



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Life Sciences
Department Gesundheit

Surveillance meldepflichtiger Infektionskrankheiten unter Berücksichtigung des Migrationsstatus in Deutschland

Diplomarbeit

Erstprüfer: Prof. Dr. Ralf Reintjes
Zweitprüfer: Dipl. Gesundheitswirt Ralf Krumkamp

Gunnar Paetzelt



Vorgelegt am 03 März 2009.

Dankwort

Mein Dank gilt allen, die mich während meines Studiums und der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben; insbesondere:

- Ralf Reintjes und Ralf Krumkamp, für die Betreuung
- Nicole Stampf, vom statistischen Bundesamt Wiesbaden und Dr. Claus, vom Robert Koch Institut in Berlin, als Datenlieferanten
- meinen Geschwistern und Eltern
- den Bielefelder und Hamburger Kolleginnen und Kollegen des MEHO Projektes, hier insbesondere Johann Popp
- Tom Meier
- allen Kommilitoninnen und Kommilitonen der Fachprojekte Epidemiologie – GBE, der Wintersemester 06/07 und 07/08
- allen Kommilitoninnen und Kommilitonen, die meine Tutorien besucht haben und mit denen ich sehr viel gelernt habe.

Kurzfassung

Der Anteil der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund in Deutschland nimmt stetig zu. Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass es bei der Ausbreitung von Infektionskrankheiten ein Ungleichgewicht zu Ungunsten der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund gibt. Um diese behandeln und eindämmen zu können ist eine Betrachtung bevölkerungsspezifischer Infektionsdaten von großer Bedeutung. Diese Arbeit beschreibt zunächst die interessierende Bevölkerungsgruppe und das Surveillancesystem in Deutschland. Desweiteren wurden verfügbare Datenmaterialien und eine Auswahl relevanter meldepflichtiger Infektionskrankheiten im Bezug auf die Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund ermittelt und eine migrationspezifische Darstellung der gewonnenen Daten durchgeführt. Ziel ist das Aufzeigen von Lücken in der erforderlichen Datenverfügbarkeit und die Diskussion möglicher Lösungsansätze.

Um die Bevölkerungsgruppen mit und ohne Migrationshintergrund im Bezug auf Infektionskrankheiten vergleichen zu können, wurden Inzidenzen für HIV und Tbc berechnet. Die Daten stammen aus Datenbanken des Robert Koch Institutes, Ausländerzentralregisters und des statistischen Bundesamtes. Die Daten wurden deskriptiv analysiert und unter Berücksichtigung des Migrationshintergrundes dargestellt.

Die dargestellten Ergebnisse bestätigen mit Einschränkungen das Ungleichgewicht in der Verteilung von Infektionskrankheiten in den betrachteten Bevölkerungsgruppen in Deutschland. Allerdings unterliegt die Analysemethode einigen Limitationen.

Die ermittelten Datenquellen aus amtlichen Statistiken sowie aus der Gesundheitsberichterstattung ergeben ein nicht einheitliches Bild im Bezug auf bestehende Merkmale zum Migrationshintergrund; der Begriff wird unterschiedlich operationalisiert. Eine Aussage über die tatsächliche Höhe des Ausmaßes bezüglich der Beeinflussung der Verteilung von Infektionskrankheiten durch einen Migrationshintergrund, lässt sich auf Grundlage der vorhandenen Daten nicht machen. Hierfür wäre eine einheitliche Erfassung des Migrationshintergrundes, sowohl in amtlichen Statistiken, als auch bei der Fallerfassung, erforderlich.

Inhaltsverzeichnis

Dankwort	2
Kurzfassung	3
Inhaltsverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	6
1 Einleitung	7
2 Hintergrund	9
2.1 Migrationsbewegungen in Deutschland.....	9
2.2 Bevölkerung mit Migrationshintergrund	11
2.3 Surveillance von Infektionskrankheiten in Deutschland.....	14
3 Methode	18
4 Ergebnisse	20
4.1 Tuberkulose	20
4.2 HIV	23
5 Diskussion	26
5.1 Datenquellen und Methode	26
5.2 Ergebnisse	27
5.2.1 Tuberkulose	27
5.2.2 HIV	29
5.2.3 Hepatitiden	30
5.3 Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus	30
5.4 Underreporting in der Surveillance	31
5.5 Indikatoren	32
6 Fazit	34
Literaturverzeichnis	35
Anhang	38
Poster: Infektionskrankheiten in Deutschland unter Berücksichtigung des Migrationsstatus: Was sagen die Meldedaten aus?	39
Erklärung	40

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Zu - und Fortzüge über die Grenzen Deutschlands in Millionen	11
Abbildung 2:	Verschiedene Ausprägungen des Migrationsstatus	12
Abbildung 3:	Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2005	13
Abbildung 4:	Migrationserfahrung der Bevölkerung 2005	13
Abbildung 5:	Melde-Übermittlungswege und Fristen nach IfSG	17
Abbildung 6:	Tuberkulose-Inzidenz pro 100.000 Einwohner nach Geschlecht	20
Abbildung 7:	Tuberkulose-Inzidenz pro 100.000 Einwohner nach Geschlecht und Nationalität	21
Abbildung 8:	Tuberkulose-Inzidenz pro 100.000 Einwohner nach Nationalität und Hoch- Niedrigprävalenzland	22
Abbildung 9:	Tbc-Inzidenz im zeitlichen Verlauf.....	22
Abbildung 10:	HIV-Inzidenz pro 100.000 Einwohner nach Geschlecht	23
Abbildung 11:	HIV-Inzidenz pro 100.000 Einwohner nach Geschlecht und Herkunftsland	25
Abbildung 12:	Inzidenz pro 100.000 Einwohner nach Herkunft aus Deutschland, Hoch - und Niedrigprävalenzland	25

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Gemeldete Tuberkulose Fälle nach Nationalität und Geburtsland in Prozent	21
Tabelle 2:	Gemeldete HIV Fälle nach Herkunftsland in Prozent	24

Abkürzungsverzeichnis

AZR	Ausländerzentralregister
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
Destatis	Statistisches Bundesamt Deutschland - Internetauftritt
EU	Europäische Union
GENESIS	Statistisches Bundesamt – Onlinedatenbank
HBV	Hepatitis B
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HWWI	Hamburger Weltwirtschaftsinstitut gGmbH
IfSG	Infektionsschutzgesetz
MEHO	Migrant and Ethnic Health Observatory
RKI	Robert Koch Institut
StBa	Statistisches Bundesamt
Tbc	Tuberkulose
UN	United Nations
UNAIDS	United Nations Programme on HIV/AIDS
WHO	World Health Organisation

1 Einleitung

Durch die zunehmende Globalisierung, die Erweiterung des europäischen Marktes und den formalen Wegfall von Staatsgrenzen in der Europäischen Union (EU) steigt die Anzahl von Migranten in den EU Mitgliedsstaaten. Im Jahr 2005 lag die Zahl internationaler Migranten in Europa bei 64 Millionen [United Nations (UN) 2006]. Dies hat auch einen Einfluss auf die gesundheitliche Situation in Europa, da der Migrationsstatus mit der persönlichen Gesundheitssituation assoziiert ist [Razum et al. 2004, Carta et.al 2005]. Allerdings sind die Bedingungen und Hintergründe für die Einflussfaktoren nur unzureichend geklärt.

Das EU-weite Projekt „Migrant and Ethnic Health Observatory (MEHO)“ zielt auf die Analyse der Faktoren, die Gesundheit von Migranten beeinflusst, sowie auf die Entwicklung von Indikatoren zur Erfassung des Gesundheitszustandes von Menschen mit Migrationshintergrund auf europäischer Ebene. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind in das „Workpackage 7 – Infectious Diseases“ des MEHO Projektes eingeflossen.

Auch in Deutschland nimmt Migration einen hohen Stellenwert ein. Laut dem Statistischen Bundesamt (StBa) lebten per 31.12.2007, 6,75 Millionen Bürger mit ausländischer Staatsangehörigkeit im Bundesgebiet [StBa 2008 a]. Die Anzahl der Einwohner mit Migrationshintergrund liegt jedoch erheblich höher. Um Populationen mit Migrationshintergrund besser quantifizieren zu können, wurden im Mikrozensus 2005 neue Fragen in das Programm aufgenommen. Nach diesen Daten liegt der Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund bei 15,3 Millionen Menschen, was einem Anteil von 18,6% der deutschen Gesamtbevölkerung entspricht [StBa 2007]. Da der Anteil der Bürger mit Migrationshintergrund an der deutschen Gesamtbevölkerung in den nächsten Jahren weiter steigen wird, spielt diese Bevölkerungsgruppe für das Gesundheitssystem eine zunehmende Rolle [Razum und Spallek 2007]. Daher gewinnt auch die Erfassung bevölkerungsspezifischer Gesundheitspotentiale und möglicher Gesundheitsrisiken immer mehr an Bedeutung.

Infektionskrankheiten spielen unter Personen mit Migrationshintergrund eine bedeutende Rolle, da sich Prävalenzen und Inzidenzen weltweit (z.B. HIV) wie auch innerhalb Europas (z.B. Hepatitis B) stark unterscheiden. Weiterhin weisen verschiedene Studien auf eine höhere Krankheitslast für HIV [Saul et al. 2000], Tuberkulose [Laifer et al. 2007] und Hepatitiden [Marshall et.al. 2005, Holbach et al. 2004, Erhardt 2003] in Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund hin.

Somit ist eine gezielte Erhebung des Migrationsstatus von Infizierten sinnvoll, um importierte Infektionen erkennen, behandeln und eine weitere Ausbreitung verhindern zu können [Gushulak und MacPherson 2004].

Auf Grundlage des MEHO Projektes verfolgt die vorliegende Arbeit für die Situation in Deutschland folgende Ziele:

- Darstellung der Migrationsbewegungen und der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund;
- Beschreibung des deutschen Surveillance-Systems;
- Sichtung der vorhandenen Datenlage im Bezug auf Migrationsstatus und meldepflichtige Infektionskrankheiten;
- bevölkerungsspezifische Darstellung der gewonnenen Daten;
- Aufzeigen von Lücken in der erforderlichen Datenverfügbarkeit und Diskussion möglicher Lösungsansätze.

2 Hintergrund

2.1 Migrationsbewegungen in Deutschland

„Von Migration spricht man, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt räumlich verlegt. Von internationaler Migration spricht man dann, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht“ [Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) 2005].

Während Deutschland im 19. und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts noch ein Auswanderungsland war, ist es seit Mitte der 1950er Jahre eines der wichtigsten Zielländer für Migranten. Nach den Flüchtlingsströmen, als Folge des zweiten Weltkrieges (ca. 12 Mio. Vertriebene und Flüchtlinge von 1945 bis 1949), lassen sich die Bevölkerungsströme durch verschiedene Phasen und Formen unterscheiden [Hamburger Weltwirtschaftsinstitut (HWWI) 2007].

Zur Zeit des beginnenden wirtschaftlichen Aufschwungs Mitte der 1950er Jahre waren es ausländische Arbeitskräfte, die über Anwerbeabkommen mit Italien, der Türkei, Spanien, Jugoslawien und Griechenland als sogenannte Gastarbeiter nach Deutschland kamen (1968: 1,9 Mio. ausl. Arbeitskräfte; bei Anwerbestopp 1973 2,6 Mio.). Auch wenn die Anwerbung zunächst nicht auf Dauer vorgesehen war, lebt heute noch ein Großteil dieser Zuwanderergruppe und deren nachfolgenden Generationen in Deutschland und repräsentieren damit einen erheblichen Anteil der Menschen, die einen Migrationshintergrund haben. Die nachziehenden Familienangehörigen der angeworbenen Arbeitskräfte stellen ebenfalls eine große Gruppe von Zuwanderern.

