

Beschlussvorlage	Geschäftsbereich	Soziales, Jugend & Integration
	Ressort / Stadtbetrieb	Ressort 201 - Jugendamt und Soziale Dienste
	Bearbeiter/in Telefon (0202) Fax (0202) E-Mail	Erika Kappes 563 2015 563 8038 Erika.Kappes@stadt.wuppertal.de
	Datum:	10.09.2002
	Drucks.-Nr.:	VO/0613/02 öffentlich
Sitzung am	Gremium	Beschlussqualität
19.11.2002	Jugendhilfeausschuss	Entscheidung
20.11.2002	Ausschuss Soziales und Gesundheit	Entscheidung
28.11.2002	Ausländerbeirat	Kenntnisnahme
21.11.2002	Seniorenbeirat	Kenntnisnahme
03.12.2002	Ausschuss Frauenförderung	Entscheidung
Bericht "Migration und Gesundheit"		

Grund der Vorlage

Der Sozial- und Gesundheitsausschuss hat der Verwaltung in der Sitzung am 06.03.2002 den Auftrag erteilt, einen Bericht zum Thema Migration und Gesundheit zu erstatten.

Beschlussvorschlag

1. Der Bericht „Migration und Gesundheit“ wird zur Kenntnis genommen.
2. Die Verwaltung wird beauftragt, auf Grundlage des Berichtes ein Handlungskonzept zu entwickeln.
3. Die in Kapitel 4 gemachten drei Vorschläge werden umgesetzt.

Einverständnisse

Unterschrift

Dr. Kühn

Begründung

Das Thema Migration und Gesundheit rückt in den letzten Jahren verstärkt in das Blickfeld der interessierten Öffentlichkeit

In der Diskussion wird immer wieder deutlich, dass erheblich Lücken um das Wissen über die gesundheitliche Situation der Bürgerinnen und Bürger mit Migrationshintergrund bestehen. Inzwischen wird der Versuch unternommen, das Bild für den Bereich der gesundheitlichen Versorgung zu erhellen.

Für Wuppertal soll der vorliegende Bericht einen entsprechenden Beitrag leisten und umsetzbare Empfehlungen aussprechen.

Da die Versorgung mit Gesundheitsleistungen formal allen hier lebenden Menschen zur Verfügung steht (Ausnahme bei Menschen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz) kommt es darauf an, jene Aspekte zu beleuchten, die eine Besonderheit in der Versorgung von Migrantinnen und Migranten aufweisen.

Kosten und Finanzierung

Zeitplan

Anlagen

Bericht „Migration und Gesundheit“

Bericht „Migration und Gesundheit“

Gliederung

0. Begründung

1. Einleitung

2. Definition „Migration“

- 2.1 Methodische Probleme/Migration als Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchung
- 2.2 Definition „Gesundheit“
- 2.3 Kultureller Hintergrund
- 2.4 Zugangsbarrieren/Sprachprobleme
- 2.5 Spezifische Erkrankungen und Inanspruchnahme von Leistungen
- 2.6 Interkultureller und muttersprachlicher Ansatz
- 2.7 Psychosoziale Versorgung
- 2.8 Pflege

3. Versorgung in Wuppertal

- 3.1 Ärztinnen und Ärzte mit Sprachkenntnissen
- 3.2 Beratungsangebote
- 3.3 Angebote des Gesundheitsamtes Wuppertal
 - 3.3.1 AIDS-Beratung
 - 3.3.2 Zahnärztlicher Dienst
 - 3.3.3 Beratungsstelle für sexuell übertragbare Erkrankungen und Prostituierte
 - 3.3.4 Auswertung der Impfdaten des Jugendärztlichen Dienstes für das Jahr 2001
 - 3.3.5 Mediasyl
- 3.4 Sonstige Daten für Wuppertal
- 3.5 Verkehrsunfälle von Kindern

4. Fazit/Empfehlungen

5. Anhang (Tabellen)

0. Begründung

Der Sozial- und Gesundheitsausschuss hat in der Sitzung am 06.03.02 der Verwaltung den Auftrag erteilt, einen Bericht zur Situation in Wuppertal zu erstatten. Der Bericht bietet einen Überblick über das Thema generell und die Situation in Wuppertal speziell.

1. Einleitung

Das Thema Migration und Gesundheit rückt in den letzten Jahren verstärkt in das Blickfeld der interessierten Öffentlichkeit.

In der Diskussion wird immer wieder deutlich, dass erheblich Lücken um das Wissen über die gesundheitliche Situation der Bürgerinnen und Bürger mit Migrationshintergrund bestehen. Inzwischen wird der Versuch unternommen, das Bild für den Bereich der gesundheitlichen Versorgung zu erhellen.

Für Wuppertal soll der vorliegende Bericht einen entsprechenden Beitrag leisten. Es wird - ohne den weiteren Ausführungen vorgreifen zu wollen - deutlich, dass Wuppertal im Vergleich keine signifikanten Auffälligkeiten aufweist. Dies darf jedoch nicht dazu verleiten, die Frage einer verbesserten Versorgung aufzugeben.

Es wird ein anerkannter Migrationsbegriff benutzt (1.-3.Generation). Der Begriff der Gesundheit wird bewusst auf die allgemein anerkannte Definition der WHO gestützt.

Da die Versorgung mit Gesundheitsleistungen formal allen hier lebenden Menschen zur Verfügung steht (Ausnahme bei Menschen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz) kommt es darauf an, jene Aspekte zu beleuchten, die eine Besonderheit in der Versorgung von Migrantinnen und Migranten aufweisen. Auf die Beschreibung des allgemein bekannten Versorgungssystems mit Gesundheitsleistungen kann daher an dieser Stelle ohne Informationsverlust verzichtet werden.

Es muss betont werden, dass alle Informationen und Daten ausnahmslos auf Ergebnissen und Erkenntnissen von Expertinnen und Experten basieren. So beziehen sich z.B. die Angaben zu Erkrankungen u.a. auf Daten des WIAD; Bonn. In den zugänglichen Veröffentlichungen tauchen regelmäßig gleichlautende Angaben zu Krankheitsbildern etc. auf.

Die Daten lassen nicht selten nur eine zurückhaltende Kommentierung zu. So bezieht sich z.B. der unter 3.3.4 beschriebene bessere Impfschutz nicht auf alle möglichen Erkrankungen.

