hier vorgelegten Ergebnisse zur Mortalität und Morbidität älterer Migranten, soweit letztere vorliegen, bestätigen vorliegende Referenzdaten deutscher Bevölkerungen oder liegen im Bereich vergleichbarer und vor allem in höherem Alter konvergenter Zahlen und Raten.

Es gibt Ausnahmen zu dieser allgemeinen Annahme, nämlich Krankheitsgruppen, in denen sich spezifische Effekte von Migration und Migrantenstatus im Aufnahmeland

zeigen. Sie sind nicht neu und bestätigen ebenfalls frühere Befunde. Es handelt sich vor allem um das Unfallgeschehen in seiner vollen Breite und Ausprägung, aber auch die Tuberkulose als Beispiel für Infektionskrankheiten und in einem eng begrenzten Rahmen arbeitsgebundene Krankheiten. Diese drei Krankheitsgruppen zeichnen sich dadurch aus, daß sie breite Schnittstellen zu sozialen Bedingungskomplexen aufweisen, die zudem im Hinblick auf Migration und Migranten spezifisch sind. Dies sind die vergleichsweise weniger variablen Lebens-Arbeitssituationen der älteren Migranten, die besonderen und chronisch wirkenden Bedingungen bestimmter beruflicher Tätigkeit im produktiven Bereich oder die Wohnsituationen unter stadtstrukturellen, quantitativen und qualitativen Bedingungen. In den genannten Krankheitsbereichen und in Bezug zu den aufgeführten Bedingungen lassen sich Hinweise in den Daten zur Sterblichkeit, zur Krankheitshäufigkeit, zur Verursachung und Genese bis hin zu den Verfahren der Rehabilitation der verschiedenen Träger finden.

Die aktuellen Auswertungen zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen älterer Migranten vermitteln vor allem in den beiden Krankheitsbereichen, Unfälle und Tuberkulose, im Gegensatz zur Situation vor einem oder zwei Jahrzehnten außerordentliche Abnahmen der Mortalitäts- und Morbiditätsbelastung. Es finden sich die gleichen Zusammenhänge wie bei Verletzungsfolgen, nämlich eine Männerdominanz, differente Altersabhängigkeiten, Unterschiede der Raten hinsichtlich der Staatsangehörigkeit und eine Abnahme gegenüber dem betrachteten Ausgangsjahr. Die Unfallsterblichkeit der 70 bis 75jährigen Frauen unterscheidet sich insgesamt nicht nach der Nationalität. Beeindruckend ist der enorme Rückgang der Bedeutung der Unfallmortalität und Morbidität im Straßenverkehr vor allem, soweit beurteilbar, auch hinsichtlich der Beteiligung älterer Migranten. Im Gegensatz zur Situation in den 1980 und 90er Jahren liegen die bevölkerungsbezogenen Raten nach der ausländischen und der türkischen Nationalität durchweg unter denjenigen der deutschen Bevölkerung. Damit ist, trotz der Zunahme des Verkehrs und der Verkehrsbeteiligung der nichtdeutschen Bevölkerung, ein deutlicher Gewinn an Leben und Lebensqualität verbunden.

Leider ist ausschließlich die Verkehrsunfallsterblichkeit aufgrund der Todesursachenstatistik für die ältere nichtdeutsche Bevölkerung beurteilbar, da Daten zur Morbidität und Mortalität nach der Verkehrsunfallstatistik im Rahmen der amtlichen Statistik nicht unter den üblichen Zugangs- und Nutzungsmodalitäten, sondern nur als kostenpflichtige Sonderauswertungen zugänglich gemacht werden. Im Interesse der Transparenz wird eine Angleichung der Nutzungsmöglichkeiten und Verfügbarkeit empfohlen.

In den abnehmenden Raten der Verkehrsunfallfolgen werden sich wesentlich die unterschiedlichen Beteiligungen am Straßenverkehr selbstverständlich ebenso ausdrücken wie die differente Gewichtung der wohnortbezogenen Verkehrsdichten. Aufgrund früherer Analysen war belegt, daß sich die Unfallrisiken von Migranten, gerade auch von Kindern, von Stadt zu Stadt sehr unterschiedlich darstellen. Entsprechendes gilt wahrscheinlich auch für die ältere und alte nichtdeutsche Bevölkerung. Hiervon ist, ungeprüft und unprüfbar, auch gegenwärtig auszugehen. Immerhin haben die Unfallraten und die relativen Anteile auch in den Jahren des hier betrachteten Zeitraums gegenüber dem Ausgangsjahr der Betrachtung abgenommen. Daran werden die seinerzeit durchgeführten Programme der Unfallprävention auf Bundes-, Landes- wie auf kommunaler Ebene, die es vereinzelt gab, ebenso beteiligt sein, wie der zunehmende Erwerb des Führerscheins und damit das geschulte Beteiligen im Verkehr, die Verkehrserziehung und die aktive und passive Sicherheit der Verkehrsmittel. Entscheidend ist die Transparenz des Geschehens auf kommunaler Ebene und die präventive und verkehrsstrukturelle Umsetzung problematischer Ergebnisse.

Es gibt weniger ‚sichtbare‘ Bereiche des Unfallgeschehens bezogen auf Migranten, die in den laufenden repräsentativen Untersuchungen gesellschaftlich nicht wahrgenommen werden und von daher nicht in Erscheinung treten. Dies betrifft nach dem auf das Lebensalter bezogenen Ursachenwechsel für Unfälle insbesondere die Risiken der älteren Migranten in Haushalt, ‚Freizeit‘ und als Fußgänger im Verkehr. Hierzu ergeben die Zahlen, daß man von einem Anschließen der Unfallraten, insbesondere bei den älteren Migrantinnen sprechen kann. Sie weisen diesen Bereich tödlicher Unfallfolgen, über den vergleichsweise wenig bekannt ist und gesprochen wird, als einen der wichtigsten aus. Bei der bekannten Übersterblichkeit von Männern zeigt sich hier eine ausgeprägte Altersabhängigkeit, keine Tendenz abnehmender Raten im Betrachtungszeitraum und eine große Bedeutung für nichtdeutsche Frauen in der Altersklasse über 70 Jahren. Man kann darüber spekulieren, aber einiges spricht dafür, daß nicht nur die Sterblichkeit von älteren Menschen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit, sondern auch die Morbidität an Haus- und Freizeitunfällen ein erhebliches Problem darstellen dürfte, trotz der sicher geringeren Zahl und Bedeutung, die technische Geräte in diesem Zusammenhang bei älteren Migranten (noch) spielen dürften. Daß diese Problematik auch in den Ansätzen zur Prävention noch nicht angekommen ist, belegen die Broschüren, die von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zu diesen Themen in den letzten Jahren zu Recht aufgelegt wurden, in denen allerdings auf die besonderen Bedingungen der älteren Migranten mit keiner Andeutung eingegangen wird, obwohl sich eine Reihe von Problemen hier in besonderer Akzentuierung stellen.

Man wird davon ausgehen können, daß Frauen höheren Alters überproportional im Hinblick auf aktive und passive häusliche Sicherheit unberaten, uninformiert und unterausgestattet sind. Sie leben häufiger als Frauen in anderen Altersgruppen alleine, soziale Unterstützung ist in geringerem Umfang vorhanden. Damit ergibt sich die Notwendigkeit, daß personale und technische Hilfen in Anspruch genommen werden müssen. Zur Inanspruchnahme der Beratung und Leistung besteht eine vergleichsweise größere Distanz als bei der altersgleichen deutschen Bevölkerung. Der Zugang zu professioneller Hilfe und Beratung gestaltet sich hinsichtlich des Zugangs zu Beratung, einschließlich der Hilfsmittelberatung, der Prävention und der Erschließung von Hilfen problematischer als bei deutscher Klientel bei sicherlich gleichem Bedarf und vergleichbaren Bedürfnissen. Hilfen dürften hinsichtlich der kompetenziellen Anforderungen in einem sicheren und nutzungsadäquaten Umgang weniger geschult und trainiert sein, damit wiederum risikobehaftet sein. Vorliegende und in eine angemessene Nutzung einweisende schriftlichen Anleitungen werden aus verschiedenen Gründen, vor allem aber auch denjenigen der sprachlichen Verständlichkeit und der Perzeptionskompetenz kaum oder weniger nutzbar und hilfreich sein.

Unfallprävention in höherem Lebensalter und für Menschen diesen Alters, insbesondere Migranten, erscheint hochgradig defizitär und dringend geboten. Das Problem ist bei den für Prävention zuständigen Fachpersonen und Institutionen noch nicht angekommen, auf den Ebenen der Selbsthilfe und medialen Information ist es nicht präsent. Es sollte dringend im Hinblick auf ethnische Gruppen spezifisch entwickelt und vor Ort implementiert, umgesetzt und begleitet werden.

Auch bei den Tuberkuloseinzidenzen zeigen sich gegenüber den vergangenen Jahrzehnten deutliche Abnahmen der Raten in allen Krankheitsformen, für die Zahlen zur Verfügung stehen. Sie liegen bei Menschen nichtdeutscher Nationalität nach wie vor über den Raten, die für die deutsche Bevölkerung ausgewiesen werden, und weisen eine Alterszunahme auf.