Eine weitere Gruppe, stellen Spätaussiedler, die als deutschstämmige in erster Linie aus Polen, Rumänien und den ehemaligen Staaten der Sowjetunion stammen (1,4 Mio. von 1950-1987; 397.000 in 1990). Kriegsflüchtlinge und Asylantragsteller sind ebenfalls eine quantitativ relevante Zuwanderungsgruppe (ca. 1,1 Mio. zwischen 1988-1992) [HWWI 2007].

Der Höhepunkt der Einwanderungswelle wurde Anfang der 1990er Jahre erreicht. Auf Grund der Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage, sowie der zunehmenden Relevanz der Einwanderungsgruppen in allen Lebensbereichen, begann zu dieser Zeit zunehmend die Diskussion über Steuerungsmöglichkeiten und Integration der zugewanderten Bevölkerungsgruppen. Wesentliche, teilweise kontrovers diskutierte, Ereignisse hierbei waren:

- der Asylkompromiss 1993, der den Zugang zu politischem Asyl nachhaltig einschränkte;

- das neue Staatsangehörigkeitsgesetz, das im Januar 2000 in Kraft trat;
- die Einführung der „Green Card“ zur Anwerbung von IT-Fachkräften 2000;
- der langwierige Prozess zur Verabschiedung des Zuwanderungsgesetzes, das im Januar 2005 in Kraft trat [HWWI].

Im Bezug auf die absolute Anzahl der Zuzüge zählt Deutschland innerhalb Europas weiterhin zu den Spitzenreitern [BAMF 2008].

Der Migrationsbericht enthält Daten über Zu- und Fortzüge auf das Gebiet von Deutschland, die auf Grund der vorgeschriebenen Meldeprozedur erhoben werden und sich auf einen Zeitraum von in der Regel einem Jahr beziehen. Alle Zuwanderer können auf Grund Ihres Zugangsrechts in verschiedene Gruppen unterteilt werden. Die wesentlichen sind:

- Ehegatten- und Familiennachzug aus Drittstaaten;
- Asylantragsteller;
- Werkvertrags- und Saisonarbeitnehmer, sowie andere Formen zeitlich begrenzter Arbeitsmigration;
- Zuzüge von EU-Staatsangehörigen;
- jüdische Zuwanderer;
- Studierende;
- Spätaussiedler;
- rückkehrende deutsche Staatsbürger [BAMF 2005].

In Bezug auf das Gesamtwanderungsgeschehen, auf Basis der Zu- und Fortzugsstatistik, ergibt sich für Deutschland in der Zeit von 1992 bis 2007 folgendes Bild:

Die Anzahl der Zuzüge von rd. 1,5 Mio. (1992) nimmt stetig auf 680.000 (2007) ab. Hierbei liegt der Anteil von ausländischen Staatsbürgern bei rund zwei Drittel. Der Anteil der Fortzüge liegt permanent unter der Anzahl der Zuzüge, so dass sich, mit sinkender Tendenz, immer ein positives Wanderungssaldo ergibt [BAMF 2008] (s. Abbildung 1).

Der Frauenanteil der Zuzüge bewegt sich hierbei relativ konstant zwischen 38,8% (1992) und 40,7% (2007). Der Anteil der Frauen bei den Fortzügen liegt bei 35,8% im Jahr 2001 und 38,5% im Jahr 2007 [BAMF 2008].

Was die Herkunft der Zuwanderer betrifft ist festzustellen, dass sich, im Gegensatz zur so- genannten ‚Gastarbeiterwanderung‘, die Länderstruktur vervielfältigt hat. Kein Land hat einen überproportional hohen Anteil, wobei etwa zwei Drittel der Zuwanderer aus Europa kommen. Festzustellen ist jedoch, dass nach jedem Beitritt eines weiteren Landes zur EU die Zuwanderungen aus diesen Ländern vorübergehend zunahmten [BAMF 2008].

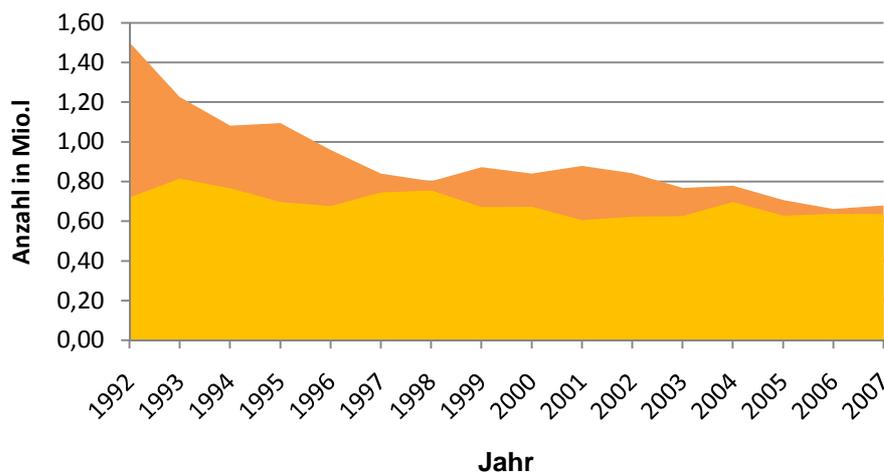


Abbildung 1:
Zu- und Fortzüge über die Grenzen Deutschlands in Millionen
 Quelle: BAMF (2008), eigene Auswertung

Am Ende des Jahres 2007 stellte die Bevölkerungsgruppe mit türkischer Staatsangehörigkeit den größten Anteil der ausländischen Bevölkerung (1,7 Mio. was 25,4% aller ausländischen Staatsangehörigkeiten entspricht), gefolgt von Menschen aus Italien, Polen, dem ehemaligen Jugoslawien, Griechenland und der russischen Föderation (BAMF 2008).

2.2 Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Im Focus meiner Betrachtung stehen Bevölkerungsgruppen, die einen Migrationshintergrund besitzen. Das bedeutet, dass der Anteil der Menschen, die in den amtlichen Statistiken seit jeher in Bezug auf Migration genannt werden (Ausländer, Spätaussiedler, Vertriebene etc.), um die Gruppe von in Deutschland geborenen Nachkommen erweitert werden muss.

Im Mikrozensus 2005 wurde der Begriff Migration, durch das Konzept der ‚Bevölkerung mit Migrationshintergrund‘ ersetzt. Nach verschiedenen Ausschlüssen und Annahmen ergibt sich für den Mikrozensus folgende Definition:

Zu den Menschen mit Migrationshintergrund zählen „...alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ [StBa 2007].

Durch die Neuaufnahme verschiedener Fragen konnten die bis dato erhobenen Variablen erweitert werden, so dass erstmalig aus einer einzigen Quelle Aussagen zu folgenden Merkmalen gemacht werden können:

- Staatsangehörigkeit, Geburtsland Deutschland oder außerhalb
- Zuzugsjahr,
- Einbürgerung,
- Staatsangehörigkeit, Einbürgerung beider Eltern, sowie
- für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die mit ihren Eltern in einem gemeinsamen Haushalt leben, analoge Angaben zu den Großeltern [BAMF 2005].

Auf Grund der hinzugewonnenen Variablen, lässt sich die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund nicht nur quantifizieren, sondern auch in verschiedene Gruppen untergliedern (s. Abbildung 2).

Bevölkerung insgesamt
1 Deutsche ohne Migrationshintergrund
2 Personen mit Migrationshintergrund im weiteren Sinn insgesamt
2.1 Personen mit nicht durchweg bestimmbareren Migrationsstatus
2.2 Personen mit Migrationshintergrund im engeren Sinn insgesamt
2.2.1 Zugewanderte (Personen mit eigener Migrationserfahrung) insgesamt*
2.2.1.1 Ausländer*
2.2.1.2 Deutsche*
2.2.1.2.1 Deutsche Zuwanderer ohne Einbürgerung
2.2.1.2.2 Eingebürgerte**
2.2.2 Nicht Zugewanderte (Personen ohne eigene Migrationserfahrung) insgesamt*
2.2.2.1 Ausländer* (2. und 3. Generation)
2.2.2.2 Deutsche*
2.2.2.2.1 Eingebürgerte**
2.2.2.2.2 Deutsche mit mindestens einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil
2.2.2.2.2.1 mit beidseitigem Migrationshintergrund
2.2.2.2.2.2 mit einseitigem Migrationshintergrund

* Zusätzlich nach Staatsangehörigkeit gliederbar;

** Zusätzlich nach früherer Staatsangehörigkeit gliederbar;

Abbildung 2: Verschiedene Ausprägungen des Migrationsstatus

Quelle: StBa (2007)

Der Mikrozensus ist eine amtliche Repräsentativstatistik über die Bevölkerung, an der 1% aller Haushalte beteiligt ist und die Ergebnisse der letzten Volkszählung fort schreibt. Der Mikrozensus dient der Bereitstellung statistischer Informationen über die wirtschaftliche und soziale Lage der Bevölkerung sowie über die Erwerbstätigkeit, den Arbeitsmarkt und die Ausbildung (Mehrzweckstichprobe). Darüber hinaus dient er der Rationalisierung anderer amtlicher Statistiken, wie z.B. der Einkommens und Verbrauchsstichprobe. Anzumerken ist hierbei, dass ein Teil der Merkmale in Bezug auf den Migrationshintergrund nur alle vier Jahre abgefragt wird [Ickler 2004].

Nach dem Mikrozensus liegt der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund bei knapp 19%, was 15,3 Mio. Menschen entspricht. Hiervon sind ca. 8 Mio. (10% der Gesamtbevölkerung) Deutsche mit Migrationshintergrund, was 52% aller Personen mit Migrationshintergrund entspricht, und ca. 7,3 Mio. (9% der Gesamtbevölkerung), Ausländer mit Migrationshintergrund (s. Abbildung 3). Der Migrationshintergrund lässt sich auf Grund der erfassten verschiedenen Ausprägungen weiter in Personen mit eigener und ohne eigene Migrationserfahrung, sowie in verschiedene aufenthaltsrechtliche Kategorien untergliedern (s. Abbildung 4).