2. Migration (Definition)

Im Rahmen des Berichtes werden alle nachfolgend aufgeführten Personengruppen unter den Begriff Migrantinnen und Migranten gefasst:

- Arbeitsmigrantinnen und -migranten/Familienangehörige
- EU-Bürgerinnen und Bürger
- Aussiedlerinnen und Aussiedler
- Flüchtlinge
- Eingebürgerte mit Migrationshintergrund

2.1 Methodische Probleme/Migration als Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen¹

Statistiken zu dem Thema sind kaum vorhanden und häufig methodisch bedenklich. Gründe hierfür sind u.a.:

- Migrantinnen und Migranten werden in Statistiken häufig aus methodischen Gründen kaum oder nicht berücksichtigt
- das Merkmal Migration ist nicht mehr generell gültig, da z.B. keine Personen berücksichtigt werden, die inzwischen eingebürgert wurden
- eine Verzerrung der Daten ist möglich, da nur ein jeweils bestimmter Personenkreis erfasst wird, d.h. Migrantinnen und Migranten stellen keine Zufallsauswahl dar, da sie am Heimatort einer gesundheitlichen Voruntersuchung unterzogen wurden
- heterogene Gruppe der Migrantinnen und Migranten durch kulturell geprägte Herkunft, Aufenthaltsdauer, Aufenthaltsmotiv, Religion
- regional erfasste Daten sind nicht verallgemeinerbar (teuer und schnell veraltet)
- Datenschutz und Ressortdenken
- unterschiedlicher Altersaufbau
- nicht alle gehören einer Problemgruppe an
- Flüchtlinge nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten medizinische Hilfe bei akuter Erkrankung und Schmerzzuständen (die Behandlung chronischer Erkrankungen bereitet Probleme; für illegal eingereiste Personen besteht keine gesetzliche Regelung)
- das Thema ist einer der schwierigsten Forschungsbereiche und in Fachverbänden und der Gesundheitspolitik nicht ausreichend verankert

2.2 Definition Gesundheit

Wenn die WHO-Definition von Gesundheit aus dem Jahre 1946 (Gesundheit ist „...ein Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“) anerkannt wird, dann kann kein Migrant gesund sein.² Diese Position ist weitreichend, wenn sie die Realität wirklich abbildet (siehe Kap. 2.7).

2.3 Kultureller Hintergrund

„Es ist wenig bekannt, welche Vorstellungen Zuwanderer selbst über gesundheitsbezogene Begrifflichkeiten und Zielsetzungen der Gesundheitsförderung und Prävention haben, was die Leute selbst meinen und wie sie es vermitteln würden.“³

Der kulturelle Hintergrund, die Religion beeinflussen in einem hohen Maße die Einstellung und das Verhalten. Unterschiedliche kulturelle Konzepte (Vorstellungen von der Entstehung von Krankheit, anderer Inhalt der Gesundheitsbegriffe) können eine andere Schilderung von Beschwerden und Deutung durch Angehörige bzw. Fachleute begründen.

Die Regeln der Religion führen zu Nahrungstabus und einer anderen Strukturierung des Tages, sodass z.B. in einem Krankenhaus Missverständnisse und Probleme auftreten können. „Der Zusammenhalt von Familien mit Migrationshintergrund und eine höhere Übereinstim-

¹ U.a. Gespräch mit Frau Prof. Dr. Boos-Nünning, Uni Essen und Frau Dr. Weilandt, WIAD (Wiss. Inst. der Ärzte, Bonn)

² Vgl. Gardemann, J.; Migration und Gesundheit - der öffentliche Gesundheitsdienst in der Koordination gesundheitlicher Vielfalt, in: Gesundheitswesen, 63/2001, Sonderheft 2, S. 118

³ Interkulturelles Gesamtkonzept, Abschlussbericht der Arbeitsgruppen. Hrsg. Stadt Solingen, 2001, S. 13

mung in Werten und Haltungen ist...nicht nur aus der Herkunftskultur heraus zu erklären, sondern auch als von den Migrationsbedingungen beeinflusster Entwicklungsprozess zu sehen.“⁴

Fachleute sollten in diesem Zusammenhang die Frage stellen, welchen Deutungen von Krankheitsprozessen sie begegnen und was für sie fremd daran ist. Erfahrungen mit Krankheit und Gesundheit aus dem Herkunftsland stellen eine Bereicherung des hiesigen Wissens dar.

2.4 Zugangsbarrieren/Sprachproblem

Das Versorgungssystem der Bundesrepublik bietet Migrantinnen und Migranten grundsätzlich eine Daseinsvorsorge. Dennoch gibt es Barrieren, die den Zugang von Betroffenen zum Hilfesystem erschweren. Diese sind u.a.:

- Ressortdenken/strukturelle Barrieren des Systems
- Sprache
- Kultur (kulturelle Einstellungen z.B. zu Hilfen, zum Körper, zu Therapien)
- Religion

„Viele Probleme äußern sich...im medizinischen Bereich, haben ihre Ursache aber in kulturellen, kommunikativen und administrativen Rahmenbedingungen.“⁵

Einem Teil der Migrantinnen und Migranten, der je nach Generationenzugehörigkeit unterschiedlich hoch ist, steht ein Sprachwortschatz zur Verfügung, der sehr begrenzt ist und Begriffe aus dem Bereich Körper; Psyche oder Gesundheit kaum beinhaltet. Kinder nehmen noch immer eine Dolmetscherrolle ein, sodass viele Erkrankungen wegen des eingeschränkten Wortschatzes der Kinder oder wegen der Schamgrenzen zwischen Eltern und Kindern nicht beschrieben werden. Es kommt vor, dass als Dolmetscherinnen und Dolmetscher Menschen auftreten, die keine entsprechende Qualifikation aufweisen und damit überfordert sind.

Wird das Gespräch in deutscher Sprache geführt, so kommt nicht selten eine Distanz in das Gespräch von Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzten, da in der Muttersprache eine höhere intellektuelle und emotionale Leistung erbracht werden kann (die gemeinsame Sprache überwindet durch eine höhere Vertrautheit mehr Sicherheit und Vertrautheit).⁶ Flächendeckende Dolmetscherdienste fehlen, wenn sie im Einzelfall benötigt werden. Zudem ist die Kostenübernahme nicht geklärt.

Folgendes ist bei der Kontaktaufnahme mit niedergelassenen Ärzten festzuhalten: „**Mangelnde Sprachkenntnisse** auf beiden Seiten und mangelnde **Zeitkontingente** im ‘normalen’ Praxisalltag verhindern in der Regel **vertiefende Gespräche** und eine **zutreffende Diagnosestellung** (Hervorhebungen durch d. Hrsg.).“⁷ Sprachprobleme begünstigen verspätetes Erkennen anamnesischer Fakten, damit verbunden einen erhöhten diagnostischen Aufwand. Zudem nimmt die Aufklärung über die Therapie Schaden und eine falsche Anwendung therapeutischer Maßnahmen ist möglich. Daher „...ist es nach wie vor notwendig, sich der **Versorgung von Migranten mit Sorgfalt und Energie** im gesundheitlichen **Versorgungskontext** anzunehmen.“⁸

2.5 Spezifische Erkrankungen und Inanspruchnahme von Leistungen

⁴ Migration und Sucht - Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (o.J.), S. 32

⁵ Gardemann, J.; Migration und Gesundheit - der öffentliche Gesundheitsdienst in der Koordination gesundheitlicher Vielfalt, in: Gesundheitswesen, 63/2001, Sonderheft 2, S. 118

⁶ Vgl. Bericht „Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen“, Hrsg. MFJFG 2000

⁷ Lichter, Karl; Vortrag in der Gesundheits- und Pflegekonferenz Wuppertal am 27.03.02, S. 5

⁸ ebenda, S. 5

In der Diagnostik werden bei Migrantinnen und Migranten häufig folgende Erkrankungen erfasst:

- Herzorgan
- Kreislauforgansystem
- Magen- und Darmorgane
- Depressionen

Auffällig sind für die Migrantinnen und Migranten ungünstige Unterschiede in Bezug auf Krankheit, Gesundheit und Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen z.B.

