

## 4. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

### 4.1 Ausgewählte Schwerpunkte

#### 4.1.1 Aspekte zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen bei Menschen mit Migrationshintergrund

Die Datenlage zum Gesundheitsverhalten von Migrantinnen und Migranten in Deutschland ist eher spärlich und beruht bisher oft auf nicht repräsentativen Erhebungen mit kleinen Fallzahlen, bei denen zudem aus Gründen der sprachlichen Verständigungsmöglichkeit oft nur die deutschsprachigen Migrantinnen und Migranten einbezogen werden. Allerdings ist das Bewusstsein für die Relevanz dieses Parameters in den letzten Jahren massiv gestiegen, was dazu geführt hat, dass das Merkmal „Migrationshintergrund“ mittlerweile in vielen Studiendesigns und Erhebungen zum Gesundheitsverhalten berücksichtigt wird. Hierunter fallen u. a. der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) und der telefonische Gesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts sowie der Mikrozensus 2005 des Statistischen Bundesamtes. Auch in klinischen Studien wird die kulturelle Herkunft zunehmend berücksichtigt. Daher ist in den nächsten Jahren auf eine bessere Datenlage und entsprechenden Publikationen zu hoffen.

Datenlage zum Gesundheitsverhalten in Migrantengruppen bisher unzureichend

Internationale Studien sind zwar in größerer Anzahl vorhanden, die Ergebnisse lassen sich aber nur eingeschränkt auf die deutschen Verhältnisse übertragen, da sich meist sowohl die Kultur des Einwanderungslandes (z. B. klassische Einwanderungsländer wie USA, Kanada), als auch die Kultur der dortigen größeren Migrantengruppen (z. B. Lateinamerikaner, Asiaten) von den Verhältnissen in Deutschland unterscheiden.

Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass auch die Datenlage in Berlin in diesem Bereich defizitär ist. Außer den Einschulungsuntersuchungen, in denen seit 2002 landesweit einheitlich sowohl das Merkmal der Staatsangehörigkeit als auch das aussagekräftigere Merkmal der kulturellen Herkunft erhoben wird (Bettge, Oberwöhrmann et al. 2006; Delekat 2003) und den Schulentlassungsuntersuchungen im Berliner Bezirk Mitte (Butler 2003) gibt es noch vereinzelt Ergebnisse aus kleineren Studien (u. a. Bau et al. 2003), die allerdings nicht auf repräsentativen Stichproben beruhen.

Nachfolgend werden für ausgewählte gesundheitsrelevante Verhaltensweisen die Erkenntnisse aus den vorhandenen Berliner Datenquellen dargestellt und um Ergebnisse aus der nationalen und z. T. internationalen Literatur ergänzt.

#### *Ernährung und Übergewicht/Adipositas*

Die Ernährung zählt unbestritten zu den Gesundheitsverhalten, welche in einem hohen Maße kulturell geprägt sind, was sich sowohl in der Art und Menge der verwendeten Lebensmittel, ihrer Zubereitung als auch den mit der Ernährung verbundenen Gebräuchen widerspiegelt. Sie ist ein wichtiger Teil der kulturellen Identität und kann zudem relativ leicht im Einwanderungsland weiter gelebt werden. Es wird davon ausgegangen, dass Ernährungsgewohnheiten bei Migration sehr stabil sind und Anpassungsvorgänge spät beginnen. Dabei behalten Migranten und Migrantinnen der ersten Generation ihre ursprünglichen Gewohnheiten stärker bei als diejenigen der zweiten Generation. Generell wird zumindest von einer teilweisen Änderung des Ernährungsverhaltens im Einwanderungsland in Richtung Annäherung an die einheimische Bevölkerung ausgegangen (Winkler 2003 a, 2003 b). Ein Modell der Veränderungen der Ernährungsgewohnheiten im Zuge der Migration wurde Anfang der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts von der türkischen, in Schweden lebenden Soziologin Koctürk (Koctürk, Bruce 1996) entwickelt. Das Modell wurde anhand empirischer Untersuchungen

Ernährungsverhalten ist in hohem Maße kulturell geprägt

an türkischen Migranten und Migrantinnen in Schweden sowie an vietnamesischen Migranten und Migrantinnen in Großbritannien untermauert. Insgesamt jedoch ist die Datenlage insbesondere in Deutschland als unzureichend anzusehen (Winkler 2003 a, 2003 b).