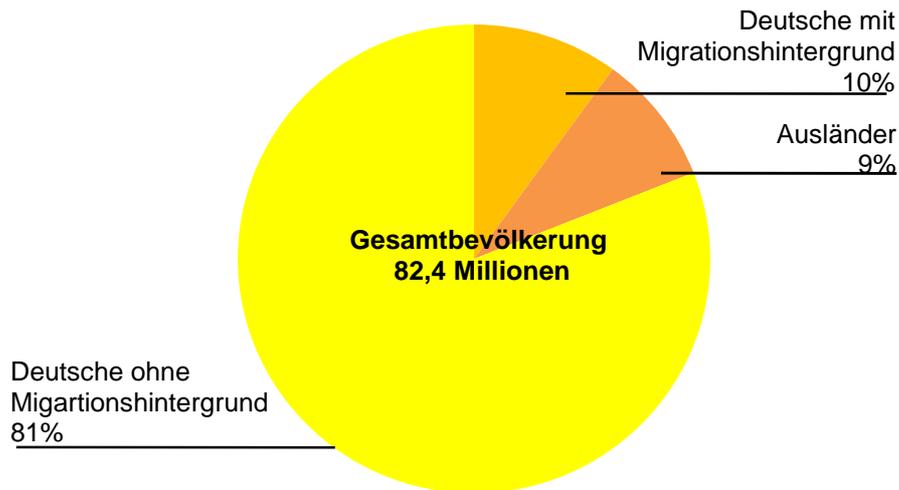


Abbildung 3:
Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2005

Quelle: StBa (2006)

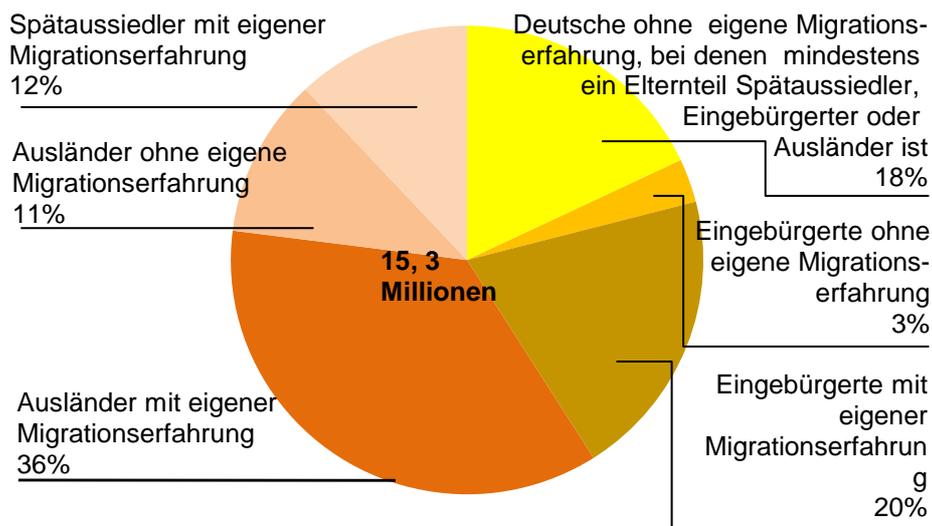


Abbildung 4:
Migrationserfahrung der Bevölkerung 2005

Quelle: StBa (2006)

Anzumerken ist, dass die Gesamtzahl der laut Mikrozensus in Deutschland lebenden Ausländer (7,3 Mio.) aufgrund der Erhebungsmethode (Bevölkerungsfortschreibung seit der letzten Volkszählung) und wegen einer Registerbereinigung des Ausländerzentralregisters(AZR) im Jahr 2004, erheblich von der tatsächlich laut AZR in Deutschland lebenden Ausländern (6,7 Mio.), abweicht [BAMF 2008].

2.3 Surveillance von Infektionskrankheiten in Deutschland

Surveillance ist die „...permanente Wachsamkeit im Hinblick auf Ausbreitung und Trends bei der Anzahl von Neuerkrankungen durch die systematische Erhebung, Verarbeitung und Evaluation von Berichten zur Morbidität und Mortalität und anderer relevanter Daten“ und die zeitgerechte Verbreitung von Daten an „alle, die informiert sein müssen“ [Langmuir 1963].

Eine Rechtsgrundlage der Arbeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes und die Grundlage der Surveillance für übertragbare Krankheiten in Deutschland, ist das im Jahr 2001 in Kraft getretene „Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen“ (Infektionsschutzgesetz, IfSG), das das bis dahin geltende Bundesseuchengesetz ablöste [Wirtz 2005]. Wesentliche neue Aspekte des Gesetzes waren:

- die Aufgabenteilung zwischen lokalen Gesundheitsämtern und Landes- und Bundesbehörden;
- die Validierung der Fälle anhand von Falldefinitionen;
- die Verlagerung der Meldeverantwortlichkeiten von Ärzten auf Labore;
- die Übermittlung der Einzelfalldaten an das Robert Koch Institut (RKI) [Dierich und Ammon 2005].

Dem RKI wird, durch die Verankerung im IfSG (§§ 4, 12, 13), eine zentrale Rolle als Einrichtung des Bundes für die Überwachung und Prävention von Infektionskrankheiten zugeschrieben. Es führt die Meldedaten zusammen und erarbeitet Präventionskonzepte [Dierich 2005]. Darüber hinaus hat das RKI auf Grundlage des IfSG ein Meldesystem entwickelt, das infektionsepidemiologische Daten zur Überwachung der Situation in Deutschland erfasst und somit auch Voraussetzungen zur Einbindung Deutschlands in ein europäisches Netzwerk zur Überwachung von Infektionskrankheiten schafft [Oppermann 2007]. Des Weiteren hat das Bundesministerium für Gesundheit, als politische Verantwortungsinstanz, dem RKI die fachliche Verantwortung der Gesundheitsberichterstattung des Bundes übertragen.

Das Meldesystem unterscheidet in namentliche und nichtnamentliche Einzelfallmeldungen. Ausgangspunkt für die Pflicht der namentlichen Meldung, die an die örtli-

chen Gesundheitsämter erfolgen, ist die Notwendigkeit, dass das Gesundheitsamt möglichst früh Informationen erhält, um Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung ergreifen zu können [Ammon und Breuer 2003]. Das Gesundheitsamt entscheidet weiterhin, ob es sich um einen übermittlungspflichtigen Fall über die Landesbehörden an das RKI handelt.

Die §§ 6-9 des IfSG regeln die namentliche Meldepflicht von Krankheiten, bzw. Krankheitserregern. So sind 15 Krankheitsbilder (darunter akute Virushepatitis, Masern und behandlungswürdige Tbc) schon bei Verdacht meldepflichtig. Bestätigt sich der Verdacht, ist keine weitere Meldung erforderlich, jedoch ist dem Gesundheitsamt mitzuteilen, wenn sich der Verdacht nicht bestätigt [§8 Abs.5 IfSG], um unnötige Ermittlungstätigkeiten zu vermeiden. Der Meldepflicht unterliegen Ärzte, Leiter von Laboreinrichtungen und Leiter von Einrichtungen der pathologischen – anatomischen Diagnostik [§ 8 IfSG]. Des Weiteren sind bei rund 50 Erregergruppen der direkte oder indirekte Nachweis, namentlich zu melden [§ 7 IfSG].

Die namentliche Meldung durch Ärzte enthält unter anderem, folgende Angaben:

- Name, Vorname
- Geschlecht
- Geburtsdatum
- Wohnort
- Diagnose, bzw. Verdachtsdiagnose
- Tag der Erkrankung
- Land in dem die Infektion wahrscheinlich erworben wurde, bei Tbc zusätzlich Geburtsland und Nationalität [§9 Abs.1 IfSG]

Die namentliche Meldung durch Laboreinrichtungen wird durch zusätzliche Angaben zu Untersuchungsbefund, Nachweismethode etc. ergänzt [§ 9 Abs.2 IfSG].

Darüber hinaus gibt es für meldende Ärzte und Labore nach § 15 IfSG unter Umständen bundeslandspezifische zusätzliche Meldeverpflichtungen, die auf Grund der epidemischen Lage bestehen können.

Eine nichtnamentliche Meldung ist für 7 Krankheitserreger (darunter HIV) durchzuführen. Nichtnamentliche Meldungen erfolgen direkt an das RKI, da hier ein fallbezogenes Eingreifen zum Schutz der Bevölkerung durch das Gesundheitsamt nicht angezeigt ist. Die nichtnamentliche Meldung direkt an das RKI enthält unter anderem folgende Angaben:

- für HIV: eine fallbezogene Verschlüsselung und das Herkunftsland
- Geschlecht
- Geburtsdatum
- Untersuchungsbefund

- Nachweismethode
- wahrscheinlicher Infektionsweg, wahrscheinliches Infektionsrisiko
- Land in dem die Infektion wahrscheinlich erworben wurde [§10 IfSG].

Die zweigleisige Meldepflicht durch Ärzte und Labore erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass ein Fall zumindest auf einem Wege gemeldet wird. Weitere Eckpunkte der Meldepflicht sind:

- Einbeziehung epidemiologisch bedeutsamer Daten zum Einzelfall (z.B.: Infektionsrisiken) in die Meldeverpflichtung;
- Bestätigung der gemeldeten Krankheiten/Laborbefunde anhand standardisierter Kriterien;
- Elektronische Übermittlung der Einzelfalldaten an das RKI [Oppermann 2007].

Die Fallübermittlung ist ebenfalls durch das IfSG geregelt. Sie unterliegt bestimmten Fristen. Der behandelnde Arzt, bzw. das Labor hat namentlich meldepflichtige Krankheiten/Erreger innerhalb von 24 Stunden an das zuständige Gesundheitsamt zu melden. Das Gesundheitsamt ergreift ggf. Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung oder einzelner Bevölkerungsgruppen und fasst die eingehenden personenbezogenen und epidemiologischen Daten zu einem Fall zusammen und ergänzt sie ggf. durch zusätzliche Informationen. Ob es sich um einen Fall handelt, der über die Landesbehörde an das RKI übermittlungspflichtig ist, wird durch Abgleich mit bundesweit einheitlichen, vom RKI erarbeiteten, Falldefinitionen festgestellt. Die Falldefinitionen enthalten klinische, epidemiologische und labordiagnostische Kriterien. Sie stellen somit einen Filter dar, der über Sensitivität und Spezifität der Surveillance bestimmt. Somit erhalten die Meldedaten eine höhere Qualität und durch die Anwendung der Falldefinitionen wird auch eine Vergleichbarkeit der Daten auf Landes- und Bundesebene möglich [Dreesman und Bender 2005].

Nichtnamentlich meldepflichtige Krankheitserreger sind innerhalb von 24 Stunden an das RKI zu melden [IfSG].

Das RKI meldet ausgewählte Krankheiten dann an das europäische Netzwerk für die epidemiologische Überwachung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten, bzw. an die WHO, weiter (s. Abbildung 5).



Abbildung 5:
Melde- Übermittlungswege und Fristen nach IfSG
 Quelle: Oppermann H (2007)

Eine weitere Aufgabe des RKI besteht darin, die Daten zusammenzuführen und damit die Qualität der Daten zu sichern, infektionsepidemiologische Auswertungen durchzuführen und diese zu veröffentlichen. Die Veröffentlichungen erfolgen regelmäßig im „Epidemiologische Bulletin“ und im „Infektionsepidemiologischen Jahrbuch“. Des Weiteren werden die Daten zum Teil in der Internet-basierten Datenbank „SurvStat“ frei recherchierbar zur Verfügung gestellt. Der Datenbestand wird wöchentlich aktualisiert und erlaubt die Erstellung eigener Tabellen und Grafiken.

3 Methode

Zur Ermittlung von potentiellen Datenquellen und der Erfassung der darin enthaltenen Indikatoren für den Migrationshintergrund wurden Literaturrecherchen und Expertenbefragungen durchgeführt. Weiterhin wurde eine Literaturrecherche zum Ausmaß von Underreporting in Bezug auf die interessierenden Erkrankungen und Bevölkerungsgruppen durchgeführt.

Als Datenquellen für die Analyse wurden die Falldaten für HIV, Tuberkulose und Hepatitis B (HBV), des RKI, der Jahre 2001 bis 2007 genutzt. Um Inzidenzen berechnen zu können, wurden als Referenzdaten die Bevölkerungszahlen des StBa verwendet.

Für die Gesamtpopulation wurden die Daten des Bevölkerungsstandes der einzelnen Jahre laut temporärer Tabelle von GENESIS online genutzt [StBa 2008 b]; für die ausländische Bevölkerung die berichteten Zahlen der Fachserien 1 Reihen 2 [StBa 2008 a], wobei hier, ab dem Jahr 2004, nicht die Zahlen der Bevölkerungsfortschreibung, sondern die ausgewiesenen Zahlen des Ausländerzentralregisters Verwendung fanden. Daten zu nicht ausgewiesene Ausprägungen des Merkmals ‚Nationalität‘ wurden gesondert angefordert [StBa 2008 c]. Die für den Vergleich erforderlichen Zahlen der deutschen Bevölkerung wurden durch eigene Berechnungen ermittelt (ausländische Bevölkerung subtrahiert von der Gesamtbevölkerung).