Am Beispiel der arbeitsgebundenen Krankheiten zeigt sich, daß Belastungen und Pathogenität durch Arbeit und Beruf an spezifische Settings, Tätigkeiten oder Arbeitsorte gebunden ist. Ein Nachweis der Wirkung kann allenfalls exemplarisch geführt werden. Arbeitsunfälle mit Todesfolge spielen praktisch ausschließlich bei Männern eine quantitativ bedeutsame Rolle. Die Mortalitätsraten sind bei Männern hinsichtlich der Nationalität nicht signifikant different. Zwei Befunde fallen auf: In den Altersklassen von 50 bis 60 Jahren nehmen die Raten der ausländischen Männer in den meisten betrachteten Jahren

zu, und sie überschreiten im einzelnen die Werte der deutschen Männer. Nach Staatsangehörigkeiten betrachtet, werden sie zum Teil erheblich über dem Durchschnitt liegen. In höherem Alter spielen sie bei nichtdeutschen Beschäftigten kaum eine Rolle. Der exemplarische Blick in die Berufskrankheitensituation türkischer Arbeitnehmer, der durch die Analyse aller Fälle türkischer Staatsangehöriger der gewerblichen Berufsgenossenschaften der Jahre 1995-1997 ermöglicht wird, deckt interne Differenzierungen der Krankheitsentwicklung auf, die hinsichtlich der Pathogenese, vermutlich in einem größeren Umfang aber der Versorgung im weitesten Sinn zuzuordnen sind und der Aufklärung bedürfen.

## 6.2 Schlußfolgerungen und Empfehlungen bezogen auf nicht bekannte oder genutzte Chancen der Kompensation von Beeinträchtigungen

Das durchschnittlich erreichte Lebensalter der gestorbenen türkischen Arbeitnehmer liegt mit 58,3 Jahren um neun Jahre unter demjenigen der deutschen Arbeitnehmer. Wenn man das Anerkennungsalter von Berufskrankheiten mit der Diagnosenstellung gleichsetzt, so ergeben sich auch bei einer Reihe von Berufskrankheiten signifikant geringere Durchschnittsalter bei den türkischen Beschäftigten. Dies ist zumindestens eine offene Anfrage an die betriebliche Prävention und Arbeitssicherheit, die der Analyse und Aufklärung bedarf. Die konkrete Frage ist, ob türkische Mitarbeiter in gleicher Weise und mit vergleichbarem Erfolg Adressaten betrieblicher Prävention und arbeitsplatzbezogener Arbeitssicherheit sind und ob ihrer subjektiven Kausalverbindung von Arbeit, Beruf und Krankheit angemessen Rechnung getragen wird.

Über die Risikoparameter der beruflichen Tätigkeit und ihre Orte hinaus sind auch ‚subjektive‘ verhaltensbedingte Momente, die präventive Begleitung und Kontrolle und der Prozeß von Behandlung und Rehabilitation von nicht unerheblicher Bedeutung. Die letzteren Faktoren sind in ihrem Stellenwert schwer zu objektivieren. Daß aber 37,2 % der türkischen und 23,3 % der deutschen Arbeitnehmer nach den Ergebnissen dieser Untersuchung nach Feststellung der Berufskrankheiten eine erheblich lange Zeit weiter an ihrem Platz arbeiten, erscheint hochproblematisch und allenfalls im Sinne selbstgesetzter oder objektiv bestehender ökonomischer Sachzwänge oder auch mangelnder ‚Aufklärung‘ und beratender betrieblicher Begleitung zu interpretieren zu sein. Auch diese Zusammenhänge bedürfen der Analyse und einer angemessenen betrieblichen Berücksichtigung.

Von den konkreten Befunden abstrahiert, die zwar an die besondere berufliche und betriebliche Situation gebunden sind, stellt sich die Frage, ob die Arbeitssicherheit und der betriebliche Gesundheitsschutz, vor allem aber die primäre und sekundäre Prävention im Hinblick auf (ältere) nichtdeutsche Klientel in gleicher Weise ihr Ziel erreichen und vergleichbar wirksam sind, wie es für deutsche Mitarbeiter belegt ist. Dies ist zunächst eine offene und derzeit nicht beantwortbare Frage an die Aufklärung von Zusammenhängen und an die Forschung. Einige der herangezogenen Arbeiten vermitteln aber den Eindruck, daß die nichtdeutsche Klientel, für die der Arbeitsplatz eine größere pathogene Bedeutung und eine stärkere Repräsentanz für die Gesundheitsversorgung hat, hinsichtlich der gesundheitsfördernden und -sichernden Maßnahmen eine deutlich geringere Chance der Information, Beteiligung, Erreichbarkeit und Partizipation hat. Dies ist zugleich auch eine Anfrage an die interne betriebliche Qualitätssicherung, durch angemessene, dezentrale und beteiligende Formen, zum Beispiel durch auf den Arbeitsort oder die Klientel bezogene Qualitätszirkel, diese Problematiken in begrenzter Zeit und mit angemessenem Aufwand zu bearbeiten und zu lösen. Darüber hinaus ist von Bedeutung, evaluativ die Wirkung von Prävention, Arbeitsschutz und -sicherheit für nichtdeutsche Beschäftigte beurteilen zu können und Konsequenzen aus den Ergebnissen zu ziehen.

Ausgehend vom Stellenwert in den Altersgruppen über 65 Jahre erscheint das Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung und -sicherung dringlich relevant für eine Prävention, die zielgruppen- und situationenspezifisch in der ‚Botschaft‘ und im Erreichen der jeweiligen Adressaten unter Nutzung vorhandener kommunikativer Brücken (Sozialberater, die jeweiligen ‚Gemeinden‘, Medien und Massenmedien, Adressieren über den Bereich von Arbeit/Betrieb, seine ‚Versorgungssysteme‘ hinaus und Wohlfahrtsorganisationen) ausgerichtet ist.

Damit ist die Frage der Beschäftigungsfähigkeit im Bereich der beruflichen Tätigkeit und die Terminierung ihrer Beendigung direkt angesprochen. Die aufgeworfenen Fragen für die betroffenen nichtdeutschen Beschäftigten in gleicher Weise wie für deutsche beantworten zu können, ist ein positiver Beitrag für eine längere Beschäftigung in zunehmendem Alter auch bei nichtdeutschen Beschäftigten, und er kann vorzeitiges krankheitsbedingtes Ausscheiden aus Arbeit und Beruf, mindestens zu einem Teil vorbeugen und die Existenzsicherheit im Alter sichern.

Aus den Daten wird immer wieder deutlich, daß für Migranten höheren Alters und mit der Migrationserfahrung dieser Generation inhaltliche (Beschwerdebilder) und organisatorische Bedingungen der Arbeit (Zugang und Träger der Versorgung) als Ort und In-

stitution und somit die berufliche Tätigkeit, die arbeitsplatzbezogene Kommunikation und über sie die gesundheitliche Sicherung von vergleichsweise größerer Bedeutung ist als bei deutschen Arbeitnehmern. Die ambulanten Arztkontakte werden bei Migranten jenseits des fünfzigsten Lebensjahrs für Frauen und Männer überdurchschnittlich häufig, und ihr Anlaß wird bei Migranten überproportional auf Arbeit und Beruf bezogen. Die Ergebnisse sind in diesem Zusammenhang vielmehr als Legitimation einer Inanspruchnahme und subjektive Verständnisse von Krankheit und Behandlungserfordernis, sicher auch mangels Alternativen, zu verstehen. Damit sind sie aber zugleich auch - regelhaft wahrscheinlich nicht genutzter - Ansatzpunkt für einen spezifischen Zugang der Beratung und Bewältigung, die einer unproduktiven Medikalisierung vorbeugen kann. Immerhin ist in Rechnung zu stellen, daß wesentliche Prozesse der Sozialisation im Aufnahmeland, vor allem auch derjenigen in Fragen von Gesundheit, Krankheit und Versorgung bei der ersten Migrantengeneration über den Arbeitsplatz, seine Prozesse und die hier (unmittelbar oder mittelbar) beteiligten Professionellen vermittelt wurden, die damit das Verständnis grundlegend prägen. Dieser Ansatzpunkt bedarf im Rahmen von Beratung und Behandlung einer ausdrücklichen Berücksichtigung, die auf den Wegen der Fort- und Weiterbildung in die Kompetenzentwicklung der therapeutischen und pflegerischen Berufe und über die Struktur der Versorgung eingebracht werden muß.

Mindestens implizit angesprochen ist hier auch das gesundheits- und versorgungsbezogene Wissen und die institutionelle Orientierungskompetenz älterer Menschen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit in den alltäglichen Fragen der Wahl der Versorgungsinstitutionen und -ebenen, der Arzneimittelbehandlung, der Indikationen und Durchführung von Therapien und Pflegen, der Nutzung von Hilfsmitteln, der Anregung und Anleitung zu Trainings und Selbstpflegen, der Inanspruchnahme von Beratung und Verweisung. Vor allem im Hinblick auf die Selbständigkeit und die Förderung sozialer Integration bei kultureller Eigenständigkeit der älteren nichtdeutschen Wohnbevölkerung haben Information, Beratung, Prophylaxen und Maßnahmen, die Sicherheit der Klientel zu wahren, (Sturzprophylaxe, Wohnungs- und Gebäude-, Arzneimittelsicherheit, Hilfsmittel, Notrufsysteme und -erreichbarkeit, Informationen zu Risiken und Gefahrenpotentialen, insbesondere auch von Haus-(halts-) und Freizeittechnik) auch angesichts der denkbar schlechten Datenlage, dies beurteilen zu können, gegenwärtig sicher nicht annähernd den Stellenwert, der ihnen zukommen müßte. Dies gilt in besonderem Maße für die ältere erste Migrantengeneration. Relevant ist hier, Grundlagen zu Aspekten aktiver und passiver Sicherheit zu vermitteln, vertrauenswürdige, akzeptable und kommunikativ verständliche Quellen der Beratung und Information vorzuhalten und bekannt zu



machen. Präformierte und spezifische Wege für die Prävention, die den genannten Kriterien genügen, sind zu nutzen und zu entwickeln.