Aus den wenigen vorhandenen, oft nicht repräsentativen Untersuchungen in Deutschland ergeben sich Hinweise, dass die Ernährung von Migranten und Migrantinnen häufig den Ernährungsempfehlungen näher kommt als die Ernährung der deutschen Bevölkerung. So essen Migrantinnen und Migranten häufiger mehr Obst und Gemüse, weniger Fleisch und Wurst und konsumieren weniger Süßwaren und Alkohol (Winkler 2003 a). Die Ergebnisse zum Fastfood- und Süßwarenkonsum sind jedoch in verschiedenen Studien uneinheitlich.

Auch im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts wurde das Ernährungsverhalten erhoben. Die ersten veröffentlichten Ergebnisse bestätigen kulturell bedingte Unterschiede in den Verzehrgewohnheiten (Mensink et al. 2007).

Eine kleine, nicht repräsentative Berliner Studie in zwei Kindertagesstätten des (alten) Bezirks Wedding ergab, dass sowohl Kinder deutscher als auch Kinder türkischer Herkunft - gemessen an den Empfehlungen einer optimierten Mischkost - ein günstiges Ernährungsmuster aufwiesen. Unterschiede ergaben sich jedoch für den Verzehr von Fastfood, Süßigkeiten und Erfrischungsgetränken. Diese wurden von Kindern türkischer Herkunft deutlich häufiger verzehrt als von den Kindern deutscher Herkunft. Beide Ergebnisse stehen im Einklang mit internationalen Studien aus den Niederlanden und Schweden (Bau et al. 2003, Bau 2005).

#### Übergewicht und Adipositas ersatzweise Indikatoren für das Ernährungsverhalten

Daten zum Ernährungsverhalten an sich sind aufwendig in der Erhebung und daher selten Bestandteil von Routineerhebungen, wie z. B. den Einschulungsuntersuchungen. Darüber ist es schwierig, ein unverzerrtes, genaues Abbild der Ernährung zu erhalten. Dies gilt in besonderem Maße für die Ernährung mit Migranten und Migrantinnen, da sie z. T. andere Zubereitungsarten verwenden, was z. B. einen großen Einfluss auf den Fettgehalt der Speisen haben kann (Landman, Cruickshank 2001). Aus diesen Gründen werden stattdessen oft Übergewicht und Adipositas als ein Indikator für das Ernährungsverhalten verwendet. Unstrittig kommt der Ernährung bei der Entstehung von Übergewicht und Adipositas eine wichtige Rolle zu. Trotzdem soll hier darauf hingewiesen werden, dass zum einen die Pathogenese von Übergewicht und Adipositas ein multifaktorielles Geschehen ist. Zum anderen beinhaltet das Ernährungsverhalten nicht nur quantitative (Verzehrmengen), sondern insbesondere qualitative Aspekte (Verzehrmuster). Vor allem unter dem Gesichtspunkt einer gesunden Ernährung sollte weder Adipositas mit ungesunder noch Normalgewicht mit gesunder Ernährung gleichgesetzt werden.

Auch für Körperbild und Gewichtsbewusstsein bestehen Unterschiede in Abhängigkeit von der jeweiligen Kultur (Bush et al. 2001). So wird z. B. immer wieder für die türkische Kultur kolportiert, dass Gesundheit von Kindern auch eine gewisse Körperfülle mit einschließt, die damit auch ein kulturelles Ideal verkörpert (Berschauer 1996).

Der Body-Mass-Index (BMI) ist das gebräuchlichste Maß zur Beurteilung von Übergewicht und Adipositas<sup>1</sup>. Er ist vergleichsweise einfach zu erheben und es liegen klare Einteilungen zu Normal-, Über- und Untergewicht im Erwachsenen-<sup>2</sup> und Kindesalter<sup>3</sup> vor.