Es wurden HIV und Tbc - Inzidenzen für in Deutschland lebende Menschen, stratifiziert nach Geschlecht berechnet. Für HIV wurden Anteilwerte der gemeldeten Fälle für das Merkmal ‚Herkunftsland‘, sowie für Tbc, Anteilwerte der gemeldeten Fälle für die Merkmale ‚Nationalität‘ und ‚Geburtsland‘, dargestellt.

Zusätzlich fand eine Stratifikation der gemeldeten HIV - und Tbc - Fälle nach ‚Migrationshintergrund‘ statt. Die Klassifizierung in Personen mit oder ohne Migrationshintergrund erfolgte bei den Falldaten für HIV über das Merkmal ‚Herkunftsland‘ und für Tbc über das Merkmal ‚Nationalität‘. Bei den Referenzdaten des StBa erfolgte die Zuordnung nach Migrationshintergrund für HIV und Tbc über die Variable ‚Nationalität‘.

Des Weiteren wurden für HIV und TBC Inzidenzen für die Herkunft aus Hoch- und Niedrig-prävalenzländern berechnet. Als Hochprävalenzländer wurden für HIV die Länder mit generalisierter Epidemie (1% und mehr der Gesamtbevölkerung sind betroffen) laut UNAIDS Bericht [UNAIDS 2006] und für Tuberkulose die 22 Länder mit

den höchsten Inzidenzsteigerungen laut WHO Tuberkulose Bericht [WHO 2007] definiert.

Darüber hinaus wurden die nach ‚Migrationshintergrund‘ stratifizierten Inzidenzen für Tbc im zeitlichen Verlauf dargestellt. Hierfür wurde das Jahr 2001 als Referenzwert festgelegt und die Inzidenzen jeweils durch den Wert des Jahres 2001 dividiert.

Die Analyse der Daten erfolgte mit SPSS[®] 15 für Windows und Microsoft[®] Excel 2007.

4 Ergebnisse

4.1 Tuberkulose

Im betrachteten Zeitraum ist für Tuberkulose (Tbc) eine rückläufige Tendenz der Inzidenzen für gemeldete Fälle von 9,2/100.000 im Jahr 2001 auf 5,8/100.000 im Jahr 2007 festzustellen. Die männliche Bevölkerung weist hierbei im gesamten Zeitraum rund 1,5-mal höhere Inzidenzen auf, wobei die Inzidenzen für Männer (2001: 11,5/100.000; 2007: 7,0/100.000) stärker abnehmen, als die der Frauen (2001: 6,9/100.000; 2007: 4,6/100.000) (s. Abbildung 6).

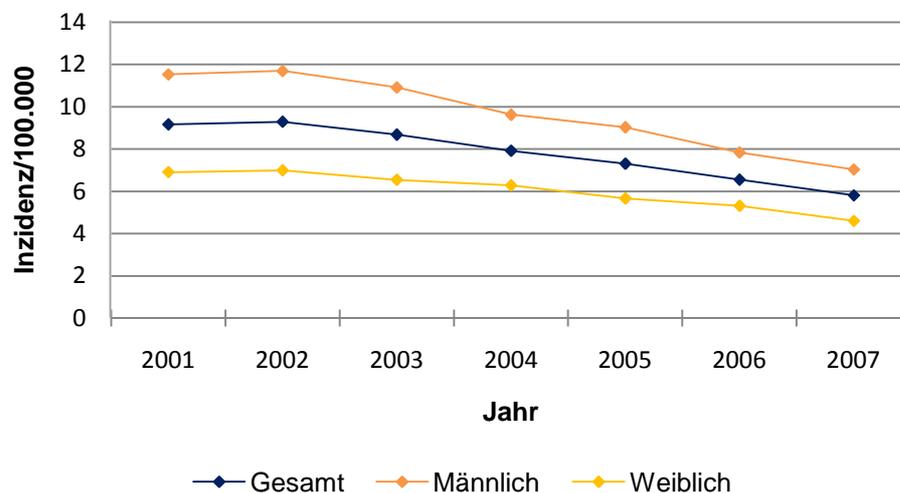


Abbildung 6:
Tuberkulose-Inzidenz pro 100.000 Einwohner nach Geschlecht
 Quelle: RKI (2008), StBa (2008 b); eigene Berechnung.

Bei der getrennten Betrachtung nach Migrationshintergrund ist festzustellen, dass jährlich durchschnittlich rund 30% aller gemeldeten Fälle auf Menschen mit nichtdeutscher Nationalität und rund 40% auf Menschen mit nichtdeutschem Geburtsland entfallen. Die Höhe der den Merkmalen nicht zuzuordnenden Fälle liegen für ‚Nationalität‘ im Schnitt bei 3,5% und für ‚Geburtsland‘ bei rund 5% (s. Tabelle 1).

Tabelle 1:
Gemeldete Tuberkulose Fälle nach Nationalität und Geburtsland in Prozent
 Quelle: RKI (2008); eigene Berechnung

	Nationalität		Geburtsland	
	Nicht Deutsch	Nicht zuzuordnen	Nicht Deutschland	Nicht zuzuordnen
2001	30,90%	5,65%	37,48%	9,84%
2002	30,78%	3,00%	39,01%	6,94%
2003	31,95%	2,57%	42,04%	4,05%
2004	34,28%	2,36%	44,24%	3,32%
2005	33,33%	2,95%	43,81%	3,50%
2006	32,07%	4,35%	41,12%	4,91%
2007	32,35%	5,03%	40,48%	5,05%

Die Inzidenzen der zuzuordnenden gemeldeten Fälle sind bei Menschen nichtdeutscher Nationalität deutlich höher, als bei der deutschen Bevölkerung (2001: 31,9/100.000 vs. 6,4/100.000; 2007: 24,1/100.000 vs. 4,2/100.000). Auch hier weist die männliche Bevölkerung durchgehend höhere Inzidenzen als die weibliche auf. Tendenziell zeigt sich im betrachteten Zeitraum, mit Ausnahme des Jahres 2004, insgesamt ein stärkerer Rückgang der Inzidenzen in der Population der Nichtdeutschen, als in der deutschen Bevölkerung (s. Abbildung 7).

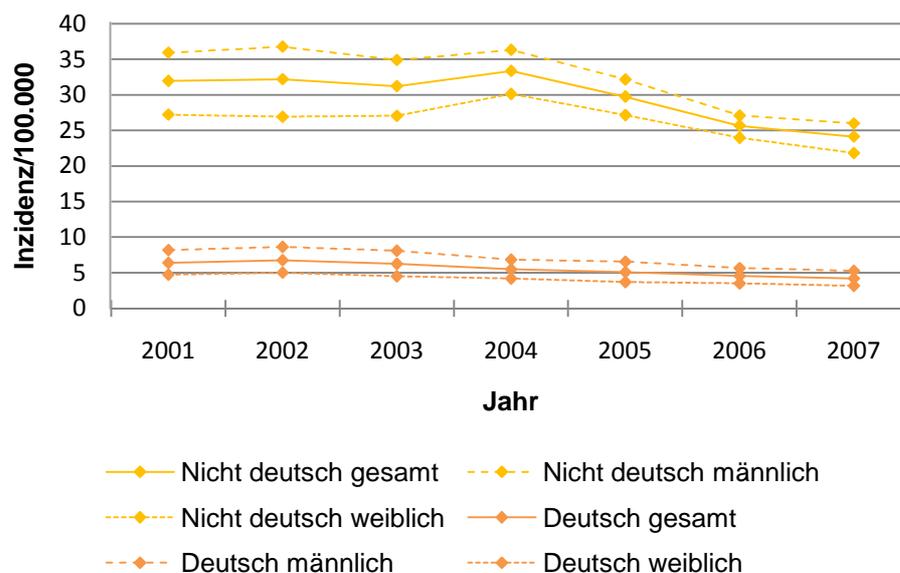


Abbildung 7:
Tuberkulose-Inzidenz pro 100.000 Einwohner nach Geschlecht und Nationalität
 Quelle: RKI (2008), StBa (2008 a/b), eigene Berechnung

Die gemeldeten Tbc Fälle für Personen mit einer Nationalität, die einem Hochprävalenzland zuzuordnen sind, sind erheblich höher als bei Personen, die aus einem Niedrigprävalenzland stammen (2007: 69,65/100.000 vs. 18,72/100.000) (s. Abbildung 8).

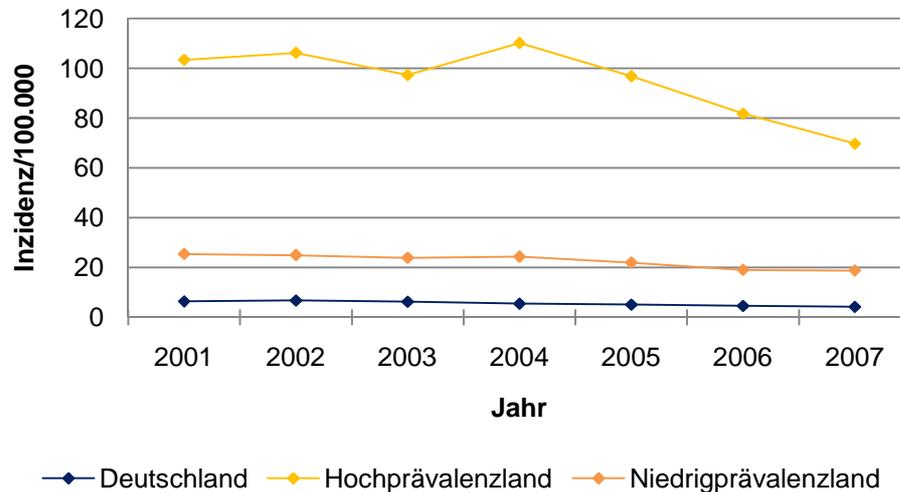


Abbildung 8:
Tuberkulose-Inzidenz pro 100.000 Einwohner nach Nationalität und Hoch- Niedrigprävalenzland

Quelle: RKI (2008), StBa (2008 a/b/c), eigene Berechnung

Bei der Betrachtung der Inzidenzen im zeitlichen Verlauf, zeigt sich bei der deutschen Bevölkerung im Bezug zum Referenzjahr 2001 insgesamt ein Rückgang, mit einem Peak im Jahr 2002. Auch bei der nichtdeutschen Bevölkerungsgruppe zeigt sich ein Rückgang, wobei hier ein Peak im Jahr 2004 zu beobachten ist (Abbildung 9).

