

Besonderheiten in der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund



Dr. Elif Duygu Cindik

Die Bevölkerungsentwicklung Deutschlands ist erheblich durch Arbeitsmigration beeinflusst worden. Derzeit leben ca. 15,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland (München 34,4 Prozent, Nürnberg 37 Prozent). 62 Prozent der Zugewanderten kommen aus Europa, wobei die größte ethnische Minorität aus der Türkei stammt (14,2 Prozent aller Migranten). Ein Drittel aller in Deutschland lebenden Kinder unter fünf Jahren hat einen Migrationshintergrund [1]. Der Anteil der Migranten als Patienten wird in allen medizinischen Disziplinen zunehmen.

Einflussfaktoren

Migranten sind eine heterogene Patientengruppe, die das deutsche Gesundheitssystem vor besondere Herausforderungen stellt. Bei ihrer medizinischen Behandlung spielen migrationspezifische, kulturbedingte und soziale Einflussfaktoren eine Rolle. Zu den migrationspezifischen Faktoren zählen Einwanderungsmodus, Aufenthaltsstatus, Grad der Akkulturation, Sprachkompetenz, Herkunftsregion und Religion. Kulturbedingte Einflussfaktoren beinhalten differierende Krankheitskonzepte und andere Erwartungen an hiesige Behandler, Rollenkonflikte und Statusverluste nach Migration. Soziale Gesichtspunkte umfassen Bildungsgrad, Einkommen, Arbeits- und Wohnverhältnisse. Das Erkrankungsrisiko zum Beispiel für Brust-, Magen- oder Kolonkrebs und kardiovaskuläre Erkrankungen kann je nach Herkunftsregion des Einwanderers unabhängig von seinem Sozialstatus deutlich unter dem der

einheimischen Bevölkerung liegen und Jahre nach Einwanderung bestehen bleiben [4]. Bei differenzialdiagnostischen Überlegungen sollte bei Einwanderern an ein größeres Krankheitspektrum gedacht werden.

Unterschiede

Migranten nehmen Gesundheitsdienstleistungen inadäquat in Anspruch. In der Prävention und Gesundheitsaufklärung sind sie eindeutig unterrepräsentiert. Wohingegen in der Akutmedizin eine qualitativ fragwürdige Überversorgung stattfindet, was hohe Patientenzahlen in Notfallambulanzen widerspiegeln [2]. Einwanderer erhalten häufiger diagnostische Untersuchungen und mehr Arzneimittel verschrieben [3], was auf eine erschwerte Arzt-Patient-Kommunikation hinweist. Immer noch werden bei der Anamneseerhebung und Therapieplanung zum Übersetzen komplizierter medizinischer Inhalte unqualifiziertes Hilfspersonal oder Angehörige benutzt. Verständigungsschwierigkeiten führen häufiger zu Fehldiagnosen [6]. Wenn man sich typische Parameter für Volksgesundheit wie Säuglingssterblichkeit, Vorsorgeuntersuchungen, Zahngesundheit, Durchimpfungsrate, Unfallraten, Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen und Arbeitsunfälle anschaut, schneiden Migranten deutlich schlechter ab. Die Säuglingssterblichkeit (als wichtiger Marker für den Gesundheitszustand dieser Bevölkerungsgruppe) ist erhöht, denn Migrantinnen nehmen Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft deutlich später und seltener in Anspruch. Zuwandererkinder haben einen größeren Kariesbefall. Sie nehmen (im Vergleich zu 90 Prozent deutscher Schulanfänger) nur zu 50 Prozent bei den Untersuchungen U7 bis U9 teil. Während 84,2 Prozent der deutschen Schulanfänger nach Impfplan geimpft sind, sind es nur 57,5 Prozent der Zuwanderer [5]. Für einen wirksamen Schutz der Bevölkerung müsste eine Durchimpfungsrate von 90 Prozent vorliegen. Migranten nehmen weniger häufig Rehabilitationsleistungen (5,6 zu 10,6 Prozent) in Anspruch. Dabei erleiden Einwanderer bei geringerem Risikobewusstsein häufiger Arbeitsunfälle. Auch sind sie mehr an Verkehrsunfällen beteiligt. 17,5 Prozent der unfallbeteiligten Kinder unter sechs Jahren sind türkischen Ursprungs [5]. Aus gesundheitsökonomischer Sicht führt eine mangelhafte Prävention zu höheren volkswirtschaftlichen Kosten.

Änderungsbedarf

Deutschland ist faktisch seit langem ein Einwanderungsland. Ohne eine weitere Zuwanderung würde die Bevölkerung Deutschlands von heute 82 Millionen auf ca. 59 Millionen im Jahre 2050 sinken und vergreisen [1]. Das medizinische Versorgungssystem muss sich auf eine steigende Zahl an Migranten als Patienten einstellen. Eine angemessene Behandlung muss migrationspezifische Einflussfaktoren berücksichtigen. Einwanderungsländer wie die USA dokumentieren die ethnische Zugehörigkeit ihrer Patienten sehr genau. Das Controlling deutscher Krankenhäuser hat sich noch nicht auf eine sensible Erfassung von Einwanderern eingestellt. Daher ist die Datenlage zur Versorgung von Migranten in Deutschland sehr dürftig. Es bedarf großer prospektiver Studien mit medizinischen und sozialwissenschaftlichen Ansätzen. Die Qualitätssicherung von Versorgungsangeboten für Migranten sollte auf wissenschaftlich gesicherten, epidemiologischen Ergebnissen beruhen. Eine adäquate Aufklärung vor einer therapeutischen Maßnahme ist für deren Erfolg enorm wichtig. Bei Verständigungsschwierigkeiten sollten muttersprachliche Kommunikationshilfen existieren. Staatliche Behörden, Gesundheitsdienstleister, Kostenträger und die Industrie sind gefragt, Arbeitsmaterialien zur Versorgungsverbesserung zu entwickeln. Kultursensibles und sprachkompetentes Fachpersonal, welches bisher kaum vorhanden ist und meist ohne migrationspezifisches Konzept arbeitet, sollte eingestellt und gezielter eingesetzt werden. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Weiter- und Fortbildung von Entscheidungsträgern im Gesundheitssystem über die speziellen Versorgungsanforderungen bei Migranten.

Das Literaturverzeichnis kann bei der Verfasserin angefordert oder im Internet unter www.blaek.de (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.

Dr. Elif Duygu Cindik, Master in Public Health, Weiterbildungsassistentin zur Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Neurologische Klinik Bad Aibling, Kolbermoorer Straße 72, 83043 Bad Aibling, E-Mail: Dr.Cindik@gmail.com