<sup>1</sup> Formel zur Berechnung des BMI: Körpergewicht in kg / (Körpergröße in m)<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> BMI-Klassifikation für Erwachsene: <18,5 = untergewichtig, 18,5-24,9 = normalgewichtig, 25-29,9 = übergewichtig, >=30 = adipös.

<sup>3</sup> Es existieren verschiedene Referenzsysteme. Für Deutschland werden, wenn nicht anders angegeben, gemäß den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) die Referenzwerte nach Kromeyer-Hauschild zugrunde gelegt.

Im Gegensatz zum Ernährungsverhalten sieht die Datenlage für Übergewicht und Adipositas in Abhängigkeit vom kulturellen Hintergrund besser aus, wobei hauptsächlich Unterschiede der BMI-Werte berichtet werden und es kaum gesicherte Erkenntnisse zu den Entstehungszusammenhängen gibt. Im Sinne einer Anpassung an den Lebensstil des Einwanderungslandes sind veränderte Ernährungsgewohnheiten (z. B. mehr Fastfood, Süßigkeiten etc.) und das körperliche Aktivitätsniveau zu diskutieren (u. a. Allen et al. 2007). So wird von einigen Autoren eine geringere körperliche Aktivität bei Migrantinnen und Migranten berichtet (u. a. Wolin et al. 2007; Brussaard et al. 2001; Landman, Cruickshank 2001).

Internationale Studien in den klassischen Einwanderungsländern USA und Kanada zeigen, dass der BMI der Immigranten bei Einwanderung meist deutlich unterhalb des Durchschnitts der einheimischen Bevölkerung des Einwanderungslandes liegt und mit zunehmender Aufenthaltsdauer stark ansteigt (u. a. Antecol, Bedard 2006; McDonald, Kennedy 2005; Kaplan et al. 2004; Gordon-Larsen et al. 2001), was mit der Anpassung an den Lebensstil des Einwanderungslandes erklärt wird (McDonald, Kennedy 2005). Darüber hinaus scheint es auch eine Abhängigkeit vom soziokulturellen Umfeld im Einwanderungsland und für einige Herkunftsgruppen auch von der Generation der Einwanderer zu geben (McDonald, Kennedy 2005; Allen et al. 2007). Nach Antecol und Bedard (2006) haben Immigrantinnen in den USA nach 10 Jahren das BMI-Niveau der einheimischen Bevölkerung erreicht, ihre männlichen Geschlechtsgenossen nach 15 Jahren immerhin zu einem Drittel.

In europäischen Studien wurde meist der BMI in Abhängigkeit vom Geburtsland untersucht. Hierbei wiesen Migrantinnen und Migranten in Abhängigkeit von ihrem Herkunftsland und z. T. Geschlecht deutlich höhere BMI-Werte auf als die einheimische Bevölkerung (u. a. Kirchengast, Schober 2006; Lindstrom, Sundquist 2005; Wändell et al. 2004; Brussaard et al. 2001). Für Teilpopulationen ließ sich auch hier ein Einfluss der Aufenthaltsdauer im Einwanderungsland nachweisen (Lindstrom, Sundquist 2005).

Deutsche Daten zu Übergewicht bzw. Adipositas und kultureller Herkunft wurden bisher überwiegend für Kinder und Jugendliche publiziert. Hier ist aber möglicherweise aus dem Mikrozensus 2005 noch mit Publikationen zu rechnen.

Nach den Ergebnissen der Augsburger KORA-Studie, die Unterschiede bezüglich Gesundheitszustand, Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und Gesundheitsverhalten zwischen erwachsenen Aussiedlern und Aussiedlerinnen aus Osteuropa und der einheimischen deutschen Bevölkerung untersuchte, sind die aus Osteuropa Kommenden eher übergewichtig und weniger sportlich aktiv (Aparicio et al. 2005). Im Gegensatz zu den Studien aus den USA und Kanada waren die Effekte jedoch bei Aussiedlerinnen und Aussiedlern, die nicht länger als 5 Jahre in Deutschland lebten, am größten.