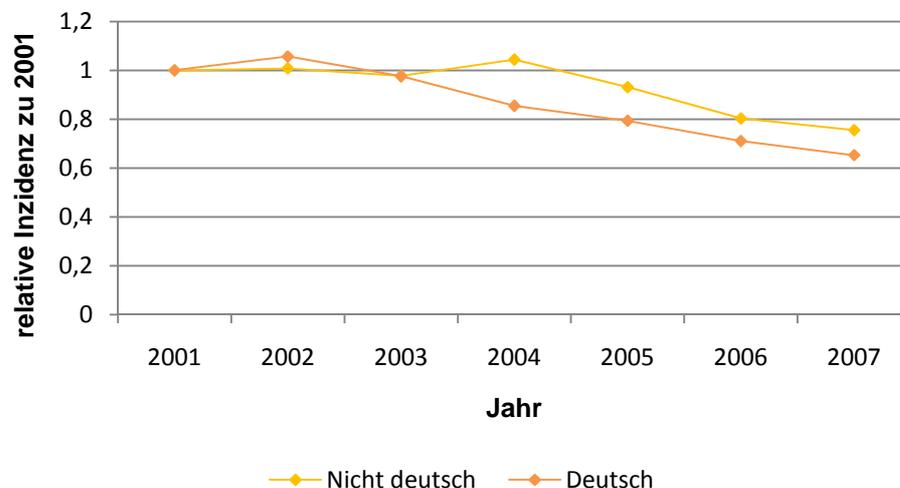


Abbildung 9:
Tbc - Inzidenz im zeitlichen Verlauf

Quelle: RKI (2008), StBa (2008 a/b), eigene Berechnung

4.2 HIV

In Deutschland hat sich die Inzidenz der gemeldeten HIV – Fälle im betrachteten Zeitraum von 1,3/100.000, auf 2,6/100.000 verdoppelt. Nach den gemeldeten Fällen sind Männer deutlich häufiger von Neuerkrankungen betroffen. Während sich die Inzidenzen der gemeldeten Fälle bei Frauen relativ konstant zwischen 0,6/100.000 im Jahr 2001 und 1,03/100.000 im Jahr 2006 bewegen, ist bei Männern eine deutliche Steigerung festzustellen (2001: 1,9/100.000; 2007: 4,8/100.000) (s. Abbildung 10).

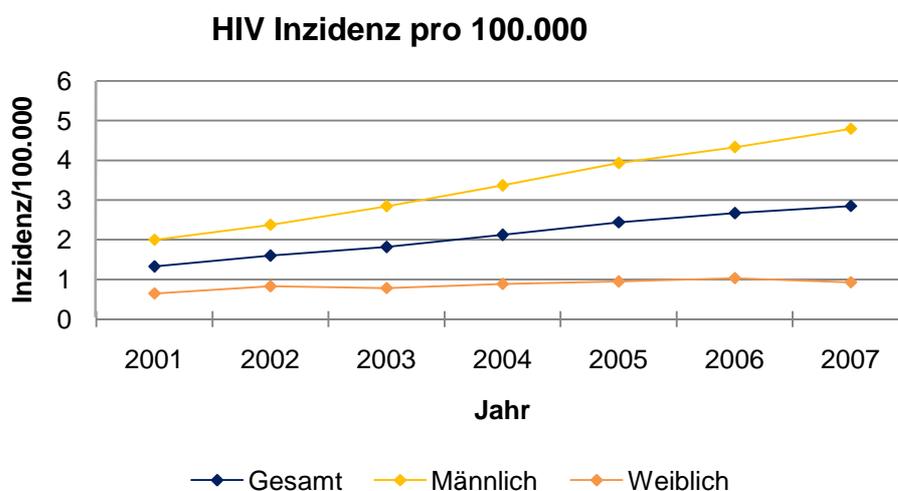


Abbildung 10:
HIV-Inzidenz pro 100.000 Einwohner nach Geschlecht
 Quelle: RKI (2008), StBa (2008 b); eigene Berechnung.

Bei der getrennten Betrachtung nach Migrationshintergrund ergibt sich folgendes Bild:

Im betrachteten Zeitraum von 2001 bis 2007 entfallen, mit sinkender Tendenz, durchschnittlich rund 27% aller gemeldeten HIV - Neuerkrankungen auf Menschen nichtdeutscher Herkunft. Dem Merkmal Herkunftsland nicht zuzuordnen sind, ebenfalls mit sinkender Tendenz, im Schnitt rund 22% der gemeldeten Fälle. Die Anteile der Menschen aus einem Hochprävalenzland sinken von 17,2% im Jahr 2001 auf 10,5% im Jahr 2007(s. Tabelle 2).

Tabelle 2:
Gemeldete HIV Fälle nach Herkunftsland in Prozent

Quelle: RKI (2008), eigene Auswertung

	Deutschland	Nicht Deutschland	Nicht zuzuordnen	Herkunft Hochprävalenzland
2001	45,53%	30,08%	24,39%	17,2%
2002	45,81%	31,02%	23,17%	19,6%
2003	46,66%	29,20%	24,14%	17,4%
2004	52,35%	26,72%	20,93%	15,9%
2005	55,61%	24,63%	19,76%	14,1%
2006	59,46%	24,01%	16,53%	13,1%
2007	63,34%	21,73%	14,93%	10,5%

Die Inzidenzen der zuzuordnenden gemeldeten Fälle sind, mit sinkender Tendenz, bei Menschen nichtdeutscher Herkunft im Durchschnitt fünfmal höher, als bei der deutschen Bevölkerung (2001: 5,93/100.000 vs. 0,87/100.000; 2007: 8,86/100.000 vs. 2,3/100.000). Auch bei der Bevölkerungsgruppe nichtdeutscher Herkunft sind Männer häufiger betroffen als Frauen. Jedoch stagniert die Zahl der gemeldeten Neuerkrankungen in der nichtdeutschen Bevölkerung, mit einem deutlichem Rückgang von 2006 auf 2007, seit 2004 auf hohem Niveau (um 9,0/100.000), während sie bei der deutschen Bevölkerung seit 2001 stetig zunimmt (s. Abbildung 11).

Bei der Stratifikation nach Hoch- und Niedrigprävalenzland zeigen sich für HIV deutlich höhere Inzidenzen für Menschen, die Ihrer Herkunft nach einem Hochprävalenzland zuzuordnen sind, wobei ein starker Rückgang von 2006 auf 2007 festzustellen ist (s. Abbildung 12).

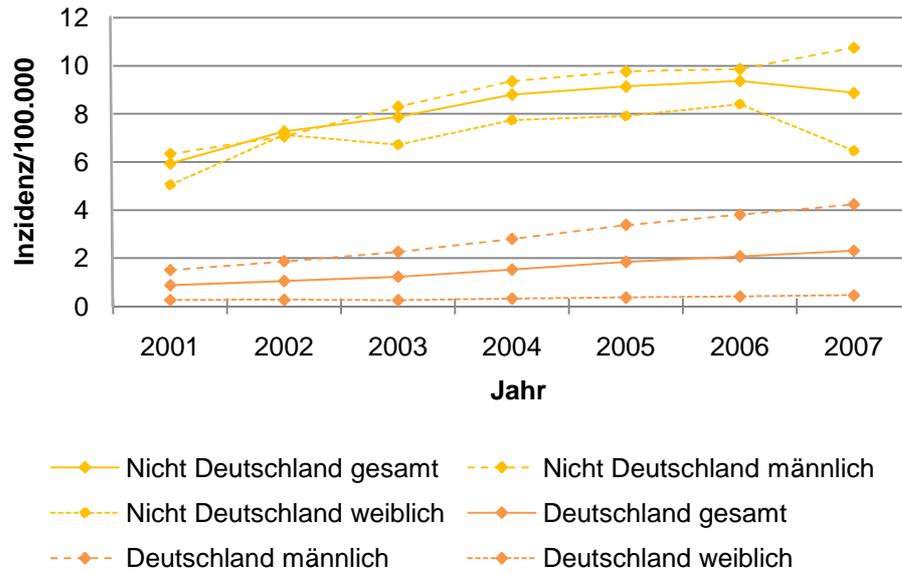


Abbildung 11:
HIV-Inzidenz pro 100.000 Einwohner nach Geschlecht und Herkunftsland
 Quelle: RKI (2008), StBa (2008 a/b/c), eigene Berechnung

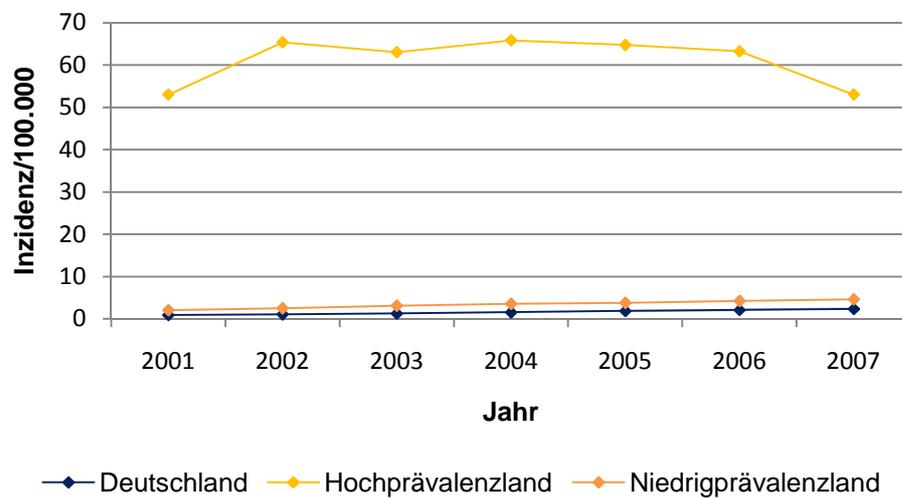


Abbildung 12:
HIV - Inzidenz pro 100.000 Einwohner nach Herkunft aus Deutschland, Hoch - und Niedrigprävalenzland
 Quelle: RKI (2008), StBa (2008 a/b/c), eigene Berechnung

5 Diskussion

5.1 Datenquellen und Methode

Um fundierte Aussagen über die Verbreitung von Infektionskrankheiten bei Menschen mit Migrationshintergrund machen zu können, wäre es erforderlich in allen benötigten Datenquellen, eine einheitliche Definition des Begriffs ‚Migrationshintergrund‘ vorzufinden. Bei der Sichtung von verfügbaren Datenquellen wird jedoch klar, dass dies nicht der Fall ist.

In den amtlichen Statistiken (Bevölkerungsstatistik, AZR) wird als Indikator in der Regel nur die Staatsangehörigkeit dargestellt. Hier wird überwiegend in ‚deutsch‘ und ‚nicht deutsch‘ unterschieden. Teilweise werden ‚nichtdeutsche‘ Staatsangehörige in einzelnen Ländergruppen, bzw. auch in detaillierten Staatsangehörigkeiten berichtet. Desweiteren gehen Menschen mit doppelter Staatsangehörigkeit als Deutsche in die Statistiken ein. Das bedeutet, Menschen mit deutscher Nationalität können durchaus einen Migrationshintergrund besitzen. Darüber hinaus bedeutet dies auch, dass Menschen mit nichtdeutscher Nationalität nicht zwingend einen Migrationshintergrund besitzen müssen, wenn sie in Deutschland geboren sind, aber die Staatsangehörigkeit ihrer Eltern annehmen. Auch wird die Gruppe der Spätaussiedler, denen per Gesetz die deutsche Nationalität zugesprochen wird, durch den Indikator ‚Nationalität‘ nicht erfasst. Diese Gruppe von Menschen zum Beispiel, ist aber im Bezug auf Infektionskrankheiten sehr interessant, da sie teilweise aus Hochprävalenzländern (ehem. Sowjetunion, Südosteuropa) für die betrachteten Krankheiten stammen.

Nationalität alleine ist somit als alleiniger Indikator für eine vorhandenen Migrationshintergrund kaum geeignet, da er nur einen Teil der interessierenden Bevölkerungsgruppe abbildet, nämlich die ‚ausländische Bevölkerung‘.

Der Mikrozensus bildet die Bevölkerungsgruppe durch eine Erweiterung des Fragenkataloges wesentlich besser ab (vgl. Abschnitt 2.2). Auf Grund der Erhebungsmethode (Repräsentativstatistik) und der Tatsache, dass bestimmte Indikatoren nur alle fünf Jahre abgefragt werden, ist es jedoch schwierig, diese Quelle als Grundlage für Inzidenzberechnungen zu nutzen. Darüber hinaus weichen die Ergebnisse in Bezug auf einzelne Subgruppen deutlich von anderen amtlichen Statistiken ab (z.B.: Ausländerzahlen, vgl. Abschnitt 2.2). Das heißt, dass die berechneten Inzidenzen, je nach Nutzung der Datenquellen, erheblich von einander abweichen können.