Diese wichtigen Informationen und Funktionen sollten an die Transfers (Überleitung, Entlassung, Verweisung, Verlegung, ...) im Versorgungssystem gebunden werden, aber auch einen eigenständigen und systematischen Ort der Verfügbarkeit in der Kommune oder der Gemeinde haben. Er sollte vertrauensbesetzt, niedrigschwellig, akzeptabel und trägerneutral sein und kann, institutionell angebunden, Schnittstellen und Kooperationen zur Selbsthilfe, assoziiert an die Gemeinden, kommunale, wohlfahrtsverbandliche oder ‚freie‘ Träger aufweisen. Das heißt, hier wird vorgeschlagen, dies nicht ‚quasi deduktiv‘ aus vorhandener verbandlicher Arbeit zu entwickeln, sondern es dezentral und ‚induktiv‘ aus konkreten Lebens- und Versorgungswelten aufzubauen. Damit ergibt sich vielleicht eher als bei bisherigen Ansätzen die Möglichkeit aktiver Beteiligung der Zielbevölkerung. Aufgrund der gesichteten Literatur erscheint der ‚kommunale Boden‘ hierfür in nicht unerheblichem Umfang und großer Vielfalt bestellt, allerdings sollte die Entwicklung unter übergeordneter Moderation und in einem definierten Rahmen geschehen und möglicherweise mit einer Förderung, Anschubfinanzierung oder Finanzierung von Indikatorleistungen verbunden werden.

Durchgehende, durch Daten und Zusammenhänge der verschiedenen Abschnitte der Expertise gestützte Argumentation und ausdrückliche Empfehlung ist - unter Nutzung vorliegender Erfahrungen, gegebenenfalls in gleichrangiger institutioneller Zusammenarbeit und unter öffentlicher Moderation und Aufgreifen vorliegender Instrumente der Arbeitsförderung - dezentrale und niedrigschwellige Versorgungs-, Beratungs- und Selbsthilfefunktionen der Gemeinden für ihre ‚Angehörigen‘ zu entwickeln und sie gegebenenfalls unter den geregelten Bedingungen der Versorgung im Netz der Angebote zu verankern. Damit kann dreifach Wichtiges erreicht werden: eine an den kulturellen und spezifischen Bedürfnissen der Klientele ausgerichtete dezentrale Versorgung, die Integration aufgabenbezogen in den Gemeinden auf einer breiteren und pluralen Basis zu fördern und die ‚Mitglieder‘ auf den Ebenen der Beteiligung und Selbsthilfe zur Übernahme von Verantwortung, Ehrenamt und Hilfe zu motivieren.

### 6.3 Schlußfolgerungen und Empfehlungen im Hinblick auf nicht zugeteilte Chancen der Kompensation von Beeinträchtigungen

Als Ertrag der Deskription und des Vergleichs alters-, geschlechter- und nationalitäten-differenter Sterblichkeit läßt sich festhalten:

1. Die Mortalitäten sind im Altersklassen- und Zeitverlauf qualitativ vergleichbar und quantitativ different.
2. Die Differenzen betreffen Sterblichkeitsraten von Männern stärker als diejenigen von Frauen. Bei Mortalitätsraten ausländischer Frauen besteht eine ausgeprägte Konvergenz zu Kurvenverläufen bei deutschen Frauen. Insofern läßt sich deskriptiv und altersklassenbezogen, insbesondere perspektivisch mit den Mortalitätsdaten der amtlichen Statistik arbeiten, vorausgesetzt, es gelingt, zukünftig den Migrationshintergrund valide zu erfassen.
3. Diagnosenbezogen abnehmende Sterblichkeiten, die die Entwicklung in der deutschen Bevölkerung charakterisieren, lassen sich in der Sterblichkeit in der nichtdeutschen Bevölkerung nicht nachweisen. Dies kann mit den unterschiedlichen Bedingungen zusammenhängen, die an einigen Stellen den Berichts erörtert wurden. Über eine differente gesundheitliche Versorgung kann sie auch damit zu tun haben, daß gesundheitsbezogene Information und Beratung, präventive Programme und Maßnahmen die älteren nichtdeutschen Gruppen nicht spezifisch adressieren und vermutlich auch in einem zu geringen Umfang erreichen. Die Ergebnisse sind auch vereinbar mit der Vermutung zureichender Prävention in der allgemeinmedizinischen Betreuung und der offenen Frage nach dem Alltagswissen, an das angeknüpft werden kann. Gerade im Hinblick auf die ältere Migrantengeneration muß präventiver Standard werden, sie in Programme der Prävention obligat einzuschließen, spezifisch und wirksam zu adressieren, akzeptable Botschaften zu vermitteln und dies zu evaluieren.

An verschiedenen Stellen der Auswertungen zeigten sich Differenzen in der Nutzung von Behandlungs- und Versorgungsleistungen, die nicht unmittelbar plausibel erscheinen. Deutlich geworden ist dies an den Beispielen der Rehabilitationsverfahren bei bösartigen Neubildungen und bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Obwohl die Aussagekraft der Daten sehr begrenzt ist, ergeben sie interessante und komplexe Zusammenhänge, die an den beiden Beispielen noch einmal verdeutlicht werden sollen.

### 6.3.1 Rehabilitationsverfahren

Bei allgemein ähnlichen Anteilen auf Diagnosen bezogener Leistungen fallen einzelne Differenzen auf, die hervorgehoben werden sollen. Ein ins Auge fallender Befund, der letztlich nicht erklärbar ist, betrifft die geringeren relativen Häufigkeiten von Verfahren wegen Neubildungen (Tumoren) insgesamt und wegen bösartiger Neubildungen, insbesondere auch in den höheren ausgewerteten Altersklassen. Hier sei an frühere Textabschnitte erinnert und die letztlich auf der Basis der vorliegenden Daten offen bleibende

Frage, ob differente Inzidenzen oder Prävalenzen durch unterschiedliche Nachfragen nach Leistungen, verschiedene professionelle Entscheidungen auf Leistungen durch Therapeuten oder Gutachter, spezifische Entscheidungen krankheitsbedingter Remigration oder im einzelnen auch durch unterschiedliche Altersstrukturen der Teilbevölkerungen, einzeln oder miteinander verbunden, bedingt sind. Bemerkenswert sind auch die stark überdurchschnittlichen Anteile der Diagnosengruppe ‚Psychische und Verhaltensstörungen‘ bei türkischen Frauen an der Diagnosenstruktur, die unter Einbindung der Interpretation aus dem Bremer Gesundheitsamt auch als Dilemma von Therapeut oder Gutachter zu verstehen sind. Einiges spricht dafür, die therapeutischen Entscheidungen im Hinblick auf die Chancen auf Leistung zu hinterfragen. Auch hier sind Maßnahmen der Qualitätssicherung und der Evaluation erforderlich.

In den vielen Fällen ist das Durchschnittsalter ausländischer und vor allem türkischer Rehabilitanden geringer als das der deutschen Frauen und Männer mit Rehabilitation. Es kann sich um ein früheres Stellen der Indikation zu Verfahren und ein ‚zeitiges‘ Ausschöpfen der Rehabilitationspotentiale handeln. In höherem Lebensalter der Rehabilitanden kann eine vermutete oder reale ungünstigere Prognose dazu führen, daß Verfahren nicht mehr bewilligt werden, oder es kann die Akzeptanz der Klientele für Maßnahmen fehlen. Die Dauern der Verfahren nehmen mit dem Alter ab, und die Bewertungen der Maßnahmen für nichtdeutsche Klientele fallen in der Regel ungünstiger aus als für deutsche Teilnehmer. Die Befunde lassen unterschiedliche Interpretationen zu. Auch sie bedürfen weitergehender Analysen auf den unterschiedlichen Ebenen des Geschehens.

### 6.3.2 Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

Außer bei Silikose-Erkrankten ist die Dauer des Berufskrankheitenverfahrens, also die Zeit zwischen Anzeige und Feststellung, bei türkischen Arbeitnehmern länger als bei deutschen. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit wurde hinsichtlich der Staatsangehörigkeit nicht unterschiedlich eingeschätzt, die türkischen Versicherten wiesen jedoch bei den meisten Berufskrankheiten durchschnittlich signifikant kürzere Einwirkungszeiten der Noxen oder Expositionen auf. Türkische Arbeitnehmer sind durchschnittlich um 5,3 Jahre jünger als ihre deutschen Kollegen bei der Anerkennung. Auf diesen letzten Aspekt wurde unter 6.1 bereits hingewiesen. Die Renten-Anerkennungsquote ist bezogen auf deutsche Arbeitnehmer signifikant höher. Anerkennungen differierten auch nach einzelnen Berufskrankheiten.

Bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten bedarf die unterschiedliche Verfahrensdauer der Feststellung, der differente Output von Anerkennungsverfahren und Ergebnissen ebenso der Aufklärung wie die offensichtlich kürzere Zeit der Pathogenese und das durchschnittlich wesentlich jüngere Alter der Klienten bei der Feststellung der Voraussetzungen und bei Leistungsbeginn. Diese Zusammenhänge, die am belegten Beispiel zwar kleine Fallzahlen und spezifische Bereiche betreffen, sind im Sinne des Expertisen-themas unmittelbar von Bedeutung. Sie belegen exemplarisch den Zusammenhang von Migration älterer Menschen, beruflicher Situation und Belastung und selektiver Nutzung und Wirkung des Versorgungssystems. Daß diese Zusammenhänge eine indikatorielle Funktion auch für die Morbidität von Migranten im Bereich bestimmter Krankheitsgruppen haben, ist eine ebenso plausible wie derzeit unbelegbare Vermutung. Qualitätssicherung in Prozeß und bezogen auf die Ergebnisse müssen sich mit diesen Befunden auseinandersetzen.

Vor einer Klärung widersprechen diese Befunde jedenfalls nicht einem vermuteten Defizit an aktiver und passiver Sicherheit am Arbeitsplatz und Defiziten der Prävention und Kontrolle bei nichtdeutschen Beschäftigten. Die Wirkungen und Wirksamkeit betrieblicher Arbeits- und Gesundheitsschutzsysteme sind im Hinblick auf diese Klientel zu hinterfragen. Sie verlangen geradezu nach Ansätzen und Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Eine Aufschlüsselung nach dem Alter der aufgrund von Arbeitsunfällen Rehabilitierten nach der Staatsangehörigkeit weist aus, daß nach einem deutlich überdurchschnittlichen Wert in der Altersgruppe von 45 bis 55 Jahren bei älteren nichtdeutschen Menschen die relative Häufigkeit geringer als bei deutschen Rehabilitanden ist. Auch die Ergebnisse anderer Statistiken deuten in die gleiche Richtung, wobei die Interpretation hinsichtlich einer Bedingtheit durch den Arbeitsprozeß, die Gutachter-, Leistungs- und Behandlungsentscheidung oder die subjektive Akzeptanz aufgrund der Datenlage nicht getroffen werden kann. Mindestens diese drei Dimensionen sind zu betrachten für eine zureichende Erklärung dieses Phänomens. Auch hier stellen sich die offenen Fragen der Bedingtheit in jedem tangierten Bereich.

Unabhängig von der Beantwortung der in diesem Zusammenhang gestellten offenen Fragen scheint aufgrund der auf die Bevölkerungen bezogenen Raten, aber auch im Hinblick auf Anlässe und Alter ein Defizit in der Zuerkennung von Chancen der Rehabilitation zu bestehen. Dies wird dadurch unterstrichen, daß, stärker als bei deutscher Klientel, Rehabilitationsverfahren bei nichtdeutschen sich weniger häufig auf nicht erwerbstätige oder arbeitslose Menschen beziehen, also häufiger für berufstätige bewilligt

werden, und daß sie ihren Schwerpunkt bei der beruflichen Ersteingliederung jüngerer Klientele haben. Gerade angesichts des durchschnittlich jüngeren Alters der nicht-deutschen Rehabilitanden auch bezogen auf die höheren Altersklassen erscheinen Voraussetzungen und Chancen späterer Beschäftigungsfähigkeit und des Erhalts von Arbeitsfähigkeit unzureichend genutzt zu werden. Hinzukommen Indikatoren, die darauf verweisen, daß die Einmündungen in berufliche Tätigkeit nach den Rehabilitationsmaßnahmen weniger gut gelingen als bei deutschen Rehabilitanden. Die ist kein neuer, aber ein zu berücksichtigender Befund, der insbesondere im Hinblick auf ältere Migranten ausdrücklich fokussiert werden sollte.

#### 6.4 Schlußfolgerungen und Empfehlungen im Hinblick auf unzureichende strukturelle Voraussetzungen der Partizipation an Sozial- oder Gesundheitschancen; dies als Individuum oder im Rahmen von Organisationen

Treffen die dargestellten und interpretierten Zusammenhänge von Migration, Arbeit und Krankheit zu und haben sie die Bedeutung, die sich implizit vermittelt, bedeutet insbesondere das zum Teil deutliche frühere Ausscheiden aus Arbeit und Beruf einen möglicherweise tiefergehenden Einschnitt als bei deutschen Arbeitnehmern oder Beschäftigten, zumal die den Übergang selten genug begleitenden und sichernden Maßnahmen bezogen auf Migranten weniger verfügbar und anders und insgesamt weniger wirksam sein dürften. Wenn dem so ist, erscheint um so problematischer und kaum verständlich, daß nahezu 10 % der Wohnbevölkerung oder quantitativ erhebliche Klientele mit ihren kulturellen Trägern (Gemeinden, Vereinen) in den Debatten und Projekten um Primärprävention und Gesundheitsförderung praktisch nicht berücksichtigt sind.

Vor dem Eintritt der älteren Migrantengeneration in die Pflegebedürftigkeit ist wichtig, darauf zu verweisen, daß Familien mit Migrationserfahrung andere Bedarfs- und Bedürfniskonzepte kennzeichnen, die in größerem Umfang innerhalb der Familie und ohne eine Inanspruchnahme professioneller Dienste und Leistungen ihre Lösung finden. Durchschnittlich kleinere, höher belegte und in den Standards etwas geringer ausgestattete Wohnungen erfordern in größerem Umfang Anpassungen für die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen.

Dies wird insbesondere relevant sein oder werden bei der Ausstattung mit Hilfsmitteln, deren Implementation, die Einweisungen in die Nutzung, Trainings und die Erläuterung der Funktion. Anforderungen wie diese richten sich in der nichtdeutschen Bevölkerung an Pflegepersonen mit meist eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit in der deutschen

Sprache. Eine Verständigung bedarf hier ausdrücklich und nicht nur in Einzelfällen der Unterstützung durch sprachkompetente Fachpersonen in Diensten, bei Kassen, bei Pflegeexperten oder Hilfsmittelanbietern, erfordert fremdsprachliche oder symbolisch erläuternde schriftliche Materialien oder elektronische Medien, die im Bereich der pflegerischen Versorgung nur selten vorliegen. Übungen und Trainings gestalten sich in der Umsetzung problematischer als bei deutscher Klientel, weil selbst bei Vorliegen entsprechender Materialien eine landessprachliche Interpretation und Vermittlung erforderlich sein und sich nicht auf eine Beratung oder Einweisung begrenzen lassen wird.

Probleme der Kommunikation werden vermutlich bei älteren Migranten auch bei der Begutachtung eine wichtige Rolle spielen, und zwar in dreifacher Hinsicht: Leistungen zur Pflege werden erstens aus verschiedenen Gründen vermutlich seltener beantragt. Probleme der Kommunikation beeinträchtigen zweitens den Erfolg und die Sicherheit der Exploration und tangieren die Gutachterentscheidung, selbst wenn diese die interkulturellen Bedingungen der Situation und der Pflege zutreffend in Rechnung stellt. Drittens erfordern sie für Untersuchung und Klärung der Entscheidung einen überdurchschnittlichen Zeitaufwand. Für den Fall, daß diese zusätzliche Zeit der Begutachtung nicht zur Verfügung steht, werden Routinisierungen die Ergebniserstellung charakterisieren, die wahrscheinlich spezifische Bedarfe nicht wahrnehmen und berücksichtigen. Vermutlich werden auch Nachfragen zu Entscheidungen oder Widersprüche bei den Pflegekassen wesentlich seltener gestellt als bei deutschen Pflegebedürftigen. Dies wird wahrscheinlich insbesondere die Chancen auf Rehabilitation Pflegebedürftiger beeinträchtigen. Hierauf müssen sich die Medizinischen Dienste bei der Begutachtung älterer Migranten ebenso einstellen wie die Pflege-/Krankenkassen bei der Bewilligung und Umsetzung der gutachterlichen Empfehlungen.

Was für die Begutachtung gilt, trifft auch für die professionell zu erbringende häusliche Pflege zu. Ein nahezu konstanter Befund ist der erhöhte Zeitbedarf der Erbringung beruflicher Dienstleistungen im häuslichen Umfeld bei beeinträchtigter Kommunikation. Diesem erhöhten Zeitbedarf kann in der zeitbewerteten Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit durch die Medizinischen Dienste Rechnung getragen werden, indem er im einzelnen spezifisch begründet wird und damit die Voraussetzungen einer realistischen Erbringung der Leistungen erhöht werden. Nach den vorliegenden Erfahrungen geschieht dies relativ selten. Auch wenn diese Chance in der Begutachtung nicht genutzt wird, bleibt der erhöhte Zeitaufwand ‚hartes‘ Merkmal der häuslichen professionellen pflegerischen Praxis bei der vollständigen, der teilweisen Übernahme von Pflege, vor allem aber bei

Beratung, Anleitung, Verselbständigung, Trainings und insbesondere bei der aktivierenden Pflege und Prävention.

Zwei gegensätzliche Motivationen können die Wahl der Leistungsart, Sach-, Kombinationsleistung, Pflegegeld, beeinflussen: Auf der einen Seite kann mit dem Pflegegeld eine den eigenen, auch kulturellen und spirituellen Bedürfnissen angemessene Pflege und Versorgung (mit-)geschaffen und sichergestellt und im Rahmen der Familie erbracht werden. Auf der anderen Seite kann die Wahl der Sachleistung den Vorteil einer klienten- und alltagsnahen professionellen Versorgung bieten, die in Absprache und im Einverständnis mit Pflegebedürftigem und Pflegeperson die Versorgung ergänzt und stabilisiert. Eine solche aufsuchende Versorgung, die die Komm-Struktur anderer Einrichtungen der gesundheitlich-sozialen Versorgung in ihrer Wirkung gegen eine Inanspruchnahme relativiert, entspricht den Erwartungen der älteren Migrantenbevölkerung in größerem Umfang. Ihnen Rechnung zu tragen, ist eine nicht zu unterschätzende Anforderung an die bestehenden Pflegedienste. Chance ist, daß pflegerische Versorgungssituationen, in die professionelle Fachkräfte oder Einrichtungen involviert sind, im Hinblick auf Defizite der Versorgung eine erschließende Funktion haben und insoweit den Bedürfnissen nichtdeutscher Pflegebedürftiger zu einem Teil entsprechen können.

Bei (älteren) Migranten scheint die Pflege einen höheren Stellenwert und einen die ausschließliche Pflege überschreitenden Anteil an der (Gesamt-)Versorgung zu haben. Professionelle Pflege „integriert“ und „vernetzt“ in Pflege und Versorgung auf der Ebene einer „Basisversorgung“. Sie senkt die Schwelle zur Inanspruchnahme und verbreitert die Basis der Versorgung. Dies wird eine neue Erfahrung in der Versorgung nichtdeutscher Pflegebedürftiger sein, auf die bestehende Pflegedienste bisher kaum eingerichtet sind. Insofern zeichnen sich bei Nichtberücksichtigen und Nichteingehen auf diese Bedürfnisse Versorgungskonflikte ab, die für beide Beteiligten unproduktiv sein dürften. Möglicherweise erklärt dies zu einem Teil die bisher zu beobachtende Zurückhaltung bei Inanspruchnahme und Erbringung von Pflegeleistungen.

Bei dem zweiten Moment, das die pflegerische Versorgung von Migranten kennzeichnet, handelt es sich um für die „Gemeinden“ der Migranten spezifische Einrichtungen, die in die Gemeinden rückgebunden sind und von daher quasi ein „Monopol“ organisieren, das ausdrücklich und spezifisch Bedarfe und Bedürfnisse von Migranten berücksichtigt, im Sinne der Tendenz und Organisation berät, Versorgung erschließt, realisiert und verbindet. Organisationen und potentielle Träger der gesundheitlichen und caritativen Versorgung in den Gemeinden der Angehörigen der Arbeitsmigration der sechziger bis achtziger

Jahre haben die Chancen, die sich ihnen hier bieten, bisher offensichtlich weniger erkannt und genutzt als Angehörige und Organisationen der ‚neuer‘ Wanderungen des letzten Jahrzehnts und der letzten Jahre.

Daß diese Chance der Eigenorganisation gesundheitlich-sozialer Belange, zu denen vor allem die Pflege zählt, unzureichend oder gar nicht erkannt und wahrgenommen wurde, hängt vermutlich auch mit der Vertretung der Migranten-Organisationen in diesen Belangen über „deutsche“ Wohlfahrtsverbände und andere Organisationen zusammen, die die Spezifität der Bedarfe und ihre besondere Ausrichtung in Vertrags- und Kostenträgerverhandlungen und in der sozialpolitischen Ausgestaltung generalisiert und damit neutralisiert haben um den Preis basisnaher Partizipation der Migranten. Diesen Weg haben klientennahe neue Versorgungseinrichtungen nicht mehr gewählt, sondern als private Organisationen unmittelbar Zugang zur Versorgung genommen und sich an ihr eigenverantwortlich beteiligt.

Über diesen Weg der neuen Organisation von Pflege und Versorgung nachzudenken und beides in spezifischem kulturellen und sozialen Rahmen in Verbindung mit anderen gemeindlichen Angeboten und Funktionen zu entwickeln und anzubieten, greift einerseits Erfahrungen vorliegender erfolgreicher dezentraler Modelle auf und bietet die Voraussetzung und Chance, Versorgungsbedarfe und -bedürfnisse kulturspezifisch und integriert zu erbringen. Bezogen auf die Angehörigen der Arbeitsmigranten der sechziger bis achtziger Jahre handelt es sich um eine spezifische professionelle und institutionelle, quasi nachholende Strukturbildung in der pflegerischen und angrenzenden Versorgung, die von einer Einbeziehung eingewiesener ehrenamtlicher Kräfte, fortgebildeten Fachkräften, pflegerischem Casemanagement, Einrichtungen mit spezifischen Angeboten vor dem Hintergrund von gemeindeorientierten Trägern pflegerische Versorgung in allen Anteilen übernimmt. Zwar bilden in nicht geringer Zahl Einrichtungen der Versorgung oder Träger von Fort- und Weiterbildung Fachkräfte im Themenbereich der interkulturellen Pflege und Versorgung im Hinblick auf ‚Zusatzkompetenzen‘ für die eigeninstitutionelle Versorgung fort, an dieser Stelle und in diesem Zusammenhang ist allerdings an eine eigenständige ‚wohlfahrtsverbandliche‘ Organisation und Funktion der Gemeinden der Migranten gedacht, die vorrangig die sozialen Aufgaben und die Verantwortung in ‚ihrem‘ Bereich und für sich übernehmen sollte. In der Entwicklung von ehrenamtlicher und teilzeitlicher Nutzung der Arbeit von Menschen im beruflichen Übergang, nach der Berufsphase oder im Aufgreifen von neuen Beschäftigungsformen, die Menschen integrieren sollen, die sich am Rande der Beschäftigungsfähigkeit befinden, lassen sich unter Qualifikation Wissensbestände nutzen und Kompetenzen erzielen, die für eine neue



und (kultur-)spezifische und beteiligende gemeindeorientierte Beratung und Versorgung von grundlegender Bedeutung sind. Nahezu jeder der hier genannten Aspekte der Pflegebedürftigkeit und der Versorgung ist in einem doppelten Sinn und in hohem Maß relevant für die Beschäftigungsfähigkeit von Migranten im Alter.

## 7. Literatur

Altenhofen, Lutz und Ingbert Weber: Mortalität der ausländischen und der einheimischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. *Sozial- und Präventivmedizin* 38: 222-230, 1993.

Ansary, Eva-Maria: Krankheits- und Arbeitsunfallursachen türkischer Arbeitnehmer im Heimatland und in der Bundesrepublik Deutschland. Hamburg, Universität, Fachbereich Medizin, Dissertation 1980.

Antrag und Stellungnahme zur Situation von Senioren mit Migrationshintergrund und von ausländischen Senioren. Landtag von Baden-Württemberg, Drucksache 13/3412 vom 20.7.2004.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hg.): Dokumentation 2001. Leistungen der Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 (1, 2) SGB V. Bergisch Gladbach (Eigenverlag) 2003.

Bayerisches Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hg.): Interkulturelle Altenpflege. München (Eigenverlag) 2001.

Beikirch, Elisabeth und Johannes Korporal: Ambulante Pflege: sozialrechtliche, strukturelle und ökonomische Rahmenbedingungen und Entwicklung. In: Rennen-Allhoff, Beate und Doris Schaeffer (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim (Juventa) 2000, S. 611-637.

Beiträge zum 13. Kongreß für Arbeitsschutz und -medizin Köln 1973.

Berdel, Wolfgang E., Michael Böhm, Meinhard Classen, Volker Diehl, Kurt Kochsiek und Wolff Schmiegel (Hg.): *Innere Medizin*. München (Urban & Fischer) 2004.

Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2000. Deutscher Bundestag Drucksache 14/7974 vom 3.1.2002.

Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2001. Deutscher Bundestag Drucksache 15/2300.

Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung (Hg.): *Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Ergebnisse der Arbeitsgruppen*. Gütersloh und Düsseldorf (Bertelsmann Stiftung) 2004.

Beschlußvorschlag der Länder Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern zur Reform der Pflegeversicherung für die 81. Arbeits- und Sozialministerkonferenz im November 2004.

Bohr, E. und G. Thau: Arbeitsunfälle ausländischer Arbeitnehmer. Köln 1972.

Biener, K. und P. Borbely: Betriebsunfälle bei Gastarbeitern. Therapeutische Umschau 32: 547-551, 1975.

Boll, Rudolf und José Povedano-Sánchez: Multikulturelle Gesellschaft und soziale Arbeit. Die Ausländerarbeit muß Selbsthilfe, Selbstorganisation und den Dialog zwischen Menschen fördern. Blätter der Wohlfahrtspflege 138 (4): 92-94, 1991.

Bundesanstalt für Arbeit (Hg.): Arbeitsmarkt in Zahlen. Berufliche Rehabilitation. Statistik über berufliche Rehabilitation - St 37, 1992-1997. Nürnberg (Eigenverlag) 1993-1998.

Bundesanstalt für Arbeit (Hg.): Arbeitsmarkt in Zahlen. Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben 2002. Nürnberg (Eigenverlag) o. J.

Bundesanstalt für Arbeit (Hg.): Arbeitsmarkt in Zahlen. Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben 2002 und 2003. Nürnberg (Eigenverlag) o. J.; überlassene elektronische Dokumente.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.): ... alle 6 Sekunden ein Heim- und Freizeitunfall. Dortmund (Eigenverlag) 1998.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.): Heimwerkerunfälle. Sicherheit in Heim und Freizeit. Dortmund (Eigenverlag) 2000.

Casper, W., G. Wiesener und K. E. Bergmann: Mortalität und Todesursachen in Deutschland. Berlin (RKI-Bericht) 1995.

Dangel, Bärbel: Pflegerische Entlassungsplanung. Ansatz und Umsetzung einer pflegerischen Überleitung. München (Urban & Fischer) 2004.

Dangel, Bärbel und Johannes Korporal: Kann Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Grundlage eines spezifischen pflegerischen Ansatzes der Rehabilitation sein? Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36 (1): 50-62, 2003.

Dangel, Bärbel und Johannes Korporal: Anmerkungen zu Begriff und Konzept der aktivierenden Pflege. Pflege Aktuell 54 (11): 622-625, 2000.

Dangel, Bärbel, Bernd Kolleck und Johannes Korporal: Rehabilitation Pflegebedürftiger - Konzept, Umsetzung, Ergebnisse. München (Urban & Fischer) 2005.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (Hg.): ICD-10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision - WHO - Ausgabe. Köln (Eigenverlag) 2004.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Osnabrück (Eigenverlag) 2004.

Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. GeroStat - Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Bevölkerungsfortschreibung. 1998-2002.

Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. GeroStat - Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Mikrozensus.

Dietzel-Papakyriakou, Maria und Elke Olbermann: Zum Versorgungsbedarf und zur Spezifik der Versorgung älterer Migrantinnen und Migranten. Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit (3/4): 82-89, 1996.

Dietzel-Papakyriakou, Maria: Ältere ausländische Menschen in der Bundesrepublik. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hg.): Expertise zum ersten Altenbericht der Bundesregierung. Band III. Berlin (Eigenverlag) 1993, S. 1-154.

Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Deutscher Bundestag, Drucksache 15/4125.

Empfehlungen der Kommission. In: Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung (Hg.): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission. Gütersloh (Bertelsmann Stiftung) 2004, S. 78-102.

Erdogan, Mehmet Sarper: Berufskrankheiten türkischer Arbeitnehmer in Deutschland. Herausgegeben vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Sankt Augustin (Eigenverlag) 2002. (Zugleich: Gießen, FB. Humanmedizin, Diss. 2000).

Erkal, Mehmet Ziya, Reinhard G. Bretzel, J. Wilde, Yasar Bilgin, M. Mann, Rolf-Hasso Bödeker, C. Algan, A. Kececi, Ahmet Akinci und Hilmar Stracke: MOD-Studie Gießen 2002. Risiken für 25-Hydroxyvitamin-D-Mangel und sekundärem Hyperparathyreoidismus bei erwachsenen Einwanderern aus der Türkei in Deutschland. Universität Gießen (unveröffentlichtes Ergebnispapier) o. J.

Eskandarkahn, Nargess: Krankheitsbilder bei älteren Migrantinnen und Migranten und Einstellung zur Pflege. In: Stadt Frankfurt a. M./Amt für multikulturelle Angelegenheiten: Ältere Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main. Berichte aus Forschung und Praxis. Frankfurt (Eigenverlag) 1997.

Expertisenband IV zum Zweiten Altenbericht der Bundesregierung: In: Dietzel-Papakyriakou, Maria und Elke Olbermann: Wohnsituation älterer Migranten in Deutschland. Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.): Wohnverhältnisse älterer Migranten. Frankfurt (Campus) 1998, S. 10-86.

Freie und Hansestadt Hamburg (Hg.): Älter werden in der Fremde. Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger. Hamburg (Eigenverlag) 1998.

Gastarbeiter sind besonders unfallgefährdet. Deutsches Ärzteblatt 69 (48): 3161-3162, 1972.

Gedrich, Kurt und Georg Karg: Dietary Habits on German versus non-German Residents in Germany. München (Technische Universität) und Weihenstephan (Life and Food Science Center) (unveröffentlichter Bericht) o. J.

Geiger, Andreas und Johannes Korporal: Gesundheitsprobleme und -risiken der ausländischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn (WIAD) 1989, S. 59-62.

Geiger, Andreas und Johannes Korporal: Gesundheitsprobleme und -risiken der ausländischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Unveröffentlichter Projektbericht im Rahmen des Forschungsvorhabens ‚Prioritäre Gesundheitsziele‘ des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Bonn (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands) Köln (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland) 1989, 94 S.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) (Hg.): Gesundheitsziele.de. Arbeitsgruppe „Diabetes Mellitus Typ 2“. Zwischenergebnisse. Köln (Eigenverlag des ZI) 2002.

Gesundheitsamt der Freien und Hansestadt Bremen (Hg.): Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen. Lebenssituation, potenzielle Versorgungsbedarfe und gesundheitspolitische Perspektiven. Bremen (Eigenverlag) 2004.

Gökce, Yüksel, N. Soydan, Mehmet Erkal, A. Kececi, I. Mechmet, A. Gediz und Reinhard G. Bretzel: Charakteristika von türkischen Diabetikern in Deutschland: Ein Vergleich mit Daten von Patienten in der Türkei. <http://www.diabetespartner.de>. Zugriff am 3.11.2004.

Habermann, Monika: Interkulturelle Pflege und Therapie. Qualitätssicherung auch für Migranten? Dr. med. Mabuse Heft 136, (3/4): 22-26, 2002.

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hg.): Sankt Augustin (Eigenverlag)

Hinrichs, Wilhelm: Ausländische Bevölkerungsgruppen in Deutschland. Integrationschancen 1985 und 2000. Berlin (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) SP I 2003 - 202) 2003.

Hiusmann, Adrienne, Caren Weilandt, Andreas Geiger, Johannes Korporal, Bärbel Dangel-Vogelsang und L. Joksimovic: Migration and Health in Germany. Bonn (WIAD) 1997. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (Hg.): Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen 1995-1996. Düsseldorf (MAGS) 1997.

Initiative Neue Qualität der Arbeit und Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.): Mit Erfahrung die Zukunft meistern. Altern und Ältere in der Arbeitswelt. Dortmund (Eigenverlag) 2004, S. 31-35.

Korporal, Johannes und Bärbel Dangel-Vogelsang: Zur gesundheitlichen Situation von Familien nichtdeutscher Staatsangehörigkeit. In: Sachverständigenkommission 6. Familienbericht (Hg.): Materialien zum 6. Familienbericht. Band II. Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Lebensalltag. Opladen (Leske & Budrich) 2000, S. 9-60.

Korporal, Johannes und Bärbel Dangel-Vogelsang: Zur gesundheitlichen Situation von Familien mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit innerhalb der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Expertise zum 6. Familienbericht. Berlin 1998.

Korporal, Johannes und Bärbel Dangel-Vogelsang: Zur gesundheitlichen Situation von Familien mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit innerhalb der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Gutachten an das Deutsche Jugendinstitut für den 6. Familienbericht der Bundesregierung. Berlin (Unveröffentlichter Bericht) 1998, 80 S.

Korporal, Johannes, Eckhard Holthaus und Norbert Zillich: AIDS-Prävention bei Mitbürgerinnen und Mitbürgern aus der Türkei. Ansatz und Ergebnisse der wissenschaftlichen

Begleitung und Evaluation eines Modellvorhabens der HIV- und AIDS-Prävention in der Türkischen Wohnbevölkerung in Berlin. Berlin (Unveröffentlichter Projektbericht) 1992.

Krüger, Dorothea: Pflege im Alter: Pflegeerwartungen und Pflegeerfahrungen älterer türkischer Migrantinnen - Ergebnisse einer Pilotstudie. Zeitschrift für Frauenforschung 13 (3): 71-86, 1995.

Landeshauptstadt Stuttgart: Altenhilfeplan der Landeshauptstadt Stuttgart für 1999 - 2005. Stuttgart (Sozialamt) o. J.

Langen, Ute: Unfälle - Orte, Umstände und Folgen. Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Gesundheitswesen 66 (1): 21-28, 2004.

Laube, Heiner, H. Bayraktar, Yüksel Gökce, Ahmet Akinci, Ziya Erkal, Rolf-Hasso Bödeker und Yasar Bilgin: Zur Diabeteshäufigkeit unter türkischen Migranten in Deutschland. Diabetes und Stoffwechsel 10: 51-57, 2001.

Leichsenring, Christian: Die Unfälle der ausländischen Arbeitskräfte in der Bundesrepublik Deutschland. Schriftenreihe des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Bonn (Eigenverlag) 1972.

Loddenkemper, Robert und Monika Serke: Tuberkulose. In: Marre, Reinhard, Thomas Mertens, Matthias Trautmann und Ernst Vanek (Hg.): Klinische Infektiologie. München (Urban & Fischer) 2000, S. 605-619.

Loddenkemper, Rolf, B. Hauer, D. Sagebiel, A. Gartzke und M. Forßbohm: Die Tuberkulosesituation in Deutschland 1999. Pneumologie 55: 347-356, 2001.

Lotze, Eckhard und Thomas Hilbert: Pflegegutachten bei Migranten. Bericht zur Auswertung von Daten des Gesundheitsamtes Bremen. Kurzfassung 9/2004. Bremen (Eigenverlag) 2004.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) (Hg.): Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI. Stand 2000. Essen (Eigenverlag) 2000.

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (Hg.): Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen 1999. Düsseldorf (Eigenverlag) o. J.

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Gesundheitsberichte NRW. Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf (Eigenverlag) o. J.

O. A.: Kulturkompetente Pflege. Ein Leitfaden zur kulturellen Öffnung Ambulanter Pflegeeinrichtungen. Duisburg/Wuppertal (Eigenverlag) 2002.

O. A.: Neue Wege in der Pflege. Zur Notwendigkeit kulturkompetenter Pflege. Ausländer in Deutschland 18 (1): 2002; [http://www.isoplan.de/aid-1/aelttere\\_migranten.htm](http://www.isoplan.de/aid-1/aelttere_migranten.htm); Zugriff am 2.1.2005.

Olbermann, Elke: Soziale Netzwerke, Alter und Migration: Theoretische und empirische Explorationen zur sozialen Unterstützung älterer Migranten. Dortmund, Universität, Fachbereich 14, Diss. 2003.

Olbermann, Elke: Entwicklung innovativer Konzepte der sozialen Integration älterer Migranten/innen. Abschlußbericht an die Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung und Soziales. Köln (Eigenverlag des ISAB-Instituts) 2003.

Pick, Peter. Jürgen Brüggemann, Christiane Grote, Elke Grünhagen und Thomas Lampert: Pflege. Robert Koch Institut (Hg.): Schwerpunktbericht zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin (Eigenverlag) 2004.

Porsch-Özcürümez, Mustafa Kemal: Vergleichende Untersuchungen der Lipidstoffwechselfparameter zwischen 35-64jährigen deutschen und in Deutschland lebenden türkischen Teilnehmern einer Gesundheitsvorsorgeuntersuchung (Check-up 35). Gießen, Justus-Liebig-Universität, Med. Fak. Diss. 1997.

Potthoff, P., E. Schroeder, U. Reis und A. Klamert: Ablauf und Ergebnisse der Feldarbeit beim Bundes-Gesundheitssurvey. Das Gesundheitswesen. Sonderheft 61 (12): S62-S67, 1999.

Renten ohne Grenzen. Informationsdienst des Instituts der Deutschen Wirtschaft 49, 1999 vom 9. 12. 1999.

Robert Koch Institut (Hg.): Epidemiologisches Bulletin. 44 (10): 375-379, 2004.

Robert Koch Institut (Hg.): Bericht zur Tuberkulose in Deutschland für 2001. Berlin (Eigenverlag) 2003.

Schmidt, Brigitte: Auch die Liebe geht durch den Magen. Küche und ethnische Identität. Die Ernährungsweisen von Migrantinnen in Deutschland und ihr Veränderung. Nahrungskultur. Essen und Trinken im Wandel (4): 11 S, 2002. Zugriff: [lpb.bwue.de/aktuell4\\_02/kueche.htm](http://lpb.bwue.de/aktuell4_02/kueche.htm)

Schmidt, Brigitte: Ethnische Ernährungsweisen und ihre Veränderung - Ernährungsgewohnheiten von italienischen, griechischen und türkischen Migrantinnen in Süddeutschland. In.: Bundesforschungsanstalt für Ernährung (Hg.): Ernährung und Raum. Regionale und ethnische Ernährungsweisen in Deutschland. Karlsruhe (Eigenverlag) 2002, S. 101-119.