Die wesentliche Datenquelle für Adipositas und Übergewicht im Kindesalter sind bisher die Einschulungsuntersuchungen. Sofern hierbei der Migrationshintergrund erhoben wird, werden übereinstimmend höhere Prävalenzen für Kinder mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Kindern deutscher Herkunft berichtet (u. a. Bettge, Oberwöhrmann et al. 2006; Will et al. 2005; Erb, Winkler 2004). Auch bei einigen Schulentlassungsuntersuchungen werden BMI und Angaben zur Nationalität erhoben. Auch hier zeigt sich, dass Jugendliche anderer Nationalität häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind als deutsche Jugendliche (Butler 2003, Kiss 1995). Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts weisen in die gleiche Richtung eines erhöhten Risikos für Übergewicht und Adipositas bei Kindern mit einem Migrationshintergrund (Kurth, Schaffrath Rosario 2007).

Erhöhtes Risiko für Übergewicht bei Kindern/Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Die aktuellen Berliner Daten aus den Einschulungsuntersuchungen 2005 (vgl. auch Tabelle 4.2.10) bestätigen erneut, dass Kinder nichtdeutscher Herkunft im Alter von 5 bis 6 Jahren im Vergleich zu den Kindern deutscher Herkunft knapp doppelt so oft von Übergewicht (9,8 % vs. 5,7 %) und gut

doppelt so häufig von Adipositas (8,2 % vs. 3,7 %) betroffen sind. Dabei bestehen deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen von Kindern nichtdeutscher Herkunft<sup>4</sup>. So weisen die Kinder türkischer Herkunft mit einem Anteil von 11,9 % übergewichtigen (ohne Adipöse) und 10,3 % adipösen Kindern die höchsten Raten auf, die niedrigste Rate findet sich bei den Kindern aus den westlichen Industriestaaten mit 6,4 % Übergewichtigen und 4,9 % Adipösen. Ähnliche Verhältnisse sind auch für die Niederlande beschrieben: auch dort sind türkische Kinder doppelt so häufig von Adipositas betroffen wie die niederländischen Kinder ohne Migrationshintergrund (Brussaard et al. 2001).

### ***Bewegung***

Auch im Bereich körperlicher Aktivität gibt es bisher wenig deutsche Daten, die den Aspekt der kulturellen Herkunft berücksichtigen.

In internationalen Studien zeigt sich mehrheitlich, dass Immigranten und Immigrantinnen tendenziell sportlich inaktiver sind als die einheimische Bevölkerung des Einwanderungslandes (Allen et al. 2007; Weilandt et al. 2006; Wolin et al. 2006; Dawson et al. 2005; Gadd et al. 2005; Evenson et al. 2004). Allerdings gibt es starke Unterschiede je nach Herkunftsland, Geschlecht, Einwanderergeneration, Alter bei Einwanderung, Kenntnissen der Sprache des Einwanderungslandes und Aufenthaltsdauer. Dabei sollte auch berücksichtigt werden, dass Einwanderer häufiger im beruflichen Kontext körperlich aktiv sind, wobei die genannten Einflussfaktoren in umgekehrter Weise korreliert sind. So üben z. B. Migranten und Migrantinnen mit besseren Sprachkenntnissen der Sprache des Einwanderungslandes seltener beruflich körperlich anstrengende Tätigkeiten aus, sind andererseits aber in der Freizeit körperlich aktiver als Migranten und Migrantinnen mit schlechten Sprachkenntnissen (Wolin et al. 2006).

In einer älteren, umfassenden, allerdings nicht repräsentativen Studie (geschlechts- und altersspezifischer Bias, Rücklaufquote 18 %) zu Sportverhalten, Sportmotiven und sportbezogenen Einstellungen bei Migrantinnen und Migranten zeigten sich Unterschiede bei der sportlichen Betätigung (Vereinssport) nach Geschlecht, Alter und Deutschkenntnissen der Befragten (Abel 1984 zitiert nach Seidenstücker 2002). So sind Männer sportlich aktiver als Frauen und jüngere Migranten sportlich aktiver als ältere. Darüber hinaus wirkten sich Kenntnisse der deutschen Sprache positiv auf die aktive sportliche Betätigung aus.