Bei der Erfassung von Infektionskrankheiten in der Surveillance werden lediglich für Tuberkulose (Nationalität, Geburtsland) und für HIV (Herkunftsland), Indikatoren für einen Migrationshintergrund erhoben (vgl.: Abschnitt 4).

Es wird deutlich, dass schon auf Grund der zur Verfügung stehenden Datenquellen, ein umfassender darstellbarer Vergleich des Gesundheitsstatus zwischen den interessierenden Bevölkerungsgruppen, im Bezug auf Infektionskrankheiten, schwierig ist.

Zur eindeutigen Inzidenzenbildung steht nur für Tbc der Indikator ‚Nationalität‘ zur Verfügung. Für das zusätzlich erhobene Merkmal ‚Geburtsland‘ fehlen entsprechende zuzuordnende Vergleichszahlen in den amtlichen Statistiken, womit eine eindeutige Inzidenzenbildung nicht darstellbar ist.

Bei HIV wird als möglicher Hinweis auf einen Migrationshintergrund das Merkmal ‚Herkunftsland‘ erhoben. Dieses Merkmal ist etwas unklar als ‚Land des überwiegenden Aufenthaltes‘ definiert. In der praktischen Umsetzung der Meldung scheint, nach Expertenbefragungen, Herkunftsland mit Nationalität gleich gesetzt zu werden. Daher scheint ein Vergleich mit dem Indikator ‚Nationalität‘, der amtlichen Statistiken für Schätzungen legitim, jedoch ist die Interpretation der errechneten Inzidenzen unter Vorbehalt vorzunehmen.

5.2 Ergebnisse

5.2.1 Tuberkulose

Die Zahl der Tuberkuloseneuerkrankungen ist in Deutschland im betrachteten Zeitraum von 2001 – 2007 rückläufig. Dies betrifft sowohl die deutsche, als auch die nichtdeutsche Bevölkerungsgruppe (nach Nationalität). Der Inzidenzanstieg im Jahr 2004 bei der nichtdeutschen Bevölkerung lässt sich mit der Bereinigung des Ausländerzentralregisters erklären, der mit einer Verringerung der registrierten Ausländerzahlen einherging [vgl. Kapitel 2] und ist somit kein wirklicher Anstieg der Inzidenzen, sondern auf die verwendete Datenquelle zurückzuführen. Das bedeutet, dass die Inzidenz bei nichtdeutscher Nationalität über die Jahre gleichbleibend rund 5,3-mal höher ist, als bei der Bevölkerungsgruppe mit deutscher Nationalität. Eine Erklärung hierfür ist, dass ein Großteil von Spätaussiedlern, Asylanten und Flüchtlingen aus Ländern mit höheren Prävalenzen stammen und diese laut IfSG bei der Einreise einer Untersuchungspflicht unterliegen, somit also diese Gruppe von der Surveillance erfasst wird.

So liegt die Inzidenz für Tbc in der russischen Föderation (ein klassisches Zuzugsland von Spätaussiedlern und Hochprävalenzland) beispielsweise bei 119 pro 100.000 Einwohner im Jahr 2005 [WHO 2007], gegenüber 7,3/100.000 aller in Deutschland lebenden Menschen und 5,1/100.000 aller in Deutschland lebenden Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit.

Bei der weiteren Betrachtung der stratifizierten Daten nach Hoch- und Niedrigprävalenzland, ist erwartungsgemäß eine vielfach höhere Inzidenz bei Nationalitäten aus Hochprävalenzländern gegenüber den Niedrigprävalenzländern und Deutschland zu beobachten.

Die Darstellung der Inzidenzen im zeitlichen Verlauf weist im Jahr 2004 bei der Gruppe der nichtdeutschen Bevölkerung einen Peak auf, der, wie oben beschrieben, auf die verwendeten Datenquellen zurückzuführen ist. Der Peak bei der deutschen Bevölkerungsgruppe im Jahr 2002, ist vermutlich auf eine noch unterschiedliche Erfassung der Fälle nach Einführung des IfSG zurückzuführen. Werden diese Tatsachen berücksichtigt, lässt sich feststellen, dass der Rückgang der Inzidenzen in beiden Bevölkerungsgruppen im Vergleich zum Referenzjahr 2001 eher parallel verläuft, obwohl bei der Darstellung der direkten Inzidenzen ein stärkerer Rückgang in der nichtdeutschen Bevölkerungsgruppe dargestellt wird (vgl. Abschnitt 4.1).

Die Gesamtinzidenz der gemeldeten Tuberkulosefälle in Deutschland scheint demnach deutlich von einem Migrationshintergrund durch das Merkmal Nationalität geprägt zu sein. Hierbei ist jedoch anzumerken, dass der Indikator ‚Nationalität‘ nur einen kleinen Ausschnitt der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund erfasst, nämlich die ausländische Bevölkerung.

Bei der Meldung von Neuerkrankungen an Tbc wird auch das Merkmal ‚Geburtsland‘ erhoben. Hier liegt der Anteil der Bevölkerungsgruppe mit nichtdeutschem Geburtsland bei rund 40% der gemeldeten Fälle, also noch einmal um rund 10% höher als bei nichtdeutscher Nationalität. Auf Grund fehlender Referenzdaten in den amtlichen Statistiken zum Merkmal Geburtsland, lassen sich Inzidenzen nicht darstellen,

Laut dem RKI lebten, von den im Jahr 2000 gemeldeten Neuerkrankungen mit nichtdeutschem Geburtsland, deutlich mehr als die Hälfte schon länger als 10 Jahre in Deutschland [RKI 2002]. Das heißt, dass möglicherweise das Risiko an Tbc zu erkranken, auch unter der schon länger in Deutschland lebenden Bevölkerung mit nichtdeutschem Geburtsland höher ist, als bei der Bevölkerungsgruppe mit deutschem Geburtsland. Das lässt den Schluss zu, dass bei vorhandenen quantifizierbaren Referenzdaten und einer Inzidenzenbildung, die Inzidenzen höher liegen würden, als bei dem Merkmal ‚Nationalität‘ (die berechneten Anteilwerte nach Geburtsland bestätigen diese Annahme).

Ausgehend von dieser Annahme und ausgehend davon, dass Menschen mit nichtdeutschem Geburtsland einen eigenen Migrationshintergrund haben, erfasst das Merkmal ‚Geburtsland‘ bei den gemeldeten Fällen, eine größere Gruppe von Menschen mit einem Migrationshintergrund, als das Merkmal ‚Nationalität‘. Insofern scheint ‚Geburtsland‘ ein besserer Indikator für einen Migrationshintergrund als ‚Nationalität‘ zu sein.

Insgesamt muss somit festgestellt werden, dass die tatsächlichen Tbc - Inzidenzen für die Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund vermutlich deutlich höher liegen, als mit dem vorhandenen Indikator dargestellt.

5.2.2 HIV

Die Inzidenz der gemeldeten HIV – Fälle hat sich im betrachteten Zeitraum von 1,3 pro 100.000 Einwohner auf 2,6 pro 100.000 Einwohner verdoppelt. Inwieweit die Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund ein Einflussfaktor für diese Entwicklung ist, lässt sich nur schwer darstellen.

Als Indikator für einen Migrationshintergrund wird in der Surveillance das ‚Herkunftsland‘ berichtet. Der Anteil der Menschen nichtdeutscher Herkunft liegt im Jahr 2001 bei 30,08% und fällt bis 2007 auf 21,73%. Allerdings ist festzustellen, dass ein nicht unerheblicher Teil von gemeldeten Fällen diesem Merkmal nicht zuzuordnen ist (vgl. Tabelle 2, Abschnitt 4.2). Dies mag zum einen an der etwas unklaren Definition dieses Merkmals liegen (vgl. Abschnitt 5.1), zum anderen an der Meldeprozedur (direkt an das RKI, vgl. Abschnitt 2.3), auf deren Weg dieser Indikator nicht mehr nachzufragen ist. Es könnte angenommen werden, dass bei keiner Angabe, die Herkunft nicht Deutschland ist, was den Anteil der Gruppe nichtdeutscher Herkunft deutlich ansteigen lassen würde. Diese Annahme wäre aber rein spekulativ. Insofern ist es schwer interpretierbar, wie hoch der tatsächliche Anteil der gemeldeten Fälle an den Bevölkerungsgruppen deutscher und nichtdeutscher Herkunft ist. Sicher ist jedoch, dass die zuzuordnenden Anteile nicht der Realität entsprechen.

Bezüglich der Herkunft aus Hochprävalenzländern ist festzustellen, dass der Anteil an den gemeldeten Fällen im betrachteten Zeitraum von 17,2% im Jahr 2001 auf 10,5% im Jahr 2007 abnimmt. Eine Abnahme der absoluten Fälle aus Hochprävalenzländern ist jedoch nicht zu berichten. Die dargestellte Abnahme ist auf den Anstieg der gesamten HIV - Neudiagnosen zurückzuführen.

Dem Merkmal ‚Hochprävalenzland‘ nicht zuzuordnen ist ein im Schnitt um nochmal 3% höherer Anteil als es bei den nicht zuzuordnenden Fällen zum Merkmal ‚Herkunftsland‘ der Fall ist. Das ist damit zu erklären, dass es eine Reihe von unplausiblen Angaben wie z.B. ‚Afrika‘ gibt, die zwar als nichtdeutsche Herkunft identifiziert werden können, dem Merkmal ‚Hochprävalenzland‘ aber nicht zuzuordnen sind. Auch hier kann also festgestellt werden, dass die berichteten Zahlen nicht der Realität entsprechen.

Eine Inzidenzenbildung für gemeldete HIV – Fälle ist, wie in Abschnitt 5.1 beschrieben, eigentlich nicht möglich, da zum Merkmal ‚Herkunftsland‘ keine Referenzdaten in den amtlichen Statistiken zu finden sind. Die trotzdem durchgeführte Inzidenzenberechnung stützt sich allein auf die Aussage, dass in der praktischen Durchfüh-

rung Herkunftsland' mit Nationalität gleichgesetzt wird. Unter Voraussetzung dieser Annahmen zeigt sich dann das Ergebnis wie dargestellt.

Es zeigt sich somit, dass eine präzise Aussage zu HIV – Neuerkrankungen im Bezug zu einem Migrationshintergrund weder über die Anteilwerte, noch über die hypothetische Inzidenzenbildung gemacht werden kann. Auch wenn das Merkmal ‚Herkunftsland‘ ein guter Indikator für das Vorhandensein eines Migrationshintergrundes sein mag, ist er bei vorhandener Datenlage zur Darstellung einer Beeinflussung der Krankheitslast durch einen Migrationshintergrund, im Bezug zu Infektionskrankheiten, kaum nutzbar.

5.2.3 Hepatitiden

Für Hepatitiden werden in der Surveillance keine Indikatoren für einen Migrationshintergrund erhoben. Studien weisen jedoch darauf hin, dass für alle Hepatitiden ein deutliches Ungleichgewicht zu Ungunsten der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund besteht [Erhardt et al. 2003, Holbach et al. 2004, Marschall et al. (2005), Niederau 2008]. Insbesondere für Hepatitis B konnte dargestellt werden, dass mehr als zwei Drittel der HBV – Infizierten einen Migrationshintergrund aufweisen. Darüber hinaus wird angenommen, dass der Anteil noch deutlich höher liegt, da die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund in den Untersuchungen eher unterrepräsentiert ist [Marschall 2005].