Schneekloth, Ulrich und Udo Müller: Wirkungen der Pflegeversicherung. Band 127 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden (Nomos) 2000.

Schneekloth, Ulrich und Ingo Leven: Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. München (Infratest Sozialforschung) 2003.

Schulin, Bertram: Sozialgesetzbuch. Textausgabe. München (dtv/Beck) 2004.

Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen/für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hg.): Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2002 und 2001. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin (Eigenverlag) 2001 und 2003.

Senatsverwaltung für Arbeit, Verkehr und Betriebe Berlin und Der Polizeipräsident in Berlin: Bericht und Statistik über den Straßenverkehr und über Maßnahmen zur Hebung der Verkehrssicherheit im Land Berlin 1989. Berlin (Eigenverlag) o. J.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (Hg.): Jahresgesundheitsbericht 1995, 1996. Berlin (Eigenverlag) 1996, 1997.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin (Hg.): Sozialstrukturatlas Berlin 2003. Berlin (Eigenverlag) 2004.

Senatsverwaltung für Gesundheit/für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hg.): Jahresgesundheitsbericht 1994.

Senatsverwaltung für Gesundheit/für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hg.): Jahresgesundheitsbericht 1994/Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2002. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin (Eigenverlag) 1995-2003.

SGB IX: Schulin, Bertram (Hg.): Sozialgesetzbuch. Textausgabe. München (dtv/Beck) 2004.

SGB XI. Schulin, Bertram: Sozialgesetzbuch. Textausgabe. München (dtv/Beck) 2004.

Silomon, Hero: Der ausländische Arbeitnehmer im vertrauensärztlichen Dienst. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin 7: 140-142, 1975.

Sonderauswertung des Statistischen Landesamtes Berlin. Statistisches Landesamt Berlin (Hg.): Statistisches Jahrbuch 1992-1995. Berlin (Kulturbuch) 1992-1995.

Sozialleistungen; Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort am 30.06. des Jahres; Auswertungen aus der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit.

Stadt Köln (Hg.): Pflegebedarfsplan 2002-2006. Köln (Der Oberbürgermeister & Amt für Soziales und Senioren) o. J.

Statistische Bundesamt (Hg.): Bericht: Pflegestatistik 2001 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Bonn (Eigenverlag) 2003.

Statistisches Bundesamt (Hg.): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ausländische Bevölkerung sowie Einbürgerungen 2003. Fachserie 1 / Reihe 2. Wiesbaden (Eigenverlag) 2004.

Statistisches Bundesamt (Hg.): Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Wiesbaden (Metzler & Poeschel) 1998.

Statistisches Bundesamt (Hg.): Mikrozensus.

Statistisches Bundesamt (Hg.): Sozialleistungen: Fachserie 13. Reihe 5.2: Rehabilitationsmaßnahmen 1988-1994. Stuttgart (Metzler&Poeschel) 1991-1996.

Statistisches Bundesamt (Hg.): Straßenverkehrsunfälle 1991-1996. Fachserie 8. Reihe 3.3. Stuttgart (Metzler & Poeschel) 1992-1997.

Statistisches Bundesamt Deutschland - Gesundheitswesen -: Gesundheitszustand der Bevölkerung. Bevölkerung, Kranke und Unfallverletzte nach Altersgruppen. Ergebnisse des Mikrozensus. Aktualisiert am 27.4.2004. [www.destatis.de](http://www.destatis.de); 20.5.2004.

Statistisches Bundesamt Fachserie 13 R 2.1, Sozialleistungen. Statistik der Sozialhilfe 2002.

Statistisches Bundesamt: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Fachserie 1. Reihe 1. Gebiet und Bevölkerung 1995. Stuttgart (Metzler & Poeschel) 1997.

Statistisches Bundesamt: Statistik der Sozialhilfe. Ältere Menschen in der Sozialhilfe, 2004.

Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002 (überlassenes elektronisches Dokument).

Statistisches Bundesamt: Statistik der Sterbefälle 1998-2002; Kategorisierungen der Todesursachen nach der ICD-10 (überlassenes elektronisches Dokument).

Statistisches Landesamt Bremen. In: Arbeitnehmerkammer Bremen (Hg.), Armut in Bremen. Unveröffentlichter Bericht. Bremen (Eigenverlag) 2004, Statistisches Landesamt Bremen 2004.

Statistisches Landesamt Bremen (Hg.): Statistisches Jahrbuch 2003. Bremen (Eigenverlag) 2004.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie an den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Pneumologie. Quelle: Nowak/kra/ms/SV-gesund2.doc/29.8.2000.

Thefeld, W., H. Stolzenberg und B.-M. Bellach: Bundes-Gesundheitssurvey: Response, Zusammensetzung der Teilnehmer und Non-Responder-Analyse. Das Gesundheitswesen. Sonderheft 61 (12): S57-S61, 1999.

Unfallverhütungsbericht Arbeit 1996. Deutscher Bundestag, Drucksache 13/9259.

VDR (Hg.): Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene im Berichtsjahr 2002, Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter und durchschnittliche Pflagestage nach Diagnosen-  
gruppen gemäß ICD 10 (1. Diagnose) ; elektronisch überlassene Daten.

Wagner, Alexander und Lothar Lürken: Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 1998. Essen (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) o. J.

Wagner, Alexander und Lothar Lürken: Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 1999/2000. Essen (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) o. J.

Wagner, Alexander und Uwe Brucker: Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 2001/2002. Essen (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) o. J.

Weber, Ingbert et al. (Hg.): Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen - Fakten - Perspektiven. Baden-Baden (Nomos) 1990, S. 577-601.

Zweiter Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn (Eigenverlag) 1995.

Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Wohnen im Alter und Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission. Deutscher Bundestag, Drucksache 13/9750 vom 28.1.1998.



## 8. Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildung 4.1: Sterblichkeit von Männern an Verletzungen, Vergiftungen ... nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	14
Abbildung 4.2: Sterblichkeit von Frauen an Verletzungen, Vergiftungen ... nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	15
Abbildung 4.3: Sterblichkeit von Frauen und Männern im Alter von 40 bis 75 Jahren an Unfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	19
Abbildung 4.4: Sterblichkeit von Männern an Unfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	20
Abbildung 4.5: Sterblichkeit von Frauen an Unfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	21
Abbildung 4.6: Sterblichkeit von Männern an Arbeitsunfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	23
Abbildung 4.7: Relative Anteile von Rehabilitanden aufgrund von Arbeitsunfällen nach dem Alter und der Staatsangehörigkeit;	26
Abbildung 4.8: Durchschnittsalter der türkischen und deutschen Arbeitnehmer bei Anerkennung der Berufskrankheiten;	28
Abbildung 4.9: Dauer des Berufskrankheiten-Feststellungsverfahrens bei türkischen und deutschen Arbeitnehmern (kumulativ);	30
Abbildung 4.10: Dauer des Berufskrankheiten-Feststellungsverfahrens bei türkischen und deutschen Arbeitnehmern nach einzelnen Krankheiten (modifiziert);	31
Abbildung 4.11: Insgesamt innerorts verunglückte Beteiligte bezogen auf 100.000 der gesamten Bevölkerung;	32
Abbildung 4.12: Insgesamt innerorts verunglückte Beteiligte bezogen auf je 100.000 der deutschen und ausländischen Wohnbevölkerung;	32
Abbildung 4.13: Insgesamt innerorts verunglückte Beteiligte bezogen auf je 100.000 der deutschen und ausländischen Wohnbevölkerung;	33
Abbildung 4.14: Im Straßenverkehr in der Bundesrepublik innerhalb von Ortschaften getötete Menschen nach der Staatsangehörigkeit bezogen auf jeweils 100.000 der Bezugsbevölkerung;	34
Abbildung 4.15: Im Straßenverkehr in Berlin getötete Menschen nach der Staatsangehörigkeit bezogen auf jeweils 100.000 der Bezugsbevölkerung;	34
Abbildung 4.16: Bei innerstädtischen Straßenverkehrsunfällen in der Bundesrepublik Leichtverletzte nach der deutschen, nichtdeutschen und türkischen Staatsangehörigkeit bezogen auf je 100.000 der Bezugsbevölkerung;	34
Abbildung 4.17: Bei innerstädtischen Straßenverkehrsunfällen in der Bundesrepublik Schwerverletzte nach der deutschen, nichtdeutschen und türkischen Staatsangehörigkeit bezogen auf je 100.000 der Bezugsbevölkerung;	35
Abbildung 4.18: Insgesamt außerorts verunglückte Beteiligte bezogen auf 100.000 der gesamten Bevölkerung;	35
Abbildung 4.19: Insgesamt außerorts verunglückte Beteiligte bezogen auf je 100.000 der deutschen und ausländischen Wohnbevölkerung;	6
Abbildung 4.20: Insgesamt außerorts verunglückte Beteiligte bezogen auf je 100.000 der deutschen und ausländischen Wohnbevölkerung;	36
Abbildung 4.21: Altersspezifische Mortalität der deutschen und ausländischen männlichen Bevölkerung in Berlin 1994-2000 bezogen auf je 100.000 der deutschen und ausländischen männlichen Wohnbevölkerung;	43
Abbildung 4.22: Altersspezifische Mortalität der deutschen und ausländischen weiblichen Bevölkerung in Berlin 1994-2000 bezogen auf je 100.000 der deutschen und ausländischen weiblichen Wohnbevölkerung;	44
Abbildung 4.23: Sterblichkeit von Männern an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	47
Abbildung 4.24: Sterblichkeit von Frauen an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	49
Abbildung 4.25: Sterblichkeit von deutschen Männern an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und an Neubildungen von 1998 bis 2002;	50