Erste Auswertungen des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts ergaben, dass Kinder im Alter von 3 bis 10 Jahren mit einem Migrationshintergrund weniger körperlich aktiv sind als ihre Altersgenossen deutscher Herkunft. Besonders ausgeprägt ist dies in Bezug auf den Vereinssport. Bei den Jugendlichen hingegen zeigte sich, dass hier lediglich die Mädchen aus Migrantenfamilien in ihrer Freizeit signifikant weniger aktiv sind (Lampert et al. 2007). Diese Ergebnisse ließen sich auf regionaler Ebene in der Jugendgesundheitsstudie Stuttgart 2005 (JUGS 2005), die mit dem gleichen Instrumentarium durchgeführt wurde, nicht bestätigen. Insbesondere die Mädchen mit einem muslimischen Migrationshintergrund waren hier häufiger körperlich aktiv als Mädchen deutscher Herkunft.

### ***Rauchen***

Es gibt einige internationale Studien zum Thema Rauchverhalten und kultureller Hintergrund. US-amerikanische und kanadische Studien ergaben, dass Immigranten und Immigrantinnen sowohl der ersten, als auch der zweiten Generation meist zu einem geringeren Prozentsatz Raucher/innen sind

---

<sup>4</sup> Bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin wird nach folgenden Gruppen von Kindern nichtdeutscher Herkunft differenziert: türkisch, arabisch, aus westlichen Industriestaaten, osteuropäisch, aus sonstigen Staaten (vgl. auch Bettge, Oberwöhrmann et al. 2006).

(Osypuk et al. 2005; Georgiades et al. 2006; Acevedo-Garcia et al. 2005) und dies obwohl die sie zu einem Großteil ökonomisch schlechter gestellt waren, was in der einheimischen Bevölkerung ein Prädiktor für einen erhöhten Tabakkonsum war (Georgiades et al. 2006).

Im Kontrast hierzu zeigen Studien aus Europa und Israel kein einheitliches Bild. Tendenziell ist der Raucheranteil in der Gruppe der Migrantinnen und Migranten höher als in der einheimischen Bevölkerung (Weilandt et al. 2006 ; Gadd et al. 2005; Nierkens et al. 2005; Baron-Epel et al. 2004; Baron-Epel, Haviv-Messika 2004), die Daten sind jedoch in Abhängigkeit vom jeweiligen Herkunftsland, Geschlecht und Religiosität sehr differenziert zu beurteilen. Nierkens et al. (2005) weisen zudem darauf hin, dass der Raucheranteil unter Immigranten und Immigrantinnen dem jeweiligen Raucheranteil im Ursprungsland sehr nahe kommt und sich die Zunahme des Rauchverhaltens in den Herkunftsländern zum Teil noch in einer früheren Phase im Vergleich zu den Einwanderungsländern befindet, in denen der Raucheranteil zum Teil bereits wieder rückläufig ist (zu den vier Stadien der „Tabak-epidemie“ vgl. Lopez et al. 1994).

In Israel bestehen beispielsweise starke Unterschiede in Abhängigkeit von der ethnischen Zugehörigkeit und dem Geschlecht. Während bei Männern der Anteil Raucher von den Arabern über die russischen Einwanderer zu den israelischen Juden abnimmt, nimmt er bei den Frauen in derselben Reihenfolge zu. Jüdische aus Russland Eingewanderte wiesen im Vergleich zu arabischen Immigranten und Immigrantinnen ein jüngeres Einstiegsalter auf (Baron-Epel et al. 2004 ; Baron-Epel, Haviv-Messika 2004).