Es ist somit davon auszugehen, dass Menschen mit Migrationshintergrund deutlich höhere Inzidenzen bei Hepatitiden aufweisen, als Menschen ohne Migrationshintergrund. Um diese Annahme darstellbar zu gestalten, wäre die Aufnahme eines Indikators für Migrationshintergrund in die Meldeprozedur für Infektionserkrankungen erforderlich.

5.3 Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus

Eine kaum quantifizierbare Subpopulation von Menschen mit Migrationshintergrund, stellt die Gruppe der Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus dar, da sie per Definition nicht registriert ist. Da es sich bei dem „illegalen Aufenthalt“ um einen strafrechtlich relevanten Tatbestand handelt, werden die festgestellten Bestände zwar in der Polizeilichen Kriminalstatistik erfasst, lassen somit zwar mögliche Tendenzen, jedoch keine verlässlichen Schätzungen über die tatsächliche Höhe dieser Personengruppe zu [BAMF 2008]. In den gesichteten Quellen wird in Größenordnungen von 500.000 bis zu 1 Million Menschen gesprochen.

Bei Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus handelt es sich um eine besonders vulnerable Gruppe, da sie in der Regel keinen, bzw. einen nur stark eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem haben. Einige wenige nicht repräsentative Studien

weisen darauf hin, dass sich das Morbiditätsspektrum, ähnlich wie bei der erfassbaren Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund darstellt. Im Bezug auf Infektionskrankheiten ist davon auszugehen, dass sie auf Grund höherer Prävalenzen in den Herkunftsländern ähnlich hohe Inzidenzen aufweisen, wie die dargestellten Inzidenzen für die nichtdeutsche Bevölkerung.

Bei der Erfassung dieser Subpopulation müssten ungewöhnliche Maßnahmen ergriffen werden, die ethische Probleme mit sich bringen. In einer Querschnittstudie zum Thema HIV und Risikoverhalten unter Migranten in Amsterdam, wurde nach der Krankenversicherung gefragt [Gras et al. 2003]. In den Niederlanden ist jede amtlich erfasste Person automatisch krankenversichert, was bedeutet, dass alle, die nicht krankenversichert waren, als Personen mit ‚illegalem Aufenthaltsstatus‘ identifiziert werden konnten. Hier wurde also mit einem Trick gearbeitet, da nicht davon auszugehen ist, dass eine direkte Frage nach dem Aufenthaltsstatus beantwortet würde, da dem Befragten ansonsten Repressalien wie Ausweisung, drohen würden.

Surveillancedaten für diese vulnerable Bevölkerungsgruppe zu erhalten scheint außerordentlich dringlich, jedoch kaum durchführbar. Jede offizielle Erfassung hätte sofort strafrechtliche Konsequenzen für die Betroffenen zur Folge. Auch liegen keine Schätzungen vor, so dass diese Bevölkerungsgruppe weder in den amtlichen Statistiken noch in der Surveillance für Infektionskrankheiten dargestellt werden kann und es wohl auch in Zukunft schwer sein dürfte, diese Gruppe und ihre Morbidität im Bezug zu Infektionskrankheiten darzustellen.

5.4 Underreporting in der Surveillance

Ein generelles Problem bei der Erfassung von Krankheiten ist, dass davon auszugehen ist, dass nicht alle Fälle tatsächlich erfasst werden. Daher müssten, sowohl die registrierten Daten, als auch die darauf basierenden Berechnungen von Inzidenzen, um einen Schätzwert der nicht erfassten Daten erweitert werden.

Eine Möglichkeit diesen Schätzwert zu berechnen, wäre die sogenannte capture – recapture Methode. Hierbei werden verschiedene unabhängige Stichproben aus demselben Datenbestand miteinander verglichen. Dabei kann festgestellt werden, welche Fälle in den verschiedenen Stichproben vorhanden sind und somit ein Schätzwert für die nicht erfassten Fälle berechnet werden [Grein 2003]. Mit dieser Methode konnten Reintjes et al. nachweisen, dass sich das Underreporting nicht nur im Vergleich verschiedener Surveillance – Systeme, sondern auch für verschiedene Krankheiten innerhalb eines Systems, unterscheidet [Reintjes et al. 1999].

Ausgehend von der Tatsache, dass sich die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen zwischen der deutschen und der Bevölkerung mit Migrationshintergrund deutlich unterscheidet [Scheppers et al. 2006], kann angenommen werden,

dass sich auch die Höhe des Underreporting für diese Gruppen voneinander unterscheidet. Weder für diese Annahme, noch für einen Schätzwert des Underreporting, für die von mir untersuchten Daten, sind empirische Studien verfügbar.

Hieraus folgt, dass eine abweichende Höhe des Underreporting in Bezug auf den Migrationshintergrund möglicherweise einen erheblichen Bias in der Interpretation der dargestellten Daten verursacht. Es ist davon auszugehen, dass die Inzidenzen der erfassten Infektionserkrankungen höher sind, als dargestellt. Dies gilt natürlich auch für die Bevölkerungsgruppe ohne Migrationshintergrund, wobei hier mit einem weniger hohen Underreporting zu rechnen ist.

Eine mögliche Lösung zur Verhinderung dieses Bias könnte sein, nicht die Inzidenzen direkt, sondern im zeitlichen Verlauf darzustellen. Das bedeutet, die Inzidenzen werden jeweils durch einen festgelegten Referenzwert dividiert und somit eine tendenzielle Entwicklung dargestellt, für die kein Schätzwert des Underreporting erforderlich ist (vgl. Abschnitt 3.2 und 4).

Bei dieser Darstellungsweise muss natürlich davon ausgegangen werden, dass sich die Höhe des Underreporting über die dargestellte Zeit nicht verändert.

5.5 Indikatoren

Wie in den vorangegangenen Abschnitten dargestellt, sind die vorhandenen Indikatoren in der Surveillance nur unzureichend geeignet, die Krankheitslast im Bezug zu Infektionskrankheiten in der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund darzustellen. Zum einen, da sie nur Teilbereiche der interessierenden Bevölkerungsgruppe abbilden, zum andern, weil auch in den amtlichen Statistiken eine umfassende einheitliche Operationalisierung des Begriffs ‚Migrationshintergrund‘ als entsprechende Referenzquelle fehlt.

Es stellt sich somit die Frage, welche Anforderungen eine Operationalisierung eines Indikators zur Darstellung des Migrationshintergrundes erfüllen muss und ob die durch einen Indikator allein überhaupt möglich ist.

Schenk et al. fassen die Anforderungen für eine standardisierte Erfassung des Begriffs ‚Migrationshintergrund‘ hierfür wie folgt zusammen:

- Personen mit Migrationshintergrund müssen in einem Datensatz als solche identifizierbar sein;
- die Heterogenität der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund (bzgl. Alter, Aufenthaltsdauer, Einreisealter, Aufenthaltsstatus, sozialem Status etc.) sollte wiedergespiegelt werden
- die Erhebung des Indikators sollte praktikabel und verstehbar sein, sowie ethischen und datenschutzrechtlichen Grundsätzen entsprechen [Schenk et al. 2006].

Der Mikrozensus mit seinem erweiterten Fragenkatalog orientiert sich an diesen Anforderungen mit einer wesentlichen Einschränkung: das zentrale Merkmal für die Erfassung des Migrationshintergrundes bleibt die Staatsangehörigkeit. Dass dies ein unzureichender Indikator für einen Migrationshintergrund ist, ist in der vorliegenden Arbeit hinreichend beschrieben.

Schenk et al. ersetzen die Staatsangehörigkeit als zentralen Indikator durch das Geburtsland, bzw. zusätzlich durch das Geburtsland der Eltern und entwickelten einen Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationshintergrundes für epidemiologische Studien. Über einen Fragenkatalog (in unterschiedlicher Form für Erwachsenen und Kinder⁹, werden folgende Informationen abgefragt:

- Geburtsland beider Elternteile;
- Eigenes Geburtsland;
- Aufenthaltsdauer und Einreisejahr;
- Muttersprache
- Deutschkenntnisse;
- Staatsangehörigkeit [Schenk et al. 2006].

Mit diesem Fragenkatalog lassen sich umfassende Aussagen über den Migrationshintergrund in Bezug auf das Herkunftsland, des Migrationsereignisses, den Aufenthaltsstatus, Generation, Integration und Ethnizität machen, womit ein Migrationshintergrund umfassend beschrieben und quantifiziert darstellbar gemacht werden kann.

Es liegt nahe, dass eine so umfangreiche Abfrage weder in der Surveillance noch in den amtlichen Statistiken durchführbar ist. Es wäre aber wünschenswert, zumindest das Geburtsland (ggf. auch das der Eltern) und die Staatsangehörigkeit sowohl in die Fallerfassung aller beschriebenen Infektionskrankheiten, als auch in alle amtlichen Statistiken (über Volkszählung oder Mikrozensus) aufzunehmen.

Das wäre auch im Zusammenhang mit dem ‚MEHO‘ – Projekt wünschenswert, dessen Ziel es ist europaweit vergleichbare Indikatoren für die Erfassung des Gesundheitsstatus von Menschen mit Migrationshintergrund zu entwickeln. In weiten Teilen Europas werden ‚Country of birth‘ Kriterien von Migranten in amtlichen Statistiken und der Surveillance bereits genutzt [Akmatov 2009]

6 Fazit

Die ermittelten Datenquellen aus amtlichen Statistiken, sowie aus der Surveillance von Infektionskrankheiten, ergeben ein nicht einheitliches Bild im Bezug auf bestehende Merkmale zum Migrationshintergrund. Der Begriff wird unterschiedlich operationalisiert und bildet teilweise nur einzelne Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund ab.

Die umfassende Quantifizierung der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund in Deutschland durch den Mikrozensus gibt zwar ein gutes Abbild dieser Bevölkerungsgruppe ab, ist jedoch auf Grund der Erhebungsmethode, der Berichterstattung der Daten, sowie fehlender vergleichbarer Indikatoren in der Surveillance, für eine Auswertung kaum nutzbar. Darüber hinaus ist hier weiterhin die Staatsangehörigkeit das zentrale Merkmal, das auf Grund der Heterogenität der Bevölkerung mit Migrationshintergrund nicht mehr zeitgemäß ist.

Eine Aussage über das tatsächliche Ausmaß der Beeinflussung von Infektionskrankheiten durch einen Migrationshintergrund, lässt sich auf Grundlage der vorhandenen Daten daher nicht machen. Hierfür wäre eine einheitliche Erfassung des Migrationshintergrundes, sowohl in den amtlichen Statistiken, als auch bei der Fallerfassung der Surveillance erforderlich. Wünschenswert wäre die Erfassung des Geburtslandes (eigenes und das der Eltern) und der Staatsangehörigkeit in alle relevanten Datenquellen. Darüber hinaus, wäre eine Aufnahme weiterer bekannter Indikatoren, die den Gesundheitszustand von allen Menschen beeinflussen, wie zum Beispiel den ‚Sozioökonomischen Status‘, wünschenswert. Damit könnten Fehlinterpretationen zu Lasten des ‚Migrationshintergrundes‘ vermieden werden und weitere Wechselwirkungen darstellbar gemacht werden.

Weiterhin müssten verlässliche Schätzungen über nicht erfasste Bevölkerungsgruppen, sowie der nicht erfassten Fälle, für die Bevölkerungsgruppe ohne und für die Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund vorliegen.

Inwieweit das europaweite ‚MEHO‘ – Projekt nach Abschluss seiner Arbeit zu Ergebnissen kommt, die unter Umständen Einfluss auf eine Änderung der erhobenen Indikatoren zum Migrationshintergrund in der Surveillance haben, bleibt abzuwarten.