Abbildung 4.26: Sterblichkeit von ausländischen Männern an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und an Neubildungen von 1998 bis 2002;	50
Abbildung 4.27: Sterblichkeit von deutschen Frauen an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und an Neubildungen von 1998 bis 2002;	51
Abbildung 4.28: Sterblichkeit von ausländischen Frauen an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und an Neubildungen von 1998 bis 2002;	51
Abbildung 4.29: Tuberkuloseinzidenzen in Berlin nach dem Geschlecht und der Staatsangehörigkeit;	55
Abbildung 4.30: Lungentuberkuloseinzidenzen in Berlin nach dem Geschlecht und der Staatsangehörigkeit;	56
Abbildung 4.31: Tuberkuloseinzidenzen, pulmonale und extrapulmonale Formen in Berlin nach der Staatsangehörigkeit;	57
Abbildung 4.32: Altersspezifische Inzidenzraten an Tuberkulose 1994 in Berlin nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht je 100.000 der Bezugsbevölkerung;	58
Abbildung 4.33: Altersspezifische Inzidenzraten an Tuberkulose 2000 und 2001 (alle Formen) bei Männern in Berlin nach der Staatsangehörigkeit je 100.000 der Bezugsbevölkerung;	59
Abbildung 4.34: Altersspezifische Inzidenzraten an Tuberkulose 2000 und 2001 (alle Formen) bei Frauen in Berlin nach der Staatsangehörigkeit je 100.000 der Bezugsbevölkerung;	60
Abbildung 4.35: Altersspezifische Inzidenzraten an offener Lungentuberkulose 2000 und 2001 bei Männern in Berlin nach der Staatsangehörigkeit je 100.000 der Bezugsbevölkerung;	61
Abbildung 4.36: Altersspezifische Inzidenzraten an offener Lungentuberkulose 2000 und 2001 bei Frauen in Berlin nach der Staatsangehörigkeit je 100.000 der Bezugsbevölkerung;	62
Abbildung 4.37: Rehabilitanden mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit nach Altersgruppen 1988 bis 1994;	63
Abbildung 4.38: Durchschnittsalter der Rehabilitanden der gesetzlichen Rentenversicherung nach Diagnosen und der Staatsangehörigkeit;	73
Abbildung 4.39: Durchschnittliche Pflagestage der Rehabilitationsverfahren der gesetzlichen Rentenversicherung nach Diagnosen und der Staatsangehörigkeit 2002;	74
Abbildung 4.40: Deutsche Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Alter (abs. Zahlen);	83
Abbildung 4.41: Nichtdeutsche Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Alter (abs. Zahlen);	84
Abbildung 4.42: Begutachtete Personen nach dem höchsten Bildungsabschluß;	86
Abbildung 4.43: Begutachtete Personen nach der beruflichen Bildung;	87
Abbildung 4.44: Begutachtete Personen nach Diagnosen (Mehrfachnennungen);	89
Abbildung 4.45: Begutachtete Personen nach den Leistungseinschränkungen;	93
Abbildung 5.1: Bedarfsgemeinschaften mit Haushaltsangehörigen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt der Sozialhilfe außerhalb von Einrichtungen am 31.12.2002 beziehen, nach dem Alter und Typ der Bedarfsgemeinschaft;	110
Abbildung 5.2: Leistungen der Sozialhilfe zur Pflege an deutsche und nichtdeutsche Klienten bezogen auf 100.000 der jeweiligen Bezugsbevölkerung;	111
Abbildung 5.3: Leistungen der Sozialhilfe zur Pflege je 100.000 Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt an deutsche und nichtdeutsche Klienten;	112
Tabelle 4.1: Unfallhäufigkeiten des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 nach dem Alter der deutschen Bevölkerung;	10
Tabelle 4.2: Unfallverletzte Personen nach Altersgruppen;	10
Tabelle 4.3: Sterblichkeit von Männern an Verletzungen, Vergiftungen ... nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	13
Tabelle 4.4: Sterblichkeit von Frauen an Verletzungen, Vergiftungen ... nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	14
Tabelle 4.5: Sterblichkeit von Männern an Unfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	19
Tabelle 4.6: Sterblichkeit von Frauen an Unfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	20
Tabelle 4.7: Sterblichkeit von Männern an Arbeitsunfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	22
Tabelle 4.8: Sterblichkeit von Frauen an Arbeitsunfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	23

Tabelle 4.9: Häufigste in Nordrhein-Westfalen anerkannte Berufskrankheiten in den gewerblichen Berufsgenossenschaften nach der Staatsangehörigkeit;	25
Tabelle 4.10: Ergebnisse des Berufskrankheiten-Feststellungsverfahrens nach der Staatsangehörigkeit (modifiziert);	7
Tabelle 4.11: Ergebnisse des Berufskrankheiten-Feststellungsverfahrens nach der Staatsangehörigkeit nach einzelnen Berufskrankheiten (modifiziert);	28
Tabelle 4.12: Arbeitsbereiche bei den häufigsten anerkannten Berufskrankheiten nach der Staatsangehörigkeit (modifiziert);	9
Tabelle 4.13: Tod als Folge der Einwirkung von Substanzen bei Berufskrankheiten nach der Staatsangehörigkeit (modifiziert);	29
Tabelle 4.14: Fortsetzung der beruflichen Tätigkeiten am Arbeitsplatz nach Berufskrankheitenanzeige nach der Staatsangehörigkeit;	30
Tabelle 4.15: Sterblichkeit von Männern an Verkehrsunfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	37
Tabelle 4.16: Sterblichkeit von Frauen an Verkehrsunfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	38
Tabelle 4.17: Sterblichkeit von Männern an Haus- und Freizeitunfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	39
Tabelle 4.18: Sterblichkeit von Frauen an Haus- und Freizeitunfällen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	39
Tabelle 4.19: Sterblichkeit von Männern an Neubildungen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	45
Tabelle 4.20: Sterblichkeit von Frauen an Neubildungen nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	46
Tabelle 4.21: Sterblichkeit von Männern an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	47
Tabelle 4.22: Sterblichkeit von Frauen an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach der Staatsangehörigkeit von 1998 bis 2002;	48
Tabelle 4.23: Rehabilitanden der gesetzlichen Rentenversicherung im Alter von 40 Jahren und mehr an allen Rehabilitanden nach der Nationalität im Jahr 1999 und 2002;	64
Tabelle 4.24: Beschäftigungsformen vor der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme 2002;	64
Tabelle 4.25: Beschäftigungsformen vor der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme 2002 nach Altersklassen und der Staatsangehörigkeit;	65
Tabelle 4.26: Rehabilitanden nach der arbeitsrechtlichen Einstufung vor der Maßnahme und der Staatsangehörigkeit 2002;	65
Tabelle 4.27: Rehabilitanden nach der arbeitsrechtlichen Einstufung vor der Maßnahme, der Staatsangehörigkeit und Altersklassen 2002;	6
Tabelle 4.28: Rehabilitationsanlässe von Männern in Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung insgesamt und im Alter von 40 Jahren und älter nach der Staatsangehörigkeit im Jahr 1999;	67
Tabelle 4.29: Rehabilitationsanlässe von Frauen in Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung insgesamt und im Alter von 40 Jahren und älter nach der Staatsangehörigkeit im Jahr 1999;	68
Tabelle 4.30: Rehabilitationsanlässe von Männern in Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung insgesamt und im Alter von 40 Jahren und älter nach der Staatsangehörigkeit im Jahr 2002;	69
Tabelle 4.31: Rehabilitationsanlässe von Frauen in Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung insgesamt und im Alter von 40 Jahren und älter nach der Staatsangehörigkeit im Jahr 2002;	70
Tabelle 4.32: Rehabilitationsanlässe von Frauen und Männern in Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung nach Alterklassen und der Staatsangehörigkeit im Jahr 2002;	71
Tabelle 4.33: Durchschnittsalter der Rehabilitanden der gesetzlichen Rentenversicherung nach Diagnosen und der Staatsangehörigkeit 1999;	72
Tabelle 4.34: Bewertung des Ergebnisses eines Rehabilitationsverfahrens des VDR durch die Rehabilitanden nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit im Jahr 2002;	5

Tabelle 4.35: Anteile von behinderten Menschen nach dem Zugang und dem Bestand an Behinderten und dem Abschluß von Rehabilitationsverfahren zur Teilhabe am Arbeitsleben nach der Staatsangehörigkeit;	77
Tabelle 4.36: Anteile von behinderten Menschen nach dem Zugang, dem Bestand und dem Abschluß ausschließlich berufsfördernder und -berufsbildender Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach der Staatsangehörigkeit;	78
Tabelle 4.37: Gutachtenaufträge an den Sozialmedizinischen Dienst des Gesundheitsamts Bremen 2000 bis 2004;	80
Tabelle 4.38: Bevölkerung. Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) 2002 in der Stadt;	81
Tabelle 4.39: Herkunftsländer und Regionen;	82
Tabelle 4.40: Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt und begutachtete Personen;	82
Tabelle 4.41: Altersverteilung nach Geschlecht und Herkunft der Begutachteten;	85
Tabelle 4.42: Ausgewählte Hauptdiagnosegruppen bei Patienten mit Migrationshintergrund und in Deutschland geborenen Patienten;	89
Tabelle 4.43: Empfehlungen zu Behandlung, Rehabilitation und anderen Maßnahmen;	94
Tabelle 5.1: Bedarfsgemeinschaften mit Haushaltsvorständen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt der Sozialhilfe außerhalb von Einrichtungen am 31.12.2002 beziehen, nach dem Alter und Typ der Bedarfsgemeinschaft;	109
Tabelle 5.2: Leistungen zur Pflege an Bezieher von Leistungen nach dem Asylbewerber-Leistungsgesetz 2002;	112

Prof. Dr. med. Johannes Korporal  
Dipl.-Pflegerin Bärbel Dangel  
Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaft  
Schinkestraße 2  
12047 Berlin

Tel.: 030 / 616 254 89; F - 91  
ipg@macdirect.de