In Deutschland scheinen kaum Daten zum Rauchverhalten von Migrantinnen und Migranten zu existieren. Nach einer Publikation auf Basis der Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts<sup>5</sup> gibt es Hinweise dafür, dass der Anteil der Raucher/innen bei Menschen mit Migrationshintergrund höher ist als in der Bevölkerung deutscher Herkunft. Dabei sind jedoch sowohl Geschlechts- als auch Altersunterschiede zu beachten. Bei den Migranten beträgt der Unterschied zu den Männern deutscher Herkunft je nach Alter zwischen 2,5 % (Männer >65 Jahre) und 5,3 % (Männer 18 - 29 Jahre). Hingegen ist der Anteil Raucherinnen bei den Migrantinnen (bis auf die Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen) um 0,9 % bis 5,6 % niedriger als bei den Frauen deutscher Herkunft (Lampert, Burger 2005). Die Unterschiede lassen sich nach Einschätzung der Autoren am ehesten darauf zurückführen, dass die Zunahme des Raucheranteils bei Frauen in anderen Ländern später eingesetzt hat als in Deutschland. Die Daten weisen die typischen Einschränkungen auf: die Migrantinnen und Migranten wurden untererfasst, was auf Sprachprobleme und Kulturbarrieren zurückgeführt wird und dazu führt, dass die Gruppe nicht repräsentativ für den Bevölkerungsteil mit Migrationshintergrund insgesamt ist. Aufgrund der vergleichsweise kleinen Fallzahlen war zudem eine Differenzierung in unterschiedliche Herkunftsgruppen nicht möglich.

In Berlin werden im Rahmen der Einschulungs- und z. T. der Schul-entlassungsuntersuchung Daten zum Rauchverhalten der Eltern bzw. der Jugendlichen erhoben. Während erstere berlinweit auswertbar vorliegen, gibt es zu letzteren in den letzten Jahren lediglich Berichte auf der bezirklichen Ebene. So ergab die Auswertung zum Rauchverhalten von Jugendlichen nach Nationalität im Bezirk Mitte, dass im Gegensatz zu den bundesweiten Daten der Anteil nichtrauchender Jugendlicher mit 79 % bei denen türkischer Herkunft und 80 % bei denen anderer Nationalitäten höher lag als bei den Jugendlichen deutscher Herkunft mit 73 % und dies, obwohl in der Elterngeneration der nichtdeutschen Jugendlichen ein höherer Raucheranteil als in der deutschen Elterngeneration festzustellen war (Butler 2003). Dies wird durch die ersten publizierten Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts zum Rauch-

Höherer Raucheranteil bei Jugendlichen deutscher als bei denen türkischer Herkunft

<sup>5</sup> Erhebungswelle 2003, GSTel03.

verhalten der 14- bis 17-Jährigen gestützt, nach denen jugendliche Migranten und Migrantinnen ebenfalls seltener rauchen als Jugendliche deutscher Herkunft (Lampert, Thamm 2007). Über die möglichen Ursachen hierfür (Religiosität, andere Vorbildwirkung der Eltern, späteres Einstiegsalter) kann nur spekuliert werden, eingehendere Untersuchungen dazu gibt es nicht. Wie auch schon von Butler (s. o.) diskutiert, wäre es jedoch sinnvoll, Informationen zur Ursache der kulturellen Unterschiede zu gewinnen, um diese ggf. für Präventionsstrategien nutzen zu können.

Die Daten der Einschulungsuntersuchung 2005 zeigen, dass Kinder nichtdeutscher Herkunft häufiger in Raucherhaushalten leben. Dabei ergeben sich deutliche Unterschiede je nach Herkunftsgruppe. So rauchen die Eltern aus den westlichen Industriestaaten und sonstigen Staaten deutlich seltener als die deutschen Eltern, türkische, arabische und osteuropäische hingegen deutlich häufiger. Der Effekt bleibt auch nach Kontrolle für den Sozialstatus bestehen, so dass eine kulturelle Komponente anzunehmen ist (vgl. Tabelle 4.1).

**Tabelle 4.1:**  
**Rauchverhalten der Eltern der Einschülerinnen und Einschüler in Berlin 2005 nach Herkunft**

Herkunft <sup>1)</sup>	n (= 100 %)	Rauchverhalten - Anteil in %		
		keine/r raucht	Vater oder Mutter raucht <sup>2)</sup>	beide Eltern rauchen
deutsch	17.857	54,7	30,1	15,2
türkisch	3.117	39,4	40,6	20,1
arabisch	668	49,6	39,4	11,1
osteuropäisch	2.226	47,3	37,4	15,3
aus westl. Industriestaaten	432	61,3	28,2	10,4
aus sonstigen Staaten	1.463	63,8	28,9	7,2

<sup>1)</sup> Fehlende Angaben zur Herkunft in 0,3 % der Fälle (n = 81).