Literaturverzeichnis

- Akmatov M, Mikolajczyk RT, Chu JQ, Krumkamp R, Paetzelt G, Reintjes R, Krämer A (2009). *Availability of migration indicators in infectious disease surveillances in the European Union*. Eingereichter Artikel.
- Ammon A, Breuer T (2003)- *Das Infektionsschutzgesetz* In: Krämer A und Reintjes R, *Infektions- epidemiologie* (S. 123-25). Springer Verlag München/Heidelberg.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2005). *Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung, Migrationsbericht 2005*. . Bundesamt für Migration Und Flüchtlinge, Nürnberg.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2008). *Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung , Migrationsbericht 2007*. Bundesamt für Migration Und Flüchtlinge, Nürnberg.
- Carta MG, Bernal M, Hardoy MC, Haro-Abad JM. (2005). *Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix1)*. Clin Pract Epidemol Ment Health 2005. 1:13.
- Dierich M P, Ammon A (2005). *Infektionsepidemiologie in Deutschland*. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2005. 48:971 – 78.
- Dreesman J, Benzler J (2005). *Surveillance übertragbarer Krankheiten auf der Grundlage des Infektionsschutzgesetzes in Deutschland durch den öffentlichen Gesundheitsdienst*. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2005. 48:979-89.
- Erhardt A, Knuth R, Kirschberg O, Heintges T, Häussinger D (2003). *Socioepidemiological data on hepatitis delta in a german university clinic – increase in patients from Eastern Europe and the former Soviet Union*. Z Gastroenterol 2003 Jun 41(6): 523-26.
- Gras, M J et al. (2001). *Determinants of high-risk sexual behavior among immigrant groups in Amsterdam: implications for interventions*. J Acquir Immune Defic Syndr, 2001. 28(2): 166-72.
- Grein T (2003) *Die Capture-Recapture- Methode*. In: Krämer A und Reintjes R, *Infektions- epidemiologie* (S. 123-25). Springer Verlag München/Heidelberg.
- Gushulak Brian D, MacPherson Douglas W (2004), *Globalization of Infectious Diseases: The Impact of Migration* Clin Infect Dis 2004. 38: 1742-48.
- Hamburger Weltwirtschaftsinstitut(2007). Migration Research Group. *Länderprofil Deutschland*. Focus Migration 2007. Nr. 1.
- Holbach M, Frösner G, Holbach B, Dittmeier E (2004). *Hepatitis B and C infection in late repatriates*. 2004 Aug 5; 146 Suppl 2: 81-85.
- Ickler G (2004) *Erhebungsmethodik – Mikrozensus 2005*. Statistische Monatshefte Rheinland-Pfalz 2004. 12: 507-14.

- Laifer G, Widmer AF, Simcock M, et al. (2007). *TB in a low-incidence country: Differences between new immigrants, foreign-born residents and native resident*. Am J Med 2007.120(4): 350-56.
- Langmuir AD (1963). *The surveillance of communicable diseases of national importance* New Engl J Med 286: 182-92.
- Marshall T, Krämer A, Prüfer-Krämer L, Mikolajczek R, Kretzschmar M (2005). *Erhöhen Migrationen aus hohen und mittleren Endemiegebieten die Hepatitis B-Prävalenz in Deutschland?* Deutsch. Med. Wochen- 2005. 130(48): 2753-58.
- Oppermann H (2007). *Das Meldesystem für Infektionskrankheiten*. In: Gesundheitsberichterstattung und Surveillance: Messen, Entscheiden und Handeln. Reintjes R und Klein S (Hrsg.): 171-79.
- Razum O, Geiger I, Zeeb H, Ronellenfitch U (2004) *Gesundheitsversorgung von Migranten*. Dtsch Ärzteblatt (2004).101:2882-87.
- Razum O, Spallek J (2007). *GBE für Migranten*. In: Reintjes R und Klein S (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung und Surveillance: Messen, Entscheiden und Handeln (S. 207-14). Verlag Hans Huber Bern.
- Robert Koch Institut (2008). *Falldaten für HBV, HCV, HIV, MSV, MYT. 2001 – 2007*. Robert Koch – Institut, Berlin.
- Robert Koch - Institut (2002). *Epidemiologisches Bulletin*. Nr. 11: 85-96. Robert – Koch Institut, Berlin.
- Saul J, Erwin J, Bruce JC, Peters B. (2000). *Ethnic and demographic variations in HIV/AIDS presentation at two London referral centres*. Sex Transm Infect 2000 76(3):215
- Schenk L, Bau A, Borde T, Butler J, Lampert T, Neuhauser H, Razum O, Weilandt C (2006). *Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus*. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2006 49:853-60
- Statistisches Bundesamt (2006). *Pressestelle Leben in Deutschland - Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2007). *Fachserie 1 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit Reihe 2.2 Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2008 a). *Fachserien 1 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit Reihen 2 Ausländische Bevölkerung – Ergebnisse des Ausländerzentralregisters. Berichte 2001-2007*. Statistisches Bundesamt Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2008 b). *GENESIS-Online Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Geschlecht*. Statistisches Bundesamt Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2008 c). *Fachserie 1 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit Reihe 2 Ausländische Bevölkerung: Tabelle 7; gesonderte Anforderung nicht ausge-*

wiesener Staatsangehörigkeiten für die Jahre 2001 - 2007 Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

United Nations (2006). *Trends in total migrant stock: The 2005 revision*. Economic and Social Affairs. United Nations.

UNAIDS. United Nations Programme on HIV/AIDS (2006) *2006 Report on the global AIDS epidemic*. A UNAIDS 10th special edition.

WHO (2007). *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing*. WHO report 2007. Genf, World Health Organisation WHO/HTM/TB/2007.376

Anhang

Poster: Infektionskrankheiten in Deutschland unter Berücksichtigung des Migrationsstatus: Was sagen die Meldedaten aus?

Präsentiert auf der 3. Jahrestagung der ‚Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie‘ 24. – 27. September 2008 in Bielefeld.

Infektionskrankheiten in Deutschland unter Berücksichtigung des Migrationsstatus: Was sagen die Meldedaten aus?

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
 Hamburg University of Applied Sciences
 Fakultät Life Sciences
 Department Gesundheit
 Forschungsschwerpunkt Public Health

Gunnar Paetzelt¹, Manas Akmatov², Johann Popp¹, Janet JunQing Chu¹, Alexander Krämer², Ralf Reinjes^{1,3}
¹Forschungsschwerpunkt Public Health, Fakultät Life Sciences, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
²Arbeitsgruppe Bevölkerungsmedizin, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
³European Food Safety Authority (EFSA), Parma

Hintergrund

Mit zunehmender Globalisierung und Ausweitung der europäischen Union steigt in Deutschland der Anteil der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund. Der Migrationshintergrund spielt bei der Betrachtung von Infektionskrankheiten eine bedeutende Rolle, da sich Prävalenzen und Inzidenzen weltweit, wie auch innerhalb Europas, stark unterscheiden. Um eine gezielte Prävention und Infektionskontrolle zu erreichen, wäre es daher hilfreich, detaillierte Informationen zum Migrationshintergrund zu haben. Die vorliegende Studie untersucht die Datenlage hinsichtlich Migrationshintergrund und meldepflichtigen Infektionskrankheiten.

Ziel der Studie ist eine bevölkerungsspezifische Darstellung von unterschiedlichen Gesundheitsrisiken und Identifizierung von Lücken in der zu Grunde liegenden Datenerhebung.

Methode

Literaturrecherche zur Erfassung möglicher Indikatoren für den Migrationshintergrund in relevanten Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung und amtlicher Statistiken sowie zum Ausmaß von Underreporting in Bezug auf die interessierenden Erkrankungen und Bevölkerungsgruppen. Deskriptive Darstellung der Falldaten für HIV, Tuberkulose und Hepatitis des Robert Koch Institutes (2001-2007) mit Referenzdaten des Ausländerzentralregisters und statistischen Bundesamtes. Schätzung von Inzidenzen der gemeldeten Fälle unter Berücksichtigung des Migrationshintergrundes (Abb. 1).

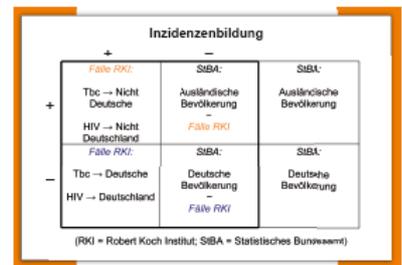


Abb. 1

Ergebnisse

Bei meldepflichtigen Infektionskrankheiten werden lediglich für HIV (Herkunftsland) und Tuberkulose (Nationalität, Geburtsland) Indikatoren für einen Migrationshintergrund erfasst; in amtlichen Statistiken nur die Nationalität. In der Literatur finden sich keine verlässlichen Schätzungen für das Ausmaß von Underreporting. Im betrachteten Zeitraum (2001-2007) entfallen im Schnitt rund 27% aller gemeldeten HIV-Fälle auf Personen nichtdeutscher Herkunft und rund 30% aller gemeldeten Tbc-Fälle auf Personen nichtdeutscher Nationalität. Für HIV sind durchschnittlich 22% aller gemeldeten Fälle, für Tbc durchschnittlich 3,5% aller gemeldeten Fälle (mit sinkender Tendenz) den Indikatoren nach, nicht zuzuordnen. Die Inzidenzen der gemeldeten Fälle im Jahr 2007 sind für HIV bei Menschen nichtdeutscher Herkunft rund fünfmal höher (8,9 vs. 2,3) als bei der deutschen Bevölkerung (Abb. 2). Für Tbc liegen diese für Menschen nichtdeutscher Nationalität im selben Jahr rund sechsmal höher (24,1 vs. 4,2) als bei der deutschen Bevölkerung (Abb. 3).

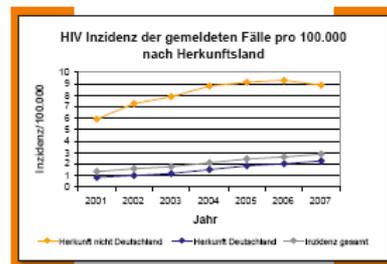


Abb. 2

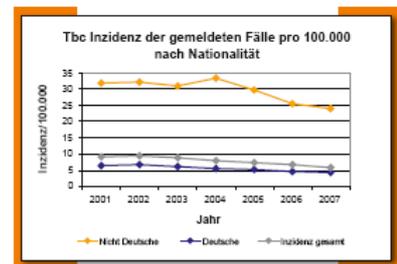


Abb. 3

Diskussion

Hinweise aus Studien lassen den Schluss zu, dass auch bei Hepatitis B ein ähnliches Ungleichgewicht der Inzidenzen in Bezug auf einen Migrationshintergrund besteht. Die ermittelten Datenquellen aus amtlichen Statistiken sowie aus der Gesundheitsberichterstattung ergeben ein nicht einheitliches Bild in Bezug auf bestehende Merkmale zum Migrationshintergrund; der Begriff wird unterschiedlich operationalisiert. Eine Aussage über das tatsächliche Ausmaß der Beeinflussung von Infektionskrankheiten durch einen Migrationshintergrund lässt sich auf Grundlage der vorhandenen Daten nicht machen. Hierfür wären einheitliche Indikatoren für den Migrationshintergrund sowohl in amtlichen Statistiken, als auch bei der Fallerkennung erforderlich und es müssten Schätzungen der nicht erfassten Fälle für die deutsche und die nichtdeutsche Bevölkerung vorliegen.



Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbständig angefertigt habe. Es wurden nur die in der Arbeit ausdrücklich benannten Quellen und Hilfsmittel benutzt. Wörtlich oder sinngemäß übernommenes Gedankengut habe ich als solches kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift