

# Gesundheit – Migration – Public Health

**Gesundheitssysteme müssen sich zunehmend mit Diversität auseinandersetzen. Erfolgreiche Konzepte und Strategien sind gefragt.**

Ursula Karl-Trummer, Sonja Novak-Zezula

**D**er Anteil von Migranten und Migrantinnen an der europäischen Bevölkerung wurde 2010 mit ca. 47 Millionen angegeben, davon 30 Prozent aus Drittländern (Nicht-EU-Staaten).<sup>1</sup> Migration nach Europa wird dabei als notwendige Ressource für Arbeitsmärkte im Europäischen Wirtschaftsraum betrachtet. Gesundheitssysteme müssen mit verstärkter kultureller und sprachlicher Vielfalt umgehen; Patienten und Gesundheitspersonal sind zunehmend multikulturell.

Die Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit gewinnen in Europa immer mehr an Bedeutung: Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung zur erfolgreichen Teilnahme an der Aufnahmegesellschaft und gleichzeitig eine Folge erfolgreicher Integrationsprozesse. Gesundheit kann so als ein wesentlicher Integrationsfaktor betrachtet werden.

Dementsprechend wird praxisrelevante wissenschaftliche Evidenz zu möglichen Zusammenhängen von Migration und Gesundheit auf gesundheitspolitischer Ebene verstärkt eingefordert.<sup>2-4</sup> Auf wissenschaftlicher Ebene wird die zunehmende Relevanz des Themas durch eine wachsende Anzahl von Forschungsarbeiten und wissenschaftlichen Netzwerken (vgl. die COST Action IS1103 Adapting European Health Systems to Diversity<sup>5</sup>) deutlich.

## Stand des Wissens

Bezüglich tendenziell schlechterer Zugangs- und Gesundheitschancen von Migrantengruppen ist in den letzten Jahren ein beträchtlicher Wissensstand aufgebaut worden.<sup>6-8</sup> Dieser belegt die besondere gesundheitliche Vulnerabilität von



Der Gesundheitszustand der Migranten ist schlechter als der der einheimischen Bevölkerung. Foto: © lassedesignen – Fotolia.com

Migranten  
kommen gesund  
und werden erst  
im Aufnahmeland  
krank.

Migrantengruppen in Europa und fordert einen weiteren Ausbau einer Wissensbasis zur Gestaltung sozial gerechterer Gesundheitssysteme.<sup>3</sup>

Kurz gefasst: Migrantinnen und Migranten kommen gesund, werden im Aufnahmeland krank und in weiterer Folge im Schnitt kränker als die einheimische Bevölkerung. Trotz hoher medizinischer, technischer und pflegerischer Qualität der Gesundheitsversorgung finden Migranten oft zu spät und an der falschen Stelle den Zugang. Oft werden diese Gesundheitsnachteile mit der im Allgemeinen schlechteren sozioökonomischen Situation von Migranten erklärt. Das erscheint logisch, da Bildung und Einkommen als wesentliche Determinanten von Gesundheit in

## Migration und Lebensbedingungen

Fast ein Drittel der Armutsgefährdeten Österreichs (und in dieser Gruppe wieder zu 60 Prozent Frauen) stammen aus einem Land außerhalb der EU, hat die Statistik Austria im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz ermittelt.<sup>9</sup> Die Gründe für das niedrige Einkommen von

Migranten, das durch andere Familienmitglieder nicht ausgeglichen werden kann, sind unterschiedlich, summieren sich aber oft: Zugangsbeschränkungen und ethnische Segregation am Arbeitsmarkt, fehlende oder nicht anerkannte Abschlüsse und Qualifikationen sowie Informationsdefizite im Zusammenhang

mit Sozialleistungen oder Förderungen. Laut Erhebungen der Statistik Austria zeigen sich auch deutliche Unterschiede im Lebensstandard zwischen in Österreich geborenen Menschen mit Migrationshintergrund und erst im Nachhinein eingebürgerten Österreichern aus Drittstaaten. ET

vielen Studien bestätigt sind. Eine Studie des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zu Einkommen, Armut und Lebensbedingungen<sup>9</sup> zeigt auf, dass sich Personen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich häufig in schlechteren sozioökonomischen Positionen befinden als Österreicher (siehe Kasten). Die Studie zeigt weiter, dass Migranten ihre Gesundheit tendenziell schlechter bewerten als Österreicher. Damit bestätigt sich auf den ersten Blick der Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Position und Gesundheit. Es bleibt dabei aber ungeklärt, ob die niedrigere sozioökonomische Position die alleinige Ursache für einen schlechteren Gesundheitszustand ist, oder ob der Migrationsstatus unabhängig davon einen Einfluss auf den Gesundheitsstatus hat.

### Die Studie „Gesundheit im urbanen Raum“

Die Studie „Gesundheit im urbanen Raum. Die Bedeutung von sozioökonomischer Position und Migrationsstatus als Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Wiener Bevölkerung“ (gefördert aus Mitteln des Jubiläumsfonds der Stadt Wien, durchgeführt an der WU Wien, Institut für Wirtschaftsgeographie und Geoinformatik) geht der Frage nach, ob Migrationsstatus als eigenständige soziale Determinante von Gesundheit belegt werden kann.<sup>10</sup> Die Studie bietet eine erste statistische Analyse (Regressionsanalyse, ordinale Logit-Modell) für Wien als jener Region Österreichs mit dem höchsten Migrantenanteil von 38,2 Prozent (2011). „Migrant“ wird in der Analyse definiert als im Ausland geboren und/oder mit ausländischer Staatsbürgerschaft; Gesundheit wird über den selbst eingeschätzten Gesundheitszustand erhoben. Die Datengrundlage ist der detaillierte EU-SILC-Datensatz 2009 für die Wiener Wohnbevölkerung ab 16 Jahren (zur Verfügung gestellt durch die Statistik Austria).

### Migrationsstatus als soziale Gesundheitsdeterminante

Es bestätigt sich zunächst der signifikante Einfluss von sozioökonomischem Status auf Gesundheit: Je höher der Bildungsabschluss und je höher das Haushaltseinkommen, desto höher ist die Chance auf einen guten Gesundheitszustand. Schlechter Job und Arbeitslosigkeit verringern die Chance auf gute Gesundheit. Aber: Sozioökonomischer Status allein reicht nicht zur Erklärung von Gesundheitsunterschieden.

Die Analyse zeigt darüber hinaus für Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus der Türkei auch einen

signifikant negativen Einfluss des Migrationsstatus auf Gesundheit, und zwar unabhängig von der sozioökonomischen Position.

Unterscheidet man weiter nach Frauen und Männern, zeigt sich eine besondere Betroffenheit für Frauen. Hier ist ein hochsignifikanter negativer Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und Gesundheit feststellbar, für Männer verschwindet der signifikante Zusammenhang. (Datentabelle bei Autorinnen erhältlich) Das bedeutet, dass – statistisch gesehen – von zwei Frauen, die gleich alt sind, das gleiche Bildungsniveau haben, gleich viel verdienen und den gleichen Erwerbsstatus haben, die Frau mit ex-jugoslawischem oder türkischem Migrationshintergrund geringere Chancen auf gute Gesundheit hat als die Nicht-Migrantin.

Damit tun sich neue Fragen auf. Welche Faktoren in migrantischen Lebenswelten sind für den systematischen Gesundheitsnachteil

## Berufsbegleitende Universitätslehrgänge

### Patientensicherheit durch Risiko- und Qualitätsmanagement Hygienemanagement

Beginn: 12. November 2012  
Abschluss: Master of Science (MSc)  
E-Mail: [andrea.gruber@donau-uni.ac.at](mailto:andrea.gruber@donau-uni.ac.at)  
[www.donau-uni.ac.at/patientensicherheit](http://www.donau-uni.ac.at/patientensicherheit)

### OP-Management

Beginn: 12. November 2012  
Abschluss: Master of Science (MSc)  
E-Mail: [michael.ogertschnig@donau-uni.ac.at](mailto:michael.ogertschnig@donau-uni.ac.at)  
[www.donau-uni.ac.at/opm](http://www.donau-uni.ac.at/opm)

**Donau-Universität Krems**  
Zentrum für Management im Gesundheitswesen



### Gesundheitszustand

Laut Gesundheitsbefragung der Statistik Austria beurteilen Personen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei ihren Gesundheitszustand am schlechtesten. So geben nur 67 Prozent der Männer und 62 Prozent der Frauen an, sich gesundheitlich sehr gut oder gut zu fühlen – bei den Menschen aus den EU-27-Ländern sind es 81 bzw. 79 Prozent.

Migrantinnen haben im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund ein 3,4-fach höheres Risiko, an Diabetes zu erkranken, sie sind auch signifikant häufiger adipös. Männer mit Migrationshintergrund haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, an Migräne und häufigen Kopfschmerzen, chronischen Angstzuständen und Depression und an Wirbelsäulenbeschwerden zu leiden. Männer aus Ex-Jugoslawien oder der Türkei rauchen im Vergleich zu Männern ohne Migrationshintergrund deutlich öfters täglich.<sup>11</sup> ET

ausschlaggebend? In welcher spezifischen Situation befinden sich Frauen? Was heißt das für Gesundheitsdienstleister?

### Resonanz aus der Praxis

Die Studienergebnisse wurden mit Stakeholdern aus der Wiener Sozialverwaltung und Gesundheitsplanung diskutiert. Dort überrascht zwar die Deutlichkeit, nicht aber der Inhalt. Ein systematischer Gesundheitsnachteil aufgrund des Migrationshintergrunds erscheint plausibel und entspricht der eigenen Arbeitserfahrung.

Als Einflussfaktoren werden ungesunder Lebensstil, schlechte Arbeitsbedingungen, Isolation, Alltagsstress, fehlende Anerkennung, Diskriminierung und Ausgrenzung genannt. Konzepte von Prävention und Gesundheitsförderung erscheinen nicht anschlussfähig, unter anderem, weil sie als Luxus betrachtet werden.

### Was ist zu tun?

**Mehr Evidenz:** Man weiß noch zu wenig über die konkreten Zusammenhänge zwischen Migrationsstatus und Gesundheit. Eine fundierte, praxisrelevante Wissensbasis ermöglicht evidenzbasierte Planung und strategische Entwicklung eines österreichischen Gesundheitswesens, das seine hohen Standards auch in Zeiten finanzieller Härten halten und beständig verbessern kann.

**Mehr Bewusstheit:** Wegschauen ist auf Dauer ökonomisch, sozial und individuell teuer, denn es führt zu unnötigen Behandlungskosten, Überlastung des Gesundheitspersonals und suboptimal versorgten Menschen. Ein proaktiver und ressourcenorientierter Zugang ermöglicht gezielte Interventionen und effizientere Lösungen.

**Mehr Trainingsmöglichkeiten:** Ein besseres Handwerkszeug zur Meisterung der neuen Herausforderungen ist für Personal in Gesundheitsorganisationen in jeder Hierarchiestufe wichtig – von der Leitungs- bis zur Basisfunktion.

Die besondere Betroffenheit von Frauen wird zum einen auf Mehrfachbelastungen zurückgeführt, zum anderen auf Isolation und ein Leben im Zwiespalt der Kulturen. Frauen sind aufgefordert, den widersprüchlichen Erwartungen der österreichischen Arbeitswelt und der traditionellen Familie gerecht zu werden. Das führt oft zu Enttäuschung, Erschöpfung und Depression.

### Implikationen für Organisationen des Gesundheitswesens

Organisationen im Gesundheitswesen sind auf diese spezifische Vulnerabilität nicht ausreichend vorbereitet. Sie bieten zwar hohe Qualität medizinischer und pflegerischer Leistung, aber die Vermittlung gestaltet sich schwierig. Gegenseitiges Verstehen wird nicht nur durch mangelnde Sprachbeherrschung, sondern darüber hinaus durch beiderseitige mangelnde kulturelle Sensibilität erschwert.

Gesundheitsorganisationen und -berufe müssen unterstützt werden, mit dieser neuen Herausforderung umzugehen. Wege dahin führen über den Aufbau einer guten Wissensgrundlage zu den konkreten Zusammenhängen zwischen Gesundheit und Migration, über Trainingsangebote für Gesundheitsberufe und Organisationsentwicklungsmaßnahmen für Gesundheitsorganisationen. ::

#### Literatur:

- Gijón-Sánchez M-T, Pinzón-Pulido S, Kolehmainen-Aitken R-L, Weekers J, López Acuña D, Benedict R & Peiro M-J (2010): Better health for all in Europe: developing a migrant sensitive health workforce. Eurohealth 16.
- European Parliament (2011): European Parliament resolution of 8 March 2011 on reducing health inequalities in the EU (2010/2089(INII)). <http://www.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?lang=en&reference=2010/2089%28INI%29#basicInformation>
- WHO (2010): How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/127526/e94497.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf)
- Council of the European Union (2007): Health and migration in the EU. Council of the European Union, 15609/07. [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/161560/e96458.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf)
- [www.cost.eu/domains\\_actions/isch/Actions/IS1103](http://www.cost.eu/domains_actions/isch/Actions/IS1103)
- Mackenbach JP (2006): Health inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by the UK Presidency of the EU.
- Ingleby D (2009): European Research on Migration and Health. IOM Background paper, Brussels.
- Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Bebedict R, McKee M (2011): Migration and Health in the European Union, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, McGraw Hill.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2011): Armutsgefährdung und Lebensbedingungen in Österreich – Ergebnisse aus EU-SILC 2009.
- Karl-Trummer U, Novak-Zezula S, Sardadvar S: Gesundheit im urbanen Raum. Die Bedeutung von sozioökonomischer Position und Migrationsstatus als Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Wiener Bevölkerung (2012). Factsheet, Wien.
- Statistik Austria im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007, Wien.



Mag. Dr. Ursula Karl-Trummer, MSc  
Leiterin des Zentrums für Gesundheit und Migration  
[ursula.karl-trummer@c-hm.com](mailto:ursula.karl-trummer@c-hm.com)

Mag. Dr. Sonja Novak-Zezula,  
Managing Director des Zentrums für Gesundheit und Migration  
[sonja.novak-zezula@c-hm.com](mailto:sonja.novak-zezula@c-hm.com)