<sup>2)</sup> Einschließlich allein erziehender rauchender Eltern.

(Datenquelle und Berechnung: SenGesUmV - I A -)

### Zahnpflege

Ein Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem Zahnstatus, insbesondere der Karieshäufigkeit ist seit längerem bekannt. Seit einigen Jahren gibt es auch zunehmend mehr Aufmerksamkeit gegenüber Unterschieden zwischen verschiedenen kulturellen Herkunftsgruppen. Es zeigt sich, dass Menschen aus Immigrantenfamilien ein höheres Kariesrisiko aufweisen (u. a. Skeie et al. 2006 ; Schenk 2005) und daher als besondere Zielgruppe für entsprechende Präventionskonzepte angesehen werden. Unter den Migrantinnen und Migranten weisen insbesondere diejenigen aus Osteuropa ein besonders hohes Kariesrisiko auf (u. a. Brunner-Strepp 2001; Dohnke-Hormann 2001). Aber auch für türkische und marokkanische Kinder wird eine höhere Kariesprävalenz berichtet (Van Steenkiste 2003; Brussaard et al. 2001).

Bei der ersten Auswertung der Daten des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys des Robert Koch-Instituts zeigte sich, dass Migrantenkinder häufiger ein unzureichendes Zahnputzverhalten aufwiesen wie die deutschen Kinder. Gut jedes 2. Migrantenkind putzte sich 1x oder häufiger pro Tag die Zähne (55 %), wohingegen es bei den Kindern deutscher Herkunft zumindest 74 % waren. Auch wurden Migrantenkinder seltener einem Zahnarzt vorgestellt. Die Unterschiede blieben auch nach Kontrolle für die soziale Schicht bestehen (Schenk, Knopf 2007).

Zum Zahngesundheitsverhalten, zu Einstellungen zur Zahngesundheit und zahngesundheitlicher Prävention sowie zu zahnärztlichen Leistungen bei Kindern deutscher und türkischer Herkunft bzw. ihrer Eltern liegt eine detaillierte Studie aus dem Rems-Murr-Kreis vor (van Steenkiste 2003 a, 2003 b, 2004). Hier zeigte sich, dass der Anteil Kinder, die nicht täglich ihre Zähne putzten, bei den Kindern türkischer Herkunft im Vergleich zu den deutschen Kindern viermal größer war (35,1 % vs. 8,2 %). Türkische Eltern begannen zudem später damit, die Zähne ihres Kindes nachzuputzen und hörten in einem jüngeren Alter der Kinder wieder damit auf. Auch Fluoridierungsmaßnahmen (Verwendung fluoridierten Speisesalzes, Fluoridtabletten) wurden von türkischen Eltern signifikant seltener angewendet als von den deutschen Eltern (van Steenkiste 2003 a). Die Befragung im Rahmen der Einschulungsuntersuchung wurde im Jahr 2005 wiederholt, die Ergebnisse sind bisher jedoch noch nicht publiziert (persönliche Mitteilung).



Die Daten der Einschulungsuntersuchung 2005 aus Berlin weisen ein den Ergebnissen der Literatur entsprechendes Bild auf. Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen wird der Gebisszustand grob durch eine Laieninspektion, wie sie auch von Eltern oder Erzieherinnen bzw. Erziehern durchgeführt werden könnte, erhoben. Diese ist nicht mit einem zahnärztlichen Befund zu vergleichen<sup>6</sup>. Trotzdem kann sie als ein grobes Maß für das Zahnpflegeverhalten genommen werden<sup>7</sup>.

Bei der Einschulungsuntersuchung, d. h. im Alter von 5 bis 6 Jahren, verfügen demnach 73,2 % der Migrantenkinder über ein versorgtes Gebiss, 17,6 % haben ein sanierungsbedürftiges Gebiss und 9,2 % abgefaulte oder wegen Karies extrahierte Zähne. Damit liegen die Anteile in den letzten beiden Kategorien ca. doppelt so hoch wie bei den Kindern deutscher Herkunft. Allerdings sind auch hier Unterschiede zwischen den einzelnen Herkunftsgruppen deutlich zu erkennen. So zeigt sich hier wie auch in der publizierten Literatur, dass die Kinder osteuropäischer Herkunft mit zusammengefasst 35,3 % am häufigsten von unzureichenden Gebisszuständen betroffen sind. Die Kinder aus westlichen Industriestaaten weisen diesbezüglich eine bessere Situation als die Kinder deutscher Herkunft auf (vgl. Tabelle 4.2).

Hoher Anteil Kinder mit sanierungsbedürftigem Gebiss bei osteuropäischer Herkunft

**Tabelle 4.2:**  
Gebisszustand der Einschülerinnen und Einschüler in Berlin 2005 nach Herkunft

Herkunft <sup>1)</sup>	n (= 100 %)	Gebisszustand - Anteil in %		
		Zähne versorgt	Zähne sanierungsbedürftig	Zähne abgefault oder Extraktionen wegen Karies
deutsch	19.002	86,4	8,7	4,8
türkisch	3.220	77,2	15,4	7,4
arabisch	705	72,9	18,2	8,9
osteuropäisch	2.328	64,7	22,0	13,3
aus westl. Industriestaaten	463	90,1	6,5	3,5
aus sonstigen Staaten	1.577	72,8	18,5	8,8

<sup>1)</sup> Fehlende Angaben zur Herkunft in 0,3 % der Fälle (n = 95).  
(Datenquelle und Berechnung: SenGesUmV - I A -)

Die Unterschiede bleiben auch nach Kontrolle für die soziale Lage signifikant. Als Ursache für die kulturellen Unterschiede werden neben dem Ernährungsverhalten (s. o.) mit einem höheren Zuckerkonsum, andere Zahnputztechniken, andere Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit, fehlende Verankerung von Oralprophylaxeprogrammen im Gesundheitssystem der Herkunftsländer sowie unterschiedliche Nutzung von Fluoridierungsmöglichkeiten diskutiert (Schenk, Knopf 2007; van Steenkiste 2003 b; Brussaard et al. 2001).

### Implikationen für die Gesundheitsberichterstattung

Wie eingangs erwähnt, ist die Datenlage zum Gesundheitsverhalten von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland noch sehr übersichtlich. Die vorhandenen Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass der kulturelle Hintergrund in allen untersuchten Bereichen ein wichtiger Einflussfaktor ist. Dies ist insbesondere mit Blick auf die Identifikation von Zielgruppen von Interventions- und Präventionsprogrammen wichtig, um entsprechende kulturelle Aspekte bei der Konzeption von Inhalten und der Wahl der Zugangswege zu berücksichtigen. Es kann an dieser Stelle daher nur noch einmal betont werden, dass die kulturelle Herkunft bzw. der Migrationshintergrund gleichrangig zu Geschlecht und Merkmalen der sozialen Lage auch und insbesondere bei Erhebungen zum Gesundheitsverhalten als Standardmerkmal aufgenommen und bei Auswertungen berücksichtigt werden sollte.

Migrationshintergrund sollte als Standardmerkmal berücksichtigt werden

<sup>6</sup> Beim Vergleich der Daten mit den Erstklässleruntersuchungen des zahnärztlichen Dienstes ergibt sich, dass der Anteil kariesbefallener, behandlungsbedürftiger Gebisse bei den Einschulungsuntersuchungen eher unterschätzt wird. Die Daten der Erstklässleruntersuchungen enthalten jedoch keine weiteren Angaben zur Person, so dass eine differenzierte Auswertung nach sozialer Lage oder Herkunft nicht möglich ist.

<sup>7</sup> Für die genaue Methodik wird auf die Publikation von Bettge, Oberwöhrmann et al. 2006 verwiesen.