- Infektionskrankheiten
- Schwangerschaft und Geburt
- Zahngesundheit
- rehabilitative Leistungen
- Unfälle/Berufskrankheiten
- psychische Gesundheit

Weitere Unterschiede zur deutschen Bevölkerung⁹:

- höhere Säuglingssterblichkeit
- deutlicher Einfluss von Migrantinnen und Migranten auf Tbc-Epidemiologie¹⁰
- erhöhter Anteil von M.-Kindern bei Unfällen
- geringere Durchimpfungsrate
- Zahngesundheit (erhöhter Kariesbefall, geringere Inanspruchnahme zahnärztlicher Betreuungsmaßnahmen)
- geringere Inanspruchnahme von Reha-Maßnahmen

In einer Veröffentlichung des Landesinstitutes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD, Bielefeld) werden ähnliche Ergebnisse vorgestellt. Bei Migrantinnen und Migranten werden festgestellt¹¹:

- deutlich erhöhte Müttersterblichkeit
- deutlich mehr Infektionskrankheiten
- erhöhte Unfallzahlen und höherer Grad an Behinderungen
- verschärftes Suchtproblem
- HIV-infizierte Patienten nehmen später ärztliche Hilfe in Anspruch
- psychosoziale Probleme werden somatisiert
- erhöhter Anteil an Arbeitsunfällen

Eine erhöhte Säuglingssterblichkeit erklärt sich u.a. aufgrund einer geringeren Vorsorge (zeitlich und Anzahl) und eines erhöhten Stresses durch den Status als Migrantinnen. Der erhöhte Anteil an Tbc-Erkrankungen kann mit einer höheren Erkrankungsrate im Herkunftsland, einem geringeren sozialen Status und einer ungünstigen sozialen Lage erklärt werden.¹²)

⁹ Vortrag von Frau Dr. Weilandt, WIAD, im MFJFG am 30.10.01

¹⁰ Der Tbc-Dienst des Gesundheitsamtes Wuppertal beschreibt den erhöhten Anteil von Migrantinnen und Migranten

¹¹ LÖGD; Interkulturelle Gesundheitsförderung, Praxisheft, Bd. 3, Bielefeld 2000, S. 26

¹² Bericht „Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen“, MFJFG 2000

Ärztinnen und Ärzte stellten überdurchschnittlich häufig eine chronische Überforderung aufgrund einer mangelhaften Vorsorgeorientierung, schlechterer Allgemeinzustand, depressive Stimmungslage und chronische Schmerzen fest.¹³

Bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen fällt auf¹⁴:

1. **Früherkennungsuntersuchungen:** Zunächst hoher Anteil auch bei Kindern von Migrantinnen und Migranten, dann bis U 9 stark abfallend.
2. **Schutzimpfungen:** Hier muss zwischen denen unterschieden werden, die in der Bundesrepublik oder im Herkunftsland der Eltern geboren wurden. Die Durchimpfungsrate ist bei denen, die nicht in der Bundesrepublik geboren wurden, deutlich geringer. Bei dieser wie auch bei der Gruppe, deren Angehörige hier geboren wurden, ist eine Steigerungsrate zu verzeichnen, wenngleich die Rate z.T. deutlich geringer ausfällt als bei deutschen Kindern.
3. **Reha:** Migrantinnen und Migranten nehmen Reha-Maßnahmen in geringerem Maße wahr. Dies ist nur z.T. mit der Altersstruktur der Migrantinnen und Migranten (diese sind im Schnitt jünger) zu erklären.
4. der Anteil, bei dem von Patientinnen und Patienten Schmerzen beklagt werden, ist z.T. erkennbar höher als bei deutschen Patienten.
5. der Anteil, bei dem die Bedeutung der eigenen Erkrankung hoch eingestuft wird, ist deutlich höher als bei deutschen Patientinnen und Patienten.

Zudem gibt es Hinweise auf eine erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit. Eine fehlende oder unzureichende Information über bestehende Angebote führt zu einer verspäteten Therapie oder Chronifizierung der Erkrankung.

In Bezug auf das Suchtproblem kann festgestellt werden: „Genaue Zahlen zum Ausmaß von Suchtmittelkonsum und -abhängigkeit bei Migrantinnen und Migranten gibt es nicht. Vorhanden sind Schätzwerte, die die Abhängigkeitsquote der bundesdeutschen Gesamtbevölkerung auf diese Gruppe übertragen.“¹⁵

Es wird von einer Zahl von 300000 bis 400000 Suchterkrankten ausgegangen, wobei nicht zwischen legalen und illegalen Suchtmitteln unterschieden wird.¹⁶ Neben den Faktoren, die auch bei deutschen Jugendlichen eine begünstigende Rolle spielen können, treten bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund „...das Leben zwischen zwei Kulturen, das Verarbeiten von Konflikten und Widersprüchen zwischen dem Elternhaus, der Schule und der übrigen Gesellschaft...“¹⁷ als zusätzliche Belastungsfaktoren auf.

Das Landesprogramm gegen Sucht weist eindeutig auf den besonderen Hilfebedarf für die Gruppe der Migrantinnen und Migranten sowie der suchtkranken Aussiedlerinnen und Aussiedler – insbesondere Jugendlicher – hin. Deren Hilfebedarf wird als steigend angesehen.

Die in Wuppertal ansässigen niedrigschwelligen Sucht- und Drogenhilfeeinrichtungen bestätigen die auch im Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung von 2002 genannten Feststellungen, dass Untergruppen von jungen Aussiedlerinnen und Aussiedlern einen exzessiven Konsum von Alkohol und Heroin betreiben, auch wenn sich jugendliche Aussiedlerinnen und Aussiedler in den Konsummustern nicht von deutschen Jugendlichen unterscheiden.

Migrantinnen und Migranten aus Ost- und Südosteuropa greifen häufiger zu Alkohol als Migrantinnen und Migranten aus türkischen/nordafrikanischen/orientalischen Ländern.

¹³ Siehe „Migration und Sucht - Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, o.J.

¹⁴ Bericht „Gesundheit...“

¹⁵ „Migration und...“, S. 10

¹⁶ Vgl. ebenda, S. 10

¹⁷ ebenda, S. 26

Alkoholsucht ist ein eindeutiger Schwerpunkt im Suchtverhalten von Deutschen und von Migrantinnen und Migranten aus dem mittel-/osteuropäischen sowie südosteuropäischen Raum. Bei den Migrantinnen und Migranten aus anderen Herkunftsräumen ist diese Dominanz deutlich schwächer.

Ein großes migrantenspezifisches und behandlungsbedürftiges Problem scheint ein exzessiver Nikotinkonsum zu sein. Der Genuss von Tabak wird nicht im Zusammenhang mit gesundheitsschädlichen Auswirkungen gebracht. Bei illegalen Drogen wie Heroin und Kokain fallen bei einem Teil der Migrantinnen und Migranten bisweilen andere Konsummuster auf als bei Deutschen.

Bei zunehmender Sucht verwischen sich die kulturellen Unterschiede. Bei Frauen aus dem türkisch-islamischen Kulturkreis wird ein erheblicher Gebrauch von Tabletten, vor allem von Schmerzmitteln und Sedativa, beschrieben.¹⁸ Migrationsspezifische Hilfeangebote der Institutionen werden ausdrücklich empfohlen.

2.6 Interkultureller und muttersprachlicher Ansatz

„Interkulturelle Öffnung ist bisher eine freiwillige und von einzelnen Personen abhängige Aktion einzelner Einrichtungen und Dienste.“¹⁹ Das interkulturelle Konzept beinhaltet Ansätze zum Abbau von sprachlich, kulturell und migrationsbedingten Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung.²⁰ Es berücksichtigt die ungleichen Voraussetzungen bereits in der Planung für die Kommune, am Arbeitsplatz, in der Schule oder im Krankenhaus.²¹ Angesprochen ist die interkulturelle/kommunikative Kompetenz des gesamten Gesundheitsdienstes.

Allein die Vermittlung von Wissen über das jeweilige Herkunftsland reicht nicht aus. Es bedarf der Information über den Ursprung der Migrationsgeschichte, den Alltag und die Verhaltensweisen, die sich im Migrationsprozess und durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen entwickelten. Fachpersonal mit Migrationshintergrund wird nicht allein die Funktion von Dolmetscherinnen und Dolmetschern übernehmen, sondern wird in der Lage sein, schneller Vertrauen aufbauen und damit besser auf die Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten eingehen zu können.

Eine Voraussetzung für eine adäquate Hilfe ist die Veränderung der Personalstruktur, d.h. die Beschäftigung von Personal mit Sprachkompetenz und die Fort- und Weiterbildung deutschen Personals verbunden mit einer interkulturellen Ausrichtung. „Die interkulturelle Öffnung der Regeldienste muss für das Gesundheitswesen zur Leitidee des nächsten Jahrzehnts werden.“ (Erwin Jordan, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, 1999).²² Es bedarf differenzierter Ansprachekonzepte, die das Verstehen erleichtern, wie Beschwerden geschildert und diese von Betroffenen und Angehörigen gedeutet werden.

¹⁸ Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung, Mai 2002

¹⁹ Interkulturelles Gesamtkonzept. Abschlussbericht der Arbeitsgruppen, Hrsg. Stadt Solingen 2001, S. 13

²⁰ Vgl. LÖGD; Interkulturelle Gesundheitsförderung, Praxisheft, Bd. 3, Bielefeld 2000, S. 15

²¹ ebenda, S. 16

²² in: LÖGD; Interkulturelle Gesundheitsförderung, Praxisheft, Bd. 3, Bielefeld 2000, S. 15

2.7 Psychosoziale Versorgung

Die psychosoziale Versorgung ist ein wesentlicher Eckpfeiler in der Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Psychosomatische Erkrankungen entziehen sich der somatischen Behandlung.²³

Es gibt Hinweise auf eine erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit mit steigender Aufenthaltsdauer und auf die Somatisierung psychischer Probleme.²⁴ Das psychosoziale Hilfsangebot als Ganzes erreicht diese Zielgruppe nicht oder kaum, nicht nur der SpD! Migrantinnen und Migranten sind starken Stressoren und einem großen Assimilationsdruck ausgesetzt, die zu psychischen Belastungen führen. Die Verarbeitung und der Prozess gelingen oder misslingen in Abhängigkeit vom sozialen und psychosozialen Umfeld. Belastungen für Migrantinnen und Migranten²⁵:

- fehlende oder unzureichende Sprachkenntnisse
- Entwurzelung und in der Folge Identitätskrisen
- klimatische Anpassungsprozesse
- Wohnverhältnisse ungünstig bzw. beengt
- Veränderung der ursprünglichen Familienstruktur (Kleinfamilie, Rollenwandel, veränderter Erziehungsstil)
- ungünstige Schul- und Berufsaussichten
- ungesicherte Lebensplanung

Familiäre Bindungen nehmen z.B. durch längerfristige Trennung ab. Damit stehen geringere familiäre Ressourcen für Sozialisationsprozesse, den Umgang mit Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Versorgung der älteren Angehörigen zur Verfügung. Es kann zu einer Somatisierung psychischer Probleme kommen, d.h. Probleme werden auf die Organe verlagert (z.T. erklärbar durch kulturell bedingt unterschiedlichen Umgang mit Krankheit) oder Ärzte deuten die psychischen Anteile der Krankheit nicht, die dann verlagert werden. Folge ist eine u.U. vermeidbare Medikalisierung ohne Ursachenfindung.²⁶

Treffen mehrere Faktoren zusammen, dann sind psychische Störungen und somatische Erkrankungen nicht auszuschließen. „Die gesundheitlichen und sozialen Einrichtungen setzen sich verstärkt mit der Frage auseinander, welche Nutzergruppen sie erreichen und welchen Gruppen ihre Angebote nicht attraktiv genug sind.“²⁷ Auch hier muss die Frage gestellt werden, welche Gründe gegen den Besuch einer Beratungsstelle sprechen. Gegen den Besuch von Beratungsstellen sprechen²⁸:

- anderer kultureller Hintergrund
- Hemmschwelle
- Sprachprobleme

Die von Konstantin Lajos vorgelegte Untersuchung der Versorgung in Wuppertal²⁹ betont bereits 1993 die Notwendigkeit eines psychologischen Beratungsangebotes durch Fachleuten mit Migrationshintergrund. „Es ist abgesichert, dass die Einstellung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund die Maßnahme darstellt, die eindeutig zum Abbau

²³ Lichter, Karl; Vortrag im Rahmen der Gesundheits- und Pflegekonferenz Wuppertal am 27.03.02

²⁴ Frau Dr. Weilandt, WIAD

²⁵ Lichter, Karl; Vortrag..., S. 2f

²⁶ Siehe Bericht „Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen“, MFJFG 2000

²⁷ Freie und Hansestadt Hamburg, Gesunde soziale Stadt - Arbeitshilfen für Planungs- und Entscheidungsprozesse, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Amt für Gesundheit, Juli 2000, S. 27

²⁸ vgl. Lajos, Konstantin; Die psychosoziale Situation von Ausländern in der Bundesrepublik. Integrationsprobleme und seelische Folgen, Leske+Budrich, Opladen 1993, S. 99

²⁹ ebenda

der Zugangsbarrieren von Migrantinnen und Migranten zu psychosozialen Einrichtungen beiträgt.“³⁰ Auf die Notwendigkeit weist Karl Lichter in seinem Vortrag hin, wenn er davon spricht, dass „...Mitarbeiter von Sozialberatungsstellen bei etwa **20-30%** ihres Klientels mit Fragen und Problemen aus dem **psychosozialen oder psychosomatischen** Bereich konfrontiert (werden).“³¹

Migrantinnen und Migranten weisen häufig eine Tendenz zur Körperbezogenheit und einer damit verbundenen körperbezogenen Heilerwartung auf, sodass psychotherapeutische Maßnahmen nicht angenommen werden.

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes gibt für das Jahr 2001 den Anteil von Migrantinnen und Migranten an der Zahl der behandelten Patienten mit ca. 24% an.

2.8 Pflege

Repräsentative Daten für den Bereich der Pflege liegen kaum vor. In den letzten Jahren wendet sich das Interesse der Fachleute verstärkt der Frage zu, wie die Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund vor allem bei älteren Menschen gesichert werden kann.

Die unzureichende Inanspruchnahme der Pflegeversicherung hat mehrere Gründe. Bislang wird in der Regel die Pflege innerhalb der Familie als soziale Zuwendung gesichert vor dem Hintergrund kulturimmanenter Verhaltens. Pflegeangebote sind aufgrund von Sprachproblemen nicht ausreichend bekannt. Auf den Pflegebereich werden früher gemachte schlechte Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen übertragen.³²

Die Veränderungen der Familienstrukturen, d.h. die Entwicklung des generativen Verhaltens z.B. zur Kleinfamilie, die Rollenveränderung innerhalb der Familie führen dazu, dass die soziale Sicherung innerhalb der Familie nicht mehr in jedem Fall gewährleistet ist. Die Pflegeangebote als allgemein zugänglich anzusehen, fällt vielen Betroffenen schwer.

Seit 1998 gibt es in Wuppertal Ansätze, dieses Problem einer migrationsadäquaten Pflegeversorgung zu bearbeiten (Projekte des Diakonischen Werkes und des Berufsbildungswerkes zur Öffnung des Altenhilfesystems, erste Erhebungen im Rahmen der Pflegebedarfsplanung; weitere Projekte sind in Planung.

3. Versorgung in Wuppertal

Die durch Forschungsergebnisse gestützte These, dass sprachliche und kulturelle Barrieren die Behandlungschancen beeinträchtigen, dürfte auch für Wuppertal zutreffen - ungeachtet des großen Einsatzes der Fachkräfte.

In Tageseinrichtungen für Kinder erfolgt in Einrichtungen mit einem hohen Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund bei Sprach- und Gesundheitsproblemen eine hohe Beratungsleistung durch die Erzieherinnen und Erzieher. Die dort gemachten Erfahrungen deuten darauf hin, dass den Eltern das hiesige Gesundheitssystem nicht immer in ausreichendem Maße bekannt ist bzw. „Angst“ vor Entdeckung einer Erkrankung besteht.

Bei einer Bewertung der Situation in anderen Städten wird deutlich, dass Wuppertal hinsichtlich der Versorgung und Versorgungsprobleme keine Ausnahme bildet.

³⁰ Migration und Sucht - Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, S. 64, o.J.

³¹ Lichter, Karl, S. 4

³² Siehe z.B. Dr. med. Mabuse, Nr. 136, März/ April 2002, S. 23ff.

3.1 Ärzte mit Sprachkenntnissen

Die Kassenärztliche Vereinigung in Wuppertal wird in seinem demnächst erscheinenden Ärzterverzeichnis die Angabe zu den Sprachkenntnissen aufnehmen. Diese bezieht sich nicht auf das Praxenpersonal. Für die Krankenhäuser liegen die Angaben nicht vor und werden von der Medizinalaufsicht auch nicht erhoben. Diese Angaben würden ohnehin lediglich auf freiwilliger Basis erfolgen.

3.2 Beratungsangebote

In Wuppertal existieren derzeit 24 Beratungsangebote, die sich auch an Migrantinnen und Migranten wenden.³³ Nur zum Teil ist dort Fachpersonal mit entsprechenden Sprachkenntnissen vorhanden, wobei nicht in jedem Fall zu ersehen ist, ob es sich um muttersprachliches Personal oder Personal mit erworbenen Sprachkenntnissen handelt. Vereinzelt werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit englischen, russischen, polnischen, französischen, kurdischen, türkischen, griechischen, niederländischen, jugoslawischen, italienischen, kroatischen und spanischen Sprachkenntnissen (Stand 15.12.2001) beschäftigt. Diese Sprachkenntnisse sind jedoch nicht flächendeckend anzutreffen, sondern sind auf wenige Einrichtungen konzentriert. In Zusammenarbeit mit den im Psychosozialen Adressbuch aufgeführten Einrichtungen sollte diese Frage behandelt werden.

3.3 Angebote und Daten des Gesundheitsamtes Wuppertal

3.3.1 AIDS-Beratung

Konkrete Zahlen für Wuppertal liegen nicht vor. Migrantinnen und Migranten kommen häufig zu spät in die ärztliche Behandlung. Ein Grund bei denen, die aus Afrika stammen, ist die dortige Verdrängung des Themas. Sprachprobleme und Unkenntnis über die dämonisierte Erkrankung treten hinzu. Verdrängung und das Bestreben, die Infektion zu verheimlichen verhindern, dass Beratungsstellen aufgesucht werden.

Ein unterschiedliches Verständnis von Sexualität, Krankheit und Geschlechterrollen sowie die Dämonisierung von AIDS sind wesentliche Faktoren dafür, dass Präventionsmaßnahmen bei diesen Migrantinnen und Migranten nicht im notwendigen Maße Interesse finden. Gleiches gilt für Migrantinnen und Migranten mit islamischem Hintergrund.

An dem AK „Migration und HIV-Prävention, der von der Aidsberatungsstelle angeregt wurde, nehmen die Aidsberatungsstellen aus Wuppertal und die Migrationsdienste einschließlich Ressort 204 und RAA teil. Es wurde eine Informationsveranstaltung für Frauen in Kooperation mit einer islamischen Gemeinde und einer türkischen Ärztin durchgeführt. Eine Folgeveranstaltung für Männer und Informationsveranstaltungen für Imame im regionalen Kontext sind geplant. Für das Jahr 2002 ist eine Gesprächsrunde zum Thema mit Vertreterinnen und Vertretern ausländischer Vereine vorgesehen.

3.3.2 Zahnärztlicher Dienst beim Gesundheitsamt Wuppertal

³³ Psychosoziales Adressbuch für Wuppertal, Stadt Wuppertal, Ressort Jugendamt und Soziale Dienste, Stand 15.12.2001

Die Zahnärzte untersuchten Patienten im Rahmen des Asylberberleistungsgesetzes (AsylbLG). Die Patienten stammen aus Ost-, Südosteuropa, Asien und Afrika.

Die instrumentelle Patientenzufriedenheit mit der prothetischen Versorgung unterscheidet sich kaum zwischen niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten, muttersprachlichen Zahnärztinnen und Zahnärzten und denen des Gesundheitsamtes. „Andererseits empfinden die Patienten die Behandlung durch einen Zahnarzt ihrer Wahl, den sie zudem noch als Landsmann wahrnehmen, der ihre Sprache spricht, ihre Mentalität und ihre Geschichte aus eigener Erfahrung kennt, als nicht zu unterschätzende emotionale Unterstützung.“³⁴

Es steht zu vermuten, dass viele Asylbewerber in den Praxen offensichtlich nicht allein eine zahnärztliche Versorgung sondern darüber hinaus - und vielleicht sogar vor allem - ein Stück Heimat, i.e. emotionale Sicherheit suchen.“³⁵ „Eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Zahnärztlichen Dienst und den entsprechenden sozialen Einrichtungen...mag zumindest erklären, dass die Patienten...sich von den deutschen Zahnärzten des Gesundheitsamtes besser und umfassender betreut fühlen als von den niedergelassenen deutschen Kollegen in freier Praxis...“³⁶

3.3.3 Beratungsstelle für sexuell übertragbare Erkrankungen und Prostituierte

Die Daten lassen eine weitergehende methodisch gesicherte Interpretation nicht zu, da sie in den letzten Jahren nach Auskunft der Fachstelle innerhalb des Gesundheitsamtes nicht durchgängig erhoben wurden. Wenn sie dennoch aufgeführt werden, dann um einen Überblick über die Größe der Zahlen und die Herkunftsländer zu geben. Die Zahlen lassen keine Tendenz erkennen, die Rückschlüsse erlauben würde.

3.3.4 Auswertung der Impfdaten des Jugendärztlichen Dienstes der Stadt Wuppertal für das Jahr 2001

Aus diesen Daten ist ersichtlich, dass die Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund zum Zeitpunkt der Erhebung in Wuppertal bei Diphtherie, Tetanus, Masern, Mumps, Röteln einen besseren Impfschutz aufweisen als die Kinder deutscher Familien. Insgesamt ist der Impfstatus in Wuppertal besser als in Nachbarstädten, dennoch besteht mit Blick auf den Landesdurchschnitt ein Defizit.

Die im Anhang aufgeführten Daten zu BCG (Tuberkulose) können falsch interpretiert werden. Seit Jahren wird eine Impfung nicht mehr empfohlen, sodass dieser Umstand den hohen Anteil erklärt.

3.3.5 Mediasyl

Seit Anfang 2000 führt das Gesundheitsamt zusammen mit dem Ressort für Zuwanderung und Integration das Projekt „Mediasyl“ durch. Ziel ist die Verbesserung der medizinisch gesundheitlichen Versorgung von Asylbewerbern in den von R. 204 betriebenen Wohnheimen der Stadt Wuppertal.

³⁴ Wolf, M.; Rosenberger, W.; Zahnärztliche Versorgung von Migranten - eine gesundheitspsychologisch-epidemiologische Untersuchung, o.J., Zahnärzte beim Gesundheitsamt Wuppertal

³⁵ ebenda

³⁶ ebenda

Schwerpunkt der Tätigkeit ist die medizinische Beratung. Es werden auch Behandlungen akuter Erkrankungen durchgeführt. Damit eine Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patientinnen und Patienten entstehen kann, wird das Projekt nur von zwei Ärzten betreut (durch den Leiter des Gesundheitsamtes und seinen Stellvertreter). Die Niederschwelligkeit des Angebotes ließe sich verbessern, indem die Hilfe aufsuchend in den jeweiligen Wohnräumen angeboten wird.

Eine entscheidende Voraussetzung für den Erfolg des Projektes ist die gute Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern von R. 204 und den beteiligten Ärzten des Gesundheitsamtes. Gesundheitliche Probleme werden durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im Vorfeld sondiert und die Ärzte des Gesundheitsamtes gezielt informiert. Da den Ärzten des Gesundheitsamtes nur einmal pro Woche ein Vormittag für die Tätigkeit zur Verfügung steht, besteht zwangsläufig zwischen Asylbewerberinnen und Asylbewerbern und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern ein engeres Vertrauensverhältnis, da diese in der Regel täglich vor Ort sind. Über R. 204 werden aus den Reihen der Asylbewerber sprachkompetente Übersetzer organisiert. Als günstig erweist sich, wenn hierfür Asylbewerberinnen und Asylbewerber aus dem Heimatland der Betroffenen zur Verfügung stehen, die eine Ausbildung als Ärztin oder Arzt aufweisen.

Die Arten der therapierten Krankheitsbilder entsprechen denen einer üblichen Allgemeinarztpraxis; die Krankheitsschwerpunkte sind allerdings häufig anders angesiedelt. So bilden psychische und psychosomatische Erkrankungen einen Schwerpunkt. Probleme in diesem Bereich bereiten nicht selten die ärztlich verschriebener Psychopharmaka mit teilweise erheblichem Suchtpotential, das den Patientinnen und Patienten nicht immer bewusst ist; dies gilt auch für die Einnahme von Schlafmitteln. Auch hier ist häufig ein Aufklärungsdefizit durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bzw. auch ein Verständnisdefizit durch die Patientinnen und Patienten zu konstatieren.

Sprachprobleme spielen eine nicht unerhebliche Rolle. Seitens R. 204 wurde deshalb eine Ärzteliste mit Aufführung der jeweiligen Sprachkompetenz erstellt, die für die Beratung und Weiterleitung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern in adäquater ärztliche Behandlung hilfreich ist. Neben den Schwellenängsten von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern bei Erkrankungen eine(n) Ärztin oder Arzt zu konsultieren gibt es Fälle, in denen Patienten mehrere Ärzte aufsuchen und die mit gleichem Wirkstoff verordneten Medikamente unkontrolliert einnehmen. Dies kann zu einer erheblichen Überdosierung mit gesundheitsrelevanten Nebenwirkungen führen. Problematisch ist es, wenn aus dem Herkunftsland mitgebrachte Medikamente eingenommen werden und die hier behandelnden Ärztinnen oder Ärzte ohne diese Information den gleichen Wirkstoff unter anderem Handelsnamen verschreiben; auch dies führt häufig zu einer Überdosierung. Gelegentlich nehmen die Patientinnen und Patienten auch Medikamente ein, deren Wirkstoff in der Bundesrepublik nicht gebräuchlich ist. Diese müssen dann hinsichtlich der Wirkstoffumstellung informiert werden.

Pro Vormittag werden in der Regel 15-20 Patienten beraten bzw. behandelt. Für jeden Patientinnen und steht somit ein Zeitbudget von 10-15 Minuten zur Verfügung. Unabhängig von dem humanitären Aspekt einer adäquaten medizinischen Versorgung leistet das Projekt „Mediasyl“ auch wirtschaftlich einen Beitrag zur Kostendämpfung bei den durch R. 204 zu tragenden Krankheitskosten. Dies ist darin begründet, dass bei ärztlichen Behandlungen im Rahmen von Mediasyl für R. 204 lediglich die Medikamentenkosten anfallen und zudem der Zugang der Asylbewerberinnen und Asylbewerber zum vorhandenen Gesundheitssystem im Rahmen der Möglichkeiten sachgerecht kanalisiert wird.

3.4 Sonstige Daten für Wuppertal

Gesamtbevölkerung am 31.12.01: 367 684

davon Migrantinnen und Migranten: 49 777

davon m/w: 26 091/23 686

Altersstruktur:

Deutsche:

00 bis unter 07: 019 181 = 6,03%

07 bis unter 19: 037 105 = 11,67%

19 bis unter 66: 200 044 = 62,93%

66 und älter: 061 577 = 19,37%

Migrantinnen und Migranten:

00 bis unter 07: 004 151 = 8,34%

07 bis unter 19: 007 913 = 15,9%

19 bis unter 66: 035 669 = 71,66%

66 und älter: 002 044 = 4,11%

3.5 Verkehrsunfälle von Kindern in Wuppertal

Die im Anhang aufgeführten Daten der Polizeidirektion Wuppertal verdeutlichen einen Tatbestand, der nicht nur für Wuppertal zu beobachten ist. Nach Aussage von Dr. Albrecht³⁷ (Städt. Kliniken Dortmund) sind M.-Kinder überproportional an Unfällen beteiligt. Im häuslichen und Verkehrsbereich könnte die Zahl deutlich reduziert werden. Eine Lösung stellt die Bildung einer Querschnittsarbeitsgruppe „Prävention von Kinderunfällen“ dar; dabei sind Schulen, Kindergärten und Krankenkassen einzubeziehen.

Als eine Erklärung des höheren Anteils von M.-Kindern an Verkehrsunfällen wird durch die Fachstelle der Polizei in Wuppertal die unzureichende Umstellung auf die hiesigen Verhältnisse genannt. So lassen z.B. einige Eltern ausländischer Herkunft ihre Kinder noch sehr spät abends auf der Strasse spielen. Z.T. müssen diese Kinder bereits in sehr jungen Jahren auf ihre noch jüngeren Geschwister aufpassen. Vor dem Hintergrund der großen Verkehrsdichte sind sie hier überfordert.

Schulungsangebote hinsichtlich des Verhaltens im Straßenverkehr werden nicht oder kaum angenommen; die Eltern nehmen als Mittler nicht ausreichend teil. Ansprachen in der Muttersprache führen trotz großer Bemühungen z.B. der Polizei nicht zu einer entscheidenden Verbesserung der Situation. Dennoch wird unablässig nach Wegen gesucht, die Betroffenen anzusprechen und zu informieren.³⁸

³⁷ Workshop des MFJFG in Düsseldorf am 07.03.02 zum Thema „Gesundheitsförderung im Stadtteil“

³⁸ Fachstelle der Polizei in Wuppertal

4. Fazit/Empfehlungen

Der Bereich Migration und Gesundheit ist ungeachtet vielfältiger Bemühungen und des großen Einsatzes professioneller und ehrenamtlicher Kräfte noch nicht in einem wünschenswerten Maße entwickelt. Der Bericht bietet einige Ansatzpunkte zur weiteren Ausgestaltung der Versorgung. Drei Aspekte sollten aus Gründen der Praktikabilität vorrangig behandelt werden:

1. der weitere Aufbau eines interkulturellen Beratungsangebotes unter Berücksichtigung muttersprachlicher Fachkräfte;
2. die Erarbeitung eines Wegweisers für Migrantinnen und Migranten, der alle für diesen Personenkreis speziell geeigneten Angebote und Ansprechpartner auflistet (Ärzte mit Migrationshintergrund, Beratungsstellen, Behörden etc.) und
3. Die bevorstehende psychosozialen Planung durch 201.P nimmt die Migrantinnen und Migranten als Zielgruppe auf. Angebote und Hilfen im Bereich der Sozialpsychiatrie, Sucht- und Drogenhilfe sowie der Obdachlosenhilfe (geschlechtsspezifisch) sollen auf ihre Angebote und Maßnahmen hin befragt werden. Kooperationsstrukturen und Schnittstellen sowie Überlegungen bezüglich einer Weiterentwicklung der psychosozialen Versorgung für Migrantinnen und Migranten werden ebenfalls Teil der Planung sein.

Anhang

Zu 3.3.3 „Sexuell übertragbare Erkrankungen“

Jahr	Untersuchung.	Neuanmeld.	Anteil M.	Herkunft
1996	1146	134	39 = 29%	20 Osteuropa 10 EU 9 Sonstige
1997	1124	167	38 = 23%	16 Osteuropa 2 EU 20 Sonstige
1998	1074	189	42 = 22%	5 Afrika 3 Ghana 1 Marokko 1 Südamerika 1 Brasilien 1 Kuba 1 Thailand 5 Osteuropa 8 Polen 2 Tschech. Rep. 1 Russland 2 Lettland

				3 Griechenland 1 Österreich 7 Sonstige
1999	1171	196	39 = 20%	7 Ghana 1 Marokko 1 Tunesien 1 Dom. Rep. 2 Brasilien 2 Thailand 7 Polen 2 Tschech. Rep. 3 Russland 1 Lettland 1 Usbekistan 1 Ukraine 1 Slowenien 1 Jugoslawien 1 Bosnien 1 Kroatien 4 EU 1 Türkei 1 Albanien 3 Sonstige
2000 (keine Angaben für Dezember)	992	153	41 = 27%	14 Polen 2 Tschech. Rep. 4 Brasilien 2 Ukraine 1 Niederlande 2 Thailand 2 Kenia 2 Griechenland 1 Kuba 1 Kroatien
2001	737	110	54 = 49%	3 Litauen 1 Spanien 7 Thailand 1 Niederlande 4 Ukraine 1 Österreich 2 Litauen 10 Polen 2 Togo 3 Ghana 1 Italien 8 Russland 1 Türkei 1 Griechenland 1 Bulgarien 1 Belgien 1 Nigeria 1 Marokko 1 Slowakei 1 Estland 1 Rumänien 1 Lettland 1 Kenia

Zu 3.3.4 „Impfdaten des Jugendärztlichen Dienstes“

Impfung	Deutsch Jungen	Deutsch Mädchen	Gesamt	Migranten Jungen	Migranten Mädchen	Gesamt
BCG ³⁹	96,2%	95,9%	96,0%	96,6%	97,1%	96,8%
Polio ⁴⁰	90,1%	91,4%	90,8%	88,1%	84,7%	86,4%
Polio ⁴¹	3,3%	2,6%	3,0%	88,1%	84,7%	86,4%
Diphth. ⁴²	49,0%	46,4%	47,8%	41,8%	38,7%	40,2%
Diphth. ⁴³	48,6%	51,5%	49,8%	54,8%	59,1%	57,0%
Tetanus ⁴⁴	49,6%	46,4%	48,0%	40,6%	37,6%	39,1%
Tetanus ⁴⁵	48,4%	51,4%	49,8%	55,9%	59,9%	57,9%
Pertussis ⁴⁶	12,1%	13,1%	12,6%	14,2%	17,5%	15,9%
Pertussis ⁴⁷	71,8%	74,2%	73,0%	71,6%	70,4%	71,0%
Masern ⁴⁸	60,5%	65,8%	63,0%	61,3%	54,4%	57,8%
Masern ⁴⁹	23,1%	21,5%	22,3%	31,8%	38,3%	35,1%
Mumps ⁵⁰	61,9%	65,8%	63,8%	61,7%	54,4%	57,9%
Mumps ⁵¹	23,3%	21,6%	22,4%	32,6%	38,3%	35,5%
Roeteln ⁵²	38,3%	27,1%	32,9%	26,4%	18,2%	22,2%
Roeteln ⁵³	42,4%	53,6%	47,8%	46,4%	47,8%	47,1%

Pertussis = Keuchhusten

BCG = Tuberkulose

Zu 3.4 „Sonstige Daten für Wuppertal“

Einwohner/innen nach Nationen, Altersgruppen und Geschlecht 31.12.2001

Nationen	Alters- gruppe	Geschlecht		
		männlich	weiblich	zusammen
EU-Griechenland	00 bis unter 07	218	207	425
	07 bis unter 12	172	147	319
	12 bis unter 19	264	271	535
	19 bis unter 26	414	337	751
	26 bis unter 46	1 195	998	2 193
	46 bis unter 66	939	805	1 744
	66 bis unter 76	122	98	220
	76 und älter	13	15	28

³⁹ keine

⁴⁰ 3 Impfungen

⁴¹ 4 oder mehr

⁴² 3 Impfungen

⁴³ 4 oder mehr

⁴⁴ 3 Impfungen

⁴⁵ 4 Impfungen

⁴⁶ 3 Impfungen

⁴⁷ 4 oder mehr

⁴⁸ 1 Impfung

⁴⁹ 2 Impfungen

⁵⁰ 1 Impfung

⁵¹ 2 Impfungen

⁵² keine

⁵³ 1 Impfung

EU-Griechenland Ergebnis		3 337	2 878	6 215
EU-Italien	00 bis unter 07	265	258	523
	07 bis unter 12	223	212	435
	12 bis unter 19	325	321	646
	19 bis unter 26	402	329	731
	26 bis unter 46	1 450	1 061	2 511
	46 bis unter 66	1 151	583	1 734
	66 bis unter 76	155	76	231
	76 und älter	23	27	50
EU-Italien Ergebnis		3 994	2 867	6 861
Jugoslawien	00 bis unter 07	192	215	407
	07 bis unter 12	160	162	322
	12 bis unter 19	227	180	407
	19 bis unter 26	262	193	455
	26 bis unter 46	634	537	1 171
	46 bis unter 66	544	503	1 047
	66 bis unter 76	60	48	108
	76 und älter	6	10	16
Jugoslawien Ergebnis		2 085	1 848	3 933
Marokko	00 bis unter 07	55	87	142
	07 bis unter 12	61	59	120
	12 bis unter 19	133	104	237
	19 bis unter 26	186	128	314
	26 bis unter 46	421	213	634
	46 bis unter 66	145	136	281
	66 bis unter 76	50	13	63
	76 und älter	3		3
Marokko Ergebnis		1 054	740	1 794
Türkei	00 bis unter 07	759	719	1 478
	07 bis unter 12	675	589	1 264
	12 bis unter 19	823	780	1 603
	19 bis unter 26	914	891	1 805
	26 bis unter 46	2 712	2 157	4 869
	46 bis unter 66	1 188	1 191	2 379
	66 bis unter 76	249	156	405
	76 und älter	12	22	34
Türkei Ergebnis		7 332	6 505	13 837
31.12.2001		17 802	14 838	32 640

Einwohner/innen nach Nation, Altersgruppen und Geschlecht am 31.12.2001

Nation	Alters- gruppe	Geschlecht		
		männlich	weiblich	zusammen
Ausländer	00 bis unter 07	2 107	2 044	4 151
	07 bis unter 12	1 752	1 563	3 315
	12 bis unter 19	2 399	2 199	4 598
	19 bis unter 26	3 046	3 166	6 212
	26 bis unter 46	9 893	8 648	18 541
	46 bis unter 66	5 784	5 132	10 916
	66 bis unter 76	952	690	1 642
	76 und älter	158	244	402
Ausländer Ergebnis		26 091	23 686	49 777
Deutsche	00 bis unter 07	9 769	9 412	19 181
	07 bis unter 12	7 850	7 501	15 351

12 bis unter 19	11 162	10 592	21 754
19 bis unter 26	11 191	11 205	22 396
26 bis unter 46	47 547	45 833	93 380
46 bis unter 66	40 962	43 306	84 268
66 bis unter 76	14 724	19 520	34 244
76 und älter	7 382	19 951	27 333
Deutsche Ergebnis	150 587	167 320	317 907
Wuppertal 31.12.2001	176 678	191 006	367 684

Zu 3.5 „Verkehrsunfälle von Kindern in Wuppertal“

Kinderauswertung Wuppertal 1997

Nationalität	Fußgänger		Radfahrer		Mitfahrer (PKW, BUS, sonst.)	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
gesamt	96	60	45	8	36	21
deutsche Kinder	72	45	40	7	28	18
ausländische Kinder	24	15	5	1	8	3
- davon türkische Kinder	13	5	3	1	2	2
- davon griechische Kinder	0	0	0	0	1	0
- davon italienische Kinder	1	4	0	0	3	0
- davon marokkanische Kinder	1	0	2	0	0	0
- davon jugoslawische / kroatische Kinder	3	4	0	0	0	0

Kinderauswertung Wuppertal 1998

Nationalität	Fußgänger		Radfahrer		Mitfahrer (PKW, BUS, sonst.)	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
gesamt	73	44	39	5	12	10
deutsche Kinder	52	31	26	4	12	9
ausländische Kinder	21	13	13	1	0	1
- davon türkische Kinder	13	5	8	0	0	0
- davon griechische Kinder	1	1	0	0	0	0

- davon italienische Kinder	0	2	0	0	0	1
- davon marokkanische Kinder	0	0	0	0	0	0
- davon jugoslawische / kroatische Kinder	1	1	3	1	0	0

(1999 keine Aufteilung nach männlich / weiblich!)

Kinderauswertung Wuppertal 1999

Nationalität	Fußgänger	Radfahrer	Mitfahrer (PKW, BUS, sonst.)
	alle	alle	alle
gesamt	119	63	46
deutsche Kinder	83	49	38
ausländische Kinder	36	14	8
- davon türkische Kinder	26	8	4
- davon griechische Kinder	1	0	0
- davon italienische Kinder	6	1	2
- davon marokkanische Kinder	0	0	0
- davon jugoslawische / kroatische Kinder	5	1	1

Kinderauswertung Wuppertal 2000

Nationalität	Fußgänger		Radfahrer		Mitfahrer (PKW, BUS, sonst.)	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
gesamt	83	50	28	6	20	35
deutsche Kinder	64	36	20	4	14	26
ausländische Kinder	19	14	8	2	6	9
- davon türkische Kinder	12	7	3	0	6	5
- davon griechische Kinder	1	2	0	1	0	0
- davon italienische Kinder	1	0	0	1	0	0
- davon marokkanische Kinder	3	1	2	0	0	0
- davon jugoslawische / kroatische Kinder	1	3	0	0	0	1

Kinderauswertung Wuppertal 2001
--

Nationalität	Fußgänger		Radfahrer		Mitfahrer (PKW, BUS, sonst.)	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
gesamt	79	31	29	9	14	16
deutsche Kinder	55	26	23	7	11	15
ausländische Kinder	24	5	6	2	3	1
- davon türkische Kinder	9	3	4	2	3	1
- davon griechische Kinder	1	0	0	0	0	0
- davon italienische Kinder	1	0	0	0	0	0
- davon marokkanische Kinder	2	1	0	0	0	0
- davon jugoslawische / kroatische Kinder	4	0	0	0	0	0

Quelle: Polizeipräsidium Wuppertal, Abteilung GS 3 - 6262 -