

Migration und Gesundheit

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Im Auftrag der Arbeiterkammer Wien und des Bundesministeriums für Gesundheit

Migration und Gesundheit

Literaturbericht zur Situation in Österreich

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Autorinnen:

Judith Anzenberger
Andrea Bodenwinkler
Elisabeth Breyer

Unter Mitarbeit von:

Selen Kadak-Güngör
Katharina Moser
Peter Nowak
Sophie Sagerschnig

Fachliche Begleitung durch die Auftraggeber:

Lena Karasz / Josef Wallner, Arbeiterkammer Wien
Petra Lehner/Ines Stamm, Bundesministerium für Gesundheit

Projektassistenz:

Bettina Engel

Wien, im Januar 2015

Im Auftrag der Arbeiterkammer Wien und des Bundesministeriums für Gesundheit

Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien,
Tel. +43 1 515 61, Fax +43 1 513 84 72, Homepage: www.goeg.at

Zitiervorschlag: Anzenberger, Judith; Bodenwinkler, Andrea; Breyer, Elisabeth (2015): Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich. Im Auftrag der Arbeiterkammer Wien und des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

Kurzfassung

Der Bericht fasst Literaturergebnisse zum Thema Migration und Gesundheit zusammen. Um einen möglichst breitgefächerten Überblick zu erhalten, wurden die Begriffe Migrantin/Migrant und Migrationshintergrund vorab definitorisch nicht eingeschränkt. In der Literatur sind diese Begriffe uneinheitlich definiert, werden oft synonym verwendet und sind so auch im Bericht übernommen. Sofern vorhanden wurden spezifischere Begriffsdefinitionen in der Langfassung ausgewiesen (siehe Abschnitt 1.2).

Der Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten wird immer wieder als kritisch eingestuft. Der vorliegende Bericht umreißt auf Basis einer breiten Literaturanalyse die gesundheitliche Lage von Migrantinnen und Migranten in Österreich und Bedingungsfaktoren für Gesundheit, zeigt deren Zugang zur Gesundheitsversorgung auf und beschreibt bisherige Entwicklungsmaßnahmen in diesem Bereich.

Die Literatur diskutiert verschiedene Einflussfaktoren auf die Gesundheit generell: Dazu zählen insbesondere sozioökonomische, aber auch soziokulturelle Einflussfaktoren. Wichtige mitbestimmende Umstände sind aber auch Gesundheitskompetenz, -ressourcen und -verhalten, die wiederum mit sozioökonomischen/-kulturellen Bedingungen zusammenhängen. Dies gilt nicht nur für Migrantinnen und Migranten – auch innerhalb ein und derselben Kultur und Gesellschaft gibt es Unterschiede, je nach Alter, Geschlecht, sozialer Schicht, Bildungsgrad und Stadt-Land-Differenz. Es gibt aber auch migrationsspezifische Faktoren, die sich auf die Gesundheit auswirken können, wie z. B. der Grund für die Migration und die Bedingungen während der Migration. Zusätzlich sind Migranten und Migrantinnen teilweise ethnischen/kulturellen Diskriminierungen ausgesetzt, die sich auch auf den Gesundheitszustand auswirken können.

Personen mit Migrationshintergrund in Österreich fühlen sich – je nach Herkunft – im Durchschnitt gesundheitlich schlechter als Personen ohne Migrationshintergrund. Das trifft insbesondere für Migrantinnen und Migranten aus Ex-Jugoslawien (ohne Slowenien) und der Türkei zu.

Generell wird in der Literatur von einem starken Zusammenhang zwischen schwacher sozioökonomischer Situation und schlechter Gesundheit berichtet. Dieser Zusammenhang zeigt sich auch in Österreich. Insbesondere Migrantinnen und Migranten zählen zu den sozioökonomisch Benachteiligten: Menschen mit Migrationshintergrund haben öfter höchstens einen Pflichtschulabschluss als Österreicher/innen (rund 20 Prozentpunkte Unterschied). Fast die Hälfte der eingebürgerten Migranten/Migrantinnen (Nicht-EU/EFTA) und 60 Prozent der Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft (Nicht-EU/EFTA) sind Hilfsarbeiter/innen. Im Vergleich dazu arbeiten nur 17 Prozent der Österreicher/innen als Hilfskräfte (Statistik Austria gibt diese Daten nach Staatsbürgerschaft an). Es zeigt sich auch, dass Personen mit Migrationshintergrund weniger in den Arbeitsmarkt integriert sind und häufiger über ein geringeres Einkommen verfügen als Österreicher/innen.

Der (sozio)kulturelle Hintergrund wirkt sich (indirekt) auf die Gesundheit aus. Er prägt das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, die Wahrnehmung und Beschreibung von Sympto-

men, die Erwartungshaltung an die Behandlung oder das Gesundheitsverhalten. Stammen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin aus dem gleichen kulturellen und sozialen Kontext, werden sich ihre Krankheitstheorien ähneln. Dies trägt eher zu einem gemeinsamen Verständnis bei, zu einer adäquateren Nutzung des Gesundheitssystems, erhöhter Compliance und zu einem auf beiden Seiten zufriedenstellenderen Ergebnis. Je unterschiedlicher diese Einstellungen sind, desto häufiger kann es zu Missverständnissen kommen und den Therapieerfolg beeinträchtigen.

Zahlreiche Studien belegen die starke Assoziation zwischen Diskriminierungserfahrung und beeinträchtigter Gesundheit. Diskriminierungserfahrung scheint vor allem Auswirkungen auf die psychische Gesundheit zu haben. Sie wird aber auch – als chronischer Stressor – mit körperlichen Beschwerden assoziiert. Möglicherweise wirkt Diskriminierung aber auch mittelbar gesundheitsschädigend über den Umweg der ökonomischen und sozialen Benachteiligung.

Formal bestehen in Österreich für versicherte Personen unabhängig vom Migrationsstatus (nur ca. ein bis zwei Prozent der Bevölkerung sind nicht versichert) gleiche Zugangschancen zum Gesundheitssystem. Dennoch zeigen sich für Menschen mit Migrationshintergrund teilweise Zugangsbarrieren (z. B. Sprach- und Informationsbarrieren, soziokulturelle Unterschiede, niedriger sozioökonomischer Status), weshalb Chancengerechtigkeit noch nicht erreicht ist.

Es gibt Hinweise, dass Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung das österreichische Gesundheitswesen im niedergelassenen Bereich seltener in Anspruch nehmen. Das gilt insbesondere für Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention.

Zumeist sind die verschiedenen Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem und Bedingungsfaktoren für Gesundheit eng miteinander verknüpft und schwer trennbar. Um den Zugang zur Versorgung zu erleichtern und eine adäquatere Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, die wiederum die Gesundheit positiv beeinflussen kann, zu ermöglichen, sollten auf verschiedenen Ebenen Maßnahmen abgestimmt gesetzt werden.

Es gibt in Österreich einige ambitionierte Entwicklungsmaßnahmen, um die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund und Bedingungen, die die Gesundheit beeinflussen, zu verbessern. Eine Integration erfolgreicher Maßnahmen in den Regelbetrieb des Gesundheitssystems ist aber noch ausständig.

Zur gesundheitlichen Situation der Roma in Österreich gibt es bisher keine Daten, insbesondere da Roma als ethnische Minderheit statistisch nicht erfasst werden. Als Migranten/Migrantinnen werden sie mit ihrer jeweiligen Nationalität erfasst.

Die Ergebnisse der Literaturanalyse legen einmal mehr offen, dass die Daten- und Studienlage zu Migration und Gesundheit in Österreich verbesserungswürdig ist. (Quantitative) Daten finden sich hauptsächlich zu Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei oder zur Gesamtgruppe der Migrantinnen/Migranten. Oftmals muss auf die „Hilfsvariable“ der Staatsbürgerschaft zurückgegriffen werden, womit der Migrationshintergrund nur unzulänglich erfasst wird.

Inhalt

Kurzfassung	III
1 Einleitung	1
1.1 Auftrag, Ziel und Fragestellungen.....	1
1.2 Begriffserklärungen	2
1.3 Migration in Österreich – ein Überblick.....	3
1.4 Methodisches Vorgehen	4
2 Der Gesundheitszustand von Migranten und Migrantinnen in Österreich.....	6
2.1 Physische Gesundheit und Erkrankungen.....	6
2.1.1 Subjektiver Gesundheitszustand	6
2.1.2 Chronische Erkrankungen	9
2.1.3 Schmerzprävalenz	10
2.1.4 Zahngesundheit	11
2.1.5 Infektionserkrankungen	12
2.2 Psychosoziale Gesundheit und Lebensqualität	13
2.3 Lebenserwartung und Sterblichkeit.....	14
2.4 Kernaussagen zum Gesundheitszustand.....	15
3 Bedingungsfaktoren für Gesundheit	16
3.1 Sozioökonomische Bedingungsfaktoren	16
3.1.1 Bildung	17
3.1.2 Arbeits- und Einkommensverhältnisse.....	18
3.1.3 Wohnverhältnisse	21
3.2 Soziokulturelle Bedingungsfaktoren	22
3.3 Gesundheitskompetenz & Laienversorgung	26
3.4 Gesundheitsressourcen	28
3.5 Gesundheitsverhalten	28
3.5.1 Übergewicht.....	29
3.5.2 Rauchen.....	29
3.5.3 Körperliche Aktivität.....	30
3.6 Migrationstypische Bedingungsfaktoren	31
3.7 Diskriminierung als Einflussfaktor auf Gesundheit	32
3.7.1 Definitionen und Abgrenzungen.....	32
3.7.2 Diskriminierung und generelle Gesundheit	35
3.7.3 Diskriminierung und mentale Gesundheit	38
3.7.4 Diskriminierung und physische Gesundheit	40
3.7.5 Limitationen.....	41
3.7.6 Ausblick.....	41
3.8 Kernaussagen zu Bedingungsfaktoren von Gesundheit	42
4 Zugang zum und Nutzung des österreichischen Gesundheitssystem(s)	44
4.1 Inanspruchnahme und -verhalten.....	44
4.1.1 Ambulante Versorgung	44
4.1.2 Stationäre Versorgung.....	48
4.1.3 Psychosoziale Versorgung	49
4.1.4 Exkurs: Geriatrisch-pflegerische Versorgung	50
4.1.5 Prävention und Gesundheitsförderung.....	52
4.2 Zugangsbarrieren	53
4.2.1 Finanzielle, rechtliche und organisatorische Barrieren.....	54

4.2.2	Kulturelle Barrieren sowie Sprach-, Kommunikations-, Informationsbarrieren	59
4.2.3	Soziale Barrieren	65
4.3	Kernaussagen zu Zugang zum und Nutzung des österreichischen Gesundheitssystem(s)	66
5	Entwicklungsmaßnahmen („Projekte“) zu Migration und Gesundheit in Österreich	68
5.1	Methodisches Vorgehen	68
5.2	Ergebnisse	69
6	Exkurs: Roma	72
7	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	74
7.1	Verbesserungs- und Maßnahmenvorschläge	76
7.2	Forschungsbedarf in Österreich	78
	Literatur	81
	Anhang 1	93
	Anhang 2	98

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 2.1:	Sehr guter / guter Gesundheitszustand nach Selbsteinschätzung in Österreich Befragter (in Prozent).....	7
Abbildung 2.2:	Mittelmäßiger oder schlechter Gesundheitszustand nach Selbsteinschätzung befragter 11-, 13- 15- und 17-Jähriger sowie Migrationshintergrund und familiärer Wohlstand (FAS) (in Prozent)	9
Abbildung 3.1:	Erwerbstätigenquote 2012 nach Geschlecht und Migrationshintergrund (in Prozent).....	21
Abbildung 3.2:	Ausgewählte Wohnprobleme nach Staatsbürgerschaft 2012 (in Prozent)	22
Abbildung 3.3:	Beispiel für ein einfaches Wirkmodell.....	34
Abbildung 4.1:	Kein Zahnarztbesuch trotz Gesundheitsproblem 2010–2012 nach Staatsangehörigkeit (in Prozent).....	47
Abbildung 4.2:	Inanspruchnahme von Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen 2007 nach Geschlecht und Herkunft (in Prozent).....	53
Abbildung 4.3:	Einflussfaktoren auf die Teilnahme von Migranten und Migrantinnen an Angeboten der Gesundheitsförderung	54

Tabellen

Tabelle 2.1:	Lebensqualität nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Mittelwerte).....	14
Tabelle 3.1:	Höchster Bildungsabschluss nach Staatsbürgerschaft 2012	18
Tabelle 3.2:	Stellung im Beruf nach Staatsbürgerschaft 2012	19
Tabelle 3.3:	Verteilung auf niedrige, mittlere und hohe Einkommensgruppen (in % des Median) nach Staatsbürgerschaft 2012.....	20
Tabelle 5.1:	Themen der Zielsetzungen.....	70
Tabelle 5.2:	Zielgruppen	71
Tabelle 5.3:	Art der Maßnahmen (Auszug).....	71

Abkürzungen

AG	Arbeitsgruppe
AMS	Arbeitsmarktservice
ATHIS	Austrian Health Interview Survey (Österreichische Gesundheitsbefragung)
Ausl.	ausländisch
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BKA	Bundeskanzleramt
BMI	Bundesministerium für Inneres
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
CyL-Test	Ein Test, der die körperliche Basisfähigkeit testet (Kraft, Koordination etc.)
d. h.	das heißt
ebd.	ebenda
EFTA	European Free Trade Association
ehem.	ehemalig/e
ELER	Europäischer Landwirtschaftsfonds
etc.	et cetera
EU	Europäische Union / European Union
ev.	eventuell
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter
GKM	Österreichische MigrantInnen Gesundheitskompetenz Studie
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HBSC-Daten	Health Behaviour in School-aged Children
k. A.	keine Angabe
KAV	Krankenanstaltenverband
max.	maximal/Maximum
NGO	Non Governmental Organisation
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
s.	siehe
SES	sozioökonomischer Status
SOEP	sozioökonomisches Panel
u. a.	unter anderem
WAFF	Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WiG	Wiener Gesundheitsförderung
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
vs.	versus
VWD	Verwaltungsdaten
zit.	zitiert
zw.	Zwischen

1 Einleitung

1.1 Auftrag, Ziel und Fragestellungen

Die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit ist in Österreich in den letzten Jahren zunehmend als zentrale gesundheitspolitische Aufgabe anerkannt worden. Das priorisierte Ziel 2 der Rahmen-Gesundheitsziele¹ sieht vor, für „gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter“ zu sorgen. Die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten ist als gesundheitspolitischer Grundsatz in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit festgeschrieben (BMG 2012; Zielsteuerung-Gesundheit 2012). Ein zentraler Aspekt zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit ist die Analyse und zielgerichtete Förderung der Gesundheit von vulnerablen Gruppen wie sozioökonomisch benachteiligte Menschen mit Migrationshintergrund.

Die Arbeiterkammer Wien (AK Wien) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragten die Gesundheit Österreich GmbH daher im Februar 2014 mit einem Literaturbericht zum Thema „Migration und Gesundheit“ in Österreich. Im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit sollte der Fokus des Berichts auf die gesundheitliche Lage von sozioökonomisch benachteiligten Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich gelegt werden. Dabei wurde aus Ressourcengründen folgende Perspektive gewählt: Nutzung bzw. Nutzbarkeit des österreichischen Gesundheitssystems, Zugang zum Gesundheitssystem, den Gesundheitszustand beeinflussende Bedingungsfaktoren sowie Gesundheitszustand. Die Beeinflussung des Gesundheitssystems durch Migrantinnen und Migranten (z. B. als Arbeitskräfte) sollte im Rahmen dieses Projektes nicht bearbeitet werden.

Ziel des Projektes ist es, einen Überblick über den derzeitigen Kenntnisstand zum Thema Migration und Gesundheit insbesondere bezogen auf Österreich zu erhalten. Grundlage ist eine Literaturrecherche anhand ausgewählter, suchanleitender Fragestellungen:

1. Wie gesund sind die in Österreich lebenden Migrantinnen und Migranten?
2. Wie gestaltet sich für Migrantinnen/Migranten der Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem?
3. Welche Rolle für die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten spielen soziokultureller und sozioökonomischer Hintergrund sowie migrationstypische Sonderfaktoren (wie z. B. rechtlich ungesicherter Aufenthalt)?
4. Wie wirken sich Erfahrungen mit ethnisch-kultureller Diskriminierung auf die Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund aus?

1

<http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/>

Die Literaturrecherche wurde auf Treffer aus folgenden Ländern eingegrenzt: Österreich, Deutschland, Schweiz, Schweden, Niederlande. Zudem sind Studien enthalten, die mehrere europäische Länder einbeziehen, und der Rechercheraum wurde hinsichtlich Berichten zur Thematik der ethnischen/kulturellen Diskriminierung auf die USA/Kanada ausgeweitet. Die Darstellung der gesundheitlichen Situation von Migranten und Migrantinnen in diesen einzelnen Ländern ist explizit kein Ziel der Literaturanalyse. Ergebnisse für Österreich wurden, wo dies möglich und sinnvoll war, Ergebnissen aus Europa gegenübergestellt bzw. wurden Resultate aus dem europäischen Raum dargestellt, wenn es keine Studien für Österreich gab. Ziele der Literaturanalyse sind

- » eine Übersicht über Forschungen zum Thema sowie eine Grobanalyse zu Ergebnissen bisheriger Forschung zusammenzustellen;
- » aus diesen Resultaten vorläufige gesundheitspolitische Empfehlungen zu entwickeln und
- » Handlungsbedarfe für die Forschung in Österreich aufzuzeigen (z. B. fehlende Daten, Notwendigkeit der Aufarbeitung von Themen mit qualitativen Studien).

Im Rahmen der Diskussion zur vulnerablen Situation von Roma in der Europäischen Union äußerten die Auftraggeber zusätzlich und erst nach Abschluss der Literaturrecherche den Wunsch, Erkenntnisse aus der bereits recherchierten Literatur speziell auch zur gesundheitlichen Situation der Roma in einem Exkurs zu extrahieren. Diesem Wunsch wurde soweit möglich Rechnung getragen.

1.2 Begriffserklärungen

Um den derzeitigen Wissensstand zum Themenkomplex Migration und Gesundheit möglichst breit darzustellen, wurden die Begriffe „Migrant/in“, „Personen mit Migrationshintergrund“ und „Gesundheit“ definitorisch nicht eingeschränkt. Dennoch sollen die folgenden Begriffserklärungen einen Beitrag zur Orientierung leisten.

Migration, Migrant/in, Migrationshintergrund

Es ist hier darauf hinzuweisen, dass die Verwendung der Begriffe Migrant/Migrantin bzw. Migrationshintergrund den Eindruck erwecken kann, dass Menschen mit Migrationshintergrund eine homogene Gruppe darstellen. Ihre Gemeinsamkeit besteht ausschließlich in der eigenen Migrationserfahrung oder der der Familie. Diesen Aspekt gilt es gedanklich immer präsent zu halten; aus Gründen der Lesbarkeit wird im Text nicht mehr darauf verwiesen.

Die Vereinten Nationen definieren internationale Migration als eine Ländergrenzen überschreitende ständige Verlagerung des Wohnsitzes. Eine einheitliche Verwendung des Begriffes gibt es dennoch nicht (United Nations 2002, 10–11).

Schenk et al. (2007) zufolge werden in der Epidemiologie meist nur Menschen mit eigener Migrationserfahrung als Migrantinnen und Migranten verstanden. Da sich der Migrationsstatus aber auch auf die nachfolgenden Generationen und auf deren soziale und gesundheitliche

Situation auswirkt, ist es wichtig, eine weitergefasste Definition der Personen mit Migrationshintergrund zu verwenden. Personen, die entweder selbst Migrationserfahrung haben („1. Generation“) und Kinder aus der Einwanderergeneration („2. Generation“) sind einzubeziehen. Es ist bislang ungeklärt, wie lange nach der Generation der Einwanderer noch von Migrationshintergrund gesprochen werden kann. (Schenk et al. 2006, 854–855; Schenk et al. 2007, 594–595). Statistik Austria zum Beispiel beruft sich auf internationale Definitionen und zählt nur Personen, die entweder selbst zugewandert sind oder Personen, deren Eltern (beide Elternteile) zugewandert sind, zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund (Statistik Austria 2014a, 22). Im deutschen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey wird zwischen Kindern mit einseitigem (ein Elternteil ist zugewandert) und zweiseitigem (beide Elternteile sind zugewandert) Migrationshintergrund unterschieden (Schenk et al. 2007, 594)

Eine Beschränkung der Definition von Migrantinnen und Migranten auf Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft greift jedenfalls zu kurz, wenngleich in der Forschung mangels spezifischerer Daten teilweise auf diese Kategorisierung zurückgegriffen wird. In diesem Bericht muss jedoch teilweise auf die Kategorie Staatsbürgerschaft zurückgegriffen werden. Insbesondere im Tabellenband der EU-SILC-Erhebung werden Ergebnisse nach Staatsbürgerschaft ausgewiesen (Statistik Austria 2013b; Statistik Austria 2014a).

Da in der recherchierten Literatur oftmals von Migranten und Migrantinnen bzw. Personen mit Migrationshintergrund gesprochen wird, ohne nähere Erläuterung des Begriffs, werden hier „Migrant/in“ und „Personen mit Migrationshintergrund“ synonym verwendet. Wird in der Literatur differenziert, wird im Text darauf hingewiesen.

Gesundheit

Für „Gesundheit“ existiert eine Vielzahl an Definitionen; sehr weit fasst die WHO den Begriff, nämlich als „a state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO 2014).

1.3 Migration in Österreich – ein Überblick

Entwicklung der Migration in Österreich in der jüngeren Vergangenheit

Die demografische Entwicklung von Österreich wird insbesondere seit den 1960er Jahren durch Zuwanderung beeinflusst. Zunächst war die Einwanderung durch die Anwerbung von Arbeitsmigrantinnen und -migranten, die sogenannten Gastarbeiter/innen bestimmt. Anfang der 1990er Jahre kamen viele Kriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien nach Österreich. Durch die Quotenregelung der Jahre 1992/1993 reduzierte sich die Zahl der Einwanderungen. Mit der Zuwanderung aus dem erweiterten EU-Raum und der Familienzusammenführung kam es ab 2001 wieder zu einem Anstieg der Immigration (Binder-Fritz 2011, 119).

Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Im Durchschnitt des Jahres 2013 leben etwa 1,625 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund² in Österreich. Dies entspricht einem Bevölkerungsanteil von 19,4 Prozent³. Davon gehören etwa 1,197 Millionen der sogenannten „ersten Generation“ (selbst zugewandert) an und 428.000 Personen gehören zur „zweiten Generation“ (beide Elternteile zugewandert). Rund 59 Prozent der Bevölkerung mit Migrationshintergrund haben eine ausländische Staatsbürgerschaft und etwa 41 Prozent die österreichische. Nur knapp ein Drittel der ersten Generation ist eingebürgert (32 %), bereits zwei Drittel (67 %) der zweiten Generation sind österreichische Staatsbürger/innen (Statistik Austria 2014a, 22).

2013 stammen 39 Prozent der Personen mit Migrationshintergrund aus einem EU- oder EWR-Staat oder der Schweiz. 29 Prozent stammen aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens (ohne die EU-Mitglieder Slowenien und Kroatien) und ca. 17 Prozent aus der Türkei. Die übrigen 15 Prozent kommen aus sonstigen Staaten, mehr als die Hälfte davon aus Asien (Statistik Austria 2014a, 26).

Eine Differenzierung nach Nationalität stellt Statistik Austria im Bericht zu Migration und Integration nur für Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft zur Verfügung und nicht für bereits eingebürgerte Personen. Die größte Gruppe (ungefähr 165.000 Personen) stellen mit Stichtag 1. Januar 2014 Personen aus Deutschland dar. Die zweitgrößte Gruppe (ca. 115.000 Personen) sind türkische Staatsangehörige. An dritter Stelle stehen Personen aus Serbien (112.000 Menschen) und an vierter Stelle Menschen mit einem Pass aus Bosnien und Herzegowina (91.000 Personen). Dem folgen knapp 62.000 Kroatinnen und Kroaten sowie 60.000 rumänische Staatsangehörige. Aus dem europäischen Raum weitere zahlenmäßig wichtige Nationalitäten sind Personen aus Italien, Mazedonien, dem Kosovo und Bulgarien. Außerhalb Europas besteht die größte Gruppe aus rund 14.000 afghanischen Staatsangehörigen, gefolgt von rund 10.800 chinesischen und knapp 8.000 iranischen Staatsbürgerinnen und Staatsbürgern (Statistik Austria 2014a, 26).

1.4 Methodisches Vorgehen

Basis der vorliegenden Arbeit ist eine umfangreiche Literaturrecherche über mehrere Pfade und in mehreren Phasen.

² Personen, deren Eltern (beide Elternteile) im Ausland geboren wurden.

³ Bezogen auf die Bevölkerung in Privathaushalten

Google-Suche und Browsing Journals

Zur generellen Fragestellung (Implikationen von Migration auf die Gesundheit von Migranten und Migrantinnen) wurde angesichts der thematischen Breite mit einer Google-Recherche nach Kombinationen von „Migration“ und „Gesundheit“ begonnen.

Zusätzlich wurden die rezenten Jahrgänge relevanter Zeitschriften durchforstet. Folgende Zeitschriften mit dem Schwerpunkt „Migration“ wurden auf die Begriffe „health“ bzw. „health status“ durchsucht: *International Journal for Equity in Health*, *The International Migration Review*, *International Journal of Migration, Health and Social Care*, *International Migration*, *Nordic Journal of Migration Research*, *International Migration & Integration*. Folgende Zeitschriften mit dem Schwerpunkt „Public Health“ wurden auf Synonyme von „Migration“ durchsucht: *BMC Public Health*, *European Journal of Public Health*, *International Journal of Public Health*, *Scandinavian Journal of Public Health*

Datenbank-Recherchen

Zu einzelnen Sub-Fragestellungen, auf die schärfer fokussiert werden konnte, wurden sehr spezifische (= enge) systematische Recherchen in der Referenzdatenbank Medline (National Library of Medicine) und der Cochrane Library (Wiley) durchgeführt.

- » Situation der Migranten-Gesundheit in den ausgewählten europäischen Ländern
- » Auswirkungen erlebter Diskriminierung auf den Gesundheitszustand von Migranten

Handsuche auf relevanten Webseiten

Insbesondere für Literatur zur österreichischen Situation und zur EU-Ebene wurde eine intensive Handsuche durchgeführt. Dazu wurden Literaturverzeichnisse von Schlüsselpublikationen gescreent und relevante Webseiten durchgesehen:

- » u:search (Suchmaschine der UB Wien)
- » Webseiten zu Gesundheit bzw. Migration in Österreich und Europa (Tabelle Anhang 2.2).

2 Der Gesundheitszustand von Migranten und Migrantinnen in Österreich

Die Beschreibung des Gesundheitszustandes von Migranten und Migrantinnen in Österreich bezieht sich hauptsächlich auf die Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 (ATHIS). In der ATHIS-Erhebung wird zwischen Personen ohne Migrationshintergrund (in Österreich geboren oder österreichische Staatsbürgerschaft), Personen aus den EU-27 bzw. EFTA-Ländern, Personen aus Ex-Jugoslawien (ohne Slowenien) und der Türkei und Personen aus sonstigen Ländern unterschieden. Als Personen mit Migrationshintergrund bzw. Migranten und Migrantinnen (Begriffe synonym verwendet) werden hier Menschen bezeichnet, die entweder im Ausland geboren wurden oder eine ausländische Staatsbürgerschaft besitzen (Statistik Austria 2008, 81–82 68).

Im Sinne des Rahmen-Gesundheitsziels 6 „Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen“ wird in der Darstellung und Beschreibung (nach Datenverfügbarkeit) besonders auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen eingegangen. Rahmen-Gesundheitsziel 6 ist ein priorisiertes Rahmen-Gesundheitsziel, das die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den Fokus der Politik stellt, um Ungleichheiten in den Gesundheitschancen möglichst früh entgegenwirken zu können (BMG 2012; Rahmen-Gesundheitsziele Österreich 2013). Zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wurde 2011 unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit eine Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie erarbeitet (BMG 2013; Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie).

2.1 Physische Gesundheit und Erkrankungen

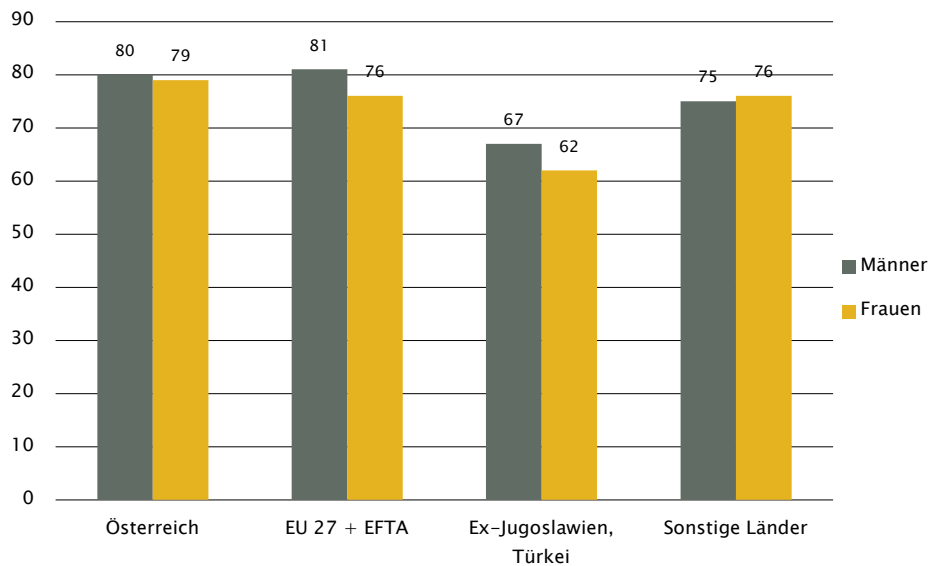
2.1.1 Subjektiver Gesundheitszustand

Insgesamt

Migranten und Migrantinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne Slowenien) und der Türkei schätzen ihren Gesundheitszustand als eher schlecht ein: Lediglich 67 Prozent der Männer und 62 Prozent der Frauen geben an, sich gesundheitlich sehr gut oder gut zu fühlen. Einen schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand geben 13 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen an. Männer und Frauen aus Österreich und den EU-27- bzw. EFTA-Ländern bewerten ihren Gesundheitszustand besser: Als sehr gut oder gut bezeichnen 80 Prozent der Männer ohne Migrationshintergrund und 81 Prozent der Männer aus EU-27- bzw. EFTA-Ländern ihren Gesundheitszustand, die Frauen ohne Migrationshintergrund zu 79 Prozent und zu 76 Prozent aus EU-27- oder EFTA-Ländern (vgl. Abbildung 2.1). Einen schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand geben etwa 5 Prozent der Personen ohne Migrationshintergrund, aus EU-27- oder EFTA-Ländern sowie aus den sonstigen Ländern an (Statistik Austria 2008, 82).

Weitere Ergebnisse zum subjektiven Gesundheitszustand (einer anderen Erhebung) sind der Tabelle 1.4 in Anhang 1 zu entnehmen.

Abbildung 2.1:
Sehr guter / guter Gesundheitszustand nach Selbsteinschätzung in Österreich Befragter
(in Prozent)



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 nach Statistik Austria (2008, 82)
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Statistik Austria erfasste darüber hinaus auch den Einfluss ausgewählter Merkmale auf zentrale Gesundheitsindikatoren anhand einer anderen Kategorisierung von Migrationshintergrund: Personen ohne Migrationshintergrund und Personen aus EU-15 sowie EFTA-Ländern wurden zusammengefasst und Personen aus sonstigen Ländern (12 neue Länder der EU-27, Ex-Jugoslawien, Türkei, sonstige Länder) gegenübergestellt⁴ (Statistik Austria 2008, 95). Auch hier zeigt sich, dass ein Migrationshintergrund die subjektive Gesundheitseinschätzung beeinflusst. Bei Personen aus Österreich, EU-15- oder EFTA-Ländern ist die relative Wahrscheinlichkeit einer positiven Einschätzung der eigenen Gesundheit im Vergleich zu Personen mit Migrationshintergrund höher (Statistik Austria 2008, 110).

Statistik Austria verweist auch auf Unterschiede zwischen verschiedenen Migrantengruppen (ebd. 110).

⁴ Ausschließlich Personen, die derzeitigerwerblich sind oder eine frühere Erwerblichkeit angegeben haben.

Ältere (50+)

In einer Studie zur Lebens- und gesundheitlichen Situation Migrantinnen und Migranten⁵ im Alter 50+ in Österreich (Auswertung des SHARE-Datensatzes 2011) zeigt sich, dass Migrantinnen und Migranten insgesamt ihre Gesundheit durchschnittlich schlechter bewerten als Nicht-Migrantinnen. Auch hier wurde auf einer Skala von 1 (ausgezeichnet) bis 5 (schlecht) beurteilt. Migrantinnen/Migranten bewerten ihre Gesundheit mit einem arithmetischen Mittel von 3,0 Personen ohne Migrationshintergrund mit einem Mittelwert von 2,87. Die Autorinnen/Autoren führen diese Unterschiede auf eine unterschiedliche Zusammensetzung der Subpopulationen (insbesondere in Bezug auf Alter und Geschlecht) zurück und analysieren daher nach Geburtsland bzw. Geburtsregion. Dabei zeigt sich, dass Migrantinnen und Migranten aus Osteuropa, Russland, der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien mit einer als schlechter bewerteten Gesundheit auffallen. Migrantinnen und Migranten aus dem mittleren Osten, Asien, Afrika und Amerika, Deutschland und der ehemaligen Tschechoslowakei schätzen ihre Gesundheit allerdings positiv ein (Halmdienst et al. 2013, 52–53).

Forschungen zur gesundheitlichen Lage von hochaltrigen Migrantinnen und Migranten in Österreich liegen Reinprecht zufolge nicht vor (Reinprecht 2009, 253) auch in der Literaturrecherche wurden keine gefunden.

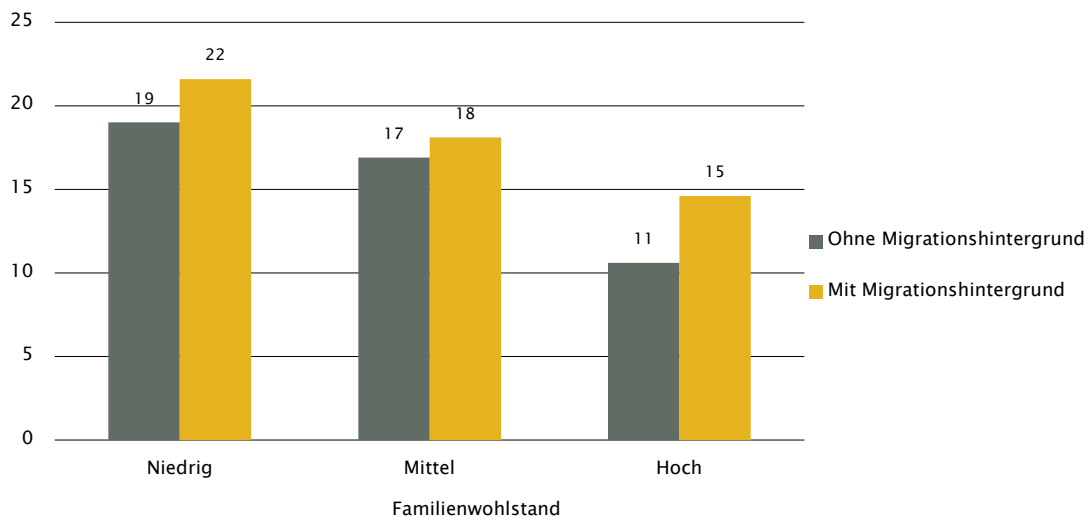
Kinder und Jugendliche

In der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) wurden Schüler/innen der Altersstufen 11, 13, 15 und 17 Jahre nach ihrem Gesundheitszustand gefragt. Hier zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund (Eltern wurden im Ausland geboren) ihre Gesundheit negativer beurteilen als Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Das Wohlstandsniveau der Familie spielt dabei jedoch eine große Rolle (Hofmann/Felder-Puig 2014, 2).

5

Aus Deutschland, West- und Nordeuropa, Osteuropa und Russland, ehem. CSSR, ehem. Jugoslawien, Türkei, Sonstige

Abbildung 2.2:
Mittelmäßiger oder schlechter Gesundheitszustand nach Selbsteinschätzung befragter
11-, 13-, 15- und 17-Jähriger sowie Migrationshintergrund und familiärer Wohlstand
(FAS) (in Prozent)



Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behavior in School-aged Children nach Hofmann/Felder-Puig (2014)
Darstellung: GÖG/ÖBIG

2.1.2 Chronische Erkrankungen

In den Punkten 2.1.2 und 2.1.3 werden Unterschiede zwischen Personen ohne Migrationshintergrund und Migranten und Migrantinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne Slowenien) und der Türkei referiert⁶ (Statistik Austria 2008, 83). Wird Migrationshintergrund anders definiert, wird darauf verwiesen.

Werden Personen mit und ohne Migrationshintergrund nach dem Vorhandensein mindestens einer chronischen Krankheit befragt, zeigen sich zwischen den Befragten nur geringe Unterschiede. 61 Prozent der Männer ohne und 58 Prozent der Männer mit Migrationshintergrund geben an zumindest an einer chronischen Krankheit zu leiden, bei den Frauen tun dies 70 Prozent ohne und 66 Prozent mit Migrationshintergrund. Der Anteil an Personen mit zumindest einer chronischen Erkrankung nimmt bei beiden Bevölkerungsgruppen mit dem Alter zu. Die unterschiedliche Altersstruktur der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund macht

6

Statistik Austria weist keine weiteren Ergebnisse zu den anderen Migranten-Gruppen aus, da es zwischen Personen aus Österreich und EU-27- bzw. EFTA-Ländern keine großen Unterschiede gibt und die Gruppe „sonstige Länder“ zu heterogen ist. Einzelne Subgruppen dieser Kategorie konnten aufgrund der geringen Fallzahlen nicht analysiert werden.

einen altersstandardisierten⁷ Vergleich notwendig. Wird das Alter berücksichtigt, zeigt sich, dass Personen ohne Migrationshintergrund (Männer: 59 %; Frauen: 63 %) seltener mindestens ein chronisches Leiden angeben als Migranten und Migrantinnen (Männer: 66 %; Frauen: 69 %) (Statistik Austria 2008, 84).

Bei ausgewählten chronischen Krankheiten leiden Männer mit Migrationshintergrund öfter an Migräne / häufigen Kopfschmerzen, Wirbelsäulenbeschwerden sowie chronischen Angstzuständen und Depression. Bei den Migrantinnen bestehen im Vergleich zu Nicht-Migrantinnen höhere Risiken für Diabetes, Bluthochdruck, chronische Angstzustände und Depression, Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus sowie Wirbelsäulenbeschwerden. Migranten und Migrantinnen haben jedoch nur ein halb so hohes Risiko an Allergien zu leiden wie Personen ohne Migrationshintergrund (Statistik Austria 2008, 85).

Werden Personen⁸ aus Österreich, EU-15- und EFTA-Ländern zusammengefasst und Personen aus sonstigen Ländern (12 neue Länder der EU-27, Ex-Jugoslawien, Türkei, sonstige Länder), zeigt sich nur bei Frauen ein signifikanter Effekt: Frauen aus sonstigen Ländern haben ein doppelt so hohes (OR=1,97) relatives Diabetes-Risiko wie Frauen aus Österreich, EU-15- und EFTA-Ländern (Statistik Austria 2008, 100).

2.1.3 Schmerzprävalenz

Migrantinnen und Migranten berichten häufiger über erhebliche Schmerzen im letzten Jahr (vor der Befragung) als Personen ohne Migrationshintergrund. 40 Prozent der Männer mit und 35 Prozent der Männer ohne Migrationshintergrund berichten von erheblichen Schmerzen, bei den Frauen sind es 43 Prozent (Migrantinnen) und 41 Prozent (Nicht-Migrantinnen). Da zwischen den beiden Bevölkerungsgruppen große Unterschiede bezüglich der Altersstruktur bestehen, wurde die Prävalenzwerte zu erheblichen Schmerzen altersstandardisiert⁷ erfasst und die beiden Gruppen nochmals verglichen. Dabei zeigt sich ein deutlicherer Unterschied: 41 Prozent der Migranten und 34 Prozent der Nicht-Migranten litten in den letzten zwölf Monaten an erheblichen Schmerzen, bei den Frauen 44 Prozent der Migrantinnen und 39 Prozent der Nicht-Migrantinnen (Statistik Austria 2008, 85).

Auch hinsichtlich Schmerzregionen zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund. Migranten leiden häufiger an Schmerzen in den Bereichen „Oberschenkel, Knie und Unterschenkel“, „Schultern“ und „Rücken“ als Nicht-Migranten. Bei den

7

Eine Altersstandardisierung verwendet man, um unterschiedliche Populationen bezüglich eines bestimmten Merkmals miteinander vergleichen zu können. Zum Beispiel haben Migranten/Migrantinnen und Personen ohne Migrationshintergrund verschiedene Altersstrukturen. Bestimmte Merkmale können jedoch mit dem Alter zusammenhängen. Um diesen Alterseffekt auszugleichen, wird eine Standardisierung verwendet.

8

Personen, die derzeit erwerbstätig sind oder eine frühere Erwerbstätigkeit angegeben haben.

Migrantinnen treten Schmerzen in folgenden Bereichen öfter auf als bei Nicht-Migrantinnen: „Migräne und Kopfschmerzen“, „Schultern“ (jeweils doppelt so hoch), „Hals- und Brustwirbelsäule“ sowie „Oberschenkel, Knie und Unterschenkel“ (Statistik Austria 2008, 86).

2.1.4 Zahngesundheit

Mundgesundheit steht in engem Zusammenhang mit der allgemeinen Gesundheit sowie körperlichem und seelischem Wohlbefinden (Bodenwinkler et al. 2005, 1). Die Koordinationsstelle Zahnstatus, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Jahr 1996/97 am ÖBIG (jetziger Geschäftsbereich der GÖG) eingerichtet wurde, legt bereits seit dem Jahr 2006 einen besonderen Schwerpunkt auf die Erforschung der Zahngesundheit von Heranwachsenden mit Migrationshintergrund (Person selbst ist im Ausland geboren oder mind. ein Elternteil).

Erwachsene (35 bis 44 Jahre)

Bei Personen mit Migrationshintergrund wurde (nach Selbstangaben) um 14 Prozentpunkte öfter als zum Durchschnitt der Befragten der Bedarf⁹ an einer Parodontalbehandlung festgestellt. Diese Personen geben auch um 8 Prozentpunkte häufiger an, ein unversorgtes Lückengebiss zu haben (es ist also prothetischer Behandlungsbedarf gegeben) als der Durchschnitt der Befragten. In der Selbsteinschätzung des Mundgesundheitszustandes beurteilen Personen mit Migrationshintergrund diesen schlechter als Personen ohne Migrationshintergrund. Migranten und Migrantinnen schätzen ihre Mundgesundheit am häufigsten als „gar nicht gut“ ein. Die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität wird von Migranten und Migrantinnen schlechter eingeschätzt als von Personen ohne Migrationshintergrund (Bodenwinkler et al. 2011, 19, 24–31).

Erwachsene (65 bis 74 Jahre)

22 Prozent der Migrantinnen und Migranten dieser Altersgruppe geben an, dass ihnen eine Parodontalbehandlung empfohlen wurde, bei Personen ohne Migrationshintergrund betraf diese Empfehlung 15 Prozent. Zum Gebiss (z. B. natürliche Vollständigkeit, Versorgungszustand vom lückenhaften Gebiss) sowie zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität sind aufgrund der zu geringen Subgruppe der Migrantinnen und Migranten keine Aussagen möglich. (Bodenwinkler et al. 2011, 41, 44–53)

Jugendliche

Bei den 18-jährigen Jugendlichen mit Migrationshintergrund zeigt sich in der Zahnstatuserhebung aus 2008 eine höhere *Kariesmorbidity* (4 Prozentpunkte Unterschied zu Jugendlichen

9

Wenn von Zahnärzten/Zahnärztinnen eine Parodontalbehandlung empfohlen wird, liegt in den meisten Fällen eine mittelschwere oder schwere Parodontalerkrankung (z. B. Zahnfleischtaschen, Zahnfleischwund etc.) vor.

dieser Altersgruppe ohne Migrationshintergrund). Die kariösen Zähne der 18-jährigen Migrantinnen und Migranten sind seltener gefüllt als jene der Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (10 Prozentpunkte Unterschied). Die offenen kariösen Defekte (*Kariesprävalenz*) bei den Jugendlichen mit Migrationshintergrund betreffen überdurchschnittlich oft kleine Defekte („Mikroaktivitäten“), die bei rechtzeitiger zahnärztlicher Kontrolle minimal invasiv erfolgreich behandelt werden können. Allerdings weist diese Gruppe bei den kariösen Zähnen (*Kariesprävalenz auf der Zahnflächenebene*) gleichzeitig auch die stärksten Defekte auf, da die kranken Zähne wahrscheinlich nicht rechtzeitig gefüllt werden. Im Vergleich zum Durchschnitt der untersuchten Jugendlichen steigt die Prävalenzrate von entzündlichem Zahnfleisch bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund um 12 Prozentpunkte (Bodenwinkler et al. 2010, 19, 26, 38).

Zwölfjährige

53 Prozent der Zwölfjährigen ohne Migrationshintergrund und 29 Prozent dieser Altersgruppe mit Migrationshintergrund verfügen laut Zahnstuserhebung 2007 über ein kariesfreies Gebiss. 40 Prozent der Kinder mit und 18 Prozent der Kinder ohne Migrationshintergrund haben zumindest einen ungefüllten kariösen Zahn. Die kariösen Zähne der Zwölfjährigen mit Migrationshintergrund sind öfter unbehandelt als jene der Zwölfjährigen ohne Migrationshintergrund (22 Prozentpunkte Unterschied). Der Kariesbefall ist in dieser Altersgruppe bei Migrantinnen und Migranten höher als bei Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (der Kariesbefall ist um 92 Prozent höher) (Bodenwinkler et al. 2009, 34–36).

Sechsjährige

Die Zahnstuserhebung 2011 zeigt, dass Kinder mit Migrationshintergrund um 17 Prozentpunkte häufiger Karieserfahrung haben als der Durchschnitt der Sechsjährigen. Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund und sanierungsbedürftigen kariösen Milchzähnen liegt bei 52 Prozent, jener der Kinder ohne Migrationshintergrund bei 24 Prozent. Gegenüber den Kindern ohne Migrationshintergrund steigt bei Kindern mit Migrationshintergrund die Anzahl an von Karies betroffenen Zähnen um mehr als das Doppelte an (Bodenwinkler et al. 2012, 14–15, 17).

2.1.5 Infektionserkrankungen

Tuberkulose

Im Jahr 2012 betrafen 49 Prozent (317 Fälle) aller TB-Fälle Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft¹⁰ (Nationale Referenzzentrale für Tuberkulose 2012, 11). Nach den österreichischen Staatsangehörigen (329 Fälle) machen Personen aus Rumänien mit 8,8 Prozent (57 Fälle)

10

Die Angaben waren nach Staatsbürgerschaft bzw. Geburtsland verfügbar, allerdings wurden die Ergebnisse nicht nach Migrationshintergrund ausgewiesen (Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft und Personen österreichischer Staatsangehörigkeit mit einem anderen Geburtsland zusammen).

den größten Anteil an von TB-Betroffenen aus, gefolgt von Personen aus der russischen Föderation (5 %, 32 Fälle), Bosnien & Herzegowina (2,6 %, 17 Fälle) und der Türkei (1,9 %, 12 Fälle) (ebd., 14). Die Inzidenz pro 100.000 Einwohner/innen beträgt bei Personen österreichischer Staatsangehörigkeit 4,40 Fälle, bei Personen ausländischer Staatsangehörigkeit 33,49 Fälle (Nationale Referenzzentrale für Tuberkulose 2012, 12)

HIV/AIDS

Der Anteil an Personen mit österreichischer Staatsangehörigkeit¹¹ und mit HIV-Diagnose belief sich zwischen 2010 und 2012 gemäß einer österreichischen Kohortenstudie auf 67 bis 69 Prozent – der Anteil an Personen ohne österreichische Staatsangehörigkeit dementsprechend auf 33 bis 31 Prozent (2010: 213 von 313 Fällen; 2011: 207 von 301 Fällen; 2012: 191 von 286 Fällen) (AGES 2013, 40).

2.2 Psychosoziale Gesundheit und Lebensqualität

Psychosoziale Gesundheit ist als zentraler Einflussfaktor auf die Lebensqualität anerkannt und wird daher im Rahmen-Gesundheitsziel 9 „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“ von der Politik gezielt adressiert. Ziel ist unter anderem, die psychosoziale Gesundheit in allen Lebensphasen zu fördern und eine umfassende und bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörigen zu sichern (BMG 2012). In diesem Zusammenhang gewinnt die Betrachtung der psychosozialen Gesundheit von Migrantinnen und Migranten in Österreich besondere Bedeutung.

Prinzipiell beurteilen Migrantinnen und Migranten (aus der Türkei und dem ehem. Jugoslawien ohne Slowenien) ihre Lebensqualität schlechter als Personen ohne Migrationshintergrund. Dies trifft auch für die Lebensqualität bezüglich Vitalität und psychischem Wohlbefinden zu. Die größten Unterschiede zeigen sich bei der Lebensqualität im Allgemeinen (Statistik Austria 2008, 87).

Vergleicht man Personen aus Österreich, EU-15- und EFTA-Ländern mit Personen aus sonstigen Ländern (12 neue Länder der EU 27, Ex-Jugoslawien, Türkei, sonstige Länder) weisen Personen aus sonstigen Ländern ein höheres relatives Risiko auf, an chronischen Angstzuständen und Depression zu leiden, als Personen aus Österreich, EU-15- und EFTA-Ländern (Statistik Austria 2008, 102).

11

Die Angaben waren nur nach Staatsbürgerschaft verfügbar.

Tabelle 2.1:

Lebensqualität nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Mittelwerte)

	Allgemeine Lebensqualität	Physischer Bereich	Psychischer Bereich	Soziale Beziehungen	Vitalität	Psychisches Wohlbefinden
Männer						
Österreich	76,5	81,7	79,2	78,2	69,7	81,7
Ex-Jugoslawien, Türkei	69,3	77,0	73,8	76,0	64,2	76,8
Frauen						
Österreich	74,9	78,2	75,4	77,7	65,6	77,8
Ex-Jugoslawien, Türkei	67,7	74,2	71,0	76,0	59,0	70,8

Anmerkung: Die Indikatoren zur Lebensqualität können zwischen den Werten 0 (Minimum) und 100 (Maximum) variieren. Dargestellt sind Mittelwerte für den jeweiligen Bereich

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 nach (Statistik Austria 2008, 87); Darstellung: GÖG/ÖBIG

2.3 Lebenserwartung und Sterblichkeit

Daten zur Lebenserwartung in Österreich gibt Statistik Austria im Bericht zur Migration und Integration nach Geburtsland an. Bei in Österreich geborenen Personen liegt die Lebenserwartung bei der Geburt im Jahr 2013 bei 78,5 (Männer) bzw. bei 83,6 Jahren (Frauen). Personen, die im Ausland geboren wurden, haben 2013 eine Lebenserwartung von 78,4 (Männer) bzw. 83,4 (Frauen) Jahren. Die Lebenserwartung von im Ausland geborenen Personen unterscheidet sich also kaum von jenen die in Österreich geboren wurden. (Statistik Austria 2014a, 66)

Nach Herkunftsland betrachtet liegt die Lebenserwartung von Personen aus den EU-/EWR-Staaten, der Schweiz und sonstigen Drittstaaten geringfügig höher als jene der Bevölkerung inländischer Herkunft. Jene der Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) und der Türkei ist etwas geringer als bei jene der in Österreich Geborenen. Hinsichtlich der ferneren Lebenserwartung ab 65 Jahren zeigen sich ähnliche Unterschiede wie bei der Lebenserwartung ab der Geburt. Insbesondere Personen, die in sonstigen Drittstaaten geboren wurden, weisen eine überdurchschnittlich hohe Lebenserwartung auf. Personen, die im ehemaligen Jugoslawien (ohne EU) oder der Türkei geboren wurden, eine unterdurchschnittliche. Dabei ist laut Statistik Austria nicht geklärt, ob die teilweise höhere Lebenserwartung damit zusammenhängt, dass Migrantinnen und Migranten (aus sonstigen Drittstaaten) zum Zeitpunkt der Zuwanderung aufgrund von Selektionsprozessen im Durchschnitt gesünder sind als die einheimische Bevölkerung („healthy migrant effect“ siehe dazu Abschnitt 3.4). Ebenso unklar ist, ob die höhere Lebenserwartung auf eine Untererfassung von Sterbefällen, die sich im Ausland ereignen, zurückzuführen ist. Allerdings verweist Statistik Austria darauf, dass sich der Vorsprung in der Lebenserwartung verringert, wenn im Ausland verstorbene Personen mit österreichischem Wohnsitz berücksichtigt werden (Statistik Austria 2014a, 66).

Die Sterblichkeit im erwerbsfähigen Alter (15–64 Jahre) liegt bei der Bevölkerung, die im Ausland geboren wurde, laut Statistik Austria deutlich niedriger als bei Personen inländischer Herkunft. In der Altersstufe ab 70 Jahren sind die Sterberaten der im Ausland geborenen Bevölkerung jedoch zumeist höher als die der Personen, die in Österreich geboren wurden (Statistik Austria 2014a, 66). Auch hier ist nicht geklärt, woran das liegt.

Bei Kindern von Müttern, die im Ausland geboren wurden, liegt im Jahr 2013 sowohl die Rate der Totgeburten (3,8 ‰) als auch die der Säuglingssterblichkeit (4,4 ‰) über jener von Kindern mit Müttern inländischer Herkunft (Totgeburtenrate 3,3 ‰ bzw. Säuglingssterblichkeitsrate 2,5 ‰). Die höchste Säuglingssterblichkeitsrate betraf Kinder mit Müttern aus der Türkei (7,5 ‰) (ebd., 66).

2.4 Kernaussagen zum Gesundheitszustand

Personen mit Migrationshintergrund (je nach Herkunftsland) in Österreich geben seltener einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand als Personen ohne Migrationshintergrund an. Das trifft insbesondere für Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne Slowenien) und der Türkei zu. Menschen mit Migrationshintergrund beurteilen auch ihre psychische Gesundheit schlechter als Personen ohne Migrationshintergrund. Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne Slowenien) und der Türkei leiden nach eigenen Angaben auch öfter an chronischen Krankheiten als Österreicher/innen ohne Migrationshintergrund. Lediglich Allergien treten seltener auf. Von Schmerzen berichten mehr Personen mit Migrationshintergrund (ehem. Jugoslawien und Türkei) als Nicht-Migranten/Migrantinnen. Die Zahngesundheit wird sowohl nach eigener Einschätzung (erwachsene Migranten/Migrantinnen) als auch nach medizinischer Untersuchung (Migranten-Kinder) als schlechter bewertet.

Die Lebenserwartung bei der Geburt von Personen, die im Ausland geboren wurden (insgesamt), war im Jahr 2013 in etwa gleich hoch wie die von Personen, die in Österreich geboren wurden. Sie liegt bei Personen, die im ehem. Jugoslawien (ohne EU) und der Türkei geboren wurden, etwas unter dem Durchschnitt, bei Personen aus EU-/EWR-Staaten und sonstigen Drittstaaten etwas höher als bei der in Österreich geborenen Bevölkerung.

Sowohl die Rate der Totgeburten als auch die Säuglingssterblichkeit war im Jahr 2013 bei Kindern mit Müttern, die im Ausland geboren wurden, höher als bei Kindern inländischer Frauen.

3 Bedingungsfaktoren für Gesundheit

In der Literatur werden verschiedene Faktoren diskutiert, die mögliche Einflussgrößen für die Gesundheit darstellen – unabhängig von der Herkunft. Dazu zählen insbesondere sozioökonomische, aber auch soziokulturelle Einflussfaktoren (Behrens 2011, 41; Binder–Fritz 2009, 28). Je nach Alter, Geschlecht, sozialer Schicht, Bildungsgrad und Stadt–Land–Differenz gibt es auch innerhalb ein und derselben Kultur und Gesellschaft Unterschiede (Binder–Fritz 2009, 30). Auch der Genderaspekt (soziales Geschlecht) spielt eine Rolle (Binder–Fritz/Rieder 2014, 1031). Es gibt aber auch migrationspezifische Faktoren wie z. B. den Grund für die Migration (z. B. Flucht vor einem Krieg, Arbeitsmigration etc.) oder den sogenannten „Healthy–migrant–Effekt“. Zusätzlich sind Migranten und Migrantinnen oftmals ethnischen/kulturellen Diskriminierungen ausgesetzt, die sich auch auf die Gesundheit auswirken können. Die einzelnen Faktoren sind jedoch nur theoretisch trennbare Konstrukte, in der Lebenswirklichkeit sind sie eng miteinander verbunden (Behrens 2011, 41).

3.1 Sozioökonomische Bedingungsfaktoren

Der Zusammenhang zwischen sozioökonomischer bzw. sozialer Lage und Gesundheit wird in der Literatur oftmals diskutiert (vgl. Bauer et al. 2008; Binder–Fritz/Rieder 2014; Richter/Hurrelmann 2006). „Untersuchungen zu Morbidität und Mortalität zeigen eine deutliche Abhängigkeit zwischen beiden Variablen [Gesundheit und soziale Lage]. So haben Personen mit niedrigem sozialem Status größere Risiken zu erkranken oder früher zu sterben, als Personen mit höherem Status [...]. Die möglichen Ursachen und Wechselwirkungen sind dabei äußerst komplex und nicht vollständig geklärt.“ (Behrens 2011, 41)

Die oftmals höheren Erkrankungsrisiken von Migranten und Migrantinnen liegen also zum Teil an der oftmals schlechteren sozialen Lage und den damit verbundenen Lebens- und Arbeitsbedingungen (z. B. schlechtere Wohnbedingungen) (Behrens 2011, 42).

Allerdings weisen Karl–Trummer und Sardadvar mit den EU–SILC–Daten aus dem Jahr 2008 nach, dass Migrantinnen und Migranten auch unabhängig von sozioökonomischen Merkmalen (Bildung, Einkommen, Erwerbstätigkeit) einen (signifikant) schlechteren Gesundheitszustand haben als Personen ohne Migrationshintergrund¹² (Karl–Trummer/Sardadvar 2012).

Binder–Fritz (2011) konstatiert, dass die epidemiologische Forschung in Österreich aufgrund der schlechten Datenlage vor neuen Herausforderungen steht, „[...] da das Ausmaß und die Determinanten des Zusammenhangs von Ethnizität und Gesundheitszustand nicht ausreichend geklärt sind.“ (Binder–Fritz 2011, 129) So liegen für Österreich z. B. keine (aktuellen) quantitati-

12

Signifikant war der Effekt in Österreich, Belgien, Griechenland, Spanien, Schweden und Großbritannien.

ven Studien vor, die den Gesundheitszustand von Migranten und Migrantinnen mit Bezug auf deren sozioökonomische Bedingungen analysieren (können¹³). Daher wird entweder der Gesundheitszustand nach Migrationshintergrund oder nach sozioökonomischen Bedingungen der gesamten Bevölkerung analysiert (Karl-Trummer 2012; Statistik Austria 2008; Statistik Austria 2013a; Statistik Austria 2014b) oder sozioökonomische Bedingungen u. a. nach Migrationshintergrund bzw. Staatsbürgerschaft (Statistik Austria 2013b; Statistik Austria 2014b). Daher werden im Folgenden sozioökonomische Bedingungen (Bildungsstand, Arbeitssituation, Einkommens- bzw. Wohnverhältnisse) nach Staatsbürgerschaft dargestellt und ein Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand hergestellt.

3.1.1 Bildung

Wie in den Begriffserklärungen angemerkt, weist Statistik Austria Ergebnisse im EU-SILC-Tabellenband nach Staatsbürgerschaft aus. Daher wird diese Unterscheidung hier übernommen. Den Ergebnissen von EU-SILC 2012 (Statistik Austria 2013b) zufolge zeigen sich bei den Bildungsabschlüssen Unterschiede nach Staatsbürgerschaft: Zum Beispiel machen Personen mit einem Lehrabschluss oder dem Abschluss einer mittleren Schule den größten Anteil (49 %) bei österreichischen Staatsbürgern und Staatsbürgerinnen aus – bei Eingebürgerten (Nicht-EU/EFTA) ist dieser Anteil um sechs Prozentpunkte niedriger (43 %), aber dennoch an erster Stelle. Bei Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft (Nicht-EU/EFTA) liegt der Anteil mit diesen Abschlüssen bei 32 Prozent. Dementsprechend ist der Anteil der Personen, die maximal einen Pflichtschulabschluss haben, bei Migranten und Migrantinnen (Eingebürgerte bzw. Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft, ohne EU/EFTA) höher als bei österreichischen Staatsbürgern insgesamt (inkl. Eingebürgerte) (vgl. Tabelle 3.1).

13

Aufgrund der zu geringen Stichprobengrößen von Migranten und Migrantinnen

Tabelle 3.1:
Höchster Bildungsabschluss nach Staatsbürgerschaft 2012

Staatsbürgerschaft	Gesamt in 1.000	Max. Pflicht- schule		Lehre/mittlere Schule		Matura		Universität	
		in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %
Österreich	6.241	1.448	23	3.059	49	1.026	16	707	11
darunter eingebürgert (Nicht-EU/EFTA)	304	116	38	132	43	40	13	17	5
Nicht Österreich (EU/EFTA)	311	39	13	116	37	85	27	71	23
Nicht Österreich (sonstiges Ausland)	480	216	45	155	32	75	16	34	7

Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2012 nach Statistik Austria (2013b, 80)
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss (max. Pflichtschule) geben seltener einen guten / sehr guten Gesundheitszustand an als Personen mit höheren Bildungsabschlüssen (vgl. Tabelle Anhang 1.4). Das zeigt sich sowohl bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 (Statistik Austria 2008, 39) als auch in der EU-SILC-Erhebung 2012 (Statistik Austria 2013b, 59).

3.1.2 Arbeits- und Einkommensverhältnisse

Die Stellung einer Person in der Arbeitswelt ist von hoher Bedeutung für ihre soziale Integration, die entscheidend zum Wohlbefinden beiträgt. Die ausgeübte Tätigkeit ist einerseits mit dem Einkommen verbunden, und andererseits mit Anerkennung, Möglichkeiten sich weiter zu entwickeln, Entscheidungen zu treffen und Verantwortung zu übernehmen. So kann der Verlust der Arbeitsstelle die psychische und physische Gesundheit beeinflussen. Andererseits kann sich die Arbeit aber auch negativ auf die Gesundheit auswirken (z. B. körperliche Belastungen, Unfallgefahren und monotone Arbeitsabläufe etc.). Ob Arbeit eine Gesundheitsressource darstellt oder einen Belastungs- oder Gefährdungsfaktor, hängt wesentlich von der Stellung in der Arbeitswelt ab. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass der Gesundheitszustand auch die Erwerbsfähigkeit beeinflussen kann (Statistik Austria 2008, 53).

Berufliche Stellung

Der Großteil der Migranten und Migrantinnen in Österreich hatte 2012 eine niedrige berufliche Stellung: 46 Prozent der eingebürgerten Österreicher/innen ¹⁴ (Nicht-EU/EFTA) sind Hilfsarbei-

14

Auch hier wird die Unterscheidung nach Staatsbürgerschaft, die Statistik Austria verwendet, übernommen.

ter/innen und 60 Prozent der Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft (Nicht-EU/EFTA). Bei Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft (inkl. Eingebürgerte) sind hingegen nur 17 Prozent Hilfsarbeiter/innen. Dementsprechend wenige Migranten und Migrantinnen übten in diesem Zeitraum eine mittlere bis hochqualifizierte Tätigkeit aus (vgl. Tabelle 3.2).

Den Ergebnissen der EU-SILC-Erhebung 2012 zufolge (Statistik Austria 2013b, 59) geben Personen mit einer niedrigen beruflichen Stellung (Hilfsarbeiter/innen) seltener einen eigenen sehr guten oder guten Gesundheitszustand an (71 %) als Personen, die eine höhere berufliche Stellung (Facharbeiter- bis hoch qualifizierte Tätigkeit) innehaben (jeweils über 80 %). Am deutlichsten ist der Unterschied gegenüber Personen, die eine höhere oder hochqualifizierte Tätigkeit ausüben (jeweils 89 %) (vgl. Tabelle Anhang 1.5). Der Zusammenhang der beruflichen Tätigkeit mit der positiven Beurteilung des Gesundheitszustandes zeigt sich auch bei den Ergebnissen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007: Personen, die eine höhere nicht manuelle Tätigkeit ausüben, beurteilen ihren Gesundheitszustand häufiger als sehr gut oder gut als Personen, die eine einfache manuelle Tätigkeit ausüben (Statistik Austria 2008, 55–56).

Tabelle 3.2:
Stellung im Beruf nach Staatsbürgerschaft 2012

Merkmale	Gesamt in 1.000	Hilfsarbeiter		Facharbeiter		Mittlere Tätigkeit, Meister		Höhere Tätigkeit		Hochquali- fizierte Tätigkeit		Selbständige	
		in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %
Österreich	3.096	540	17	671	22	599	19	382	12	502	16	402	13
darunter eingebürgert (Nicht-EU/EFTA)	174	80	46	49	28	19	11	(7)	(4)	(10)	(5)	(9)	(5)
Nicht Österreich (EU/EFTA)	168	36	22	41	25	15	9	17	10	29	17	28	17
Nicht Österreich (sonstiges Ausland)	245	147	60	41	17	28	11	(12)	(5)	(8)	(3)	(10)	(4)

Anmerkung: Personen im Erwerbsalter (20–64 Jahre), die hauptsächlich erwerbstätig sind und in der Kalenderwoche vor der Erhebung mind. eine Stunde als unselbständig Erwerbstätige/r gearbeitet haben. – Zahlen in Klammern beruhen auf geringen Fallzahlen: Sind in der Randverteilung weniger als 50 oder in der Zelle weniger als 20 Fälle vorhanden, wird geklammert. Zahlen, die auf Randverteilungen <20 beruhen, werden nicht ausgewiesen.

Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2012 nach Statistik Austria (2013b, 98)
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Einkommensverteilung

Mit der beruflichen Stellung (neben höchstem Bildungsabschluss und Erwerbsbeteiligung – vgl. dazu Tabelle Anhang 1.1 und Tabelle Anhang 1.2 im Anhang) in engem Zusammenhang steht auch die Verteilung der Migranten und Migrantinnen auf niedrige, mittlere und hohe Einkommensgruppen (in % des Median). 12 Prozent der österreichischen Staatsbürger/innen haben ein niedriges Einkommen, demgegenüber jedoch 20 Prozent der eingebürgerten Österreicher/innen

(Nicht-EU/EFTA) und 28 Prozent der Personen mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft (Nicht-EU/EFTA)¹⁵ (vgl. Tabelle 3.3). Personen mit niedrigem Einkommen beurteilen ihren Gesundheitszustand seltener als sehr gut oder gut als Personen mit einem mittleren oder höheren Einkommen. Dem Tabellenband der EU-SILC-Erhebung 2012 ist allerdings nicht zu entnehmen, ob das mit der niedrigeren beruflichen Stellung zusammenhängt oder mit niedrigem Einkommen aufgrund von Nicht-Erwerbstätigkeit, die z. B. aus einem schlechten Gesundheitszustand resultiert (Statistik Austria 2013b, 60).

Tabelle 3.3:
Verteilung auf niedrige, mittlere und hohe Einkommensgruppen (in % des Median)
nach Staatsbürgerschaft 2012

Einkommensgruppe	Gesamt in 1.000	Niedrig (< 60 % des Median)		Mittel (60 % bis 180 % des Median)		Hoch (>180 % des Median)		Index
		in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %	
Österreich	7.386	904	12	5.684	77	799	11	104
darunter eingebürgert (Nicht- EU/EFTA)	304	60	20	236	77	(9)	(3)	82
Nicht Österreich (EU/EFTA)	365	133	36	204	56	29	8	86
Nicht Österreich (sonstiges Ausland)	592	164	28	414	70	(15)	(2)	74

Anmerkung: Personen im Erwerbsalter (20–64 Jahre), die hauptsächlich erwerbstätig sind und in der Kalenderwoche vor der Erhebung mind. eine Stunde als unselbständig Erwerbstätige/r gearbeitet haben. –Zahlen in Klammern beruhen auf geringen Fallzahlen: Sind in der Randverteilung weniger als 50 oder in der Zelle weniger als 20 Fälle vorhanden, wird geklammert. Zahlen, die auf Randverteilungen <20 beruhen, werden nicht ausgewiesen.

Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2012 nach Statistik Austria (2013b, 38)
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Erwerbsbeteiligung

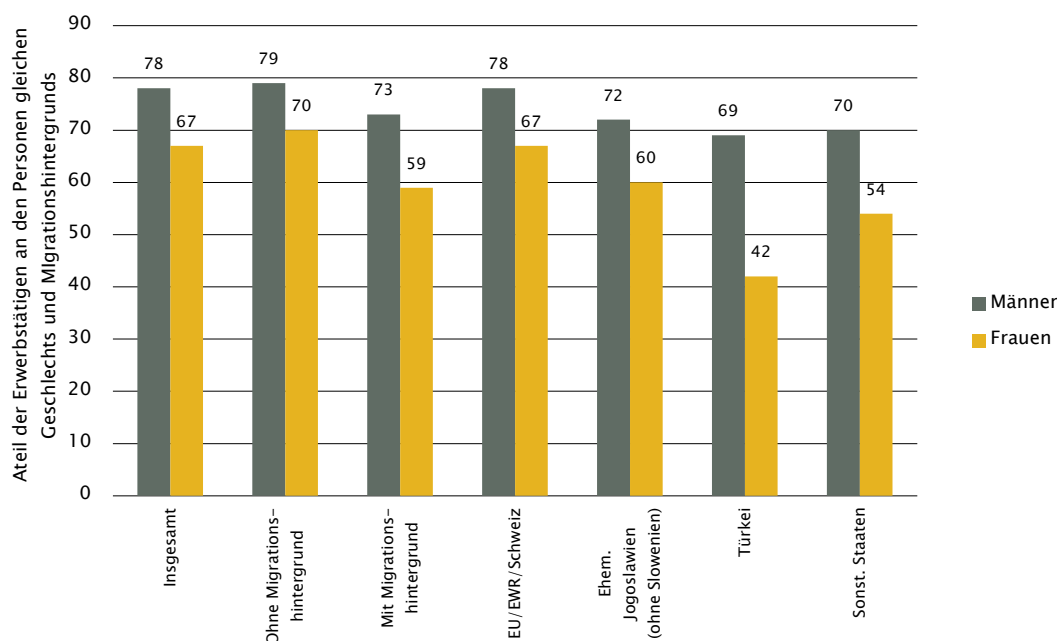
Den Ergebnissen der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2012 (Statistik Austria 2013a, 53) nach zeigen sich Unterschiede in der Erwerbsbeteiligung von Personen mit und ohne Migrationshintergrund, insbesondere nach Geschlecht. Die geringste Erwerbsbeteiligung weisen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund auf. Mit mehr als zehn Prozentpunkten Abstand zu diesen,

15

Woran es liegt, dass auch Staatsbürger/innen aus dem EU- oder EFTA-Raum (die im Durchschnitt höhere Bildung haben und seltener als Hilfsarbeiter/innen arbeiten) zu einem größeren Anteil niedrige Einkommen beziehen als Staatsbürger/innen aus dem sonstigen Ausland ist nicht gänzlich geklärt. In einem Telefonat mit Statistik Austria wurde jedenfalls geklärt, dass die Schwankungsbreite der jeweiligen Anteile aufgrund der kleinen Stichprobengröße der Subgruppen relativ groß ist und sich die Werte überschneiden können. Die Unterschiede sind daher wahrscheinlich nicht signifikant. Genauere Ergebnisse könnten durch die Berechnung von 3-Jahres-Durchschnittswerten berechnet werden. Da es im Jahr 2011 eine Änderung in der Erhebungsmethode gab, könnte diese Berechnung erst erfolgen, wenn Daten für 2013 vorliegen.

Frauen, die aus anderen Staaten abstammen. Bei den Männern weisen auch jene mit türkischem Migrationshintergrund die geringste Erwerbsquote auf (vgl. Abbildung 3.1)

Abbildung 3.1:
Erwerbstätigenquote 2012 nach Geschlecht und Migrationshintergrund (in Prozent)



Anmerkung: Bevölkerung in Privathaushalten. – bezogen auf die 15- bis 64-jährige Bevölkerung; Jahresdurchschnitt über alle Wochen.

Quelle: Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2012 nach Statistik Austria (2013a, 53)
Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.1.3 Wohnverhältnisse

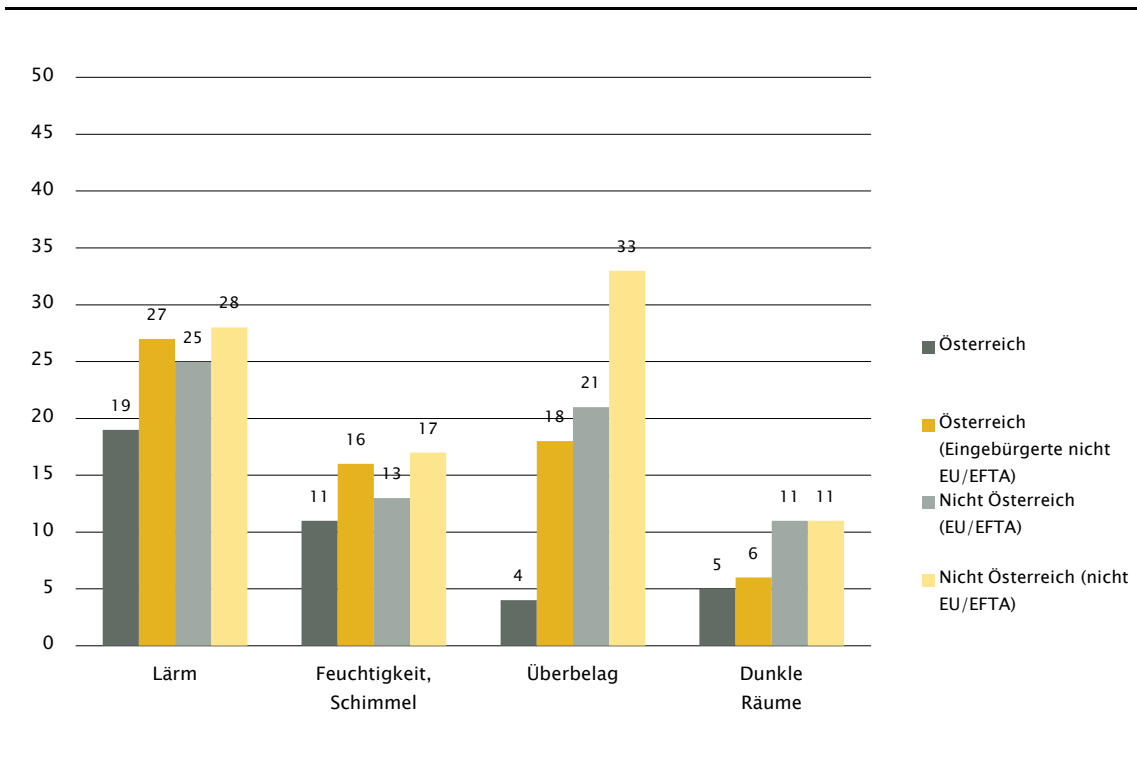
Personen mit Migrationshintergrund leben oftmals in schlechteren Wohnverhältnissen als Personen ohne Migrationshintergrund. Das zeigt sich auch in der EU-SILC-Erhebung 2012 bei der Betrachtung von Wohnproblemen nach Staatsbürgerschaft¹⁶ (Statistik Austria 2013b, 54). Überbelag geben 4 Prozent der österreichischen Staatsbürger/innen an, 18 Prozent der eingebürgerten Österreicher/innen (Nicht-EU/EFTA) und 33 Prozent der Personen ohne österreichische Staatsbürgerschaft (Nicht-EU/EFTA). Feuchtigkeit oder Schimmel ist ein Problem bei 11 Prozent der Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft und bei 16 Prozent der eingebürgerten Österreicher/innen sowie bei 17 Prozent der Personen ohne österreichische

16

Auch hier wird die Unterscheidung nach Staatsbürgerschaft, die Statistik Austria verwendet, übernommen.

Staatsbürgerschaft, die nicht aus dem EU- oder EFTA-Raum stammen. Lärm nennen 28 Prozent der Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft (Nicht-EU/EFTA), 27 Prozent der eingebürgerten Österreicher/innen (Nicht-EU/EFTA) und 19 Prozent der österreichischen Staatsbürger/innen insgesamt (vgl. Abbildung 3.2 bzw. Tabelle Anhang 1.3 im Anhang).

Abbildung 3.2:
Ausgewählte Wohnprobleme nach Staatsbürgerschaft 2012 (in Prozent)



Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2012 nach Statistik Austria (2013b, 54);
Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.2 Soziokulturelle Bedingungsfaktoren

Der (sozio)kulturelle Hintergrund von Migranten und Migrantinnen wird in der Literatur oftmals als Einflussfaktor auf die Gesundheit beschrieben, z. B. durch ein anderes Verständnis von Gesundheit und Krankheit, eine andere Wahrnehmung und Beschreibung von Symptomen, eine andere Erwartungshaltung an die Behandlung oder ein anderes Gesundheitsverhalten bzw. -verhalten. Es wird aber auch oftmals darauf verwiesen, dass die kulturellen Hintergründe von Migranten und Migrantinnen nicht überinterpretiert werden dürfen, da Diversität nicht nur zwischen verschiedenen „Herkunftskulturen“ herrscht, sondern auch innerhalb einer Kultur und Gesellschaft, abhängig von Geschlecht, Alter, sozialer Schicht und Stadt-Land-Differenz (Binder-Fritz 2009, 30). Kultur gilt als ein dynamischer Prozess, der von verschiedensten sozialen, religiösen und ökonomischen Hintergründen sowie Lebensstrategien beeinflusst wird. Oftmals

sind es nicht kulturelle Hintergründe, die ein bestimmtes Verhalten indizieren, sondern beispielsweise ökonomische oder durch die Geschlechterrolle geprägte Faktoren (z. B. Behrens 2011; Binder-Fritz/Rieder 2014; Kutalek 2011; Penka et al. 2008). Behrens spricht in diesem Zusammenhang von der Gefahr einer „Kulturalisierung“¹⁷, Kutalek von der Gefahr einer Stereotypisierung (Behrens 2011, 41; Kutalek 2011, 27). Der Blick auf die „fremde Kultur“ und ethnisch/kulturelle Besonderheiten ist daher zu eindimensional, es müssen u. a. auch Migrationshintergründe, soziales Umfeld, biografische Aspekte und individuelle Lebensstile der Patienten und Patientinnen berücksichtigt werden (Binder-Fritz 2011, 120). In diesem Zusammenhang muss auch berücksichtigt werden, dass Gruppenzugehörigkeit oft in der Form wahrgenommen wird, dass innerhalb einer bestimmten Gruppe stark homogenisiert wird und zur anderen Gruppe stark kontrastiert. D. h. es wird davon ausgegangen, dass Migranten und Migrantinnen einander sehr ähnlich sind und im Vergleich zu Einheimischen anders (Faltermajer 2001, 94).

Was unter Gesundheit oder Krankheit verstanden wird, wie Symptome beschrieben werden, ab wann sich jemand wie behandeln lässt oder selbst behandelt, welche Ursachen angenommen werden oder welche Wünsche und Erwartungen an die Behandlung gerichtet werden, wird neben anderen Faktoren (z. B. Gesundheitskompetenz), auch durch die kulturelle Herkunft bestimmt. So wird beispielsweise in einigen Migrantengruppen Krankheit mit religiösen oder magisch-volksmedizinischen Mustern erklärt (z. B. als Strafe für religiöses Fehlverhalten oder Verwünschungen) (Behrens 2011, 45; Binder-Fritz 2009, 32).

Prinzipiell hat jeder Laie seine eigenen Theorien, wie und warum Krankheit entsteht und wie diese am besten behandelt werden kann. Stammen Arzt/Ärztin und Patient/Patienten aus dem gleichen kulturellen und sozialen Kontext, werden sich ihre Krankheitstheorien relativ ähnlich sein, was zu mehr Verständnis zwischen beiden führt, zu einer adäquateren Nutzung des Gesundheitssystems, erhöhter Compliance und zu einem auf beiden Seiten zufriedenstellenderen Ergebnis. Je unterschiedlicher diese Einstellungen sind, desto häufiger kann es zu Missverständnissen kommen und zu einem schlechteren Therapieerfolg führen (Kutalek 2011, 26).

Gesundheit und Krankheit sind geläufige Alltagsbegriffe, die Konstrukte darstellen, die unterschiedlich verstanden werden können. Was als gesund oder krank gilt, wie Krankheiten entstehen, welche Faktoren wie auf die Entstehung von Krankheiten wirken und was zur Heilung beiträgt, ist weder in der Wissenschaft noch im Laienverständnis einheitlich. Gesundheit wird je nach Perspektive und Schwerpunktsetzung unterschiedlich verstanden (z. B. Abwesenheit von Krankheit, subjektives Erleben des Einzelnen etc.) (Behrens 2011, 25). Insbesondere, was als Erkrankung gesehen wird, steht in starkem Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Diskurs, der wiederum mit historischen und räumlichen Bedingungen zusammenhängt (z. B. Alkoholismus als Erkrankung). Gerade bei psychischen Erkrankungen ist der kulturelle Einfluss sehr

17

„Kulturalisierung bezeichnet eine reduktionistische Wahrnehmung und Erklärung von Phänomenen oder Konflikten. Dabei wird die Bedeutung kultureller Hintergründe übermäßig betont, während andere Einflussfaktoren vernachlässigt werden.“ (Behrens 2011, 41)

deutlich. Auch Theorien und Vorstellungen darüber wie Krankheiten entstehen, unterscheiden sich relativ stark voneinander (Behrens 2011, 25–26). Beispielsweise werden naturalistische (z. B. das biomedizinische Modell), psychosomatische und soziokulturelle Krankheitsmodelle unterschieden (vgl. Franke 2006, 117–155). Auch metaphysische Modelle (Erklärung von Krankheit durch übernatürliche Kräfte), die in der Wissenschaft keine Relevanz mehr haben, spielen im Laiensystem durchaus noch eine Rolle. Es gibt aber auch Gesundheitsmodelle, die sich nicht mit den Ursachen von Krankheiten befassen, sondern mit Faktoren, die zur Gesundheit beitragen (z. B. die Salutogenese) (Behrens 2011, 26).

Behrens (2011, 26–28) beschreibt das biomedizinische Modell, das ihr zufolge z. B. in Deutschland das einflussreichste Konzept ist (in der Medizin, Politik, Sozialrecht und im Alltagsverständnis) genauer, da es Auswirkungen auf die medizinische Behandlung von Migranten und Migrantinnen hat. Zentrale Annahme bei diesem Konzept ist, dass es für jede Krankheit auch eine kausale Ursache (z. B. Virus, genetische Disposition, mechanische Einwirkung) gibt, die identifizierbar ist. Die Krankheiten sind klassifizierbar, haben spezifische Symptome und nehmen ohne Behandlung einen bestimmten Verlauf. Behandlungen zielen auf die Ursache ab und erfolgen durch medizinisches Personal. Ausgeblendet werden dabei eine ganzheitliche Perspektive auf die Gesundheit und somit soziale und psychische Faktoren sowie der Patient als handelndes Individuum. „Indem es individuelle und soziale Faktoren ausblendet, definiert es sich quasi als ‚kulturfrei‘“ (Behrens 2011, 27). Das Modell orientiert sich nur an der Erkrankung und subjektive Erklärungsmuster und Erwartungen an die Behandlung der Patienten und Patientinnen spielen keine Rolle. Es wird praktisch als zeitlos, universell gültig und objektiv gesehen, was der Auseinandersetzung mit anderen Konzepten von Gesundheit und Krankheit entgegensteht. Behrens sieht dadurch die interkulturelle Kommunikation im Gesundheitswesen als erschwert (Behrens 2011, 27–28).

In der Literatur werden eine unterschiedliche Wahrnehmung, Interpretation und Äußerung von Symptomen bei Migrantinnen und Migranten beschrieben (Behrens 2011, 46; Faltermaier 2001, 111) wie z. B., dass durch die ganzheitliche Wahrnehmung von Krankheit und die Vorstellung eines Befalls des gesamten Körpers Symptome ganzheitlich, dramatisch, körpernah und schmerzbetont geschildert werden, was zu Unverständnis im Medizinsystem führen kann (Razum 2004, 2886). Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund geben im Vergleich zu einheimischen Patientinnen und Patienten bei körperlichen Problemen deutlich höhere Schmerzstärken an und nennen häufig vergleichsweise mehr schmerzende Körperregionen (Borde et al. 2003, 135). Die unterschiedliche Wahrnehmung, Interpretation und Äußerung von Symptomen erhöht gerade im psychiatrischen Bereich die Gefahr von Fehldiagnosen (Behrens 2011, 46). Ähnlich steht es auch mit der Migranten zugeschriebenen Somatisierungstendenz, also psychische Probleme mit körperlichen Beschwerden zu beschreiben. Dies kann zu Problemen in der Diagnostik führen und zur somatischen und medikamentösen Behandlung von psychosozialen Problemen (Faltermaier 2001, 111).

Insgesamt wird angenommen, dass Migranten und Migrantinnen bei potenziell großen gesundheitlichen Risiken die Krankheiten relativ spät wahrnehmen und diese daher lange im Laiensystem behandeln. Das führt zur späten Inanspruchnahme von professioneller Hilfe und kann die

Chancen für eine erfolgreiche Behandlung einer schweren Erkrankung minimieren (Faltermaier 2001, 111).

Kulturell bedingt ist beispielsweise auch die Bedeutung von bestimmten Körperteilen oder Organen, was insbesondere bei der Schmerzbeschreibung eine Rolle spielt (Binder-Fritz 2009, 33–34; Penka et al. 2012, 1169). So könnte eine Zustandsbeschreibung bei einem türkischen Patienten mit ‚kafami Üsüttüm‘ erfolgen, was wörtlich übersetzt ‚Ich habe mir den Kopf erkältet‘ bedeutet, sinnbildlich bzw. im kulturellen Kontext aber so etwas wie ‚Ich habe Angst durchzudrehen, ich werde verrückt‘ bedeutet. Insbesondere in der türkischen Sprache wird vieles über Organe oder Sprichwörter und Redewendungen kommuniziert (Penka et al. 2012, 1169). In vielen Sprachen stehen „das Herz“ oder „die Leber“ nicht nur für die eigentlichen Organe, sondern werden verbunden mit einer Metapher auch zur Umschreibung eines seelischen Schmerzes verwendet (Binder-Fritz 2009, 33–34). Das ist zwar auch im deutschsprachigen Raum so („Mir ist eine Laus über die Leber gelaufen“, „Mir blutet das Herz“) wird aber im gleichen kulturellen Kontext auch so interpretiert, wie es gemeint ist. Zum „Problem“ wird so eine Zustandsbeschreibung dann, wenn sie wörtlich übersetzt wird und von einer Person aus einem anderen kulturellen Kontext nicht richtig aufgefasst wird bzw. eingeordnet werden kann (Penka et al. 2008, 1169).

Das alltägliche Gesundheitshandeln bzw. –verhalten wird von Gewohnheiten und Lebensstilen beeinflusst, die wiederum starke kulturelle Wurzeln haben. Ernährung, körperliche Hygiene oder Umgang mit Genussmitteln werden oft eng von den Inhalten einer Kultur und den damit verbundenen Regeln beeinflusst. Kulturelle Vorgaben und soziale Erwartungen spielen beim Handeln einer Person immer mit (Behrens 2011, 45–46; Faltermaier 2001, 99–100; Kutalek 2011, 26–27). So können sich z. B. bestimmte Ernährungsgewohnheiten sowohl auf Übergewicht oder Zahngesundheit direkt auswirken (Behrens 2011, 45–46). Auch Erwartungen und Anforderungen von Migrantinnen und Migranten an Gesundheitsdiensteanbieter können, sofern sie in der Realität nicht erfüllt werden, beispielsweise zu sinkender Inanspruchnahme und geringer Compliance führen (Mayer 2011, 18; Penka et al. 2012, 1169). Divergierende Erwartungshaltungen können auch konfliktreiche Behandlungssituationen oder sogar den Abbruch einer Therapie zur Folge haben (Penka et al. 2012, 1169).

Da die Gesundheitssysteme in den Herkunftsländern meist anders strukturiert und vor allem kurativ ausgerichtet sind, finden sich viele Migranten und Migrantinnen im österreichischen Gesundheits- und Pflegewesen noch nicht ausreichend zurecht. Diese Feststellung trifft auch für Deutschland zu (Expertenrat für Integration (Hg.) 2013, 29; Spallek/Razum 2007, 454). Viele Probleme resultieren allerdings auch aus dem hiesigen Gesundheitssystem. Z. B. beruht das Krankheitsverhalten auch auf Erfahrungen, die mit dem Gesundheitssystem gemacht wurden. Als Reaktion auf die Qualität der Interaktion zwischen medizinischem Personal und den Patienten und Patientinnen (Binder-Fritz 2011, 128).

Behrens hält jedenfalls fest, dass kulturelle Hintergründe – unter anderem als Folge des biomedizinischen Paradigmas – im Gesundheitsbereich einerseits zu wenig Berücksichtigung finden, andererseits aber – unreflektiert – überbetont werden (Kulturalisierung¹⁸) (Behrens 2011, 46).

3.3 Gesundheitskompetenz & Laienversorgung

Gesundheitskompetenz („Health literacy“) wurde für die im Jahr 2012 veröffentlichte europäische Health-Literacy-Studie (HLS-EU Consortium 2012) folgendermaßen definiert: „Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Literacy und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Domänen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die die Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern“. (Sørensen et al. 2012, Übersetzung GÖG)

Damit ist ein breites Spektrum von gesundheitsbezogenen Fähigkeiten angesprochen, die auf grundlegenden Kompetenzen aufbauen, wie z. B. Lese- und Rechenfähigkeiten, Kenntnis der Landessprache oder Zugang und Umgang mit elektronischen Informationsmedien. Gerade diese Voraussetzungen sind für Teile der Bevölkerung mit Migrationshintergrund weniger gegeben und verstärken die Ungleichheit im Umgang mit dem professionellen Gesundheitssystem, aber wahrscheinlich auch in der Laienversorgung. Dazu gibt es aber bisher keine vertiefenden Studien.

Gesundheitskompetenz steht in starkem Zusammenhang mit der sozioökonomischen Schichtzugehörigkeit und damit auch mit dem Bildungsniveau. Wie in Abschnitt 3.1 beschrieben zählen Menschen mit Migrationshintergrund oftmals zu den sozial Benachteiligten (geringes Einkommen, niedrige Bildung und schlechte Arbeits- und Lebensbedingungen), was wiederum zu eingeschränkter Gesundheitskompetenz führt (Löschke-Yaldiz 2009, 143). Zum Beispiel verstehen Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und begrenzter Gesundheitskompetenz medizinische Tests nicht, weil sie abgesehen von sprachlichen Problemen vom zuständigen Personal zu kompliziert erklärt werden (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b) bzw. die Gesundheitskompetenz der Betroffenen niedrig ist. Bildungsdefizite bei Migrantinnen und Migranten erschweren medizinische Maßnahmen und beeinträchtigen die Erklärung wichtiger diagnostischer Tests, sodass sie von Patientinnen und Patienten auch richtig verstanden werden. Zum Beispiel ist Brustkrebs aufgrund geringen Verständnisses über Entstehung, Folgen und Behandlung bei Menschen mit Migrationshintergrund häufig stark tabuisiert. Die Folge sind resignative, fatalistische Einstellungen. Onkologinnen und Onkologen

18

„Kulturalisierung bezeichnet eine reduktionistische Wahrnehmung und Erklärung von Phänomenen oder Konflikten. Dabei wird die Bedeutung kultureller Hintergründe übermäßig betont, während andere Einflussfaktoren vernachlässigt werden.“ (Behrens 2011, 41)

warnen, dass Brustkrebs bei Migrantinnen oft erst in weit fortgeschrittenem Stadium diagnostiziert wird (Wimmer-Puchinger et al. 2006, 891). Besonders eingeschränkt dürfte die Gesundheitskompetenz bei Migrantinnen aus Herkunftsländern mit stark patriarchalen Strukturen sein, da diese Frauen geringe Bildungs- und Spracherwerbschancen haben, die durch Gettoisierung, soziale Isolation, Haus- und Familienzentriertheit zusätzlich eingeschränkt werden (Wimmer-Puchinger et al. 2006, 885).

Ein ausreichendes Maß an Gesundheitskompetenz ist wesentliche Voraussetzung für das Gelingen der Laienversorgung und der Koproduktion durch Laien und professionelle Betreuung im Gesundheitssystem. Selbst- oder Laienversorgung ist definiert als jene Tätigkeit von Individuen, Familien oder Gemeinschaften, die die Verbesserung oder Wiederherstellung der Gesundheit oder der Vorbeugung und Behandlung von Krankheit dient (Sprenger 2012). Vereinfacht bedeutet Laienversorgung zunächst

- » die Entscheidung zu treffen, ob etwas gegen die Beschwerden getan werden soll oder nicht,
- » wenn ja, ob selbst die Behandlung übernommen wird oder
- » ob ein Gesundheitsdiensteanbieter (GDA) aufgesucht wird.

Laien- oder Selbstversorgung ist ein wichtiger und derzeit noch kaum beachteter Sektor der Gesundheitsversorgung. Sehr viele Symptome, wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Husten, Fieber etc., aber auch leichte Verletzungen, Schnitte oder Abschürfungen werden meist von Laien versorgt, ohne dass eine professionelle Gesundheitsdienstleistung in Anspruch genommen wird. Viele Beschwerden vergehen von alleine und können durch Hausmittel, rezeptfreie Medikamente, Pflaster, Ruhigstellen etc. gelindert werden (Elliott et al. 2011). Vor der Beanspruchung des professionellen Gesundheitssystems wird also ein Großteil der Beschwerden selbst versorgt, aber auch während und nach der professionellen Betreuung übernehmen die Betroffenen und ihre sozialen Netze den bei weitem größten Teil der Versorgungsleistungen.

Ähnlich der Spitze eines Eisbergs stellt die Zahl jener Beschwerden, die im professionellen Gesundheitssystem behandelt werden, nur einen Bruchteil der Gesamtmenge dar (Green et al. 2001). Für Österreich gehen Schätzungen von einem Verhältnis von 90:10 aus: Von 1.000 Gesundheitsstörungen werden ca. 900 in der Laienversorgung behandelt, ca. 80 im niedergelassenen Bereich, ca. 20 in einer Ambulanz oder einem Ambulatorium und nur 2 Fälle werden stationär im Spital aufgenommen. Trotzdem wird aktuell in Österreich von einer Überlastung des Gesundheitswesens mit Bagatellbeschwerden ausgegangen, die eigentlich in der Laienversorgung oder durch weniger teure Gesundheitsdiensteanbieter abgedeckt werden könnten (Sprenger 2012).

Sinkt in der Bevölkerung das Wissen und die Kompetenz zur Laienversorgung, kann dies zu einer häufigeren Inanspruchnahme der professionellen Gesundheitsversorgung und zu höheren Versorgungskosten führen. Demgegenüber können ein Stärken der Gesundheitskompetenzen und eine Verbesserung der Laienversorgung das Gesundheitssystem entlasten.

„Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ wurde daher im Jahr 2013 als höchst priorisiertes Ziel in den österreichischen Rahmen-Gesundheitszielen sowie als strategisches

bzw. operatives Ziel im Bundes-Zielsteuerungsvertrag verankert. Eine eigene intersektorale Arbeitsgruppe definierte folgende Wirkungsziele für die Entwicklung von Gesundheitskompetenz in Österreich (BMG 2014):

- » WZ 1: Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen,
- » WZ 2: die persönliche Gesundheitskompetenz, unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen, stärken,
- » WZ 3: Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor verankern.

3.4 Gesundheitsressourcen

Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Gesundheit sind Ressourcen, die einen Menschen gesund erhalten bzw. vor gesundheitlichen Belastungen schützen. Zu diesen zählen u. a. bestimmte Ernährungsweisen (z. B. salzarme Ernährung), familiärer Zusammenhalt und soziale Netzwerke sowie ein umfangreiches, traditionelle Laienwissen über Erkrankungen und ihre Behandlung (Behrens 2011, 48–49). Auch verfügen Migrantinnen und Migranten oft über ein sehr gutes informelles Informationsnetz, sodass sich Empfehlungen für einen bestimmten Arzt/eine bestimmte Ärztin rasch herumsprechen (Binder-Fritz 2011, 128). In der analysierten Literatur liegt der Fokus jedoch nicht auf den Ressourcen, sondern auf den Defiziten, die zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen. Auch Behrens bemerkt, dass Ressourcen in der Literatur zum Thema Gesundheit wenig Beachtung finden (Behrens 2011, 48). Als eine Ressource bei Migranten und Migrantinnen wird der sog. „Healthy-Migrant-Effekt“ beschrieben: Erwachsene Migranten und Migrantinnen weisen in Einwanderungsländern in Europa und den USA eine niedrigere Sterblichkeit auf als die Einheimischen. Dieser Mortalitätsvorteil ist jedoch nur vorübergehend. Erklärt wird der Effekt oftmals damit, dass vor allem gesunde Personen migrieren. Zur Reduktion dieses Effekts führen dann schlechte Arbeits- und Lebensbedingungen sowie ein schlechterer Zugang zu Gesundheitsleistungen (Razum 2009, 267–268).

3.5 Gesundheitsverhalten

Das Gesundheitsverhalten von Migranten und Migrantinnen in Österreich wird anhand dreier zentraler Aspekte (Übergewicht, Rauchen und körperliche Aktivität), die gut untersucht sind, dargestellt. In Abschnitt 4.1 wird außerdem noch auf das Inanspruchnahmeverhalten bezüglich gesundheitlicher Dienstleistungen eingegangen.

3.5.1 Übergewicht

Migrantinnen und Migranten¹⁹ sind altersstandardisiert²⁰ häufiger adipös als Personen ohne Migrationshintergrund. Bei den Frauen sind diese Unterschiede deutlicher: Migrantinnen (23 %) sind doppelt so oft adipös wie Frauen ohne Migrationshintergrund (11 %). Bei den Männern sind diese Unterschiede kleiner (5 Prozentpunkte Unterschied): 17 Prozent der Migranten sind adipös und 11 Prozent der Männer ohne Migrationshintergrund. Das Adipositas-Risiko ist bei Migrantinnen und Migranten statistisch signifikant höher als bei Personen ohne Migrationshintergrund: Migranten haben ein 1,8-faches Risiko und Migrantinnen ein 2,5-faches Risiko adipös zu sein. Interessanterweise ist bei Männern und Frauen ohne Migrationshintergrund der Anteil Adipöser gleich (Statistik Austria 2008, 87–88).

Auch wenn Migrationshintergrund anders definiert wird²¹, haben Migranten und Migrantinnen ein höheres Adipositas-Risiko als Personen ohne Migrationshintergrund: Migrantinnen haben ein um den Faktor 1,23 und Migranten eine um den Faktor 1,27 erhöhtes Risiko (1:1 würde einem gleichen Risiko entsprechen) adipös zu sein als Personen ohne Migrationshintergrund des jeweils gleichen Geschlechts²² (Statistik Austria 2008, 98).

3.5.2 Rauchen

Mehr Männer mit Migrationshintergrund¹⁹ (altersstandardisiert) bekennen, täglich zu rauchen (41 %) als Männer ohne Migrationshintergrund (26 %). Männliche Migranten rauchen doppelt so häufig wie Männer ohne Migrationshintergrund. Frauen rauchen prinzipiell seltener täglich als Männer, aber auch hier zeigen sich Unterschiede zwischen Migrantinnen (29 %) und Frauen ohne Migrationshintergrund (21 %). Bei Migrantinnen ist die Wahrscheinlichkeit Raucherin zu sein im Vergleich zu Nicht-Migrantinnen um den Faktor 1,4 erhöht (Statistik Austria 2008, 88–89).

19

Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne Slowenien) und der Türkei, die entweder im Ausland geboren wurden oder eine ausländische Staatsbürgerschaft besitzen.

20

Eine Altersstandardisierung verwendet man, um unterschiedlicher Populationen bezüglich eines bestimmten Merkmals miteinander vergleichen zu können. Z. B. haben Migranten/Migrantinnen und Personen ohne Migrationshintergrund verschiedene Altersstrukturen. Bestimmte Merkmale können jedoch mit dem Alter zusammenhängen. Um diesen Alterseffekt auszugleichen wird eine Standardisierung verwendet (einfach ausgedrückt).

21

Migrationshintergrund (12 neue Länder der EU-27, Ex-Jugoslawien, Türkei, sonstige Länder); kein Migrationshintergrund (Personen ohne unmittelbaren Migrationshintergrund und Personen aus EU-15-Ländern)

22

In die Auswertung eingeschlossen sind nur Personen, die derzeitiger erwerbstätig sind oder eine frühere Erwerbstätigkeit angegeben haben.

Der Raucheranteil ist insbesondere bei Jugendlichen (15–29 Jahre) hoch. Auch in dieser Altersgruppe zeigen sich Unterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund – auch nach Geschlecht. Fast die Hälfte der Migranten (47 %) gibt an täglich zu rauchen, während der Anteil bei den Burschen bzw. Männern ohne Migrationshintergrund 30 Prozent beträgt. 33 Prozent der jungen Migrantinnen rauchen täglich, bei den Mädchen und Frauen ohne Migrationshintergrund sind es 29 Prozent. Die Unterschiede nach Migrationshintergrund sind bei den Mädchen und Frauen also deutlich geringer. Die Raucherquoten unterscheiden sich zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen ohne Migrationshintergrund kaum, bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund rauchen deutlich mehr Burschen und Männer (47 %) als Mädchen und Frauen (33 %) (Statistik Austria 2008, 89).

Werden Personen²³ ohne unmittelbaren Migrationshintergrund und Personen aus EU-15-Ländern als Personen ohne Migrationshintergrund zusammengefasst und Personen aus sonstigen Ländern (12 neue Länder der EU-27, Ex-Jugoslawien, Türkei, sonstige Länder) gegenübergestellt, haben Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund ein um den Faktor 1,27 (Männer) bzw. 1,08 (Frauen) erhöhtes Risiko täglich zu rauchen (Statistik Austria 2008, 96).

3.5.3 Körperliche Aktivität

Auch hinsichtlich körperlicher Aktivitäten²⁴ zeigen sich Unterschiede nach Migrationshintergrund und Geschlecht. Ca. ein Drittel der Männer ohne Migrationshintergrund (32 %) ist körperlich aktiv, bei den Männern mit Migrationshintergrund sind es 28 Prozent. Frauen sind seltener körperlich aktiv: knapp ein Viertel (24 %) der Frauen ohne und nur 15 Prozent mit Migrationshintergrund. Nach Alter zeigen sich in der Altersgruppe der 15–bis 34-jährigen Männer keine Unterschiede nach Migrationshintergrund (40 % körperlich Aktive). Frauen mit Migrationshintergrund sind in allen Altersgruppen weniger aktiv als Frauen ohne Migrationshintergrund. Insgesamt besteht in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ein signifikant höheres relatives „Risiko“ sportlich inaktiv zu sein (altersbereinigt): inaktiv zu sein ist bei Migranten im Vergleich zu Nicht-Migranten um den Faktor 1,4 erhöht, bei den Migrantinnen im Vergleich zu Nicht-Migrantinnen um den Faktor 2,0 (d. h. Migrantinnen sind doppelt so oft körperlich inaktiv) (Statistik Austria 2008, 90).

23

In die Auswertung eingeschlossen sind nur Personen, die derzeitiger erwerbstätig sind oder eine frühere Erwerbstätigkeit angegeben haben.

24

„Als körperlich „aktiv“ werden im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 Personen eingestuft, die an zumindest drei Tagen in der Woche durch Radfahren, schnelles Laufen oder Aerobic ins Schwitzen kommen.“ (Klimont et al. 2007, 32)

3.6 Migrationstypische Bedingungsfaktoren

Migration stellt im Leben eines Menschen eine Zäsur dar und beinhaltet für die psychische und physische Gesundheit sowohl Chancen als auch Risiken. So kann sie z. B. eine Verbesserung der Lebensumstände herbeiführen, eine bessere Gesundheitsversorgung²⁵ sichern oder durch die Bewältigung von Krisensituationen sowie Ressourcen und Kompetenzen fördern. Bestimmte Begleitumstände der Migration (z. B. Flucht, Traumatisierungen, Menschenhandel) können auch eine Gesundheitsgefährdung darstellen. Aber auch „freiwillige“ Migration kann psychosozial belastend sein (Verlust des sozialen Netzwerkes und des kulturellen Kontextes, Trennung von Familienangehörigen, schwierige Bedingungen im Aufnahmeland, anfangs unklare rechtliche Rahmenbedingungen etc.) (Behrens 2011, 46, 49; Binder-Fritz 2009, 29; Binder-Fritz/Rieder 2014, 1032).

Die Bedingungen der Migration sind wesentlich für die gesundheitliche Lage von Migrantinnen und Migranten. Es geht dabei um

- » die Bedingungen im Herkunftsland (z. B. andere Ernährungsgewohnheiten, andere/schlechtere Gesundheitsversorgung, Gewalt, Krieg, Folter, höhere Prävalenzen bestimmter Infektionskrankheiten),
- » die Bedingungen während des Migrationsprozesses (z. B. psychosoziale Belastungen / Stress, Hunger, Gewalt, Rassismus/Diskriminierung, Verlust früherer sozialer Netzwerke, Rechtsstatus),
- » die Bedingungen im Zielland, sowohl kurzfristig nach der Migration als auch noch Jahre oder Generationen später. Zu diesen Bedingungen zählen u. a. verschiedene kulturelle und traditionelle Lebensweisen, Rassismus/Diskriminierung, soziale Lage sowie Arbeits- und Wohnbedingungen, Sprach-/Verständigungsprobleme, Einschränkung der Rechte in den Aufnahmeländern (z. B. Aufenthaltsstatus, Zugang zum Arbeitsmarkt), Fremdheitsgefühl, Verlust des sozialen Netzwerkes, unzureichender Zugang zu Gesundheitsdiensten sowie die allgemeine Einstellung gegenüber Zuwanderern und Zuwanderinnen in unserer Gesellschaft (Binder-Fritz 2009, 31; Schenk 2007, 90; Spallek/Razum 2007, 452).

25

Durch z. B. eine bessere Gesundheitsversorgung im Aufnahmeland

3.7 Diskriminierung als Einflussfaktor auf Gesundheit

3.7.1 Definitionen und Abgrenzungen

Der Begriff „Diskriminierung“

Unter Diskriminierung werden Einstellungen oder Handlungen verstanden, die bei den Betroffenen repressive Wirkung erzeugen oder sie benachteiligen oder ausgrenzen (Edge/Newbold 2013, 141; Igel et al. 2010, 183).

Diskriminierung aufgrund der Herkunft kann als ungleiche Behandlung von Menschen mit verschiedenem ethnischen Hintergrund definiert werden. Die Diskriminierung kann dabei auf institutioneller oder auf interpersoneller Ebene angesiedelt sein. Institutionelle Diskriminierung manifestiert sich in allgemeinen Regelungen oder geübten Praktiken von Einrichtungen. Interpersonelle Diskriminierung zeigt sich in unfairer oder beleidigender Interaktion zwischen Individuen. Während sich die meisten vorliegenden Studien zu gesundheitlicher Auswirkung von Diskriminierung auf interpersonelle Diskriminierung beziehen, sind Auswirkungen institutioneller Diskriminierung kaum untersucht (Stronks et al. 2013, 5).

Im schwedischen „Health and Discrimination Project“ wird Diskriminierung definiert als jede Schlechter-Behandlung oder Schlechter-Stellung von Personen einer sozialen Gruppe gegenüber jener der dominanten Gruppe einer Gesellschaft: *„Structural discrimination refers to rules, norms, generally accepted approaches and behaviours in institutions and other social structures that constitute obstacles for subordinate groups to achieve equal rights and opportunities possessed by dominant groups. Such discrimination may be visible or hidden, and it may be conscious or unconscious“* (National Institute of Public Health 2006, 14).

Ein Großteil der Studien zu Diskriminierung und Gesundheit fokussiert auf ethnische Diskriminierung bzw. Rassismus-Begriffe, die synonym verwendet werden (z. B. Berg et al. 2011; Brondolo et al. 2008a; Brown et al. 2006; Donovan et al. 2013; Harris et al. 2006; Karlsen/Nazroo 2002; Lee/Ahn 2011; Paradies 2006; Priest et al. 2013; Sevillano et al. 2013; Williams/Mohammed 2009; Williams 2003). Ethnische Diskriminierung kann definiert werden als Andersbehandlung einer oder mehrerer Personen einer ethnischen Gruppe aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu dieser Gruppe und kann sowohl individuell als auch systemisch stattfinden (Agudelo-Suarez et al. 2011, 1; Agudelo-Suarez et al. 2009, 1867; Paradies et al. 2013, 1).

Outcomes

Der Einfluss von Diskriminierung auf die Gesundheit von Individuen wird in Bezug auf folgende Effekte (Outcomes) untersucht: Physische Gesundheit, psychische Gesundheit und riskantes/selbstbeschädigendes Verhalten.

Typische Parameter der physischen Gesundheit sind der selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand, Bluthochdruck, Brustkrebs oder Diabetes. Typische Parameter der psychischen Gesundheit sind die selbsteingeschätzte mentale Gesundheit, psychischer Stress, Symptome von Depression oder Angststörungen. Zu riskantem gesundheitsrelevantem Verhalten gehören z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, Missbrauch anderer Drogen oder Suizid.

Obwohl der Parameter „selbsteingeschätzte Gesundheit“ äußerst aussagekräftig und auch System-relevant ist, müssen bei Verwendung der Messinstrumente kulturspezifische Kommunikationsmuster und Vorstellungen von Krankheit berücksichtigt werden. Die Instrumente zur Erhebung von subjektiv empfundenen Beschwerden müssten eigentlich für jede Kultur validiert werden, da die Vorstellungen von Gesundheit und Wohlbefinden kulturell stark divergieren. Zensusdaten, auf denen ein Teil der vorliegenden Studien beruht, erfüllen diesen Anspruch jedenfalls nicht.

Erfassen von Diskriminierung

In den vorliegenden Studien wird Diskriminierungserfahrung mit höchst unterschiedlichen Mitteln erhoben. Die Erfassungsinstrumente variieren zwischen einem einzelnen Item im Rahmen einer Zensusbefragung (z. B. De Maio/Kemp 2010) und komplexen Fragebögen (z. B. Wiking et al. 2004). Hinter den gestellten Fragen stehen auch verschiedene Konzepte von Diskriminierung, von Alltagsdiskriminierung bis zu rassistischen Attacken. Außerdem wird Diskriminierungserfahrung in verschiedenen Zeiträumen erfragt: Manche Erhebungsinstrumente beziehen sich auf die letzten sechs Monate, manche auf die gesamte Lebenszeit. In den von Paradies (2006) ausgewerteten 133 Studien werden 152 verschiedene Instrumente zur Messung von Diskriminierungserfahrung verwendet. Das macht die Ergebnisse schwer vergleich- und komprimierbar.

In Europa ist heute ein großer Teil von Diskriminierung eher subtil und schwer fassbar oder institutionell, besteht in unfairen oder unfreundlicher Behandlung oder Verweigerung und ist daher noch schwerer zu erfassen als verbale oder physische Misshandlung. Beispielsweise wird die Oslo Health Study auf den Zusammenhang von Diskriminierung und Gesundheit hin ausgewertet, obwohl Diskriminierung dabei gar nicht explizit erfragt wird. Das erlebte Verweigern eines Jobs oder einer Wohnung wird als Diskriminierungserfahrung interpretiert (Thapa/Hauff 2005, 81). Übrigens zeigt diese Querschnittstudie einen starken Zusammenhang zwischen Gesundheit und Verweigerung eines bezahlten Jobs bei Männern und Wohnungsverweigerung bei Frauen.

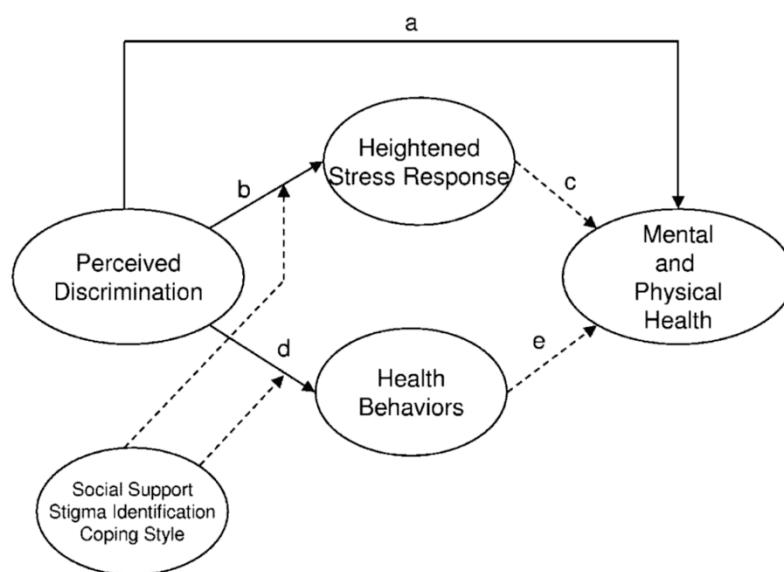
Manchmal wurden zur Messung von Diskriminierungserfahrung einfache Fragen verwendet, die keine Rückschlüsse auf die Form, Dauer oder Intensität der Diskriminierung zulassen (z. B. Igel et al. 2010, 187). Manche Messinstrumente fragen nach Diskriminierung im vergangenen Halbjahr (z. B. Sujoldzic et al. 2006, 705), andere schränken den Zeitraum überhaupt nicht ein. Möglicherweise ist das genaue „Festmachen“ der tatsächlichen Diskriminierung aber ohnehin irrelevant: Die Empfindung, in einer diskriminierenden Gesellschaft zu leben, könnte mehr Einfluss auf das Befinden haben als tatsächlich erlebte Benachteiligung (LaVeist zit. nach Igel et al. 2010).

Wirkmodelle

Studien zur Erforschung eines Zusammenhangs zwischen Faktoren liegt – explizit oder implizit – immer eine Theorie über ein Wirkmodell zugrunde, die es zu verifizieren oder zu falsifizieren gilt. Wirkmodelle beschreiben die mittelbaren und unmittelbaren Beziehungen zwischen auslösenden Faktoren und Effekten – in unserem Fall zwischen Diskriminierungserfahrung und Gesundheitsparametern. Körperliche Symptome können z. B. als direkte Stressreaktionen auf Diskriminierung erklärt werden, können aber auch als Folge von diskriminierungsbedingten psychischen Belastungen oder Erkrankungen erklärt werden, die mittelbar zu psychischen Erkrankungen führen. In komplexe Wirkmodelle werden auch Mediatoren (vermittelnde Komponenten) und Moderatoren (abschwächende Komponenten) einbezogen.

Das folgende einfache Modell (siehe Abbildung 3.3) unterscheidet zwei Wirkpfade: Diskriminierungserfahrung als Stressor, der einerseits durch verstärkte Stressreaktion die physische und psychische Gesundheit beeinträchtigt, andererseits als Verstärker ungünstiger Lebensstile und Coping-Mechanismen die Gesundheit negativ beeinflusst. Beide Wirkmechanismen können durch Bedingungen wie soziale Unterstützung (Schutzfaktor) modifiziert werden (Pascoe /Smart Richman 2009, 40).

Abbildung 3.3:
Beispiel für ein einfaches Wirkmodell



Quelle: Pascoe /Smart Richman (2009)

Ob Diskriminierung krank macht, hängt wesentlich von Schutzfaktoren ab, über die die betroffenen Personen verfügen. Nicht für alle Gruppen wirken allerdings die gleichen Schutzfaktoren, Studien liefern widersprüchlicher Ergebnisse: Wohnen in ethnischer Konzentration erweist sich bei manchen Populationen als Schutzfaktor, bei anderen nicht. Optische Andersartigkeit scheint für manche Gruppen ein Schutzfaktor zu sein. Passiver oder aktiver Umgang mit Diskriminierung ist für manche Gruppen ein Schutzfaktor, für andere nicht (Edge/Newbold 2013).

3.7.2 Diskriminierung und generelle Gesundheit

Die deutsche Studie von Igel et al. (2010) benutzt ein bevölkerungsrepräsentatives Sample und bezieht Migranten und Migrantinnen der ersten und zweiten Generation ein, undokumentierte Migration bleibt unberücksichtigt. Ausgewertet werden Daten des Sozioökonomischen Panels, SOEP 2006, einer repräsentativen Haushaltsbefragung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung, das 1.844 Personen mit Migrationshintergrund im Alter von 18 bis 65 Jahren, die im Durchschnitt seit rund 20 Jahren in Deutschland leben, untersucht.

Wahrgenommene Diskriminierung zeigt sich als starker Prädiktor für subjektiv als schlecht eingeschätzte Gesundheit, sowohl physisch als auch psychisch (Igel et al. 2010, 185).

Die Analyse ergab, dass sozioökonomische Faktoren wie die Höhe des Einkommens, die Ausbildungsdauer oder der Erwerbsstatus kaum mit dem Befinden der Migranten und Migrantinnen korrelieren (Igel et al. 2010, 186). Empfundene Diskriminierung hingegen steht in starker Beziehung zur selbsteingeschätzten Gesundheit, insbesondere bei männlichen Migranten. Sorge um Fremdenfeindlichkeit – also das Gefühl, in einer fremdenfeindlichen Gesellschaft zu leben – steht in Zusammenhang mit mentaler Gesundheit. Außerdem bestehen deutliche Unterschiede zwischen Immigranten aus verschiedenen Herkunftsländern (Igel et al. 2010, 186).

Einer Studie der Universität Oslo zufolge beeinträchtigt Islamophobie die körperliche und seelische Gesundheit von Muslimen – unabhängig davon, ob die Muslime persönliche Opfer von Diskriminierung geworden sind (Kunst et al. 2013).

Eine ganz rezente spanische Studie untersucht die selbst eingeschätzte Gesundheit von relativ großen Immigrantengruppen aus Bolivien, Rumänien, Marokko und Schwarzafrika im Vergleich zu nativen Spaniern. Die meisten Migrantengruppen bewerten ihre physische Gesundheit besser und ihre psychische Gesundheit schlechter als die spanische Vergleichsgruppe. Das Erleben von ethnischer und migrationsbedingter Diskriminierung ist der stärkste Prädiktor sowohl für physische als auch für psychische Gesundheit (Sevillano et al. 2013, 188).

Agudelo-Suarez et al. führten 2007 eine qualitative Studie mit (nicht dokumentierten) Immigranten aus Rumänien, Marokko, Ecuador, Kolumbien und den Sahara-Staaten durch. Darin wurde deutlich, dass Diskriminierung am Arbeitsplatz und alltägliche Diskriminierung nicht nur

Determinanten für die Jobsicherheit, sondern auch für den allgemeinen und psychischen Gesundheitszustand der Migranten sind (Agudelo-Suarez et al. 2009, 1873).

Eine weitere Autorengruppe analysierte die Ergebnisse einer Fragebogenerhebung 2008 in vier spanischen Städten. 2.434 Immigrierte der ersten Generation aus Rumänien, Marokko, Ecuador und Kolumbien in aktiven Beschäftigungsverhältnissen wurden zu soziodemografischen Faktoren, erlebter Diskriminierung (Immigrationsstatus-bezogen, Erscheinungsbild-bezogen und Arbeitsplatz-bezogen) und subjektiv empfundener Gesundheit befragt. Immigrationsstatus-bezogene Diskriminierung war mit Angstzuständen und Schlaflosigkeit assoziiert, Arbeitsplatz-bezogene Diskriminierung mit schlechterer allgemeiner und psychischer Gesundheit. Erscheinungsbild-bezogene Diskriminierung hingegen wies die geringste Assoziation mit Gesundheitsindikatoren auf (Agudelo-Suarez et al. 2011, 4).

Die meiste Forschung zum Thema „Diskriminierung und Gesundheit“ wird seit Jahrzehnten in den USA betrieben. In den US-amerikanischen Medizin- und Anthropologiejournals erscheint auch der weltweit größte Anteil an wissenschaftlichen Artikeln zum Thema. Aus den USA stammen verschiedene Metastudien zum Themenbereich „Diskriminierung und Gesundheit“, die die Ergebnisse einzelner Studien zusammenfassen und analysieren (z. B. Williams 2003).

Borrell et al. (2006) weisen einen Zusammenhang zwischen empfundener Diskriminierung und selbstberichteter physischer und psychischer Gesundheit bei urbanen Afroamerikanern nach, unabhängig von Alter, Bildung und Einkommen, und dies bei Frauen stärker als bei Männern (Borrell et al. 2006, 1422).

Die Längsschnittstudie von Schulz et al. (2006) basiert auf einer bevölkerungsbasierten Befragung in einem hauptsächlich von Afroamerikanern bewohnten Armenviertel von Detroit. Die Auswertung zeigt einen Anstieg von Depression und eine Verschlechterung des selbsteingeschätzten Gesundheitszustandes bei steigender Diskriminierungserfahrung über die Zeit (Schulz et al. 2006, 1267).

Eine der wenigen Längsschnittstudien basiert auf Befragungsdaten von beschäftigten Frauen und zielt auf Diskriminierung im Arbeitskontext. Sowohl für psychische als auch für physische Gesundheit zeigt sich ein Zusammenhang mit Diskriminierungserfahrung, wobei psychische Gesundheitsreaktionen relativ kurzfristig und physische Funktionsstörungen erst einige Jahre später berichtet werden (Pavalko et al. 2003, 28f).

Bei dokumentierten Immigranten in Kanada ist ein deutlicher „healthy immigrant effect“ feststellbar (McDonald/Kennedy 2004). Dieser Effekt geht aber im Lauf der ersten Jahre nach der Ankunft verloren, am schnellsten und nachhaltigsten bei jenen, die Diskriminierung erleben (De Maio/Kemp 2010). Allerdings beruhen Längsschnittstudien mit Zeitreihen wie diese auf großen Erhebungen und damit auf selbst-ingeschätzten Gesundheitsparametern, die in diesem Fall einen Schwachpunkt darstellen: Möglicherweise ändern sich die Vorstellungen von Gesundheit durch die Integration in die kanadische Gesellschaft und die Erwartungshaltung hinsichtlich Gesundheitszustand werden schlichtweg höher (McDonald/Kennedy 2004, 475).

Etwa zwei Drittel des Bevölkerungszuwachses in Kanada besteht aus Immigranten aus allen Teilen der Welt, daher ist deren Gesundheit von besonderer Bedeutung und ihre Erforschung besonders komplex. Im Review von Edge/Newbold (2013) wird nicht nur der ethnischen und Aussehens-bedingten Diskriminierung, sondern vor allem der migrationsbedingten Diskriminierung Beachtung geschenkt. Obwohl in Kanada die systematische Datenerfassung zu Immigration und Gesundheit im internationalen Vergleich geradezu vorbildhaft ist, bringt die Zusammenfassung der gesamten Evidenz über Diskriminierung und Gesundheit in Kanada letztlich mehr Forschungslücken als eindeutige Ergebnisse zu Tage. Denn aufgrund der Datenlage können zwar statistische Zusammenhänge beobachtet werden, jedoch kaum Aussagen über die Kausalität dieser Zusammenhänge gemacht werden (Edge/Newbold 2013).

Eine neuseeländische Studie, basierend auf der Gesundheitsbefragung 2002/2003 mit 12.500 persönlichen Interviews, gelangt zum Schluss „that racism may be a major determinant of health“ (Harris et al. 2006, 1428). Basierend auf der neuseeländischen Gesundheitsbefragung 2002/2003 wurden 12.500 Face-to-face-Interviews mittels Regressionsanalysen auf den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Diskriminierungserfahrung hin ausgewertet. Unabhängig von Alter, Geschlecht, Ethnizität oder Armut ist ethnische Diskriminierung mit schlechterer Gesundheit assoziiert. Dabei stehen schlechter psychischer Zustand und Rauchen in Zusammenhang mit eher kurzfristiger Diskriminierungserfahrung, während physisch-funktionale Gesundheit mit eher lebenslanger ethnischer Diskriminierung assoziiert ist (Harris et al. 2006, 1435).

Eine der wenigen Studien mit Österreichbezug vergleicht vertriebene bosnische Jugendliche in drei verschiedenen Lebensräumen: in Bosnien selbst, in Kroatien und in Österreich. Über alle drei Gruppen hinweg wirkt kürzlich erlebte Diskriminierung als Prädiktor für selbsteingeschätzte schlechte Gesundheit. Mediatoren sind dabei psychische Probleme und objektiv physische Gesundheitsprobleme (Sujoldzic et al. 2006, 709).

Etliche systematische Reviews und Meta-Analysen fassen Studien zum Zusammenhang von Diskriminierung und Gesundheit zusammen (z. B. Lee/Ahn 2011; Paradies 2006; Pascoe /Smart Richman 2009; Pieterse et al. 2012; Priest et al. 2013; Williams/Mohammed 2009; Williams/Williams-Morris 2000). Die meisten beziehen sich allerdings nicht explizit auf migrantische Gesundheit. Ein Großteil der darin ausgewerteten Studien stammt aus den USA und untersucht ethnische Gruppen bzw. oft afroamerikanische oder hispanische, aber auch asiatisch-amerikanische (Lee/Ahn 2011) Populationen und ist daher nur mit Vorsicht auf europäische Immigration übertragbar.

Die erste ausführliche Zusammenfassung von Paradies (2006) wertet 138 quantitative populationsbasierte Untersuchungen zu Rassismus und Gesundheit aus, darunter auch einige experimentelle Studien, einige Längsschnittstudien und zensusbasierte Studien (Paradies 2006, 890f). Die Zusammenfassung ergibt einen starken Zusammenhang zwischen erlebtem Rassismus und selbsteingeschätzter schlechter Gesundheit. Der stärkste Zusammenhang besteht für psychischen Stress und Depression sowie gesundheitsrelevantes Risikoverhalten, aber auch physische Gesundheitsparameter wie Bluthochdruck, Übergewicht oder geringes Geburtsgewicht sind bei Personen mit Diskriminierungserfahrung höher (Paradies 2006, 892).

Der umfangreichste Versuch die Stärke der Assoziation zwischen Diskriminierung und Gesundheit quantitativ zu erfassen, stammt aus den USA und beinhaltet 192 Studien, gruppiert nach mentaler (110 Studien) und physischer Gesundheit (36 Studien) (Pascoe /Smart Richman 2009, 8f). Das Ergebnis erhärtet das theoretische Modell, das ein höheres Maß an Diskriminierungserfahrung mit mehr physischen und psychischen Symptomen einhergeht. Ein Unterschied zwischen Ethnien in der Assoziation zwischen Diskriminierung und Gesundheit kann nicht festgestellt werden.

Ein rezenter systematischer Review über den Zusammenhang zwischen Rassismus und Gesundheitseffekten bei Kindern und Jugendlichen zeigt, dass zusehends mehr Literatur die Annahme eines Zusammenhangs weiter absichert, unabhängig von Alter, Ethnie und Setting (Priest et al. 2013, 122). Es gibt eine starke Assoziation zwischen Diskriminierungserfahrung und schlechter mentaler Gesundheit. Die Mehrzahl der 121 Studien stammt allerdings aus den USA und betrifft urbane afro-amerikanische Jugendliche.

3.7.3 Diskriminierung und mentale Gesundheit

Zahlreiche Studien stützen die These, dass erlebte Diskriminierung vor allem die mentale Gesundheit negativ beeinflusst. Allerdings handelt es sich bei fast all diesen Studien um Querschnittstudien (beobachtender Vergleich von Indikatoren bei verschiedenen Populationsgruppen zu einem Zeitpunkt, Regressionsanalysen), die keinen Aufschluss über kausale Zusammenhänge geben. Da experimentelle Studien mit Diskriminierung schwierig und ethisch fragwürdig sind, kommt Längsschnittstudien eine besondere Bedeutung zu. Nur damit kann nachgewiesen werden, dass psychische Probleme aus Diskriminierungserfahrung folgen – und nicht etwa umgekehrt. Schon jetzt belegen einzelne Längsschnittstudien, dass Diskriminierungserfahrung ein Prädiktor für schlechte mentale Gesundheit, während schlechte psychische Gesundheit kein Prädiktor für Diskriminierungserfahrung ist (Brown 2000, zit. nach Pascoe /Smart Richman 2009, 21).

Aus dem nordamerikanischen Kontext gibt es zahlreiche Untersuchungen für spezielle Populationen, die erst in ihrer großen Menge und Übereinstimmung dadurch verallgemeinerbar werden: Beispielsweise weisen Ajrouch et al. (2010) einen Zusammenhang zwischen empfundener Diskriminierung und psychischem Stress bei afroamerikanischen Müttern, (Basanez et al. 2013) einen Zusammenhang zwischen empfundener Diskriminierung und depressiven Symptomen bei hispanischen Jugendlichen nach. Die relativ frühe Zusammenfassung von Williams/Williams-Morris (2000) über die seelischen Implikationen von Rassismus-Erfahrung bei Afroamerikanern hat viele spätere Arbeiten inspiriert. Auch für die asiatische Bevölkerung der USA weist eine Zusammenfassung von 23 Studien eine starke Assoziation zwischen ethnischer Diskriminierung und Depression und Angststörungen nach (Lee/Ahn 2011).

Eine spanische Querschnittstudie untersucht eine Population von langfristig in Spanien lebenden und gut integrierten Immigranten aus Ecuador. Auch hier zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen Diskriminierungserfahrung und mentaler Gesundheit. Wenig überraschend erweisen

sich dabei finanzieller Druck und Arbeitslosigkeit als wesentliche Mediatoreffekte. Die fünf Items zu Diskriminierungsmerkmalen beziehen sich dabei auf unfaire Behandlung aufgrund der Herkunft, da Sprachbarrieren für diese Gruppe nicht relevant sind (Llacer et al. 2009, 769).

Aus dem schwedischen National Survey of Public Health mit über 23.000 Datensätzen ergibt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Diskriminierungserfahrung und psychischen Belastungen, ein Teil der Assoziation kann aber durch sozioökonomische Effekte erklärt werden (Wamala et al. 2007).

Eine norwegische Querschnittstudie mit 566 Psychose-Patienten analysiert 90 Immigranten erster und zweiter Generation und stellt einen Zusammenhang zwischen erlebter Diskriminierung und Depression und Angstsymptomen, nicht aber mit kognitiven Störungen oder Erregungssymptomen fest (Berg et al. 2011, 4).

Eine finnische Studie vergleicht für sieben verschiedene Immigrantengruppen (Russen, Ischoren (finnische Minderheit), Esten, Somalis, Araber, Vietnamesen und Türken) mittels 18 Fragen den Zusammenhang von Diskriminierung und psychischem Stress. Dieser Zusammenhang war bei allen Gruppen für die Individuen gegeben. Auffallend und unerwartet war allerdings, dass auf Gruppen-Ebene jene beiden Gruppen mit der geringsten Diskriminierung (Russen und Ischoren) deutlich höhere Stresswerte zeigten als die am stärksten diskriminierten Somalis. Diese Beobachtung kann mit der „Theorie der sozialen Identität“ erklärt werden, die die Identifikation mit einer Gruppe als Schutzfaktor erklärt. Wer sich als Teil einer durch offensichtliche Merkmale definierten Gruppe sieht, leidet ev. weniger unter Diskriminierung, weil diese als gegen die Gruppe und nicht gegen das Individuum gewandt interpretiert wird (Liebkind/Jasinskaja-Lahti 2000, 13).

Eine Studie der UNI Leipzig (Merbach et al. 2008) vergleicht die Angst- und Depressionswerte von 140 polnischen und 82 vietnamesischen Langzeit-Migrantinnen mit einer deutschen Kontroll-Stichprobe und untersucht, wie stark diese mit verschiedenen Integrationsvariablen – u. a. Diskriminierungserfahrung – assoziiert sind. Wahrgenommene Diskriminierung ist in beiden Migrantengruppen ein unabhängiger Einflussfaktor für Depression (Merbach et al. 2008, 151).

Eine weitere deutsche Studie erkennt eine positive Relation zwischen empfundener Diskriminierung, Depression, psychologischem Stress und somatischen Symptomen bei 63 türkischen Migrantinnen mit der Diagnose Depression (Heredia Montesinos et al. 2012).

Eine Querschnittstudie aus Israel (Nakash et al. 2012) vergleicht Diskriminierungserfahrungen und Symptome von mentalen Problemen bei jüdischen und nicht-jüdischen Jugendlichen (aus Immigrantenfamilien) in Israel. Diskriminierungserfahrung erweist sich als ein wesentlicher Prädiktor für Angstsymptome (Nakash et al. 2012, 234).

In einem Vergleich von migrantischen Jugendlichen in Portugal aus sieben verschiedenen Ursprungsländern (Kap Verde, Angola, Indien, Mozambique, Osttimor, Sao Tomé, Guinea) und nativen portugiesischen Jugendlichen zeigten die migrantischen Jugendlichen durchwegs

weniger psychische Probleme als die nativen. Allerdings war bei vorhandenen psychischen Problemen Diskriminierung dafür ein starker Prädiktor (Neto 2009, 381).

Zu speziellen Populationen liegen auch Literaturreviews vor: Lee/Ahn (2011) untersuchen die Frage, wie Asiaten mit ethnischer Diskriminierung umgehen und ob ihre psychische Gesundheit dadurch beeinflusst wird. Asiatische Immigration gibt es nicht nur in Nordamerika, sondern auch in europäischen Ländern, wenn auch die meisten Studien dazu aus den USA stammen. Die Meta-Analyse über 23 Studien ergibt eine deutliche Korrelation zwischen Diskriminierungserfahrung und Depressionen und Angststörungen. Die Zusammenfassung von Pieterse et al. (2012) bezieht sich aber ausschließlich auf Rassismus gegenüber afroamerikanischen Erwachsenen und ihre mentale Gesundheit und schließt 66 Studien mit insgesamt 18.140 Personen ein.

3.7.4 Diskriminierung und physische Gesundheit

Der Zusammenhang zwischen Diskriminierung und physischer Gesundheit ist nicht ganz so umfangreich belegt. In der Zusammenfassung von Pascoe /Smart Richman (2009) beziehen sich 36 der 134 Studien auf physische Gesundheit – das zeigt die Gewichtung zwischen erforschten physischen und psychischen Gesundheitsauswirkungen von Diskriminierungserfahrung. Dennoch wurden schon in den 1980er Jahren die somatischen Auswirkungen von Stress durch Diskriminierung beobachtet, insbesondere auf kardiovaskuläre Reaktionen mit der Folge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Bluthochdruck (Smart Richman et al. 2010, 403).

Die Studienergebnisse sind nicht einheitlich: Beispielsweise geht aus einer US-amerikanischen Längsschnittstudie mit etwa 3.300 Frauen verschiedener Ethnien kein Zusammenhang zwischen Blutdruck und Diskriminierungserfahrung hervor (Brown et al. 2006). Dagegen zeigt eine Längsschnittstudie mit Afroamerikanern und Personen lateinamerikanischer Herkunft nächtlich erhöhte Blutdruckwerte bei Erleben von Diskriminierung (Brondolo et al. 2008b) und weist damit auf ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen hin. Eine rezente Untersuchung mit mobilen Blutdruckmessgeräten zeigte, dass bei Personen, die – unabhängig von der „race“²⁶ – früher Diskriminierung erlebten, bei Tag stärkere Stressreaktionen und steilere Blutdruck-Verlaufskurven und bei Nacht eine geringere Absenkung der Pulsfrequenz eintraten. Das bedeutet, dass Personen mit Diskriminierungserfahrung auf Dauer weniger stressresistent sind und ein höheres Gesundheitsrisiko insbesondere für Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben (Smart Richman et al. 2010, 408f).

Eine 2003 in Schweden durchgeführte Studie gelangt zur Erkenntnis, dass Rassismus eine wesentliche Determinante zur Entstehung von Krankheit ist: Zufällige Samples von Migranten aus Polen, dem Iran und der Türkei, die nach Schweden gingen, zeigen im Vergleich mit nativen

26

Der Ausdruck wurde aus der englischsprachigen Literatur übernommen da es dazu keinen entsprechenden deutschen Ausdruck gibt.

Schweden deutlich schlechtere selbsteingeschätzte Gesundheit. Nicht nur sozioökonomische Faktoren und Akkulturation, sondern auch Diskriminierungserfahrung in verschiedenen Settings des täglichen Lebens (Arbeit, Wohnungssuche) erwiesen sich als unabhängige Prädiktoren für schlechte Gesundheit (Wiking et al. 2004, 580).

Auch der wichtige Risikofaktor Übergewicht ist mit ethnischer Diskriminierung assoziiert (Paradies 2006, 892). In einer Zensus-basierten Querschnittstudie aus den USA kann dieser Zusammenhang für die „white population“²⁶ nachgewiesen werden (Hunte/Williams 2009, 1287).

3.7.5 Limitationen

Allerdings ist bei der Interpretation der Ergebnisse von Querschnittstudien Vorsicht geboten: Sie sagen nichts über kausale Zusammenhänge aus. Die Abfolge von Ursache und Wirkung bei beobachteten Zusammenhängen könnte auch umgekehrt sein. Daher ist die geplante Meta-Analyse von Paradies et al. (2013) vielversprechend, die Längsschnittstudien separat zusammenfassen und die Effektstärke und -veränderung über die Zeit für verschiedene Subgruppen berechnen will.

Auch Längsschnittstudien zu Migration und Gesundheit zeigen zahlreiche Limitationen. Eine wesentliche ist die sich wandelnde Vorstellung von Gesundheit und der steigende Anspruch an die Versorgung bei Immigranten. Der „selbsteingeschätzte Gesundheitszustand“ von Migranten und Migrantinnen ist, wenn die Anpassung an die neue Kultur fortschreitet, höchstwahrscheinlich auch Veränderungen unterworfen und somit als Outcome mit Vorsicht zu interpretieren. Diese These wäre mit qualitativen Studien zu untersuchen.

Die verwendeten Instrumente zur Erfassung von Diskriminierungserfahrung sind so unterschiedlich in Bezug darauf, was sie messen und wie gut sie messen, dass sowohl die Vergleichbarkeit als auch die Interpretation von Ergebnissen schwierig ist. Außerdem haben verschiedene Kulturen/Menschen verschiedener Herkunft verschiedene Vorstellungen von Diskriminierung. Auch Männer und Frauen in den jeweiligen Kulturen haben oft verschiedene Bilder von Benachteiligung. In vielen Studien nennen Frauen weniger Benachteiligung als die Männer. Das könnte damit zusammenhängen, dass die entsprechenden Fragen häufig Bezug auf die Arbeitswelt aufweisen und Frauen weniger stark in die Arbeitswelt integriert sind.

3.7.6 Ausblick

Der unbefriedigende Wissenslage wird in einer großangelegten prospektiven Kohortenstudie Rechnung getragen: Die HELIUS-Studie mit 30.000 Teilnehmern – Immigranten und Immigrantinnen aus Surinam, Türkei, Marokko, Ghana und native Niederländer/innen – wird seit dem Jahr 2011 in Amsterdam durchgeführt. Die Ergebnisse von Befragungen (zu Alltagsdiskriminierung, sozioökonomischen Daten und selbsteingeschätzter Gesundheit) im Fünf-Jahres-Rhythmus werden mit klinischen Untersuchungen und Registerdaten sowie Versicherungsdaten

kombiniert. Ziel dieser Studie ist, die ethnischen Ungleichheiten in Inzidenz und Prognose wichtiger Krankheiten aufzuzeigen und die Gründe für diese Ungleichheiten zu analysieren (Stronks et al. 2013, 5).

Eine kaum untersuchte Frage ist die Auswirkung von Diskriminierung im und durch das Gesundheitssystem auf die Gesundheit von Migranten und Migrantinnen. Die Gesundheitsdienstleistungen im System evozieren auch Diskriminierungserfahrung mit möglichen Folgen hinsichtlich Nutzung bzw. Nutzungsintensität von Leistungen des Systems. Ein solches – nur mittelbar mit Gesundheit, wohl aber mit dem Gesundheitssystem verknüpft – Ergebnis zeigt eine Studie aus den Niederlanden: Türkische und marokkanische Migranten und Migrantinnen mit Diskriminierungserfahrung nützen die Primärversorgung durch Allgemeinmediziner/innen deutlich weniger als solche ohne Diskriminierungserfahrung (Lamkaddem et al. 2012, 477).

Konsequenz gegen diesen Effekt bedeutet kulturell kompetente Versorgung. Training, das Gesundheitsdienstleister sensibel für Migrationserfahrung macht, und Konfrontation mit anderen Kulturen können dazu beitragen Diskriminierung im Gesundheitssystem zu verringern. Edge/Newbold (2013) machen allerdings darauf aufmerksam, dass „Kultur“ keineswegs als unveränderliche Größe gesehen werden darf und die Perpetuierung von Stereotypen ebenfalls eine Form der Diskriminierung ist.

3.8 Kernaussagen zu Bedingungsfaktoren von Gesundheit

Zahlreiche Studien belegen den starken Zusammenhang von schwacher sozioökonomischer Situation und schlechter Gesundheit. Menschen mit Migrationshintergrund (Eingebürgerte und Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft) erreichen deutlich öfter höchstens einen Pflichtschulabschluss gegenüber Personen ohne Migrationshintergrund (etwa 20 Prozentpunkte Unterschied). Fast die Hälfte der eingebürgerten Migranten/Migrantinnen (nicht EU/EFTA) und 60 Prozent der Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft²⁷ (Nicht-EU/EFTA) sind Hilfsarbeiter/innen. Im Vergleich dazu sind nur 17 Prozent der Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft Hilfsarbeiter/innen. Personen mit Migrationshintergrund sind darüber hinaus schwächer im Arbeitsmarkt integriert (niedrigere Erwerbsquote) und verfügen öfter über ein geringeres Einkommen als jene ohne Migrationshintergrund.

Der (sozio)kulturelle Hintergrund prägt das Verständnis von Gesundheit und Krankheit und wirkt sich auf die Gesundheit (indirekt) wie etwa über das Wahrnehmen und Beschreiben von Symptomen, die Erwartungshaltung hinsichtlich Behandlung oder das Gesundheitshandeln bzw. -verhalten aus. Das betrifft aber nicht nur Migranten und Migrantinnen, sondern auch Menschen innerhalb derselben Kultur oder Gesellschaft. Stammen Arzt/Ärztin und Pati-

27

Statistik Austria gibt diese Merkmale nach Staatsbürgerschaft an.

ent/Patienten aus dem gleichen kulturellen und sozialen Kontext, werden sich ihre Krankheits-theorien relativ ähnlich sein, was zu mehr Verständnis zwischen beiden führt, zu einer adäqua-teren Nutzung des Gesundheitssystems, erhöhter Compliance und zu einem auf beiden Seiten zufriedenstellenderen Ergebnis. Je unterschiedlicher Einstellungen dazu sind, desto häufiger kann es zu Missverständnissen kommen und zu einem geringeren Therapieerfolg führen.

Zur Gesundheitskompetenz von Migrantinnen und Migranten in Österreich gibt es kaum Daten, um fundierte Aussagen treffen zu können. Da Gesundheitskompetenz auf Bildungsaspekten fußt (z. B. Lese- und Rechenfähigkeiten, Kenntnis der Landessprache oder Zugang zu und Umgang mit elektronischen Informationsmedien) und Migranten und Migrantinnen als vulnerable Gruppe eingeschränkten Zugang dazu haben, ist zu vermuten, dass auch ihre Gesundheitskompetenz eingeschränkt ist.

Gesundheitsressourcen sind kaum Gegenstand des wissenschaftlichen Diskurses, das gilt auch für die Zielgruppe Migranten und Migrantinnen und deren Gesundheit. Dennoch sind hier bestimmte Ernährungsweisen (z. B. salzarme Ernährung) sowie der familiäre Zusammenhalt und soziale Netzwerke als Gesundheitsressourcen von Migranten und Migrantinnen zu nennen.

Das Gesundheitsverhalten – hier beleuchtet anhand der Indikatoren Übergewicht, Rauchen und körperliche Aktivität – zeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund gegenüber der Bevölke-rung ohne Migrationshintergrund häufiger adipös sind, öfter rauchen und körperlich seltener aktiv sind, letzteres trifft insbesondere für Frauen zu.

Als migrationstypische Bedingungsfaktoren werden die Bedingungen im Herkunftsland (z. B. andere Ernährungsgewohnheiten, andere/schlechtere Gesundheitsversorgung, Gewalt, Krieg, Folter, höhere Prävalenzen bestimmter Infektionskrankheiten), die Bedingungen während des Migrationsprozesses (z. B. psychosoziale Belastungen/Stress, Hunger, Gewalt, Rassis-mus/Diskriminierung, Verlust früherer sozialer Netzwerke, Rechtsstatus) und die Bedingungen im Zielland genannt (z. B. soziale Lage, Lebens- und Arbeitsbedingungen).

Diskriminierung zu erleben, scheint vor allem Auswirkungen auf die psychische Gesundheit zu haben und sowohl geringes Selbstwertgefühl wie auch Angst und Depression auszulösen. Diskriminierungserfahrung ist aber auch mit körperlichen Beschwerden assoziiert, sie wird als chronischer Stressor angesehen. Darüber hinaus wirkt Diskriminierung über ökonomische und soziale Benachteiligung vermutlich auch mittelbar gesundheitsschädigend. Nach Studienlage erscheint der Einfluss auf die psychische Gesundheit stärker, wobei allerdings die synergetischen Effekte von physischer und psychischer Gesundheit berücksichtigt werden müssen. Die recher-chierten Studienergebnisse zeigen hinsichtlich Diskriminierungserfahrung und Gesundheitsbe-einträchtigungen keine Unterschiede zwischen den untersuchten ethnischen Gruppen.

4 Zugang zum und Nutzung des österreichischen Gesundheitssystem(s)

In den Rahmen-Gesundheitszielen unter Ziel 10 „Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen“ findet sich unter anderem folgende Aussage: „Prioritäre Anliegen sind das Stärken von Prävention und Vorsorge sowie der primären Gesundheitsversorgung und die Gewährleistung des zielgruppenspezifischen und diskriminierungsfreien Zugangs, insbesondere für benachteiligte Bevölkerungsgruppen.“ (BMG 2012)

Dieses Kapitel widmet sich der Inanspruchnahme bzw. dem Inanspruchnahmeverhalten von Migrantinnen und Migranten in Österreich und zeigt teilweise bestehende Zugangsbarrieren auf. Da es zu diesem Themenkomplex nur wenige Studien mit Österreichbezug gibt, wird hier auch auf Ergebnisse aus dem europäischen Raum insbesondere Deutschland zurückgegriffen. Wenn Österreich nicht explizit erwähnt wird, beziehen sich die Aussagen daher auch nicht auf Österreich.

Migrantinnen und Migranten zeigen im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund ein teilweise anderes Inanspruchnahmeverhalten gegenüber dem Versorgungsangebot. Informationen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen können Hinweise auf Zugänglichkeit zum bzw. Zugangsbarrieren im österreichischen Gesundheitssystem geben (Bachner et al. 2013b, 54). Es ist allerdings nicht möglich, Zugangsbarrieren unmittelbar aus dem Inanspruchnahmeverhalten abzuleiten

4.1 Inanspruchnahme und -verhalten

Insgesamt gelten Migrantinnen und Migranten im Gesundheitssystem als sogenannte „hard-to-reach“-Gruppe mit speziellem Inanspruchnahmeverhalten (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 62; Kremla 2005, 9–13; LBI 2003, 5, 41–47; Mayer 2011, 5; Schopf 2009, 3–8; Spallek/Razum 2007, 454,455; Statistik Austria 2013a, 68,69)

4.1.1 Ambulante Versorgung

Medizinische Erstanlaufstellen

In Österreich gelten der Hausarzt oder die Hausärztin als die ersten Anlaufstellen im Krankheitsfall (Hoffmann et al. 2013, 933–938). Hoffmann et al. weisen jedoch auf Basis der Daten der Gesundheitsbefragung 2006/2007 darauf hin, dass vor allem Personen mit Migrationshintergrund häufig in medizinischen Angelegenheiten als Erstkontakt einen spezialisierten medizinischen Versorgungsbereich (Spitalsambulanzen) konsultieren. Die genauen Hintergründe für die häufige Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen bei Migrantinnen und Migranten als

medizinische Erstanlaufstellen haben Hoffmann et al. jedoch nicht näher erforscht bzw. erklärt (Hoffmann et al. 2013, 935 und 936). Wimmer–Puchinger et al. (2006) konstatieren, dass Frauen mit Migrationshintergrund in Österreich öfter in die Ambulanz gehen als zu niedergelassenen Fachärzten und –ärztinnen (Wimmer–Puchinger et al. 2006, 888)

Auch in Deutschland beobachten Wissenschaftler/innen vermehrte Inanspruchnahme von Ambulanzen (Rettungsambulanzen) bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. Besonders für Frauen und jüngere Personen mit Migrationshintergrund sind Notfallambulanzen eine wichtige Erstanlaufstelle bei gesundheitlichen und auch psychosozialen Problemen (Borde et al. 2003, 148; David et al. 2010, 102). Erklärt wird die häufigere Inanspruchnahme laut einer Studie mit Unterschieden im Gesundheitszustand, schlechtem Informationsstand über das Gesundheitssystem des Ziellandes sowie mit Barrieren im Zugang zur „primary care“ wie Sprachbarrieren, Angst vor Diskriminierung, Fehlen von sozialen Netzwerken, geringer Zufriedenheit (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 40–43; Hoffmann et al. 2013, 933–939).

Zum Teil dürfte dieses Phänomen auf Unterschiede der Gesundheitssysteme des Herkunfts- und des Aufnahmelandes zurückzuführen sein (Expertenrat für Integration (Hg.) 2013, 29; Knipper/Bilgin 2009, 65–66; Spallek/Razum 2007, 454), so wird zum Beispiel medizinische Versorgung in einigen Ursprungsländern ausschließlich von Spitälern vorgehalten und ein niedergelassenes Angebot fehlt weitgehend.

In der verstärkten Inanspruchnahme der Spitalsambulanzen sehen Forscher/innen unangemessene – im medizinischen Sinne nicht indizierte – ärztliche Konsultation. Die Versorgung von leichteren allgemeinmedizinischen Beschwerden oder psychosozialen Problemen in einer Notfallambulanz kann zu Überversorgung (im Falle allgemeinmedizinischer Beschwerden) und zur Fehlversorgung führen. Aus diesem nicht indizierten Inanspruchnahmeverhalten kann auch „Endlosdiagnostik“ resultieren (Borde et al. 2003, 148; David et al. 2010, 102; European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 52; Knipper/Bilgin 2009, 67; Wimmer–Puchinger et al. 2006, 148 u. 886) siehe auch (Hoffmann et al. 2013; Mayer 2011; Penka et al. 2012). Ob die häufigere und inadäquate Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen auch zu erhöhten Kosten oder Qualitätseinbußen in der nachfolgenden Behandlung führt, müssten erst Längsschnittstudien zeigen (Borde et al. 2003, 136ff; David et al. 2010; Hoffmann et al. 2013, 933–939).

Borde et al. weisen darauf hin, dass Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund häufig psychische Probleme als körperliche bzw. medizinische Probleme an Notfallambulanzen herantragen. Diese Somatisierungstendenz wird in der Literatur teilweise als ein Fehlen alternativer Anlaufstellen interpretiert, die Ursachen hierfür sind aber nicht geklärt (Borde et al. 2003, 148; David et al. 2010, 102). Die Autorinnen und Autoren deuten in diesem Zusammenhang auch auf eine daraus resultierende unterschiedliche medizinische Behandlung von Personen mit und ohne Migrationshintergrund (Borde et al. 2003, 135).

Niedergelassene (Fach-)arztpraxen

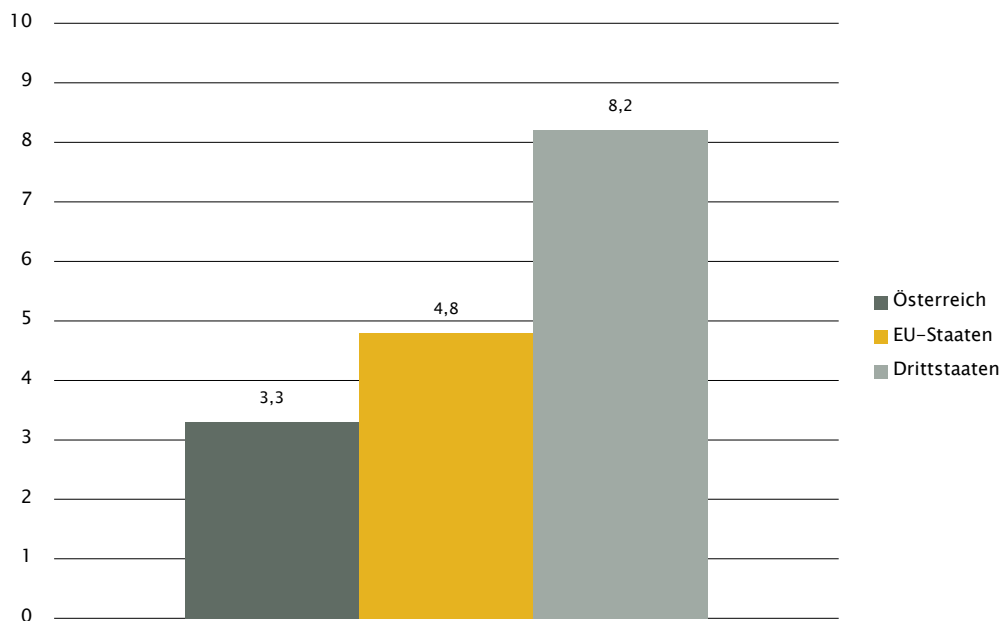
Migranten und Migrantinnen in Österreich konsultieren im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung niedergelassene Fachärzte und Fachärztinnen seltener (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 43; Statistik Austria 2013a, 68; Statistik Austria 2014a, 69).

Laut Statistik Austria unterlassen Personen ohne österreichische Staatsbürgerschaft²⁸ im Vergleich zu österreichischen Staatsbürgern und -bürgerinnen eher notwendige Facharztbesuche (Statistik Austria 2013a, 68; Statistik Austria 2014a). Obwohl in Österreich lediglich ein geringer Prozentsatz der gemeldeten Bevölkerung nicht krankenversichert ist (im Jahr 2011 waren dies laut Bachner et al. (2013) 0,01 Prozent), unterließen im Durchschnitt der Jahre 2010 bis 2012 gut acht Prozent der Drittstaatsangehörigen gegenüber knapp fünf Prozent der EU-Bürger und Bürgerinnen trotz Zahnbeschwerden den Besuch beim Zahnarzt. Bei Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft waren dies drei Prozent (vgl. Abbildung 4.1). Welche Gründe zu dieser vermehrten Unterlassung von notwendigen Zahnarztbesuchen führen, gibt Statistik Austria für diesen Zeitraum nicht an (Statistik Austria 2014a, 69) – im Jahr 2012 gaben jedoch vier Prozent der Personen ohne österreichische Staatsbürgerschaft und ein Prozent der Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft als wichtigstes Motiv eine medizinische Behandlung nicht in Anspruch genommen zu haben, „finanzielle Gründe“ an (Statistik Austria 2013b, 50). Nach Ergebnissen der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS 2006/2007) nehmen in Österreich Frauen mit Migrationshintergrund gegenüber Frauen ohne Migrationshintergrund gynäkologische Untersuchungen seltener in Anspruch: 69 Prozent der 35- bis 54-jährigen Frauen ohne Migrationshintergrund und 54 Prozent der gleichaltrigen Zuwanderinnen besuchten im Jahr vor der Befragung einen Gynäkologen oder eine Gynäkologin (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 43).

28

Statistik Austria verwendet hier die Unterscheidung Staatsangehörigkeit, daher wird diese übernommen.

Abbildung 4.1:
Kein Zahnarztbesuch trotz Gesundheitsproblem 2010–2012 nach Staatsangehörigkeit
(in Prozent)



Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2010–2012 nach Statistik Austria (2014a, 69);
Darstellung: GÖG/ÖBIG

In einer Studie zur Lebens- und gesundheitlichen Situation Migrantinnen und Migranten²⁹ im Alter 50+ in Österreich (Auswertung des SHARE-Datensatzes 2011) wurde nach der Anzahl der Arztbesuche (Hausarzt bzw. praktischer Arzt) im Jahr vor der Erhebung gefragt. In dieser Studie geben Migrantinnen und Migranten öfter als die einheimische Bevölkerung an, Allgemeinmediziner/innen zu konsultieren: Im Durchschnitt gaben Migrantinnen und Migranten eine um 33 Prozent höhere Anzahl an Arztgesprächen an als die in Österreich geborene Bevölkerungsgruppe. Wird neben Alter und Geschlecht auch der Bildungsstand berücksichtigt, sinkt dieser Wert auf 29 Prozent (Halmdienst et al. 2013, 66).

Innerhalb der EU nutzen Personen mit Migrationshintergrund Facharztpraxen (Gynäkologie, Pädiatrie) in unterschiedlichem Ausmaß. In Deutschland z. B. findet sich laut einer Studie von Knipper et al. keine unterschiedliche Nutzung der Kinderarzt- und Gynäkologen-Praxen von Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur nativen Bevölkerung (Knipper/Bilgin 2009, 65). In Italien konsultiert ein größerer Anteil an Migrantinnen im Vergleich zu Italienerinnen

29

Aus Deutschland, West- und Nordeuropa, Osteuropa und Russland, ehem. CSSR, ehem. Jugoslawien, Türkei, Sonstige

einen Gynäkologen oder eine Gynäkologin des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Italienerinnen nehmen stattdessen vermehrt private Anbieter in Anspruch (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 43). Ergebnisse aus Italien und Großbritannien zeigen auch, dass Migrantinnen mit den Untersuchungen in der Schwangerschaft später beginnen als Frauen ohne Migrationshintergrund. Migrantinnen in diesen beiden Ländern haben insgesamt weniger Termine in gynäkologischen Praxen. In Italien z. B. kommen 88,3 Prozent der nativen Italienerinnen und 68,5 Prozent der Frauen mit Migrationshintergrund innerhalb der ersten drei Schwangerschaftsmonate zur Ultraschalluntersuchung (Albanerinnen 48,4 %) (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 43).

4.1.2 Stationäre Versorgung

Zur Inanspruchnahme stationärer Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Österreich liegen kaum Studien vor. Die vorliegenden Ergebnisse sind widersprüchlich und erlauben keine eindeutige Aussage.

Wimmer-Puchinger et al. verweisen auf den Mikrozensus aus dem Jahr 1999, bei dem häufigere Krankenhausaufenthalte bei Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu jenen ohne Migrationshintergrund festgestellt wurden. Die Gruppe der Migrantinnen verzeichnet bei Unterleibsentzündungen deutlich höhere stationäre Aufnahmezeiten als die Gruppe der Nicht-Migrantinnen. Unterleibsentzündungen werden bei Nicht-Migrantinnen in der Regel häufig ambulant behandelt. Die im Vergleich zu Nicht-Migrantinnen raschere stationäre Aufnahme von Migrantinnen begründen die Autorinnen/Autoren mit akuten Kommunikationslücken zwischen medizinischem Personal und den Frauen mit Migrationshintergrund (Wimmer-Puchinger et al. 2006, 888).

In der eben erwähnten Befragungsstudie von Halmdienst et al. (2013) zur Lebens- und gesundheitlichen Situation von Migrantinnen und Migranten im Alter 50+ zeigen sich folgende Ergebnisse:

Von allen Befragungsgruppen gaben rund 23 Prozent an, in den letzten zwölf Monaten³⁰ zumindest einmal stationär in einem Krankenhaus behandelt worden zu sein, für Migrantinnen und Migranten liegt dieser Anteil bei 26 Prozent. Hinsichtlich des relativen „Risikos“ von Migrantinnen und Migranten im Vergleich Personen ohne Migrationshintergrund im letzten Jahr zumindest ein Mal stationär aufgenommen worden zu sein, finden sich jedoch keine statistisch bedeutenden Unterschiede.

30

Bezogen auf den Zeitraum vor der Befragung

Nach einzelnen Geburtsländern analysiert zeigt sich im Vergleichszeitraum allerdings für die türkischstämmige Bevölkerung im Vergleich zur Bevölkerungsgruppe ohne Migrationshintergrund ein vier Mal so hohes relatives Risiko einer stationären Behandlung³¹.

Nach Anzahl der Nächte, die im letzten Jahr stationär in einem Krankenhaus verbracht wurden, finden sich jedoch deutliche Unterschiede: Migrantinnen und Migranten haben im Durchschnitt um 16 Prozent weniger Nächte im Krankenhaus verbracht als die einheimische Bevölkerung.

Die Autorinnen und Autoren fassen zusammen, dass Migrantinnen und Migranten in der Altersgruppe 50+ in der Befragung zwar schlechtere Gesundheitswerte und eine vermehrte Inanspruchnahme von ambulanten Gesundheitsangeboten aufweisen, die Verweildauer in stationärer Behandlung allerdings geringer ist (Halmdienst et al. 2013, 71–72).

Auch hier muss darauf verwiesen werden, dass die häufigere Inanspruchnahme von ambulanten Gesundheitsangeboten anderen Ergebnissen widerspricht – insgesamt betrachtet (also alle Altersgruppen zusammen) werden diese Angebote seltener in Anspruch genommen. Ob diese Unterschiede mit den Altersgruppen zusammenhängen müsste mit den jeweiligen Datensätzen (EU-SILC und ATHIS) überprüft werden (vgl. hierzu Punkt 4.1.1).

4.1.3 Psychosoziale Versorgung

Zur psychosozialen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Österreich liegen wenige Ergebnisse vor. Wie in Abschnitt 3.6 beschrieben kann Migration (z. B. traumatische Fluchterfahrung, Verlust sozialer Netzwerke etc.) psychosozial belastend sein. Auch schlechte Arbeits- und Lebensbedingungen, unter denen Migrantinnen und Migranten auch in Österreich oftmals leben (vgl. Abschnitt 3.1), können die psychische Gesundheit negativ beeinflussen. Außerdem können Diskriminierungserfahrungen die psychische Gesundheit negativ beeinflussen, wie Abschnitt 3.7 referiert. In Abschnitt 2.2 wurde gezeigt, dass Migrantinnen und Migranten in Österreich ihre psychische Gesundheit und Lebensqualität schlechter beurteilen als Personen ohne Migrationshintergrund. Diese Tatsachen und die in der Literatur generell festgestellte verstärkte psychosoziale Belastung von Migrantinnen und Migranten (z. B. Binder-Fritz/Rieder 2014) lässt darauf schließen, dass dies auch in Österreich zutrifft.

Gerade im Bereich der psychosozialen ist die sprachliche Verständigung essentiell, weshalb muttersprachliche Angebote wichtig sind. Anhand der vorliegenden Literatur kann die aktuelle Situation hinsichtlich mehrsprachiger Angebote in Österreich nicht beurteilt werden. Eine Studie aus dem Jahr 2003 untersuchte das mehrsprachige Angebot an niedergelassenen Psychotherapeuten und -therapeutinnen im Portal www.psyonline.at und identifizierte nur 37 Angebote (21 davon in Wien) mit anderen Sprachen als Deutsch, insgesamt gab es zum Untersuchungszeit-

31

„Odds“ 3,82, 99 % statistische Signifikanz; Kontrollvariablen für Alter, Geschlecht und Bildung

punkt 5.776 Psychotherapeutinnen und -therapeuten (LBI 2003, 42). In Wien besteht laut den Ergebnissen des EU-Projekts „Healthy Inclusion“, das auch in Österreich durchgeführt wurde, Mangel an psychosozialer Betreuung für Migrantinnen und Migranten. Psychotherapeutische Angebote in der jeweiligen Muttersprache sind selten, aber vor allem in Fällen von Kriegstraumatisierung und Flucht dringend notwendig (Schopf/Franches 2010, 8). Grois (2014) von der Sub-Arbeitsgruppe „Medizinische Versorgung von Flüchtlingskindern und -jugendlichen“ der AG Kind-Arm-Krank berichtet jedenfalls, dass Flüchtlinge, die unter der Obhut der Caritas oder Diakonie stehen, mit massiven psychischen / psychiatrischen Problemen bei entsprechenden Institutionen der Caritas angemeldet werden und mit Wartezeiten zwischen einem halben bis zu zwei Jahren zu rechnen haben (Grois 2014, 4). Dies weist auf Versorgungslücken hin.

In mittel- und südeuropäischen Ländern besteht für Migrantinnen und Migranten großer Mangel an psychosozialer Betreuung (mental health care), während in den Niederlanden und England das Vorhalten von speziellen, die psychische Gesundheit betreffenden Leistungen in mainstream mental health services integriert ist. Zusätzlich gibt es dort eigene community services, die von der Regierung finanziert werden. In einigen anderen europäischen Ländern sind Hauptanbieter psychisch-therapeutischer Leistungen die speziellen community services und NGOs. In Spanien und Portugal passt sich das nationale Gesundheitssystem diesbezüglich nur langsam an. Insgesamt gibt es innerhalb Europas erhebliche Schwächen in der psychosozialen Versorgung von Migrantinnen und Migranten (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 8).

Das Hauptproblem hinsichtlich psychosozialer Versorgung von Zuwanderinnen und Zuwanderern sind Verständigungsschwierigkeiten. Kommunikation und Sprache sind wichtige Medien bei analytischen und therapeutischen Prozessen. Sprachprobleme fördern aggressives und paranoides Verhalten gegenüber den Leistungserbringern und behindern somit den Erfolg der Behandlung. Die psychotherapeutischen Angebote sind ungünstiger Weise meist nur in der Sprache des Ziellandes verfügbar (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 8). Zusätzlich zu sprachlichen Problemen erschweren kulturelle Unterschiede den Diagnoseprozess, Carta et al. (2005) formulieren in ihrem Review „Migration and mental health in Europe“, dass Fehler in der Diagnosestellung bei Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund häufiger auftreten als bei nativen Patientinnen und Patientinnen. Um dieser Situation entgegenzuwirken sollten Anbieterinnen und Anbieter die ethnische Herkunft bzw. die „Laienmodelle“, mit denen Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund ihre Krankheit erklären, bei der Diagnosefindung mit einbeziehen. Auch müssen die Erwartungen der Patientinnen und Patienten mit bedacht werden, wenn die Behandlung erfolgreich sein soll (Carta et al. 2005, 11–12).

4.1.4 Exkurs: Geriatriisch-pflegerische Versorgung

Die geriatriisch-pflegerische Versorgung in Österreich wird größtenteils privat, in Alten- und Pflegeheimen und mobil geleistet. Eine Analyse dieser Bereiche geht weit über den Rahmen dieses Berichts hinaus. Dennoch wurde eine kurze Recherche zu dieser Thematik durchgeführt. Es wurden allerdings kaum Studien gefunden, die dieses Thema behandeln, insbesondere keine Studie zur Situation in Österreich insgesamt.

Kremla (2005) beschäftigte sich in ihrer Arbeit zu interkultureller Altenpflege in Wien mit dem Angebot und Veränderungsbedarf bezüglich der Pflege. Sie stellt fest, dass es für Migrantinnen und Migranten aufgrund verschiedener Anspruchsvoraussetzungen teilweise schwierig ist Pflege- und Betreuungsleistungen zu erhalten. So ist beispielsweise das Landespflegegeld an die österreichische Staatsbürgerschaft gebunden (es gibt jedoch auch Ausnahmeregelungen). Für den Erhalt des Bundespflegegeldes ist eine Alterspension Voraussetzung, für die wiederum fünfzehn Beitragsjahre innerhalb der letzten 30 Jahre nachzuweisen sind. Ausreichend Beitragsjahre sind nur mit Anrechnung von Versicherungszeiten im Herkunftsland zu erreichen, was ausschließlich mit Ländern möglich ist, mit denen Österreich ein Abkommen unterhält. Das Pflegegeld ist jedenfalls für die Finanzierung eines Heimaufenthaltes bzw. für die Finanzierung von häuslichen Dienstleistungen von enormer Bedeutung (Kremla 2005, 36). Als weitere Zugangshemmnisse beschreibt die Autorin fehlende Information, Systemfremdheit und sprachliche Barrieren (Kremla 2005, 148).

Kremla befragte Vertreter/innen von sechs Trägerorganisationen in Wien, die eine geringe Nachfrage nach externer Pflegeunterstützung seitens der Migrantinnen und Migranten feststellten. Am ehesten würde die Hauskrankenpflege in Anspruch genommen. Allerdings gab es dafür keine statistischen Belege (die Organisationen dokumentierten den Migrationsstatus nicht, ebenso wenig die Stadt Wien, in deren Auftrag die Trägerorganisationen arbeiteten) (Kremla 2005, 105, 112).

Bei den 27 Migrantinnen und Migranten, die in Gruppendiskussionen befragt wurden, stellte Kremla eine hohe Akzeptanz hinsichtlich sozialer Dienste fest. Allerdings entsprach dieses Faktum nicht der tatsächlichen Nachfrage seitens der Migrantinnen und Migranten. Kremla spricht daher von einer „theoretischen Akzeptanz“ (Kremla 2005, 145).

Aus einer von Reinprecht (1999) durchgeführten Studie zu Lebensplanung, sozialer Integration und Altersplanung älterer Zuwanderinnen und Zuwanderer in Wien gehen die Thesen hervor, wonach es (1) hohen Bedarf an Unterstützung für ältere Zuwanderinnen und Zuwanderer gibt und (2) Sozial- und Gesundheitseinrichtungen nur ungenügend auf diese vorbereitet sind (Kremla 2005, 10). Reinprecht kommt zu dem Schluss, „dass hinsichtlich der interkulturellen Öffnung der sozialen Dienste dringender Handlungsbedarf besteht, zeigt sich insbesondere auch vor dem Hintergrund der klaren Präferenz älterer MigrantInnen [sic] für eine Betreuung zu Hause im Falle von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Die Befragten wünschen sich auch diesbezüglich ein Mehr an muttersprachlicher Informationsmöglichkeit sowie an sprachlicher Unterstützung bei Ämtern und Behörden.“ (Reinprecht 1999, 103 zit. nach LBI 2003, 44).

In einem Bericht zur Hochaltrigkeit in Österreich konstatiert Reinprecht (2009), dass für Gruppen mit hoher Vulnerabilität wie z. B. ehemalige Arbeitsmigrantinnen und -migranten ein hoher Unterstützungsbedarf angenommen wird, der durch die Familie, insbesondere im Falle chronischer Erkrankung und Pflegebedürftigkeit, nicht erfüllt werden kann. (Reinprecht 2009, 248) In einer weiteren Studie konstatiert Reinprecht: „So sehen sich die Anbieter sozialer Dienste, wie eine Pilotstudie zur Betreuungssituation von älteren Migrantinnen und Migranten in Wien zeigt, kaum in der Lage, dem steigenden Bedarf gerecht zu werden.“ (Reinprecht 2005, 53)

Hinsichtlich Altersstruktur sind Migrantinnen und Migranten zwar jünger als die einheimische Bevölkerung, es wird aber davon ausgegangen, dass sich die Altersstrukturen dieser Bevölkerungsgruppen angleichen werden (Kremla 2005, 44). Daher wird die geriatrisch-pflegerische Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund zunehmend zu beachten sein.

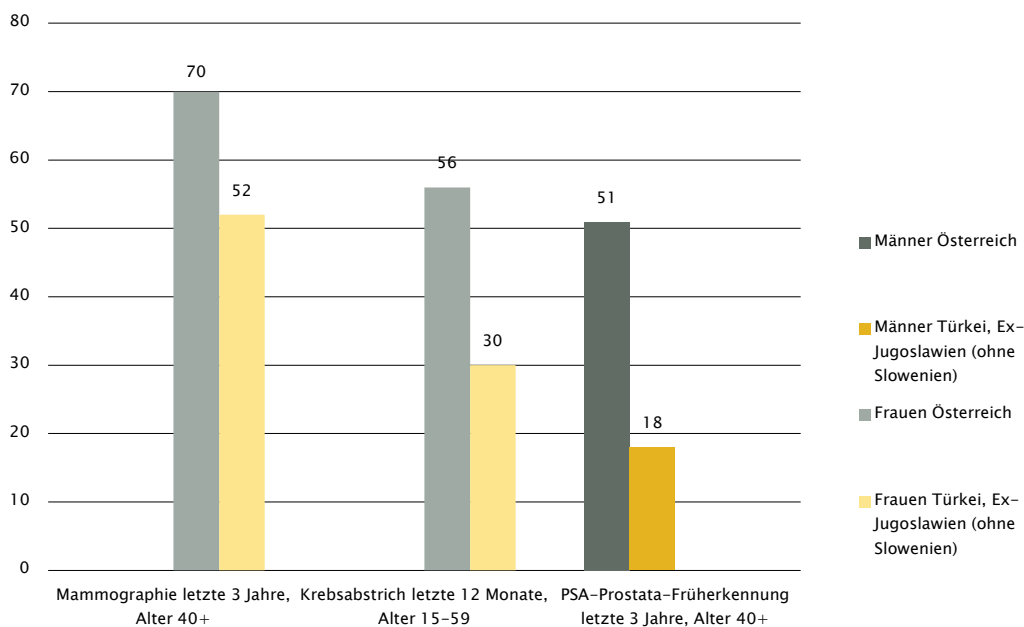
4.1.5 Prävention und Gesundheitsförderung

In Österreich, aber auch in Deutschland nehmen Personen ausländischer Herkunft im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung Präventionsangebote bzw. Vorsorgeuntersuchungen seltener in Anspruch (Expertenrat für Integration (Hg.) 2013, 29; LBI 2003, 33; Schopf/Franges 2010; Spallek/Razum 2007; Statistik Austria 2013a, 68; Wimmer-Puchinger et al. 2006, 888).

Laut Befragungsergebnissen (ATHIS 2006/2007) zeigen sich in Österreich bei Personen türkischer oder ex-jugoslawischer Herkunft Defizite in der Inanspruchnahme von Früherkennungs- und Vorsorgeangeboten (Mammographie, Krebsabstrich, PSA-Test zur Prostata-Früherkennung). Während sich 70 Prozent der Nicht-Migrantinnen im Alter von 40 und mehr Jahren in den letzten drei Jahren einer Mammographie unterzogen haben, waren es in der Gruppe der Migrantinnen etwas mehr die Hälfte (52 %). Der Vorsorgeuntersuchung durch einen Krebsabstrich unterzogen sich mehr als die Hälfte (56 %) der 15- bis unter 60-jährigen Nicht-Migrantinnen und ein knappes Drittel (30 %) der gleichaltrigen Frauen aus der Türkei oder dem ehemaligen Jugoslawien (ohne EU). Bei den Männern ab 40 Jahren ließen 51 Prozent derjenigen ohne Migrationshintergrund und 18 Prozent der Männer türkischer oder ex-jugoslawischer (ohne EU) Herkunft einen PSA-Test durchführen. Auch weitere Vorsorgeangebote, wie die Darmkrebs-Früherkennung, werden von Personen ausländischer Herkunft seltener als von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund in Anspruch genommen (Statistik Austria 2014a, 68). In Österreich verfügen Migrantinnen und Migranten laut eigener Auskunft auch seltener als Personen ohne Migrationshintergrund über einen aufrechten Impfschutz – beispielsweise gegen Grippe, FSME (Zeckenschutzimpfung) sowie Hepatitis A und B. Der größte Unterschied beim aufrechten Impfschutz zeigt sich bei der FSME-Impfung: 71 Prozent der Personen ohne Migrationshintergrund gegenüber 29 Prozent der Personen aus der Türkei oder dem ehemaligen Jugoslawien (ohne EU) geben einen aufrechten Impfschutz an (Statistik Austria 2014a, 68). Auch ältere Daten weisen auf diese Unterschiede hin (LBI 2003, 33; Wimmer-Puchinger et al. 2006, 888).

Abbildung 4.2:

Inanspruchnahme von Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen 2007 nach Geschlecht und Herkunft (in Prozent)



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 nach Statistik Austria (2014a, 69); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Aus Ergebnissen einer qualitativen Befragung von 20 Wiener Migranten und Migrantinnen im Rahmen des EU-Projektes „Healthy Inclusion“ wird offensichtlich, dass sich diese am ehesten an gesundheitsförderlichen Projekten beteiligen, in denen sie als Zielgruppe auch explizit angesprochen sind (Schopf/Franches 2010, 7).

In Deutschland gestaltet sich die Situation hinsichtlich Prävention- und Vorsorgeverhalten bei Menschen mit Migrationshintergrund ähnlich. Obwohl repräsentative Daten über die Teilnahme von erwachsenen Zuwanderinnen und Zuwanderern an Vorsorgeuntersuchungen bislang nur in geringfügigem Ausmaß vorliegen, gibt es dennoch Indizien für eine geringere Inanspruchnahme von Präventionsangeboten (z. B. Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen) bei Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur deutschen Bevölkerung. (Spallek/Razum 2007, 453)

4.2 Zugangsbarrieren

Das Inanspruchnahmeverhalten von Migrantinnen und Migranten steht auch mit verschiedenen Zugangsbarrieren in Zusammenhang. Die (sehr heterogene) Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund stellt eine Besonderheit innerhalb sozioökonomisch benachteiligter Individuen dar. Bei Zuwanderinnen und Zuwandern ergeben sich neben den allgemeinen Barrieren, mit

denen sozial schwächer gestellte Menschen sehr oft konfrontiert sind, noch spezifische Hürden, wie z. B. Sprach- und Kommunikationsbarrieren sowie migrationsbedingte psychosoziale Belastungsfaktoren (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 45). Abbildung 4.3 vermittelt einen Überblick über jene zentralen Faktoren, die Teil- oder Nicht-Teilnahme von Migranten und Migrantinnen an gesundheitsförderlichen Angeboten beeinflussen können (Enzenhofer et al. 2010, 11/28).

Abbildung 4.3:
Einflussfaktoren auf die Teilnahme von Migranten und Migrantinnen an Angeboten der Gesundheitsförderung



Quelle: Enzenhofer et al. (2010, 11/28)

Die den Zugang zum Gesundheitswesen beeinflussenden Faktoren können dabei sowohl auf Seiten der Anbieter/innen als auch auf Seiten der Nutzer/innen liegen. Sehr häufig überlagern sich aber diese Faktoren bzw. Barrieren. Das bedeutet, dass Migrantinnen und Migranten oft mit mehreren Zugangsbarrieren konfrontiert sind.

4.2.1 Finanzielle, rechtliche und organisatorische Barrieren

Zugangerschwernisse finden sich sowohl auf finanzieller als auch auf rechtlicher Ebene des Gesundheitswesens (Makroebene) sowie in der Organisation und den institutionellen Bedingungen des Gesundheitssystems (Mikroebene) (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 55).

Finanzielle Barrieren können sich hinsichtlich Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen als fundamentale Hürde erweisen. Finanziell bedingte Zugangerschwernisse sind allerdings kein typisches Migrationsproblem, sondern ein generelles Problem von Angehörigen der unteren

sozialen Schichten, in denen Migranten und Migrantinnen jedoch überproportional häufig vertreten sind (Bachner et al. 2013a, 72; European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 53; Spallek/Razum 2007, 454).

Selbstzahlungen

Selbstzahlungen privater Haushalte sind private Kostenbeteiligungen (z. B. Selbstbehalte, Rezeptgebühren, Kostenbeiträge für stationäre Aufenthalte), Ausgaben für Selbstmedikation und andere Ausgaben, die direkt für gesundheitsbezogene Leistungen aufgewendet werden („Out-of-Pocket“) (Bachner et al. 2013a, 55). Diese können für einkommensschwache Personen, wozu Migrantinnen und Migranten oft zählen, zu einer finanziellen Barriere bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen werden, wenn dieses Hindernis nicht durch soziale Maßnahmen abgefedert wird (Bachner et al. 2013a, 55; European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 54).

In einer europäischen Studie zu Ungleichheiten und multipler Diskriminierung im Zugang zum und der Qualität von Gesundheitsversorgung aus dem Jahr 2013, die auch die Situation in Österreich beleuchtet, wird darauf verwiesen, dass Migrantinnen und Migranten in der EU-SILC-Befragung aus dem Jahr 2009 öfter angeben, medizinische Leistungen aufgrund von Kosten nicht in Anspruch genommen zu haben als Personen ohne Migrationshintergrund. Auch wenn diese Ergebnisse in Österreich statistisch nicht bedeutend sind, können sie dennoch einen Hinweis auf eine diesbezügliche Benachteiligung geben. Beispielsweise sind Kosten für etliche zahnärztliche Leistungen in Österreich in vielen Fällen nicht durch Versicherungen gedeckt. Ebenso bestimmte angebotene Vorsorgemaßnahmen. Insbesondere muttersprachliche Psychotherapie stellt für Migrantinnen und Migranten in Österreich der europäischen Studie zufolge eine beträchtliche finanzielle Herausforderung dar: Die meisten NGOs und andere unterstützende Organisationen, die psychotherapeutische Beratung anbieten, haben keinen Vertrag mit den Krankenkassen, weshalb die Therapiekosten den Nutzern und Nutzerinnen nicht rückerstattet werden können. Solche gesundheitsbezogenen Ausgaben (auch geringe Selbstbehalte) können äußerst problematisch sein (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 54; Schopf/Franches 2010, 8). Für Flüchtlinge und undokumentierte Migrantinnen und Migranten besteht das Zugangsproblem darin, dass etliche soziale und finanzielle Unterstützungen an eine ständige Aufenthaltsgenehmigung gekoppelt sind.

Fehlender Versicherungsschutz

Gesundheitliche Dienstleistungen werden in Österreich prinzipiell über die Sozialversicherung finanziert, die Erwerbstätige (und Arbeitslose) und vielfach deren Familienangehörige als Mitversicherte einschließt. Der Schutz der Sozialversicherung erstreckt sich in weiten Bereichen auch auf Sozialhilfeempfänger/innen sowie Asylwerber/innen, die in Betreuung des Bundes stehen (Bachner et al. 2013a, 9). Der Anteil der österreichischen Bevölkerung, für den Versicherungsschutz besteht, wird bei Bachner et al. (2013a) mit 99,9 Prozent angegeben, Karl-Trummer verweist darauf, dass es sich bei den registrierten nicht krankenversicherten Personen um Arbeitslose ohne Leistungsanspruch oder Asylwerber/innen außerhalb der Bundesbetreuung handelt (Karl-Trummer 2011, 379).

Insgesamt (inklusive undokumentierte Migranten und Migrantinnen) wird der Anteil an nicht versicherten Personen auf ein bis zwei Prozent der Bevölkerung geschätzt (Muckenhuber et al. 2011, 559; Statistik Austria 2014a, 68).

Für undokumentierte Einwanderer/innen und Flüchtlinge gibt es im österreichischen Gesundheitssystem keine explizite gesetzliche Regelung (Karl-Trummer, Ursula; Novak-Zezula, Sonja; Metzler, Birgit 2009, 379; Muckenhuber et al. 2011, 559). Migrantinnen und Migranten ohne Aufenthaltstitel werden der Bevölkerungsgruppe von besonders vulnerablen, sozial ausgegrenzten Personen zugeordnet. Schätzungen der OECD zufolge bewegt sich die Gesamtzahl der Personen ohne legalen Aufenthaltstitel in mitteleuropäischen Staaten – darunter auch Österreich – bei einem Prozent der Bevölkerung (Knipper/Bilgin 2009, 64). Gemäß dem österreichischen Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) darf in öffentlichen Krankenanstalten in medizinischen Notfällen aber niemandem erste ärztliche Hilfe verweigert werden. Wird medizinische Behandlung in Anspruch genommen, müssen in Österreich Personen ohne Versicherungsschutz prinzipiell für die entstandenen Kosten selbst aufkommen. Dies gilt auch für Migrantinnen und Migranten ohne legalen Aufenthaltstitel (Karl-Trummer, Ursula; Novak-Zezula, Sonja; Metzler, Birgit 2009, 378, 379).

Für Menschen ohne Aufenthaltstitel ist der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung (insbesondere zu gesundheitsfördernden Angeboten und zur Vorsorge) sehr stark eingeschränkt, da sie nicht versichert sind. Zusätzlich führt die Angst vor Abschiebung dazu, dass medizinische Einrichtungen gemieden werden (Karl-Trummer, Ursula; Novak-Zezula, Sonja; Metzler, Birgit 2009, 383; Knipper/Bilgin 2009, 64).

In Österreich lebende Menschen, die nicht dokumentiert sind, sind auch nicht berechtigt sich privat versichern zu lassen (Muckenhuber et al. 2011, 559). Einzige Zugangs-Möglichkeiten zu gesundheitlicher Versorgung (z. B. Notfallversorgung) für Menschen ohne Aufenthaltstitel sind „allgemeine soziale Bedürftigkeit“ auf Seite der Patientinnen und Patienten sowie „Handeln gemäß der Menschenrechte und professioneller Ethik“ von Seiten des Gesundheits- und Sozialwesens (Björngren Cuadra 2012, 116; Karl-Trummer, Ursula 2009, 382; Muckenhuber et al. 2011, 559). Sogenannte diesbezügliche „informelle Solidarität“ zeigt sich, wenn z. B. Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich in von NGOs getragenen Gesundheitseinrichtungen ehrenamtlich arbeiten oder das Krankenhaus die erbrachten Leistungen zwar in Rechnung stellt, in Fällen, in denen die finanziellen Mittel nicht aufgebracht werden können, aber auch nicht exekutiert. In vielen Fällen wird die Finanzierung von gesundheitlichen Diensten, die nicht versicherten Personen zur Verfügung stehen, vom öffentlichen Gesundheitssystem mit übernommen, wie im Fall der Marienambulanz in Graz (Karl-Trummer, Ursula; Novak-Zezula, Sonja; Metzler, Birgit 2009, 382).

Ein Beispiel für Institutionen, die in Österreich nicht krankenversicherten und marginalisierten Menschen kostenlos medizinische Versorgung anbieten, ist die Marienambulanz in Graz. „Als niederschwellige Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen nimmt sie somit eine Brückenfunktion zum regulären Gesundheitssystem ein. Niederschwellige Einrichtungen sollen jene Menschen erreichen, die reguläre hochschwellige Angebote aus Angst oder Scham nicht nutzen. Die Marienambulanz verfügt über sprachliche und interkulturelle Kompetenz als wichtige

Voraussetzung für Niederschwelligkeit (Muckenhuber et al. 2011, 559). Innerhalb des Jahres 2008 suchten 1.515 Personen aus 81 Nationen die Marienambulanz auf und wurden dort betreut. Die größte Patientengruppe stellen Zugewanderte aus der Slowakei dar (282 Personen), gefolgt von Zugewanderten aus Rumänien (170) und Personen mit nigerianischen Wurzeln. Der Anteil an behandelten männlichen Personen beträgt 63 Prozent, 37 Prozent sind weiblich und 14 Prozent der medizinisch Versorgten sind Kinder (Spenger 2010, 129). Nach den Daten der Studie von Muckenhuber et al. versorgte die Marienambulanz zwischen den Jahren 2003 und 2009 insgesamt 3.652 Patientinnen und Patienten (2.342 Männer und 1.310 Frauen) mit medizinischen Leistungen. Davon fallen mehr als 70 Prozent auf zugewanderte Menschen. Mehr Frauen als Männer erhielten psychiatrische Interventionen, während Männer häufiger als Frauen zur Notfallversorgung in die Ambulanz kamen (Muckenhuber et al. 2011, 559).

Auch in Wien gibt es einige Anlaufstellen, in denen Personen ohne Versicherungsschutz kostenlos medizinisch behandelt werden. So bietet z. B. das Ordenskrankenhaus der Barmherzigen Brüder unentgeltliche medizinische Versorgung über das gesamte ambulante und stationäre Leistungsspektrum für Menschen ohne Versicherungsschutz an. Eine österreichweit wichtige Einrichtung, die direkte medizinische Versorgung für nicht versicherte Personen bereitstellen, ist neben der Marienambulanz in Graz und dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien noch AMBER-MED³². Institutionen wie z. B. der Verein Ute Bock³³ oder Asyl in Not³⁴ fungieren als Vermittler und beraten Menschen ohne Aufenthaltsstatus bzw. bieten diese Vereine praktische Hilfestellung zum Zugang zur Gesundheitsversorgung an. In den übrigen Bundesländern bestehen hinsichtlich medizinischer Behandlung von nicht versicherten Personen vereinzelt entweder Vereinbarungen mit Ärzten und Ärztinnen, die medizinische Versorgung kostengünstiger anbieten, oder es gibt auch Einrichtungen, die spezifische Behandlungen (z. B. gynäkologische) kostenfrei anbieten (Karl-Trummer, Ursula; Novak-Zezula, Sonja; Metzler, Birgit 2009, 380, 381, 382).

Medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltstitel und ohne Versicherungsschutz stellt auch auf EU-Ebene ein besonderes Problem dar. Um auch diesen am Rande der Gesellschaft lebenden Menschen die notwendige medizinische Versorgung und psychosoziale Unterstützung zu gewähren bzw. um die Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus (undocumented migrants) zu verbessern, wurde im Jahr 2008 das EU-Projekt „Health Care in NowHereLand“ implementiert. Österreich war an diesem Projekt auch beteiligt (Biffli 2012; Björngren Cuadra 2012; Karl-Trummer et al. 2009; Muckenhuber et al. 2011).

32

Gemeinschaftsprojekt der Diakonie und des Österreichischen Roten Kreuzes, www.amber-med.at

33

www.fraubock.at

34

www.asyl-in-not.org

Organisatorische Barrieren

Hürden im Zugang zum Gesundheitssystem liegen laut der recherchierten Literatur auch im organisatorischen bzw. institutionellen Bereich – insbesondere bei gesundheitsbezogenen Angeboten bzw. Aktivitäten (Expertenrat für Integration (Hg.) 2013; Knipper/Bilgin 2009, 66; Schopf/Franches 2010, 6).

In der EU-Studie wird generell beschrieben, dass angebotsseitige organisatorische Zugangsbarrieren etwa durch ein zu geringes Angebot bzw. das Fehlen von spezifisch qualifizierten Behandlungsmöglichkeiten entstehen (z. B. bei Genitalverstümmelung) (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 55). Beispielsweise macht weibliche Genitalverstümmelung eine gynäkologische Standarduntersuchung unmöglich. Adäquate auf diese spezielle medizinische Situation abgestimmte Untersuchungen sind nur in geringem Ausmaß verfügbar. Es fehlt an Wissen und auch an ärztlicher Erfahrung in Hinsicht auf Genitalverstümmelungen und deren psychologische Auswirkungen. Außerdem kann die unzureichende Bereitstellung bestimmter Gesundheitsleistungen oder der Mangel an entsprechend ausgebildetem Personal (Psychologen, Psychotherapeuten), geringe Anzahl an mehrsprachigen Spezialisten und Spezialistinnen sowie ein Nichtabdecken bestimmter Angebote durch die Krankenversicherung lange Wartezeiten bis zum Erhalt einer Behandlung mit sich bringen (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 55f). Wie sich diese Situation in Österreich darstellt, wird in der Studie nicht beschrieben.

Die Segmentierung des Gesundheitssystems bzw. das Denken in Sektoren erschweren den Überblick (z. B. ist in einigen Aufnahmeländern das Gesundheitswesen nicht mit dem Sozialbereich verknüpft) und können sich ebenfalls als Zugangsbehinderung erweisen (Schopf/Franches 2010, 6). Eine weitere erwähnte Barriere stellt beeinträchtigte Zugänglichkeit aufgrund regionaler Distanz dar. Ein Beispiel dafür sind Asylsuchende, die in ländlichen Regionen einquartiert (z. B. in Asylantenheimen) sind, die speziellen Angebote für diese Menschen aber nur in großen Städten vorgehalten werden. Außerdem wird fehlende Flexibilität bei Terminvereinbarungen und Öffnungszeiten von Gesundheitseinrichtungen (z. B. kein Entgegenkommen in Bezug auf kulturelle, religiöse Termine) als Zugangsbarriere beschrieben (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 57).

Insbesondere bei gesundheitsförderlichen Angeboten und Aktivitäten wirken sich niederschwellig ausgerichtete Initiativen und Interventionen (z. B. Wohnortnähe, an Bedürfnisse angepasste Öffnungszeiten, geringe Kosten etc.) erleichternd auf den Zugang zum Gesundheitssystem aus. Fehlende bzw. nicht ausreichende Angebote, die auf die Bedürfnisse der Menschen mit Migrationshintergrund abgestimmt sind, insbesondere wenn diese einen niedrigen sozioökonomischen Status aufweisen, können den Zugang erschweren (Knipper/Bilgin 2009, 66; Schopf/Franches 2010, 6) z. B. auch (David et al. 2010; Expertenrat für Integration (Hg.) 2013; Mayer 2011; Spallek/Razum 2007; Statistik Austria 2013a).

4.2.2 Kulturelle Barrieren sowie Sprach-, Kommunikations-, Informationsbarrieren

Geringe kulturelle Kompetenz des medizinischen Personals

Aufgrund geringem interkulturellen Einfühlungsvermögens fehlt Anbietern und Anbieterinnen von Gesundheitsleistungen sehr häufig die Fähigkeit, „eigene Konzepte zu hinterfragen und zu relativieren“ bzw. eigene Handlungen für andere Kulturen verständlich zu vermitteln (Mayer 2011, 19). Unter anderem kann wegen des Mangels an Mehrsprachigkeit, fehlenden Einblicks in kulturelle Hintergründe und geringer Berücksichtigung religiöser Bräuche auf Seiten der Anbieter/innen bei den Migrantinnen und Migranten große Skepsis gegenüber dem Gesundheitswesen entstehen. Zudem resultieren daraus Kommunikations- und Verständnisprobleme zwischen Patientinnen bzw. Patienten und dem medizinischen Personal. Dies kann auch zu einer verringerten Nachfrage der Gesundheitsangebote führen. Aus einer Studie aus Großbritannien geht z. B. hervor, dass „Black Caribbean“-Frauen³⁵ mit postpartaler Depression weniger häufig als Engländerinnen ärztliche Beratung aufsuchen. Als wichtige Argumente für die Unterlassung ärztlicher Konsultation geben diese Frauen negative Erfahrung im Kontakt mit psychosozialen Einrichtungen an. Zudem ist ihnen das Krankheitsbild der postpartalen Depression nicht bekannt. „Black Caribbean“-Frauen²² haben auch im Vergleich zu nativen Engländerinnen mehr Hemmungen über psychische Probleme zu sprechen und neigen dazu, das Ausmaß von Depression und Stress herunterzuspielen. Die befragten Frauen empfinden außerdem Sorge um Diskretion und äußern den Wunsch nach mehr Sensibilität ihrer eigenen Kultur gegenüber (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 43f).

Geringe kulturelle Kompetenz des Personals kann sich jedenfalls in negativer Weise auf den Erfolg von medizinischer Therapie auswirken. Bei interkultureller Sensibilisierung vermag das medizinische Personal die kulturelle Prägung für das spezielle Verhalten von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund in die Diagnosestellung und auch in den nachfolgenden Behandlungsprozess einzubeziehen. Diese günstige Konstellation beeinflusst den Heilungsprozess von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund in positiver Weise (Mayer 2011, 19; Schopf/Franches 2010, 6). Die verfügbare Literatur weist auf Defizite hinsichtlich einer notwendigen Migrantensorientierung im österreichischen und auch im deutschen Gesundheitssystem hin. Mangelnde, allgemeine Rahmenbedingungen von gesundheitsfördernden Angeboten, die auf die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund abgestimmt sind, können die Teilnahme von Migrantinnen und Migranten an Gesundheitsangeboten behindern. Daher empfehlen Wissenschaftler/innen Fort- und Weiterbildung des medizinischen Personals zu kultursensiblen Themen. Das heißt, dass es empfehlenswert ist, auf Bundesebene interkulturelle Kompetenz in die Curricula der Gesundheitsberufe und in Krankenpflegeberufe sowie auch in die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten einzubeziehen (Borde et al. 2003, 136; David et al. 2010,

35

Der Ausdruck wurde aus der englischsprachigen Literatur übernommen, da es dazu keinen entsprechenden deutschen Ausdruck gibt.

103; Mayer 2011, 3; Österreichischer Integrationsfonds 2012, 62–70; Schopf/Franches 2010; Spallek/Razum 2007).

Diskriminierung durch das medizinische Personal

Migrantinnen und Migranten unterschiedlicher kultureller und ethnischer Herkunft mit zumeist niedrigem sozialem Status sind aufgrund dessen auch sozialen und institutionellen Vorurteilen und Diskriminierung ausgesetzt. Zu wenig Respekt bzw. Einfühlungsvermögen der Gesundheitsdiensteanbieter aufgrund fehlenden interkulturellen Verständnisses oder fehlender Feinfühligkeit können zu diskriminierendem Verhalten und infolgedessen einem einschränkenden Zugang zum Gesundheitssystem führen (Mayer 2011, 19). Abweisendes Verhalten, die Wirkung unbewusster Vorurteile, Befürchtungen von Mehrarbeit seitens der Behandler/innen werden ebenfalls als Erschwernisse für eine zufriedenstellende oder erfolgreiche medizinische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund beschrieben (Knipper/Bilgin 2009, 66; LBI 2003, 43; Mayer 2011, 19; Penka et al. 2012, 1168; Razum et al. 2008, 107).

Auswertungen einer Befragung zur Zufriedenheit mit dem medizinischen Personal in einem gynäkologisch-geburtshilflichen Krankenhaus in Österreich im Jahr 2003 verweisen auf geringeres Wohlbefinden bei Migrantinnen im Vergleich zu inländischen Frauen: z. B. dass das Personal bei gynäkologischen Untersuchungen verständnisvoll ist, behaupten häufiger einheimische Frauen als jene Frauen mit Migrationshintergrund (85 % versus 75 %). Hingegen geben Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund häufiger unpersönliche Behandlung in gynäkologischen Praxen an (34 % versus 20 %). Entspannte Stimmung geben 46 Prozent der Frauen mit Migrationshintergrund gegenüber 66 Prozent der Frauen ohne Migrationshintergrund an. Gründliche Untersuchung geben 84 Prozent der inländischen Frauen an versus 59 Prozent der Migrantinnen an. Klar und verständlich waren die Informationen für 80 Prozent der Frauen ohne Migrationshintergrund gegenüber 64 Prozent der Migrantinnen (LBI 2003, 43).

Im Wiener Gesundheitsreport (2004) wird festgestellt, dass Personen mit Migrationshintergrund (Türkei und ehemaliges Jugoslawien) öfter von negativen Erfahrungen mit Gesundheits- und Sozialzentren berichten als die restlichen Wiener/innen. Ob dies mit Diskriminierungserfahrungen zusammenhängt, wurde jedoch nicht erhoben (Seite 545). Demgegenüber zeigt sich aber, dass Personen mit Migrationshintergrund das österreichische Gesundheitssystem und das hohe Maß an sozialer Absicherung im Vergleich mit den Ursprungsländern sehr schätzen (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 45).

Auf EU-Ebene findet sich über alle Migrantengruppen hinweg lediglich ein relativ geringer Grad von wahrgenommener Diskriminierung im Gesundheitswesen (durchschnittlich bis zu ca. 10 % geben diskriminierende Erlebnisse an) im Vergleich zu anderen Lebensbereichen. Roma repräsentieren hier die große Ausnahme. Durchschnittlich 17 Prozent der befragten Roma geben an, dass das Gesundheitspersonal ihnen gegenüber voreingenommen sei. In Tschechien z. B. geben mehr weibliche Roma (21 %) als männliche (15 %), mehr junge und über 55-Jährige als mittelaltrige Personen Diskriminierung durch Gesundheitspersonal an. Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass insgesamt nur 171 Personen aus insgesamt fünf Ländern befragt

wurden (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 44). Schwedische Studien belegen, dass Diskriminierungserfahrung den Zugang zum Gesundheitssystem erschweren kann. Diskriminierte Personen nehmen gegenüber Nicht-Diskriminierten drei bis neunmal so häufig Abstand von medizinischer Beratung bzw. Hilfe. Aus diskriminierenden Erlebnissen kann schlechtere psychische und auch physische Gesundheit resultieren (vgl. dazu Abschnitt 3.7) (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 45).

Sprach- und Kommunikationsbarrieren

Sprache spielt eine zentrale Rolle bei menschlicher Interaktion und in interkultureller Verständigung. „Gute Kommunikation ist vor allem im Bereich Gesundheit sehr wichtig, um Begrifflichkeiten zu Körper, Gesundheit, Befinden und Sexualität zu benennen. Werden beispielsweise Ankündigungen von gesundheitlichen Aktionen nicht verstanden, kommt oft auch die Teilnahme nicht zustande.“ (Schopf/Franges 2010, 20)

Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen, dass EU-weit bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund Kommunikationsbarrieren allgegenwärtig und ihre Auswirkungen weitreichend sind. In einer EU-Studie die in fünf EU-Staaten durchgeführt wurde (Österreich, Tschechien, Italien, Schweden, Großbritannien) geben Migrantinnen und Migranten Sprache als bedeutendste Kommunikationsbarriere in Hinsicht auf die Teilnahme am Gesundheitssystem im Aufnahmeland an. Besonders nachteilig wirken sich Kommunikationsschwierigkeiten beim Zusammentreffen bestimmter Faktoren aus, z. B., Migrationshintergrund und intellektuelle Beeinträchtigung, Migrationshintergrund und höheres Alter (z. B. nach Schlaganfall, bei Demenz, bei Schwerhörigkeit) (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 47).

Verständigungsprobleme können zu geringerer Konsultation von Ärztinnen und Ärzten, einem geringeren Verständnis ärztlicher Erläuterungen, häufigeren Laboruntersuchungen und vermehrter Inanspruchnahme von Rettungsstellen führen (Penka et al. 2012, 1170). Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten können die Diagnosestellung erschweren und im schlimmsten Fall zu Fehldiagnosen führen (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 47).

Dolmetschdienste im Gesundheitswesen stehen der EU-Studie zufolge – in der neben Migrantinnen und Migranten auch Expertinnen und Experten befragt wurden – in Österreich, Tschechien und Italien bislang eher selten zur Verfügung. Teilweise wird berichtet, dass verfügbare Dienste vom behandelnden Personal wegen des zusätzlichen Aufwands nicht genutzt werden. In Schweden hingegen sind Übersetzungsdienste im Gesundheitswesen bereits Pflicht (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 49f). Ein Positivbeispiel in diesem Zusammenhang ist laut Auskunft des BMG das Erstaufnahmezentrum Traiskirchen, da dort ein Team aus mehrsprachigen Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung steht, das dem BMG positive Erfahrungen rückgemeldet hat. Zusätzlich ist im „Programm für ländliche Entwicklung in Österreich 2014–2020 (LE 2020) vorgesehen, im Rahmen der Förderungen sozialer Angelegenheiten aus Mitteln des ELER (Europäischer Landwirtschaftsfonds) den bedarfsorientierten Auf- und Ausbau von Infrastrukturen im Bereich der ambulanten Gesundheitsdienstleistungen einschließlich Video-dolmetscherdienste (im ländlichen Raum) zu fördern (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft 2014, 223).

Das Fehlen von Dolmetschdiensten kompensieren Migrantinnen und Migranten mit unterschiedlichen Strategien. Oft setzen sie Familienmitglieder (Partner, Partnerinnen, Kinder) als informelle Dolmetscher ein. Borde et al. (2003) stellten in einer Studie zu Unterschieden in der Nutzung von Notfallambulanzen in Deutschland fest, dass bei einem Drittel der türkischstämmigen Patientinnen und Patienten begleitende Familienangehörige dolmetschen (David et al. 2010). Diese Form der Übersetzung birgt jedoch auch Probleme in sich: Es fällt oft schwer, jemand anderen für sich private Termine ausmachen zu lassen (z. B. gynäkologische Termine) bzw. es ist unangenehm, wenn Familienmitglieder in Vertretung intime Fragen an das medizinische Personal richten müssen. Oft wird auch aus Scham nicht nachgefragt, wenn etwas nicht verstanden wird. Als problematisch sehen es Forscher/innen auch, wenn Kinder als Informationsvermittler eingesetzt werden und z. B. besorgniserregende Diagnosen oder intime, als beschämend wahrgenommene Informationen den Eltern mitteilen bzw. weiterleiten müssen (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 49f).

Werden in medizinischen Einrichtungen eigene Teammitglieder oder Personal von anderen Abteilungen als Übersetzer hinzugezogen, kann dies wiederum zu organisatorischen Problemen und Teamkonflikten führen, da diese dolmetschende Person bei ihrer eigentlichen Arbeit fehlt. Zudem wird berichtet, dass in einigen Fällen Reinigungspersonal oder spezialisierte NGOs als Dolmetscher/innen herangezogen werden. Zweiteres ist jedoch mit finanziellem Aufwand verbunden (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 50).

Informationsbarrieren

Die Gesundheitssysteme, die in der EU-Studie zu Ungleichheiten und Diskriminierung im Zugang und der Qualität der Gesundheitsversorgung verglichen wurden (Österreich, Italien, Großbritannien, Tschechien und Schweden), sind komplex und kulturell spezifisch. Es erfordert eine bestimmte Sozialisierung, damit sie in einer kulturell entsprechenden Art genutzt werden können (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 51). Im Bericht wird konstatiert, dass spezifische Gruppen nicht wissen, wie ein Arzt-Termin vereinbart wird oder wie man einen Spezialisten / eine Spezialistin findet. Teilweise (auch in Österreich) muss viel Eigeninitiative seitens der Patienten und Patientinnen aufgebracht werden, um bestimmte Dienstleistungen zu erhalten (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 52). Dies bedingt ein hohes Maß an Gesundheitskompetenz. Daher ist auch „ein hoher Grad an Informiertheit über gesundheitsrelevante Angebote [ist] unentbehrlich, um die eigene Gesundheit selbstbestimmt zu gestalten“ (Mayer 2011, 17). Nachweislich haben Bildung und soziale Kompetenz einen bedeutenden Einfluss darauf, wie sich Menschen im Gesundheitssystem bewegen (Wimmer-Puchinger et al. 2006, 885).

In einer in Wien durchgeführten Befragungsstudie zu „Leben und Lebensqualität in Wien“ (2003) zeigt sich, dass die Hälfte (51 %) der Wiener Bevölkerung über Gesundheits- und Sozialzentren Bescheid weiß. Dies gilt aber nicht für Zuwanderer und Zuwanderinnen aus der Türkei (26 %) oder dem ehemaligen Jugoslawien (33 %). In diesen Personengruppen ist nur jeder vierte bzw. jede dritte Person mit diesen Einrichtungen vertraut (Bachinger et al. 2004, 454; Schopf/Franches 2010, 8). Einer Befragung (im Rahmendes Projekts „Healthy Inklusion“) von 20 Wiener Migranten und Migrantinnen (ehem. Jugoslawien und Türkei) zufolge spielt in der Inanspruchnahme

gesundheitsbezogener Dienstleistungen das unmittelbare soziale Umfeld eine zentrale Rolle: Informationen über Gesundheit, Krankheit und soziale Dienste werden in erster Linie über Familie oder in Gesprächen mit Verwandten, Freunden oder Nachbarn weitergeleitet. Es wird aber auch im Internet recherchiert oder es werden gesundheitsbezogene Informationen aus Büchern entnommen. Im Vergleich zu diesen Informationsquellen spielt Informationsmaterial (wie Folder und Broschüren) eine eher untergeordnete Rolle (Schopf/Franches 2010, 24).

Unklarheiten bezüglich Anspruchsberechtigung spielen eine besonders große Rolle, wenn Kinder das Erwachsenenalter erreichen. Sozialarbeiter/innen aus Österreich etwa berichteten, dass viele Klientinnen und Klienten und deren Familien nicht wussten, dass Kinder aus der Krankenversicherung der Eltern fallen, wenn sie 18 Jahre alt werden. Um einen fortlaufenden Versicherungsschutz zu gewährleisten, ist daher Information zu diesem Zeitpunkt besonders wichtig. Nicht native Menschen mit Beeinträchtigungen wissen kaum über Anspruchsvoraussetzungen von sozialen Sicherungssystemen Bescheid (Migranten und Migrantinnen mit Kindern mit intellektuellen Beeinträchtigungen sind nicht ausreichend informiert über Unterstützungsleistungen, auf die sie einen Anspruch hätten), da es in deren Herkunftsländern keine staatlichen Unterstützungssysteme gibt. Die Betreuung beeinträchtigter Personen ist in solchen Ländern meist allein private Aufgabe (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 52).

Fehlende oder nicht adäquat bereitgestellte Information über gewisse zeitliche Fristen, die für bestimmte Gesundheitsleistungen eingehalten werden müssen, spielen vor allem für Migrantinnen im gebärfähigen Alter eine wichtige Rolle. Zum Beispiel war es laut der EU-Studie für mehr als die Hälfte der interviewten Migrantinnen in Tschechien schwierig, ein Geburtsspital zu finden, da sie nicht wussten, dass das Krankenhaus schon vor dem dritten Schwangerschaftsmonat gebucht werden muss (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 50).

Eine repräsentative Elternbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Deutschland ergab, dass Eltern mit Migrationshintergrund etwas häufiger ein persönliches Informationsdefizit hinsichtlich gesundheitlicher Aktivitätsangebote und Anspruchsberechtigung für ihre Kinder angeben, als jene Eltern ohne Migrationshintergrund (Robert Koch Institut 2008).

Kulturelle Barrieren

Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass ein Mangel an Wissen sowie ein Nichtberücksichtigen von kulturellen Praktiken und Bräuchen durch das medizinische Personal die Inanspruchnahme von Leistungen beeinträchtigen kann. Es zeigt sich, dass Migrantinnen, vor allem muslimische Frauen, sich unbehaglich fühlen, wenn sie von männlichem Gesundheitspersonal (vor allem Gynäkologen) behandelt werden oder wenn männlichen Dolmetscher anwesend sind. Von fünf in die Untersuchung der European Union Agency for Fundamental Rights (2013b) mit einbezogenen Ländern wird nur in Schweden routinemäßig auf solche Bedürfnisse eingegangen. In Großbritannien gibt es Bemühungen in dieser Hinsicht (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 59).

In der schon erwähnten EU-Studie wird für Österreich ein Mangel an weiblichen Gynäkologen mit Kassenvertrag als strukturelles Problem beschrieben (European Union Agency for Fundamental

Rights 2013b, 59). Unterschiedliche soziale Normen bezüglich der Kinderversorgung werden in dieser Studie als mögliche Auslöser von Spannungen zwischen Gesundheitspersonal und Müttern beschrieben. Als Beispiel wird angeführt, dass Frauen, die der Volksgruppe der Roma angehören, in Tschechien gleich nach der Geburt das Krankenhaus verlassen, da von ihnen erwartet wird, dass sie sich auch gleich nach der Geburt wieder um Familie und Kinder kümmern. Aus diesem Grund kann es passieren, dass sie das Krankenhaus ohne Bescheid zu geben verlassen und/oder das Neugeborene zwischenzeitlich alleine dort zurücklassen. Dies wiederum erhöht die Gefahr, dass das Kind in Pflege gegeben wird (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 60).

Vom Herkunftsland beeinflusste Auffassungen von Gesundheit und Krankheit (vgl. Abschnitt 3.2) können die interkulturelle Interaktion mitunter gravierend behindern (Mayer 2011, 19; Penka et al. 2012, 1169; Schopf 2009, 4). Zum Beispiel glauben Vietnamesen, dass Zahnextraktionen prinzipiell abzulehnen sind, da sie zu Blutleere und Krankheit führen (Bodenwinkler et al. 2007, 43). Menschen aus bestimmten Kulturkreisen verorten oft Aspekte von Krankheit, die von der europäischen Bevölkerung als medizinisch angesehen werden, im Bereich von Spiritualität, Moral oder Religion (Spallek/Razum 2007, 454). Besonders Frauen mit Migrationshintergrund nehmen gesundheitliche Angebote nur in geringem Ausmaß in Anspruch, wenn diese nicht auf eigene kulturelle Vorstellungen und spezifische Lebensbedingungen Rücksicht nehmen. Religiöse Vorschriften und Riten können, indem sie die Vorstellung von Geschlechtlichkeit oder Scham mit bestimmen, Barrieren bei der Planung, Akzeptanz und Umsetzung von gesundheitlichen Angeboten darstellen (Mayer 2011, 18).

So können beispielsweise Tabus hinsichtlich bestimmter „Beeinträchtigungen“ Angehörige einiger ethnischer Minderheiten davon abhalten, diesbezügliche Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Es fällt diesen Menschen aufgrund ihres Glaubens, dass böse Geister Depressionen verursachen, teilweise schwer, über negative Aspekte ihrer psychischen Verfassung zu sprechen. Dies kann dazu führen, dass Patienten und Patientinnen generell von Schmerz statt von Depression sprechen. Einrichtungen bzw. Dienstleistungen im Bereich der psychischen Gesundheit können als stigmatisierend erachtet werden. Als Folge halten sich Patientinnen und Patienten von der Gesellschaft oft fern. Auch Kinder mit neuropsychiatrischen, kognitiven oder funktionalen Einschränkungen erhalten aus diesem Grund nicht zu einem möglichst frühen Zeitpunkt Hilfe, sondern oft erst über Intervention durch die Schule. Von Psychiatern/Psychiaterinnen aus Italien und Schweden, die mit Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund arbeiten, berichten in der EU-Studie zu Diskriminierungen im Zugang zur Gesundheitsversorgung, dass kognitive Beeinträchtigung bei Kindern in Migrantenfamilien teilweise auch geleugnet und den Schulen geringe Lösungskompetenz unterstellt wird (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 60).

Weitere Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund liegen dieser EU-Studie zufolge bei „Einverständniserklärungen“, „Einhaltung von Terminen“ und hinsichtlich der „Rolle von Verwandten“ (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 61). Im Zusammenhang mit der – kulturabhängigen Bedeutung – von medizinischer „Einverständniserklärung“ (informed consent) reagieren Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund sehr unterschiedlich auf Fragen zu verschiedenen, möglichen Behand-

lungsweisen. Häufig erwarten Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund von den Ärzten und Ärztinnen, dass diese alle Entscheidungen in der Behandlung treffen. Einverständnis-erklärungen zu medizinischen Therapien hängen in westlichen Gesellschaften mit hochentwickelten Gesundheitssystemen, meist mit Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten zusammen. Es gibt aber auch Kulturkreise, in denen bedingungsloses Vertrauen in Ärzte/Ärztinnen und in deren fachliche Erfahrungen die Norm ist (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 61).

Zusätzlich wird in dieser Studie darauf hingewiesen, dass es für das behandelnde medizinische Personal schwierig sei mit Personen umzugehen, die Termine nicht einhalten oder einen Termin ohne Anmeldung wollen. Derartiges Verhalten von Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund wird auf unerwartete Behinderungen (z. B. Kinder-Betreuungspflichten) sowie auf unterschiedliche Zeitkonzepte zurückgeführt (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 61).

4.2.3 Soziale Barrieren

Große Erschwernis für gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten ergibt sich aus den oft problematischen Arbeits- und Lebensbedingungen (schlechte Wohnverhältnisse, niedriger Bildungsgrad und gelegentliche oder wiederkehrende Armut), unter denen Menschen mit Migrationshintergrund oftmals leben (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 58; Kremla 2005; Österreichischer Integrationsfonds 2012, 7; Schopf 2009, 4; Spallek/Razum 2007, 451–456; Wimmer-Puchinger et al. 2006).

Personen mit Migrationshintergrund stehen vermehrt in unsicheren Arbeitsverhältnissen (oft in Sektoren mit geringem rechtlichem Schutz oder auch illegal). Daraus folgen oftmals Einkommensverluste sowie Angst, die Arbeit zu verlieren, wenn ein Krankenstand eintritt oder wenn die Betroffenen sich freinehmen, um einen Arzt oder eine Ärztin aufzusuchen. Vor allem für nicht dokumentierte Migranten und Migrantinnen sowie für jene Personen, deren Aufenthaltserlaubnis mit einer Arbeitsgenehmigung gekoppelt ist, könnte die Angst, den Job zu verlieren größer sein als die Angst vor den Folgen nicht behandelter gesundheitlicher Probleme (European Union Agency for Fundamental Rights 2013b, 58).

Menschen mit Migrationshintergrund gehören oftmals zu den Bevölkerungsschichten, die weniger Chancen haben, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten. Dieser Umstand ermöglicht in vielen Fällen – auch bei vorhandenem Wissen – keine Veränderung hin zu gesundheitsbewusstem Verhalten (Mayer 2011, 17; Schopf/Franches 2010). Zum Beispiel geben in der von Schopf et al. durchgeführten Befragung von 20 Wiener Migrantinnen/Migranten aus Ex-Jugoslawien und der Türkei an, dass nach einem langen Arbeitstag wenig Interesse besteht, noch an gesundheitsfördernden Aktivitäten teilzunehmen. In denselben Befragungen sagen Frauen häufig, dass sie nicht an gesundheitsförderlichen Aktivitäten teilnehmen können, weil während der Woche die Arbeit überwiegt und die Wochenenden für familiäre Aktivitäten reserviert sind (Schopf/Franches 2010, 19). Eine Studie zu gesundheitsfördernden Aktivitäten in Kärnten kommt zu ähnlichen

Ergebnissen (Schopf/Franches 2010, 19). Schopf et al. resümieren, dass sich soziale Ungleichheit und Benachteiligungen (belastende Arbeit, schwierige Wohnverhältnisse etc.) negativ auf die Teilnahme von Migrantinnen und Migranten an gesundheitlich ausgerichteten Angeboten auswirken (Schopf/Franches 2010, 24). Soziale Zugangshindernisse zum Gesundheitswesen können sich zudem noch aus fehlender gesellschaftlicher Partizipation sowie aufgrund fehlender sozialer Netzwerke im Aufenthaltsland ergeben (Mayer 2011, 12).

Wimmer-Puchinger fasst die Ergebnisse von (Kronsteiner 2002) zusammen, wonach sich soziale Exklusion folgendermaßen manifestiert: Mangel an Geld, Zwang, in schlechten und diskriminierenden Wohnvierteln leben zu müssen, Machtlosigkeit, die eigenen Interessen zur Geltung zu bringen, Chancenlosigkeit in Bildung und Schule sowie das Gefühl als Bürger zweiter Klasse leben zu müssen. Soziale Exklusion beeinflusst wiederum die Lebensqualität, Morbidität und Mortalität. Daher steht die Teilnahme am Gesundheitswesen (des Aufnahmelandes) immer in Bezug zu sozialer Lage bzw. ist auch unter Genderperspektive zu betrachten. Besonders Frauen mit Migrationshintergrund sind von sozialen, gesundheitsrelevanten Benachteiligungen betroffen (Wimmer-Puchinger et al. 2006, 884). Mayer (2011) sieht einen wesentlichen Grund für die mäßige Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden bzw. präventiven Aktivitäten bei Migrantinnen und Migranten auch in der Mittelschichtorientierung diesbezüglicher Angebote. Während Angehörige der Mittelschicht eine ausgeprägte Zukunftsorientierung und ein hohes Maß an Selbstbestimmung aufweisen, sehen Personen aus niedrigen sozialen Schichten, zu denen Migrantinnen und Migranten oftmals zählen, ihre Gesundheit sehr häufig als schicksalhaft an, was ihre gesundheitsrelevante Handlungskompetenz einschränkt. Gerade Gesundheitsförderung und Prävention erfordern aber hohes persönliches Engagement und die Partizipation der Adressatinnen und Adressaten (Mayer 2011, 17).

4.3 Kernaussagen zu Zugang zum und Nutzung des österreichischen Gesundheitssystem(s)

Formal bestehen in Österreich für versicherte Personen (nur ca. ein bis zwei Prozent der Bevölkerung sind nicht versichert) unabhängig vom Migrationsstatus gleiche Zugangschancen zum Gesundheitssystem. Dennoch zeigen sich für Menschen mit Migrationshintergrund teilweise Zugangsbarrieren (z. B. Sprachschwierigkeiten), weshalb Chancengerechtigkeit noch nicht erreicht ist. Deshalb stehen sozial schwächere Gruppen, zu denen Migrantinnen und Migranten oftmals zählen, mit den Rahmen-Gesundheitszielen, die jedoch erst am Beginn ihrer Umsetzung stehen, auf der politischen Agenda.

Inanspruchnahme und -verhalten

Es gibt Hinweise darauf, dass Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich im Vergleich zur nativen Bevölkerung das Gesundheitssystem insgesamt seltener beanspruchen. Insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, nicht zuletzt weil es relativ wenige spezifische Angebote für diese Zielgruppe gibt.

Im deutschsprachigen Raum ist das Phänomen der häufigen Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen (Notfalleinrichtungen) als medizinische Erstanlaufstelle bei Migrantinnen und Migranten zu beobachten. Im Vergleich zur nativen Bevölkerung konsultieren Migranten und Migrantinnen in Österreich niedergelassene Fachärzte und Fachärztinnen seltener. Über die Nutzung der (Alten-) Pflege durch Migrantinnen und Migranten liegen so gut wie keine Studien-Ergebnisse vor. Die psychosoziale Betreuung von Personen mit Migrationshintergrund scheint aufgrund sprachlicher Barrieren ausbaubedürftig zu sein. Es fehlt aber auch hierzu an Studien. Auch zur Inanspruchnahme stationärer Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund liegen aus der Literatur derzeit kaum Ergebnisse vor.

Die in europäischen Studien vermutete gesundheitsbezogene Fehlversorgung von Personen mit Migrationshintergrund wird auf eine Überversorgung im ambulanten Spitalsbereich (nicht indizierte Inanspruchnahme von Notfalleinrichtungen, unangemessene Medikation etc.) zurückgeführt. Fehlversorgung kann aber auch aus einer Unterversorgung in den Bereichen Aufklärung, Gesundheitsförderung, Prävention und psychosoziale Betreuung resultieren.

Zugang

Migrationshintergrund kann den Zugang zu Behandlungsangeboten des Gesundheitssystems in Österreich erschweren. Sprachbarrieren, fehlendes Wissen über die Strukturen des Gesundheitssystems (Informationsdefizit), kulturelle Unterschiede, niedriger sozioökonomischer Status oder geringer Bildungsgrad sind die größten und häufigsten Hindernisse für Migrantinnen und Migranten im Zugang zum Gesundheitssystem. In einer EU-Studie, die in fünf EU-Staaten durchgeführt wurde (Österreich, Tschechien, Italien, Schweden, Großbritannien), nennen Migrantinnen und Migranten Sprache als bedeutendste Kommunikationsbarriere hinsichtlich Teilhabe am Gesundheitssystem im Aufnahmeland.

5 Entwicklungsmaßnahmen („Projekte“) zu Migration und Gesundheit in Österreich

Um einen ersten Überblick zu Entwicklungsmaßnahmen („Projekte“) für Migranten und Migrantinnen zum Thema Gesundheit zu erhalten, wurde eine unsystematische Suche durchgeführt. Methodisches Vorgehen und einige Aspekte dieser Maßnahmen werden hier kurz dargestellt. Im Anhang findet sich eine detaillierte Liste zu den Projekten.

5.1 Methodisches Vorgehen

Einschluss und Ausschlusskriterien

Es wurden nur Maßnahmen aufgenommen, die das Ziel hatten, die gesundheitliche Situation von Migranten und Migrantinnen zu verbessern (z. B. Gesundheitszustand, Gesundheitskompetenz und -verhalten). Nicht aufgenommen wurden Projekte, die sich auf allgemeine Determinanten der Gesundheit (z. B. allgemeine Bildung, sozioökonomische Situation) bezogen. Als Zielgruppen wurden definiert: Migrantinnen und Migranten als „Konsumenten“ oder als Multiplikatoren/Multiplikatorinnen bzw. Schlüsselpersonen und Personen, die mit Migrantinnen und Migranten arbeiten (z. B. Gesundheitspersonal, Lehrer/innen). Es wurden nur Projekte aufgenommen, die frühestens im Jahr 2003 abgeschlossen wurden. Die Suche beschränkte sich zudem auf in Österreich durchgeführte Projekte.

Suchstrategien

Die Suche nach Entwicklungsmaßnahmen setzte auf drei Ebenen an: Internetrecherche, Abfrage der Projektdatenbank des FGÖ und eine E-Mail-Aussendung³⁶ an Kooperationspartner der Arbeiterkammer Wien durch die AK Wien. Die Internetrecherche wurde nicht systematisch durchgeführt und spiegelt daher nicht die gesamte Projektlandschaft wider. Es wurden die Homepages verschiedener Organisationen³⁷, die Maßnahmen von „Frühe Hilfen“ bzw. der „Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie“ nach Projekten durchsucht. Diese wurden nach bestimmten Merkmalen (Name der Maßnahme, Ziel, Zielgruppe, Kurzbeschreibung, Träger/Finanziers, Start/Ende, Bundesland) in eine Tabelle übertragen.

36

Bei dieser wurden jedoch keine weiteren Projekte gemeldet.

37

Österreichischer Integrationsfonds, Gebietskrankenkassen, Gesundheitsförderungsinstitute (WIG, Styria Vitalis, Avos, Avomed, NÖGUS-Plattform „NÖ tut gut“), Gebietsbetreuungen Wien, FEM, Volkshilfe, Caritas, Rotes Kreuz, Hilfswerk, Donau- Uni Krems

Zusätzlich wurde noch eine „Google-Suche“ mit den Stichworten „Gesundheit und Migration“ durchgeführt. Die Ergebnisse der Datenbankabfrage des FGÖ wurden in der Tabelle ergänzt und um Projekte, die zweimal aufschienen (Internetrecherche und Datenbank) bereinigt.

Analyse

Um die Ergebnisse übersichtlich darstellen zu können, wurden aus den in den Entwicklungsmaßnahmen / Projekten postulierten Zielen Schlagwörter gewählt und je vorgesehene Maßnahme wurden das Vorkommen dieser Schlagwörter (in der Spalte Ziele) gezählt. Ebenso wurde bei ‚Art der Maßnahmen‘ verfahren. Die Zielgruppen wurden nach Multiplikatoren/Multiplikatorinnen/Schlüsselpersonen, Personen, die mit Migranten und Migrantinnen arbeiten, oder Migranten und Migrantinnen als „Konsumenten/Konsumentinnen“ spezifiziert. In eine weitere Spalte wurde eingetragen, ob sich die Maßnahme auf Personen aus bestimmten Herkunftsländern beschränkt und in eine weitere, ob und wenn ja, welche spezifischen Gruppen (z. B: Kinder) angesprochen werden sollten – auch diese Stichwörter wurden anschließend gezählt.

5.2 Ergebnisse

Insgesamt wurden 87 Projekte in die Analyse aufgenommen. Wie anfangs beschrieben wurden nur Maßnahmen berücksichtigt, die das Ziel hatten, die gesundheitliche Situation von Migranten und Migrantinnen zu verbessern. Die konkreten Themen der Zielsetzungen waren vielfältig: Am häufigsten kamen die Begriffe Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz bzw. Health Literacy, Sensibilisierung, Empowerment sowie „Vorsorge und Prävention“ vor. Die meisten Projekte verfolgten mehr als ein Ziel. Themenfelder, die nur ein oder zwei Mal vorkamen, sind nicht in der folgenden Tabelle gelistet.

Tabelle 5.1:
Themen der Zielsetzungen

Thema	Anzahl
Gesundheitsförderung	34
Health Literacy bzw. Gesundheitskompetenz	24
Sensibilisierung (z. B. für Gesundheitsförderung)	23
Empowerment	20
Vorsorge und Prävention	19
Psychische Gesundheit	13
Gesundheitsverhalten (z. B. Bewegungsverhalten)	6
Ausbildung/Unterstützung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen	6
Chancengerechtigkeit	6
Beratung und Information zu Gesundheitsthemen	6
Sucht	5
Verbesserung der Gesundheit	5
Konkrete Gesundheitsthemen (Brustkrebs, Zahngesundheit, HIV/Aids)	4
Ressourcenstärkung	3

Darstellung: GÖG/ÖBIG

84 der 87 Projekte richteten sich an Migranten und Migrantinnen direkt, teilweise auch (21) an Personen, die mit Migranten und Migrantinnen arbeiten, und drei nur an Personen, die mit Migranten/Migrantinnen arbeiten. 22 der 87 Projekte richteten sich nicht an spezifische Zielgruppen (z. B. „Kinder“, „Flüchtlinge“), sondern an Migrantinnen und Migranten generell. Nur zehn Maßnahmen galten für Personen aus einem spezifischen Land/Kulturkreis³⁸.

Speziell genannte Zielgruppen sind Tabelle 5.2 zu entnehmen. Teilweise richteten sich die Projekte speziell an Frauen (15), Kinder und/oder Jugendliche (13) und Eltern (10), auch hier gibt es Überschneidungen (z. B. wurden mit Kindern als Zielgruppe gleichzeitig oft auch Eltern und Lehrer/innen angesprochen). Der Großteil der Maßnahmen (65) war bezüglich der Zielgruppe jedoch allgemein gehalten.

38

Sieben an Personen mit einem türkischen/muslimischen Hintergrund, zwei an Personen aus Afrika und eines an Personen aus Afghanistan.

Tabelle 5.2:
Zielgruppen

Zielgruppe	Anzahl
Keine konkrete Zielgruppe(n)	22
Konkrete Zielgruppe(n)	65
Beispiele für Zielgruppen (Überschneidung möglich)	
Personen, die mit Migranten und Migrantinnen zu tun haben (z. B.: Lehrer/innen, Gesundheitspersonal)	24
Frauen	15
Kinder und/oder Jugendliche	13
Eltern	10
Asylwerber/innen, Asylberechtigte, subsidiär Schutzberechtigte und Flüchtlinge	5
Multiplikatoren/Multiplikatorinnen bzw. Schlüsselpersonen aus Communities	4
Zeugen bzw. Opfer von Menschenhandel/Gewalt	2

Darstellung: GÖG/ÖBIG

Für viele Maßnahmen wurden mehrere Instrumente (z. B. Workshop und Exkursion) eingesetzt. Am häufigsten wurden Workshops/Schulungen und dergleichen durchgeführt (bei 63 Maßnahmen), gefolgt von Information, Veranstaltungen oder Vorträgen (bei 42 Maßnahmen) (siehe Tabelle 5.3).

Tabelle 5.3:
Art der Maßnahmen (Auszug)

Art der Maßnahmen	Anzahl
Workshops/Kurse/Schulungen/Trainings/Programme/ Seminare/Aus- und Fortbildungen	63
Information, Veranstaltungen und Vorträge	42
Beratung	17
Vernetzung bzw. Netzwerke	16
Exkursionen	9
Gesprächsrunden oder -zirkel	9
Übersetzungsarbeit	9
Psychologische/psychotherapeutisches Angebot	4

Darstellung: GÖG/ÖBIG

6 Exkurs: Roma

Mit zehn bis zwölf Millionen Menschen stellt die Volksgruppe der Roma die größte Minderheit in Europa dar. Ihre Geschichte ist geprägt von rassistischer Verfolgung, Diskriminierung und sozialer Ausgrenzung. In einer Pilotumfrage der European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) zur Situation der Roma in elf³⁹ europäischen Ländern bestätigt sich, dass Roma in den Bereichen Bildung, Beschäftigung, Wohnraum und Gesundheit durchschnittlich schlechtere Lebensbedingungen vorfinden als Nicht-Roma, die in ihrer unmittelbaren Nähe leben (European Union Agency for Fundamental Rights 2013a).

Diese Ergebnisse untermauern das Postulat der Europäische Kommission in ihrer Mitteilung vom April 2011: „Sie [Anm. die Roma] leben als Randgruppe unter äußerst prekären sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen“ (Europäische Kommission 2011, 2). In den Schlussfolgerungen des Rates vom 23./24. Juni 2011 ruft er dazu auf „[...] die Schlussfolgerungen des Rates vom 19. Mai 2011 zum EU-Rahmen für nationale Strategien zur Integration der Roma bis 2020 rasch umzusetzen [...]“ (Europäischer Rat 2011, 13).

In dem daraufhin von Österreich entwickelten Dokument „EU-Rahmen für nationale Strategien zur Integration der Roma bis 2020. Politische und rechtliche Maßnahmen“ (Bundeskanzleramt 2011) legt Österreich den Fokus auf die Bereiche Bildung, Wohnen, Beschäftigung und Gesundheit. Für drei dieser Bereiche wurden bereits Forschungsprojekte beauftragt, die jedoch noch nicht abgeschlossen sind. Mit den Ergebnissen zum Thema Gesundheit von Roma in Österreich ist laut Auskunft des BMG mit Ende November 2014 zu rechnen.

Für Österreich liegen keine Daten zur gesundheitlichen Situation von Roma vor. In der in diesem Bericht analysierten Literatur wurde die Gesundheit der Roma in Österreich nicht thematisiert. Da Roma eine Volksgruppe bzw. eine ethnische Minderheit darstellen, die schon lange in Österreich beheimatet ist (autochthon), wurden Roma als ethnische Minderheit nicht in die Migrationsforschung einbezogen. Roma, die als Migrantinnen und Migranten (allochthon) zuwandern, werden über ihre Nationalität erfasst, und scheinen daher in Migrationsberichten nicht als Roma auf. In Österreich ist die Abfrage der Volksgruppenzugehörigkeit in amtlichen Statistiken per Gesetz verboten. Auch in der hier analysierten Literatur zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten finden sich für den europäischen Raum nur vereinzelte, marginale Hinweise auf die Situation der Roma.

In einer Studie im Auftrag der AK Wien zur Beschäftigungssituation von Personen mit Migrationshintergrund in Wien (Riesenfelder et al. 2011) wurde die Beschäftigungssituation von Roma näher beleuchtet. Dabei zeigt sich, dass 90 Prozent der beschäftigten Roma im Dienstleistungssektor arbeiten (im Vergleich zu 75 % der Personen, die keiner ethnischen Minderheit zugehö-

39

Bulgarien, Tschechische Republik, Griechenland, Spanien, Frankreich, Ungarn, Italien, Polen, Portugal, Rumänien und Slowakei

ren), 40 Prozent eine Hilfstätigkeit ausüben (im Vergleich zu 27 % der Personen, die keiner ethnischen Minderheit angehören) und 23 Prozent im Schicht- oder Turnusdienst arbeiten (im Vergleich zu 10 % der Personen, die keiner ethnischen Minderheit angehören). Bei Fragen zur Belastung durch verschiedene Faktoren (der Arbeit) zeigt sich, dass Angehörige ethnischer Minderheiten insgesamt höhere Belastung empfinden, dies zeigt sich besonders bei schlechten gesundheitlichen Bedingungen am Arbeitsplatz (49 % fühlen sich sehr / eher stark belastet vs. 25 % der Personen, die keiner ethnischen Minderheit angehören), Stress und Zeitdruck (59 % sehr / eher stark belastet vs. 36 % der Personen, die keiner ethnischen Minderheit angehören) und bei Belastung durch körperlich anstrengende Tätigkeiten (49 % sehr / eher stark belastet vs. 31 % der Personen, die keiner ethnischen Minderheit angehören). 52 Prozent der befragten Roma haben höchstens die Pflichtschule abgeschlossen (vs. 24 % der Personen, die keiner ethnischen Minderheit angehören). Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass Roma auch gesundheitlich benachteiligt sind.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die gesundheitliche Situation der Roma in Österreich (noch) unzureichend erforscht ist und daher die laufenden Anstrengungen des BKA zur Verbreiterung der Wissensbasis sehr begrüßenswert sind.

7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Wie in der Einleitung aufgezeigt wurde, hat in Österreich rund jede/r Fünfte Migrationshintergrund, in Ballungsgebieten ist dieser Anteil deutlich höher. Für ein adäquat funktionierendes Gesundheitssystem ist es daher notwendig, Personen mit Migrationshintergrund entsprechend zu berücksichtigen.

Die analysierte Literatur belegt, dass Personen mit Migrationshintergrund in Österreich einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Personen ohne Migrationshintergrund. Auch das allgemeine Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, insbesondere die Inanspruchnahme von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, unterscheiden sich teilweise. Es zeigt sich ein starker Zusammenhang mit sozioökonomischen Bedingungen: Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sowohl mit als auch ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich im Gesundheitsverhalten und haben einen schlechteren Gesundheitszustand als Personen aus höheren sozialen Schichten. Migrantinnen und Migranten zählen zumeist auch zu den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Es gibt aber auch Hinweise darauf, dass selbst bei gleichen sozioökonomischen Bedingungen der Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund durchschnittlich schlechter ist. Welche Faktoren (z. B. soziokultureller Hintergrund, Diskriminierung, migrationstypische Bedingungen) dazu führen und wie diese wirken, ist bislang noch nicht geklärt.

Für Personen mit Migrationshintergrund bestehen darüber hinaus auch verschiedenste Barrieren, die den Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem erschweren können. Diese können sich wiederum auch negativ auf den Gesundheitszustand auswirken. Inwieweit sich dieser Zusammenhang manifestiert, müsste jedoch vertieft untersucht werden. Insgesamt gibt es wenige österreichische Studien, die den Zugang von Migrantinnen und Migranten zum Gesundheitssystem untersuchen, insbesondere fehlen solche, die die Sicht der Migrantinnen und Migranten miteinbeziehen.

Die Datenlage zur Gesundheit in Österreich ist- unabhängig vom Migrationshintergrund - ausbaufähig. Die umfassendsten, aktuellsten, österreichweit repräsentativen Daten zu dieser Thematik stammen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Einige Fragen zur Gesundheit werden auch in der jährlichen EU-SILC-Erhebung gestellt. Daten zu Kindern und Jugendlichen bestimmter Altersgruppen (11-, 13-, 15- und 17-Jährige) erfasst die HBSC-Erhebung (Health Behaviour in School-aged Children). Zur Gesundheit von älteren Personen (50+) gibt es im SHARE-Datensatz einige Variablen. Bei all diesen Erhebungen wurden auch Migrantinnen und Migranten mitbefragt. Die Stichprobengröße dieser sehr heterogenen Gruppe dürfte jedoch meist relativ klein sein, sodass differenzierte Analysen problematisch oder nicht möglich sind (etwa den Gesundheitszustand nach Migrationshintergrund verknüpft mit Ergebnissen zur sozioökonomischen Situation zu analysieren).

Die Koordinationsstelle Zahnstatus bemüht sich demgegenüber bereits seit dem Jahr 2006 einen besonderen Schwerpunkt auf die Erforschung der Zahngesundheit von Heranwachsenden mit Migrationshintergrund zu legen und sammelt regelmäßig Daten dazu.

Die quantitative Datenlage zu Personen mit Migrationshintergrund in Österreich insgesamt muss als mangelhaft bezeichnet werden: Es liegen zurzeit keine aktuellen österreichweit repräsentativen Studien zu Migrantinnen und Migranten vor.

„Migrationshintergrund“ wird in Erhebungen nur teilweise erfasst. Wie die Einleitung bereits ausführt, zählen neben Personen, die selbst immigriert sind, Personen dazu, deren Eltern (bzw. ein Elternteil) immigriert sind (2. Generation) oder deren Großeltern (3. Generation)⁴⁰. So können z. B. aufgrund der Stichprobengrößen entweder nur über Personen aus bestimmten Herkunftsländern Aussagen getroffen werden (z. B. Türkei und ehemaliges Jugoslawien – wie dies in der Analyse des ATHIS 2006/2007 gemacht wurde) oder über alle Migranten und Migrantinnen (z. B. alle Eingebürgerten oder Personen ohne österreichische Staatsbürgerschaft, die nicht aus der EU oder aus EFTA-Ländern stammen). Über die 2. Generation sind mit den vorhandenen Daten kaum Aussagen zu treffen und über die 3. Generation überhaupt nicht.

Positiv ist anzumerken, dass das Thema „Migration und Gesundheit“ in der Politik zunehmend Beachtung findet, wie zum Beispiel in den Österreichischen Rahmen-Gesundheitszielen, die die zentrale Grundlage für die Festlegung der inhaltlichen Schwerpunktsetzung der Zielsteuerung-Gesundheit darstellen. Insbesondere Ziel 2 „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen“, Ziel 3 „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“, Ziel 9 „Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern“ und Ziel 10 „Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen“ können einen Rahmen dafür bieten, die gesundheitliche Situation und Versorgung für sozial schwache Migrantinnen und Migranten zu verbessern.

Auch auf EU-Ebene gibt es Bestrebungen das Thema voranzutreiben. So ist zum Beispiel die Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema „screening migrants“ durch das Health Security Committee angedacht, an dessen Teilnahme auch Österreich Interesse zeigen wird (Auskunft des BMG).

Aus den Ergebnissen des Berichts lassen sich neben Verbesserungs- und Maßnahmenvorschlägen für die Praxis und weiterer Forschungsbedarf ableiten (siehe Abschnitt 7.1 und 7.2). Einige Punkte, die in Österreich (noch) fehlen, werden hier zusammenfassend hervorgehoben:

40

Die Erfassung weiterer Generationen ist insbesondere vor dem Hintergrund von Bildungs- und Einkommensmobilität wichtig (Vgl. z. B. Knittler 2011)

Ein strategischer Rahmen zur Erfassung der Gesundheitslage von Migrantinnen und Migranten und zum Barriereabbau für deren Zugang zum Gesundheitssystem

- » Einheitliche Datenlage zu Gesundheit und Migration, sowie ein (einheitlich) definierter Migrationsbegriff
- » Differenzierungsmöglichkeiten nach Herkunft (über Ex-Jugoslawien und die Türkei hinaus), nach Migrationstypus (Arbeitsmigration, Fluchtbewegungen etc.) sowie nach sozioökonomischen Status. Diese Faktoren sollen verknüpft analysiert werden können.
- » Eine Erhebung bei Migrantinnen und Migranten sowie Gesundheitsdiensteanbietern, um Zugangsbarrieren zum österreichischen Gesundheitssystem festzustellen
- » Untersuchung des Faktors Diskriminierung und seiner Auswirkungen auf die Gesundheit sowie auf den Zugang zum Gesundheitssystem in Österreich
- » Übersicht über gesundheitliche Präventivmaßnahmen für Migrantinnen und Migranten auf Betriebsebene
- » Wissenschaftliche Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage von Roma

7.1 Verbesserungs- und Maßnahmenvorschläge

Zum Teil sind die verschiedenen Zugangsbarrieren und Bedingungsfaktoren für Gesundheit eng miteinander verknüpft und schwer trennbar (z. B. Gesundheitskompetenz und Informationsbarrieren). Zur Verbesserung des Zugangs zu und der adäquaten Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, die wiederum die Gesundheit positiv beeinflussen können, sollten Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen abgestimmt gesetzt werden.

- » In der Literatur wird immer wieder auf eine eingeschränkte **Gesundheitskompetenz** von Migrantinnen und Migranten verwiesen, die u. a. zu fehlenden Informationen über das Gesundheitssystem und nicht adäquater Inanspruchnahme führen kann (z. B. Aufsuchen der Notfallambulanz statt des Hausarztes). Inwiefern das für Migranten und Migrantinnen in Österreich zutrifft, wird gerade in der „Österreichischen MigrantInnen Gesundheitskompetenz Studie („GKM“)“ des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Promotion Research untersucht. Auf Basis dieser Studie könnten gezielte Maßnahmen entwickelt und gesetzt werden, um die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund zu fördern.
- » Die **verbesserte Bildungschancen** für Personen mit Migrationshintergrund können dazu beitragen die Gesundheitskompetenz zu erhöhen, aber auch sozioökonomische Faktoren wie Arbeits- und Lebensverhältnisse zu verbessern.
- » Um Informationsmängel bzw. um Missverständnisse zu verringern, sollten Anbieter/innen von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen auf Zuwanderinnen und Zuwanderer **abgestimmte, Informationsmaterialien bereitstellen**. Wichtig wären auch **aufsuchende Maßnahmen** etwa durch Sozialarbeiter/innen, die intensiven Kontakt mit einigen Zugewanderten haben, um den Zugang zu relevanten Informationen zu erleichtern. Es reicht nicht, Sachinformationen bereitzustellen, da das Vertrauen in das „fremde“ Gesundheitswesen langfristig

aufgebaut werden muss. Offizielle Informationen sollen auch noch durch Erfahrungswissen von Familien oder lokalen Gemeinschaften „validiert“ werden. Die Rolle der „unmittelbareren Kommunikationskanäle“ wird häufig von integrierten, gebildeten und informierten Mitgliedern von Migranten-Communities, besonders von solchen, die im Bereich des Gesundheitswesens arbeiten, übernommen. Generell sollten **Informationen verständlich aufbereitet** sein und die jeweiligen Inhalte in einfachen und konkreten Begriffen erklären.

- » Sprachbarrieren können einerseits durch den Einsatz von **Dolmetschdiensten** oder **Kulturvermittlern/Kulturvermittlerinnen** bzw. durch **mehrsprachiges Informationsmaterial** abgebaut werden. Eine verbesserte Sprachkompetenz von Personen mit Migrationshintergrund trägt ebenso dazu bei.
- » Die Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Personen mit Migrationshintergrund kann u. a. verbessert werden durch das **Fördern interkultureller Kompetenz** des medizinischen Personals, den **Abbau von sprachlichen Barrieren** (z. B. einfaches Erklären von medizinischen Sachverhalten) und den vermehrten Einsatz von **mehrsprachigem Personal** auch in den höheren medizinischen Diensten.
- » Diskriminierendes Verhalten kann u. a. durch Kommunikationsprobleme und geringe interkulturelle Kompetenz des medizinischen Personals entstehen. Eine Veränderung dieser beiden Faktoren kann auch zur Verringerung von Diskriminierungen beitragen.
- » Ein Erhöhen der Inanspruchnahme von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen durch Migranten und Migrantinnen ist insbesondere durch Angebote zu verbessern, in denen die **Migranten und Migrantinnen als Zielgruppe explizit angesprochen** werden.
- » Einen wichtigen Input zur Gesundheit von immigrierenden Kindern und Jugendlichen gibt die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin mit dem publizierten Standard zu „medizinischen Maßnahmen bei immigrierenden Kindern und Jugendlichen“ (Borkhardt/Wirth 2014). In dieser wird angeregt eine ärztliche Anamnese, Untersuchung und initiale Blut- und Stuhluntersuchungen durchzuführen, um gesundheitliche oder entwicklungsneurologische/psychologische Probleme oder Gefährdungen frühzeitig festzustellen und Infektionserkrankungen auszuschließen. Diese Vorschläge umzusetzen wäre auch für Österreich sinnvoll.
- » Im Zuge der Zielsteuerung-Gesundheit wurde ein Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich erarbeitet („das Team rund um den Hausarzt“), mit dem u. a. die Allgemeinmediziner/innen in ihrer Rolle als Erstanlaufstelle in der Gesundheitsversorgung gestärkt werden sollen. Dabei wird auch auf einen „niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Bevölkerungsgruppen insbesondere unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit [...]“ und „[...] direktes Zugehen [...] auf Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichen sozialen und kulturellen Hintergründen [...] insbesondere zu Themen der Gesundheitsförderung und Prävention inkl. Information über die Angebote und Zuständigkeiten in der Gesundheitsversorgung“ (Bundesministerium für Gesundheit 2014, 9) hingewiesen. Bei der Umsetzung dieses Konzepts sollte speziell die Gruppe der sozial benachteiligten Migrantinnen und Migranten berücksichtigt werden – vor allem beim genannten Aspekt der Information über die Angebote und Zuständigkeiten.

7.2 Forschungsbedarf in Österreich

Für weitere Forschungsarbeiten wäre eine systematische Kooperation von Stellen, die (zunehmend) mit dem Thema „Migration“ konfrontiert sind, wie Gesundheits-, Sozial- und Integrationsministerium, Länder, Integrationsinstitutionen (z. B. ÖIF, MA 17) und Sozialpartner sinnvoll. Gemeinsam könnte der bereits genannte strategische Rahmen erarbeitet werden, um so sicherzustellen, dass der bestehende Forschungsbedarf mit einzelnen Studien nach und nach gedeckt wird bzw. dass die sich daraus abzuleitenden Handlungsoptionen in ein einheitliches System fügen. Durch die Zusammenarbeit könnten Synergien durch Arbeitsteilung genutzt und Doppelarbeiten vermieden. Hilfreich ist auch die Einigung auf einheitlich anzuwendende Begriffe (z. B. Migrationsbegriffe) und abgestimmte Designs bei Erhebungen.

Der Bericht liefert Empfehlungen zur Beforschung spezifischer Inhalte.

Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten

Zur besseren Erforschung des Zusammenhangs von Migration und Gesundheit in Österreich, speziell von soziokulturellen Einflüssen auf die Gesundheit bzw. das Gesundheitsverhalten von Migrantinnen und Migranten wären daher auch quantitative Erhebungen notwendig. Eine Möglichkeit wäre, Personen aus spezifizierten Herkunftsregionen in getrennten Erhebungen und mit Personen ohne Migrationshintergrund als Vergleichsgruppe zu befragen, um aufwändige breit angelegte Studien zu vermeiden. Sinnvoll wäre es die jeweiligen Stichprobengrößen so zu wählen, dass eine verknüpfte Auswertung nach Migrationshintergrund und „Migrationstypen“ (Flucht, Arbeitsmigration etc.) sowie soziodemografischen Merkmalen möglich ist. Um Vergleichbarkeit zwischen diesen Erhebungen nach Ursprungsland herzustellen, wäre das gleiche Studiendesign notwendig. All dies würde schrittweise einen neuen Datenbestand aufbauen.

Um Gesundheitsressourcen, Bedürfnisse und Ursachen für bestimmte Verhaltensweisen von Personen mit Migrationshintergrund darzustellen, wäre darüber hinaus auch eine qualitative Herangehensweise sinnvoll. Nicht zuletzt um Zugangsbarrieren in Österreich zu untersuchen und Empfehlungen zu ihrer Minimierung abzuleiten.

Stationäre Versorgung

Über eine **Auswertung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation** des BMG wäre zumindest eine erste Darstellung der Inanspruchnahme nach Staatsbürgerschaft möglich. Für eine Analyse der Inanspruchnahme nach Migrationshintergrund ist jedenfalls eine Neuerhebung notwendig.

Kinder und ältere Personen mit Migrationshintergrund

- » Gerade bei Kindern sollte im gesundheitsförderlichen oder präventiven Bereich angesetzt werden. Daher sind genaue Analysen des Gesundheitszustandes zur Identifizierung der spezifischen Zielgruppen zentral. Datenerhebungen wären für diese Zielgruppe über Kindergärten oder Volksschulen möglich. Für die älteren Kinder und Jugendlichen wäre im ersten

Schritt eine spezifische Auswertung der HBSC-Daten sinnvoll (bei entsprechender Stichprobengröße).

- » Die Alterung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund lässt besondere gesundheitliche Probleme für diese Zielgruppe erwarten (da schon bei den „Jungen“ vermehrt Probleme auftreten). Spezifische Untersuchungen zum Gesundheitszustand dieser Zielgruppen sind daher notwendig (einen ersten Ansatzpunkt gibt eine Auswertung des SHARE-Datensatzes, vgl. Punkt 2.1.1, 4.1.1, 4.1.2).

Undokumentierte Migrantinnen und Migranten

Zugang zu diesen könnte man über medizinische Einrichtungen finden, die auch nicht-versicherte Personen behandeln (z. B. AmberMED, Krankenhaus der barmherzigen Brüder, Marienambulanz Graz) oder über Beratungseinrichtungen für undokumentierte Migrantinnen und Migranten.

Analysen über Zugangs- und Versorgungsdefizite im Gesundheitssystem

Nur wenige Studien befassen sich mit Zugangsbarrieren in Österreich. Daher wäre es sinnvoll diese unter Einbeziehung von Migrantinnen und Migranten sowie Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen zu erforschen.

Eine genaue **Analyse der migrationsspezifischen Angebotsstruktur** psychosozialer Versorgung (z. B. in Wien) kann Aufschluss darüber geben, ob bzw. welche Angebote fehlen. Insbesondere fehlt eine Analyse zu (derzeit nur vermuteten) Fehl-, Unter- oder Überversorgung im Bereich der psychosozialen Gesundheitsversorgung.

„**Migration und Sucht**“ wurde in der für diesen Bericht analysierten Literatur nicht thematisiert. Es ist weitgehend unbekannt, ob bestehende Suchthilfeeinrichtungen Suchtkranke mit Migrationshintergrund erreichen bzw. ausreichend Akzeptanz finden bzw. wie die Angebote gestaltet sein müssten, um suchtkranke Migrantinnen und Migranten gut erreichen zu können. In Deutschland wird immer wieder **interkulturelle Suchthilfe** gefordert. Dazu gibt es auch schon einige Arbeiten. Sinnvoll erscheint, Maßnahmen jener Einrichtungen, die Migranten und Migrantinnen in diesem Bereich gut erreichen, zu analysieren, und Empfehlungen daraus abzuleiten. Allerdings muss gerade dabei die Gefahr der doppelten Stigmatisierung – in der Öffentlichkeit wird Drogenhandel oft mit Migranten/Migrantinnen in Zusammenhang gebracht – berücksichtigt werden.

Eine vertiefte Analyse der **Diskriminierungen** von Migranten und Migrantinnen im österreichischen Gesundheitssystem (aufbauend auf dem EU-Bericht „Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare“ der European Agency for Fundamental Rights, die einen ersten Einblick gibt) kann als Grundlage dienen, Strategien zu entwickeln, um diese abzubauen.

Entwicklungs- und Unterstützungsmaßnahmen zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten

Die in diesem Bericht gesammelten und grob analysierten Maßnahmen und Projekte zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten sind nicht systematisch evaluiert und für einen möglichen Transfer (Roll-out) in andere Regionen oder Bereiche analysiert. Insbesondere wäre eine **systematische Evaluation** der vorgestellten Entwicklungsmaßnahmen z. B. in Hinblick auf den Abbau von Zugangsbarrieren sinnvoll.

- » Eine Möglichkeit wäre, auf vorhandene Evaluationen zurückzugreifen und fehlende zu ergänzen (Analyse der Evaluationen nach bestimmten Aspekten).
- » Eine andere Möglichkeit wäre, ein eigenes Evaluationsinstrument zu entwickeln und alle Maßnahmen neu zu evaluieren (z. B. mittels Befragung der Projektleiter/innen und/oder der Teilnehmer/innen. Fragestellungen könnten sein, „Welche Art der Maßnahme wirkt bei welchen Gruppen (z. B. Herkunft)?“, „Ist die Maßnahme in den Regelbetrieb integrierbar?“).

Die Analyse sollte in systematische Transferempfehlungen für gut evaluierte Initiativen einfließen.

Prinzipiell wäre eine vertiefte Analyse zur Frage, wie Migrantinnen und Migranten im Gesundheitssystem (Kuration, Prävention, Gesundheitsförderung etc.) besser erreicht und **adäquater betreut** werden können, sinnvoll. Dazu könnten die dargestellten Entwicklungs- und Unterstützungsmaßnahmen untersucht und verglichen werden mit erfolgreichen, aber nicht migrationspezifischen Maßnahmen/Programmen (Good-Practice-Beispiele) oder mit Maßnahmen aus anderen Ländern (z. B. Deutschland, Schweiz, England). Das zurzeit an der GÖG laufende Projekt zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung könnte mit seinen Handlungsempfehlungen als Grundlage dienen bzw. teilweise den Aspekt Gesundheitsförderung abdecken.

Wie aus dem vorliegenden Bericht hervorgeht, ist anzunehmen, dass Migrantinnen und Migranten oftmals unter schlechteren Bedingungen arbeiten. Daher wären insbesondere Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) auf Migrantinnen und Migranten auszurichten. Eine systematische Analyse der **Betrieblichen Gesundheitsförderung** bezüglich dieser Zielgruppe (Erreichen und Wirksamkeit) liegt bis jetzt nicht vor. Empfehlungen auch für bereits laufende BGF-Maßnahmen sollten daher entwickelt werden.

Literatur

AGES (2013): HIV/AIDS in Austria 2013. 23. Report of the Austrian Cohort Study. Austrian Agency for Health and Food Safety,

Agudelo-Suarez, A. A.; Ronda-Perez, E.; Gil-Gonzalez, D.; Vives-Cases, C.; Garcia, A. M.; Ruiz-Frutos, C.; Felt, E.; Benavides, F. G. (2011): The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. In: *BMC Public Health* 11/652

Agudelo-Suarez, A.; Gil-Gonzalez, D.; Ronda-Perez, E.; Porthe, V.; Paramio-Perez, G.; Garcia, A. M.; Gari, A. (2009): Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. In: *Soc Sci Med* 68/10:1866-1874

Ajrouch, K. J.; Reisine, S.; Lim, S.; Sohn, W.; Ismail, A. (2010): Perceived everyday discrimination and psychological distress: does social support matter? In: *Ethn Health* 15/4:417-434

Bachinger, Eleonore; Monika, Csitkovics; Klaudia, Wais (2004): Gesundheitsbericht Wien 2004. Magistrat der Stadt Wien Bereichsleitung für Sozial- und Gesundheitsplanung sowie Finanzmanagement Gesundheitsberichterstattung, Wien

Bachner, Florian; Ladurner, Joy; Habimana, Katharina; Ostermann, Herwig; Stadler, Isabel; Hahl, Claudia (2013a): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ausgabe 2012. Gesundheit Österreich GmbH

Bachner, Florian; Ladurner, Joy; Habimana, Katharina; Ostermann, Herwig; Stadler, Isabel; Hahl, Claudia (2013b): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ausgabe 2012. Wien

Basanez, T.; Unger, J. B.; Soto, D.; Crano, W.; Baezconde-Garbanati, L. (2013): Perceived discrimination as a risk factor for depressive symptoms and substance use among Hispanic adolescents in Los Angeles. In: *Ethn Health* 18/3:244-261

Bauer, Ullrich; Bittlingmayer, Uwe H.; Richter, Matthias (2008): Health Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Behrens, Britta (2011): Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen. BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg

Berg, A. O.; Melle, I.; Rossberg, J. I.; Romm, K. L.; Larsson, S.; Lagerberg, T. V.; Andreassen, O. A.; Hauff, E. (2011): Perceived discrimination is associated with severity of positive and depression/anxiety symptoms in immigrants with psychosis: a cross-sectional study. In: *BMC Psychiatry* 11/77

Biffi, Gudrun (2012): Access to Health Care in the European Union. In: Migration and Health in Nowhereland Access of Undocumented Migrants to Work and Health Care in Europe. Hg. v. Gudrun Biffi, Friedrich Altenburg, Omninum KG, Bad Vöslau: 77–98

Binder–Fritz, Christine (2009): Soziale und kulturelle Matrix von Gesundheit und Krankheit. In: Gesundheit hat Bleiberecht Migration und Gesundheit. Hg. v. E. Rasky, Facultas, Wien: 28–44

Binder–Fritz, Christine (2011): Migration und Gesundheit im Spiegel der Allgemeinmedizin. . In: Interkulturell kompetent Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Hg. v. M. Peintinger, Facultas, Wien: 119–204

Binder–Fritz, Christine; Rieder, Anita (2014): Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischem Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2014/9:1031–1037

Björngren Cuadra, Carin (2012): Policy towards Undocumented migrants of the EU27. In: Migration and Health in Nowhereland Access of Undocumented Migrants to Work and Health Care in Europe. Hg. v. Gudrun Biffi, Friedrich Altenburg, Omninum KG, Bad Vöslau: 109–132

BMG (2012): Rahmen–Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

BMG (2013): Kinder– und Jugendgesundheitsstrategie.

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2014): Rahmen–Gesundheitsziel 3. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Bodenwinkler, Andrea; Kerschbaum, Johann; Sax, Gabriele (2009): Zahnstatus 2007. Zwölfjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Bodenwinkler, Andrea; Kerschbaum, Johann; Sax, Gabriele (2010): Mundgesundheit bei Achtzehnjährigen Zahnstatuserhebung 2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Bodenwinkler, Andrea; Kerschbaum, Johann; Sax, Gabriele (2011): Mundgesundheit und Lebensqualität in Österreich 2010. 35– bis 44–Jährigen und 65– bis 74–Jährigen. ÖBIG, Wien

Bodenwinkler, Andrea; Kerschbaum, Johann; Sax, Gabriele (2012): Zahnstatus 2011. Sechsjährige in Österreich. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit / Gesundheit Österreich GmbH – Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Bodenwinkler, Andrea; Sax, Gabriele; Kerschbaum, Johann; Städtler, Peter (2007): Zahnstatus 2006: Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien

Bodenwinkler, Andrea; Sax, Gabriele; Städtler, Peter (2005): Zahnstatus 2003. Zahnstatuserhebung bei Achtzehnjährigen in Österreich. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien

Borde, Theda; Braun, Tanja; David, Matthias (2003): Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen. Problembe-schreibung, Ursachenanalyse, Lösungsansätze. Schlussbericht

Borkhardt, A.; Wirth, S. (2014): Medizinische Maßnahmen bei immigrierenden Kindern und Jugendlichen – Aktualisierung vom 07.10.2013. Stellungnahme der Kommission für Infektions-krankheiten und Impffragen. In: Monatschrift Kinderheilkunde 2014/1:56–61

Borrell, L. N.; Kiefe, C. I.; Williams, D. R.; Diez-Roux, A. V.; Gordon-Larsen, P. (2006): Self-reported health, perceived racial discrimination, and skin color in African Americans in the CARDIA study. In: Soc Sci Med 63/6:1415–1427

Brondolo, E.; Brady, N.; Thompson, S.; Tobin, J. N.; Cassells, A.; Sweeney, M.; McFarlane, D.; Contrada, R. J. (2008a): Perceived Racism and Negative Affect: Analyses of Trait and State Measures of Affect in a Community Sample. In: J Soc Clin Psychol 27/2:150–173

Brondolo, E.; Libby, D. J.; Denton, E. G.; Thompson, S.; Beatty, D. L.; Schwartz, J.; Sweeney, M.; Tobin, J. N.; Cassells, A.; Pickering, T. G.; Gerin, W. (2008b): Racism and ambulatory blood pressure in a community sample. In: Psychosom Med 70/1:49–56

Brown, C.; Matthews, K. A.; Bromberger, J. T.; Chang, Y. (2006): The relation between perceived unfair treatment and blood pressure in a racially/ethnically diverse sample of women. In: Am J Epidemiol 164/3:257–262

Bundeskanzleramt (2011): EU-Rahmen für nationale Strategien zur Integration der Roma bis 2020. Bundeskanzleramt Verfassungsdienst

Bundesministerium für Gesundheit (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“ Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Hg. v. Bundes-ministerium für Gesundheit. Wien

Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft; Abteilung II 6 (2014): Entwurf für das Programm für ländliche Entwicklung in Österreich 2014 – 2020.

Carta, Mauro Giovanni; Bernal, Mariola; Hardoy, Maria Carolina; Haro-Abad, Josep Maria (2005): Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). In: Clin Pract Epidemiol Ment Health 1/13

David, Matthias; Babitsch, Birgit; Borde, Theda (Hg.) (2010): Genderaspekte: Sind Migrant/inn/en anders gesund und krank? In: Migration, Kultur und Gesundheit – Chancen, Herausforderungen und Lösungen Tagungsband der 12. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health, 24 – 25 September 2009. Hg. v. Ursula Karl-Trummer, Christoph Pammer. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Linz

De Maio, F. G.; Kemp, E. (2010): The deterioration of health status among immigrants to Canada. In: *Glob Public Health* 5/5:462–478

Donovan, Roxanne A.; Huynh, Que-Lam; Park, Irene J.; Kim, Su-Yeong; Lee, Richard M.; Robertson, Emily (2013): Relationships among identity, perceived discrimination, and depressive symptoms in eight ethnic-generational groups. In: *J Clin Psychol* 69/4:397–414

Edge, Sara; Newbold, Bruce (2013): Discrimination and the health of immigrants and refugees: exploring Canada's evidence base and directions for future research in newcomer receiving countries. In: *J Immigr Minor Health* 15/1:141–148

Elliott, Alison; McAteer, Anne; Hannaford, Philip (2011): Revisiting the symptom iceberg in today's primary care: results from a UK population survey. In: *BMC family practice* 12/1:16

Enzenhofer, Edith; Höglinger, Monika; Kuss, Barbara; Franges, Helena (2010): MigrantInnen in der kommunalen Gesundheitsförderung– Zugang, Chancen und Erfahrungen Abschluss- und Vernetzungsveranstaltung des Projekts „Healthy Inclusion“ Veranstaltungsdokumentation. In: Forschungsinstitut des Roten Kreuzes (Hg.): „Healthy Inclusion“, Wien, Forschungsinstitut des Roten Kreuzes

Europäische Kommission (2011): Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. EU-Rahmen für nationale Strategien zur Integration der Roma bis 2020. Brüssel

Europäischer Rat (2011): Schlussfolgerungen des Europäischen Rates (Tagung vom 23./24. Juni 2011). EUCO 23/1/11 REV 1, Europäischer Rat

European Union Agency for Fundamental Rights (2013a): Die Situation der Roma in elf EU-Mitgliedsstaaten. Umfrageergebnisse auf einen Blick. FRA, European Union Agency for Fundamental Rights, Luxembourg

European Union Agency for Fundamental Rights (2013b): Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare. FRA, European Union Agency for Fundamental Rights, Luxembourg

Expertenrat für Integration (Hg.) (2013): Integrationsbericht 2013. Perspektiven und Handlungsempfehlungen Wien

Faltermaier, Toni (2001): Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Migration und Krankheit. Hg. v. Peter Marschalck, Karl Heinz Wiedl, Universitätsverlag Rasch, Osnabrück: 93–112

Franke, Alexa (2006): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern

Green, Larry A.; Fryer, George E. Jr.; Yawn, Barbara P.; Lanier, David; Dovey, Susan M. (2001): The Ecology of Medical Care Revisited. In: New England Journal of Medicine 344/26:2021–2025

Grois, Nicole (2014): Medizinische Versorgung von immigrierenden Kindern und Jugendlichen in Österreich. In: Politische Kinder Medizin – Newsletter 2014/20:1–10

Halmdienst, Nicole; Radhuber, Michael; Winter-Enmer, Rudolf (2013): Gekommen um zu bleiben: Konturen von alternden Migrantinnen und Migranten in Österreich. Eine Untersuchung der allgemeinen Lebens- und gesundheitlichen Situation von Migrantinnen und Migranten im Alter 50+. . Johannes Kepler Universität Eine empirische Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Linz

Harris, R.; Tobias, M.; Jeffreys, M.; Waldegrave, K.; Karlsen, S.; Nazroo, J. (2006): Racism and health: the relationship between experience of racial discrimination and health in New Zealand. In: Soc Sci Med 63/6:1428–1441

Heredia Montesinos, Amanda; Rapp, Michael A; Temur-Erman, Selver; Heinz, Andreas; Hegerl, Ulrich; Schouler-Ocak, Meryam (2012): The influence of stigma on depression, overall psychological distress, and somatization among female Turkish migrants. In: Eur Psychiatry 27 Suppl 2/S22–26

HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. The international Consortium of the HLS-EU Project

Hoffmann, K.; Stein, K. V.; Maier, M.; Rieder, A.; Dorner, T. E. (2013): Access points to the different levels of health care and demographic predictors in a country without a gatekeeping system. Results of a cross-sectional study from Austria. In: Eur J Public Health 23/6:933–939

Hofmann, Felix; Felder-Puig, Rosemarie (2014): Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei österreichischen Schülerinnen und Schülern. HBSC Factsheet Nr 10/2014. Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research

Hunte, H. E.; Williams, D. R. (2009): The association between perceived discrimination and obesity in a population-based multiracial and multiethnic adult sample. In: Am J Public Health 99/7:1285–1292

Igel, U.; Brähler, E.; Grande, G. (2010): Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen. In: Psychiatr Prax 37/4:183–190

KAKuG: Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957, in der geltenden Fassung.

Karl-Trummer, Ursula (2009): Inklusion durch Exklusion: Paradoxienmanagement der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere. In: Lebenslage und Versorgung von Menschen ohne Papiere. Hg. v. Theda Borde, Matthias David, Ingrid Papies-Winkler Mabuse, Frankfurt Main: 107–118

Karl-Trummer, Ursula (2011): Herausforderungen der Betreuung von "undokumentierten MigrantInnen" in der primären Gesundheitsversorgung in Österreich. . In: Interkulturell kompetent Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Hg. v. M. Peintinger, Facultas, Wien: 329–339

Karl-Trummer, Ursula; Novak-Zezula, Sonja; Metzler, Birgit (2009): Managing a Paradox: Health Care for Undocumented Migrants in the EU. In: Finnish Journal of Ethnicity and Migration Vol . 4 / 2009/No. 2:59–53

Karl-Trummer, Ursula; Sardadvar, Sascha (2012): The interplay of health, migrant status and socioeconomic status in eight EU countries. In: Health inequalities and risk factors among migrants and ethnic minorities. Hg. v. David Ingleby et al., Maklu, Belgien: 79–94

Karl-Trummer, Ursula; Novak-Zezula, Sonja; Metzler, Birgit (2009): Gesundheitsservices im Niemandsland: Funktionale Ignoranz und informelle Solidarität. . In: Gesundheit hat Bleiberecht Migration und Gesundheit. Hg. v. E. Rasky, Facultas, Wien: 376–384

Karl-Trummer, Ursula; Novak-Zezula, Sonja; Sardadvar, Sascha (2012): Gesundheit im urbanen Raum. Die Bedeutung von sozioökonomischer Position und Migrationsstatus als Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Wiener Bevölkerung – Factsheet.

Karlsen, S.; Nazroo, J. Y. (2002): Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. In: Am J Public Health 92/4:624–631

Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie [Online]. Bundesministerium für Gesundheit. http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Kinder_und_Jugendgesundheit/Kinder_und_Jugendgesundheitsstrategie/ [Zugriff am 05. Sept. 2014]

Klimont, Jeanette; Kytir, Josef; Leitner, Barbara (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und Statistik Austria, Wien

Knipper, Michael; Bilgin, Yasar (2009): Migration und Gesundheit. Hg. v. Konrad-Adenauer-Stiftung e.V., Berlin

Knittler, Käthe (2011): Intergenerationale Bildungsmobilität. Bildungsstruktur junger Erwachsener im Alter von 15 bis 34 Jahren im Vergleich mit jener ihrer Eltern. In: Statistische Nachrichten 2011/4:252–266

Kremla, Marion (2005): Interkulturelle Altenpflege in Wien: Angebot und Veränderungsbedarf aus der Sicht von ZuwanderInnen und Trägereinrichtungen. Forschungsbericht. . Asylkoordination Österreich, Wien

Kronsteiner, Ruth (2002): Ethnologie in der Psychotherapie. Migration und Kultur in ethnotherapeutischen Beziehungen mit Aufnehmenden und Zugewanderten. Dissertation, Wien: Human- und Sozialwiss. Fakultät der Universität Wien

Kunst, Jonas R.; Sam, David L.; Ulleberg, Pål (2013): Perceived islamophobia: Scale development and validation. In: International Journal of Intercultural Relations 37/2:225–237

Kutalek, R. (2011): Kulturelle Aspekte von Gesundheit und Krankheit: Medizinanthropologische Ansätze. In: Interkulturell kompetent Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Hg. v. M. Peintinger, Facultas, Wien: 23–38

Lamkaddem, Madja; Essink-Bot, Marie-Louise; Deville, Walter; Foets, Marleen; Stronks, Karien (2012): Perceived discrimination outside health care settings and health care utilization of Turkish and Moroccan GP patients in the Netherlands. In: Eur J Public Health 22/4:473–478

LBI (2003): Soziale Exklusion und Gesundheit von MigrantInnen in Österreich. National Report Austria. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung

Lee, Debbiesiu L.; Ahn, Soyeon (2011): Racial Discrimination and Asian Mental Health: A Meta-Analysis. In: The Counseling Psychologist 39/3:463–489

Liebkind, Karmela; Jasinskaja-Lahti, Inga (2000): The influence of experiences of discrimination on psychological stress: a comparison of seven immigrant groups. In: Journal of Community & Applied Social Psychology 10/1:1–16

Llacer, A.; Amo, J. D.; Garcia-Fulgueiras, A.; Ibanez-Rojo, V.; Garcia-Pino, R.; Jarrin, I.; Diaz, D.; Fernandez-Liria, A.; Garcia-Ortuzar, V.; Mazarrasa, L.; Rodriguez-Arenas, M. A.; Zunzunegui, M. V. (2009): Discrimination and mental health in Ecuadorian immigrants in Spain. In: J Epidemiol Community Health 63/9:766–772

Löschke-Yaldiz, Kathleen; Özsoy, Serpil; San, Ekim; Ünsal, Seher; Keegan, Nuray Sümbültepe (2009): "Gesund in allen Sprachen". Health Literacy bei MigrantInnen. In: Frauen – Gesundheit – Soziale Lage Festschrift anlässlich des 10-jährigen Bestehens des Frauengesundheitszentrums FEM Süd. Hg. v. Hilde; Endler Wolf, Margit; Wimmer-Puchinger, Beate (Hrsg.), Facultas, Wien: 143–154

Mayer, Julia (2011): Migration und Gesundheit: Mögliche Wege aus dem Präventionsdilemma. ÖIF-Dossier Nr 17. Hg. v. Österreichischer Integrationsfonds.

McDonald, J. T.; Kennedy, S. (2004): Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. In: Soc Sci Med 59/8:1613–1627

Merbach, M.; Wittig, U.; Brahler, E. (2008): Angst und Depression polnischer und vietnamesischer MigrantInnen in Leipzig unter besonderer Berücksichtigung ihres Eingliederungsprozesses. In: Psychother Psychosom Med Psychol 58/3–4:146–154

Muckenhuber, Johanna; Freidl, Wolfgang; Rasky, Eva (2011): Healthcare for migrants and for marginalized individuals: The Marienambulanz in Graz, Austria. In: Wien Klin Wochenschr 123/17–18:559–561

Nakash, Ona; Nagar, Maayan; Shoshani, Anat; Zubida, Hani; Harper, Robin A. (2012): The effect of acculturation and discrimination on mental health symptoms and risk behaviors among adolescent migrants in Israel. In: Cultur Divers Ethnic Minor Psychol 18/3:228–238

National Institute of Public Health (2006): DISCRIMINATION – a threat to PUBLIC HEALTH. Health and Discrimination Project

Nationale Referenzzentrale für Tuberkulose (2012): Jahresbericht 2012.

Neto, Felix (2009): Predictors of mental health among adolescents from immigrant families in Portugal. In: J Fam Psychol 23/3:375–385

Österreichischer Integrationsfonds (2012): Migration & Integration. Zahlen, Daten, Indikatoren 2012. Bundesministerium für Inneres, Wien

Paradies, Y. (2006): A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. In: Int J Epidemiol 35/4:888–901

Paradies, Y.; Priest, N.; Ben, J.; Truong, M.; Gupta, A.; Pieterse, A.; Kelaheer, M.; Gee, G. (2013): Racism as a determinant of health: a protocol for conducting a systematic review and meta-analysis. In: Syst Rev 2/85

Pascoe, Elizabeth A.; Smart Richman, Laura (2009): Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. In: Psychological Bulletin

Pavalko, Eliza K.; Mossakowski, Krysia N.; Hamilton, Vanessa J. (2003): Does Perceived Discrimination Affect Health? Longitudinal Relationships between Work Discrimination and Women's Physical and Emotional Health. In: J Health Soc Behav 44/1:18–33

Penka, Simone; Heimann, H.; Heinz, Andreas; Schouler-Ocak, Meryam (2008): Explanatory models of addictive behaviour among native German, Russian-German, and Turkish youth. In: Eur Psychiatry 23 Suppl 1/36-42

Penka, Simone; Schouler-Ocak, Meryam; Heinz, Andreas; Kluge, Ulrike (2012): Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. Mögliche Barrieren und Handlungsempfehlungen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 55/9:1168-1175

Pieterse, A. L.; Todd, N. R.; Neville, H. A.; Carter, R. T. (2012): Perceived racism and mental health among Black American adults: a meta-analytic review. In: J Couns Psychol 59/1:1-9

Priest, N.; Paradies, Y.; Trenerry, B.; Truong, M.; Karlsen, S.; Kelly, Y. (2013): A systematic review of studies examining the relationship between reported racism and health and wellbeing for children and young people. In: Soc Sci Med 95/115-127

Rahmen-Gesundheitsziele Österreich (2013): [Online]. Bundesministerium für Gesundheit. <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/> [Zugriff am 05. Sept. 2014]

Razum, Oliver (2009): Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. Das vorliegende Kapitel ist eine gekürzte und aktualisierte Fassung der Habilitationsschrift „Der Healthymigrant-Effekt in Epidemiologie und öffentlicher Gesundheitspflege“

Razum, Oliver; Zeeb, Hajo; Meesmann, Uta; Schenk, Liane; Bredehorst, Maren; Brzoska, Patrick; Dercks, Tanja; Glodny, Susanne; Menkhaus, Björn; Salman, Ramazan; Saß, Anke-Christine; Ulrich, Ralf (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Hg. v. Robert Koch Institut.

Razum, Oliver; Geiger, Ingrid; Zeeb, Hajo; Ronellenfitsch, Ulrich (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten. In: Deutsches Ärzteblatt 101/43:A 2882-2887

Reinprecht, Christoph (1999): Ältere MigrantInnen in Wien. Empirische Studien zur Lebensplanung, sozialen Integration und Altersplanung. Senior-Plus-Projekt. Wien

Reinprecht, Christoph (2009): Hochaltrige Migrant/innen. In: Hochaltrigkeit in Österreich – Eine Bestandaufnahme. Hg. v. Hörl et al. 2. Aufl., Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Wien: 245-266

Reinprecht, Christoph (2005): Zur Situation älterer MigrantInnen in Wien. Ergebnisse der Befragung älterer MigrantInnen (55+) im Rahmen der Begleitforschung des EQUAL-Projektes "IntegrationsInfoService von MigrantInnen für MigrantInnen (IIS)". In: Migrantinnen im gesundheits- und Sozialbereich und Zur Situation älterer Migrantinnen in Wien. Hg. v. Christoph Reinprecht, Karin Kienzl-Plochberger, StudentInnen der Fachhochschule für Sozialarbeit Wien, Wien

Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (2006): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte. 1. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Riesenfelder, Andreas; Schelepa, Susanne; Wetzel, Petra (2011): Beschäftigungssituation von Personen mit Migrationshintergrund in Wien. Endbericht. L&R Sozialforschung im Auftrag der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien

Robert Koch Institut (2008): Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003 – 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Robert Koch Institut, Berlin

Schenk, Liane (2007): Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. In: Int J Public Health 52/87–96

Schenk, Liane; Bau, A M.; Borde, Theda; Butler, J.; Lampert, Thomas; Neuhauser, Hannelore; Razum, Oliver; Weilandt, C (2006): Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 49/9:853–860

Schenk, Liane; Ellert, Ute; Neuhauser, Hannelore (2007): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50/590–599

Schopf, Anna (2009): Die Partizipation von MigrantInnen in lokalen gesundheitsfördernden Angeboten in Wien Deutsche Zusammenfassung des Berichts über die fördernden und hindernden Faktoren für die Teilnahme aus der Perspektive von Anbieterorganisationen. Health Inclusion. Forschungsinstitut des Roten Kreuzes

Schopf, Anna; Franges, Helena (2010): Die Partizipation von MigrantInnen in lokalen gesundheitsfördernden Angeboten in Wien Deutsche Zusammenfassung des Berichts über die fördernden und hindernden Faktoren für die Teilnahme aus der Perspektive von MigrantInnen. Healthy Inclusion. Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, Wien

Schulz, A. J.; Gravelle, C. C.; Williams, D. R.; Israel, B. A.; Mentz, G.; Rowe, Z. (2006): Discrimination, symptoms of depression, and self-rated health among african american women in detroit: results from a longitudinal analysis. In: Am J Public Health 96/7:1265–1270

Sevillano, Veronica; Basabe, Nekane; Bobowik, Magdalena; Aierdi, Xabier (2013): Health-related quality of life, ethnicity and perceived discrimination among immigrants and natives in Spain. In: Ethn Health

Smart Richman, L.; Pek, J.; Pascoe, E.; Bauer, D. J. (2010): The effects of perceived discrimination on ambulatory blood pressure and affective responses to interpersonal stress modeled over 24 hours. In: Health Psychol 29/4:403–411

Sørensen, Kristine; Van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Geraldine; Pelikan, Jürgen M.; Slonska, Zofia; Brand, Helmut; European Health Literacy Project (HLS-EU) Consortium (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: BMC public health 12/80:-

Spallek, Jacob; Razum, Oliver (2007): Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. In: Medizinische Klinik 102/6:451-456

Spenger, Martin (2010): Evaluierung der Caritas Marienambulanz in Graz: Zehn Jahre allgemeinmedizinische Versorgung von Randgruppen. In: Migration, Kultur und Gesundheit – Chancen, Herausforderungen und Lösungen Tagungsband der 12. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health, 24 – 25 September 2009. Hg. v. Ursula Trummer, Christoph Pammer, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Linz: 125-136

Sprenger, Martin (2012): Resonanz der Versorgungsbereiche. In: ÖKZ – Das österreichische Gesundheitswesen 53 (2012)/01-02:17-20

Statistik Austria (2008): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Statistik Austria (2013a): Migration und Integration 2013.

Statistik Austria (2013b): Tabellenband EU-Silc 2012 Einkommen, Armut und Lebensbedingungen.

Statistik Austria (2014a): Migration & Integration. Zahlen, Daten, Indikatoren 2014 Statistik Austria und Bundesministerium für Europa, Wien

Statistik Austria (2014b): Tabellenband EU-Silc 2011 VWD* Einkommen, Armut und Lebensbedingungen.

Stronks, Karien; Snijder, Marieke B.; Peters, Ron J.; Prins, Marie; Schene, Aaron H.; Zwinderman, Aeiko H. (2013): Unravelling the impact of ethnicity on health in Europe: the HELIUS study. In: BMC Public Health 13/402

Sujoldzic, Anita; Peternel, Lana; Kulenovic, Tarik; Terzic, Rifet (2006): Social determinants of health—a comparative study of Bosnian adolescents in different cultural contexts. In: Coll Antropol 30/4:703-711

Thapa, Surai Bahadur; Hauff, Edvard (2005): Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low- and middle-income countries—findings from the Oslo Health Study. In: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 40/1:78-84

United Nations (2002): International Migration Report 2002. New York

Wamala, S.; Bostrom, G.; Nyqvist, K. (2007): Perceived discrimination and psychological distress in Sweden. In: Br J Psychiatry 190/75–76

WHO (2014): WHO Health [Online]. <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/> [Zugriff am 2.6.2014]

Wiking, E.; Johansson, S. E.; Sundquist, J. (2004): Ethnicity, acculturation, and self reported health. A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden. In: J Epidemiol Community Health 58/7:574–582

Williams, D. R.; Mohammed, S. A. (2009): Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. In: J Behav Med 32/1:20–47

Williams, D. R.; Williams–Morris, R. (2000): Racism and mental health: the African American experience. In: Ethn Health 5/3–4:243–268

Williams, David R. (2003): Racial/Ethnic Discrimination and Health: Findings from Community Studies. In: American Journal of Public Health 2003/93/2:

Wimmer–Puchinger, Beate; Wolf, Hilde; Engleder, Andrea (2006): Migrantinnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 49/9:884–892

Zielsteuerung–Gesundheit, Art. 15a B–VG (2012): Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG Zielsteuerung–Gesundheit, Bundesgesetzblatt

Anhang 1

Tabelle Anhang 1.1:

Niedrige, mittlere und hohe Einkommensklassen nach soziodemografischen Merkmalen der Einwohner/innen

Einkommensgruppe	Gesamt in 1.000	Niedrig (< 60 % des Median)		Mittel (60 %-180 % des Median)		Hoch (>180 % des Median)		Index
		in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %	
Insgesamt	8.344	1.201	14	6.301	76	842	10	100
Staatsbürgerschaft								
Österreich	7.386	904	12	5.864	77	799	11	104
darunter eingebürgert (Nicht EU/EFTA)	304	60	20	236	77	(9)	(3)	82
Nicht Österreich	958	297	31	618	64	43	5	76
davon EU/EFTA	365	133	36	204	56	29	8	86
davon sonstiges Ausland	592	164	28	414	70	(15)	(2)	74
Höchster Bildungsabschluss								
Max. Pflichtschule	1.703	349	20	1.289	76	65	4	86
Lehre/mittlere Schule	3.330	368	11	2.718	82	244	7	104
Matura	1.186	155	13	826	70	206	17	118
Universität	812	90	11	467	57	255	31	138

Anmerkung: Der Index repräsentiert den Medianwert der jeweiligen Bevölkerungsgruppe in % vom Median-Jahresäquivalenzeinkommen der Gesamtbevölkerung. – Bildung: nur Personen ab 16 Jahre. – Zahlen in Klammern beruhen auf geringen Fallzahlen: Sind in der Randverteilung weniger als 50 oder in der Zelle weniger als 20 Fälle vorhanden, wird geklammert. Zahlen, die auf Randverteilungen <20 beruhen, werden nicht ausgewiesen.

Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2012 nach Statistik Austria (2013b, 38)
Darstellung: GÖC/ÖBIG

Tabelle Anhang 1.2:

Niedrige, mittlere und hohe Einkommensklassen nach Erwerbsstatus der Einwohner/innen

Einkommensgruppe	Gesamt in 1.000	Niedrig (< 60 % des Median)		Mittel (60 %-180% des Median)		Hoch (>180 % des Median)		Index
		in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %	
Insgesamt	8.344	1.201	14	6.301	76	842	10	100
Personen im Erwerbsalter (20-64 Jahre)								
Insgesamt	5.115	680	13	3.832	75	603	12	107
Arbeitslos im Referenzjahr (2011)								
1-5 Monate	269	58	22	203	76	(7)	(3)	85
6-11 Monate	115	49	43	66	57	(0)	(0)	65
Ganzjährig	131	61	47	68	52	(2)	(1)	63
Berufliche Stellung (2012)								
Nicht erwerbstätig	1.404	344	24	945	67	115	8	86
Hilfsarbeit	789	113	14	649	82	27	3	93
Facharbeit	787	64	8	682	87	41	5	105
Mittlere Tätigkeit, Meister	690	50	7	63	82	78	11	120
Höhere Tätigkeit	431	26	6	319	74	86	20	128
Hochqualifizierte Tätigkeit	554	23	4	343	62	187	34	154
Selbständige	460	59	13	332	72	68	15	109
Prekäre Beschäftigungsformen								
Teilzeit <12h	134	30	23	88	66	15	12	89
Werk-/freier Dienstvertrag	106	20	18	63	59	24	22	114
Befristeter Vertrag	235	38	16	175	74	22	9	94
Niedriglohnbeschäftigung	46	(9)	(20)	34	75	(3)	(5)	87
darunter über 34h beschäftigt	(29)	(4)	(16)	(22)	(77)	(2)	(7)	93

Quelle: Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2012 nach Statistik Austria (2013b, 39)
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle Anhang 1.3:

Wohnprobleme nach soziodemografischen Merkmalen der Einwohner/innen

Soziodemografische Merkmale	Gesamt in 1.000	Lärm		Feuchtigkeit, Schimmel		Kriminalität, Vandalismus		Luft-, Umweltverschmutzung		Überbelag		Kein Bad/WC		Dunkle Räume	
		in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %
Insgesamt	8.344	1.630	20	986	12	977	12	900	11	541	6	101	1	480	6

Staatsbürgerschaft

Österreich	7.386	1.374	19	840	11	875	12	768	10	269	4	68	1	375	5
darunter eingebürgert (Nicht EU/EFTA)	304	82	27	50	16	53	17	37	12	55	18	(12)	(4)	20	6
Nicht Österreich	958	255	27	146	15	102	11	133	14	271	28	33	3	106	11
davon EU/EFTA	365	91	25	46	13	33	9	45	12	76	21	(9)	(2)	39	11
davon sonstiges Ausland	592	164	28	99	17	70	12	88	15	195	33	24	2	67	11

Einkommensgruppen (in % des Median)

Niedrig (<60 %)	1.201	259	22	183	15	122	10	118	10	224	19	39	3	113	9
Mittel (60 %-180%)	6.301	1.241	20	727	12	743	12	698	11	306	5	62	1	340	5
Hoch (>180%)	842	130	15	75	9	112	13	85	10	(10)	(1)	(0)	(0)	27	3

Anmerkung: Bildung: nur Personen ab 16 Jahre. – Zahlen in Klammern beruhen auf geringen Fallzahlen: Sind in der Randverteilung weniger als 50 oder in der Zelle weniger als 20 Fälle vorhanden, wird geklammert. Zahlen, die auf Randverteilungen <20 beruhen, werden nicht ausgewiesen.

Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2012 nach Statistik Austria (2013b, 54)
Darstellung: GÖC/ÖBIG

Tabelle Anhang 1.4:

Subjektiver eingeschätzter Gesundheitszustand nach soziodemografischen Merkmalen der Einwohner/innen (20–64 Jahre)

Soziodemografische Merkmale	Gesamt in 1.000	Gut / sehr gut		Mittelmäßig		Schlecht / sehr schlecht		Arithme- tisches Mittel
		in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %	
Insgesamt	5.115.	3.859	75	912	18	344	7	4
Staatsbürgerschaft								
Österreich	4.420	3.370	76	781	18	269	6	4,1
darunter eingebürgert (Nicht EU/EFTA)	269	163	61	65	24	41	15	3,6
Nicht Österreich	695	489	70	131	19	75	11	3,9
davon EU/EFTA	273	214	78	41	15	19	7	4
davon sonstiges Ausland	421	274	65	91	22	56	13	3,8
Höchster Bildungsabschluss								
Max. Pflichtschule	797	442	55	250	31	106	13	3,6
Lehre/mittlere Schule	2.606	1.922	74	497	19	187	7	4
Matura	999	865	87	100	10	34	3	4,3
Universität	713	631	88	65	9	17	2	4,4
Einkommensgruppen (in % des Median)								
Niedrig (<60 %)	680	442	65	162	24	75	11	3,8
Mittel (60 % – 180 %)	3.832	2.898	76	680	18	254	7	4,1
Hoch (>180 %)	603	518	86	70	12	14	2	4,3

Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2012 nach Statistik Austria (2013b, 59)
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle Anhang 1.5:
 Subjektiv eingeschätzter Gesundheitszustand nach Erwerbsstatus
 der Einwohner/innen (20–64 Jahre)

Erwerbsstatus	Gesamt in 1.000	Gut / sehr gut		Mittelmäßig		Schlecht / sehr schlecht		Arith- meti- sches Mittel
		in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %	
Insgesamt	5.115	3.859	75	912	18	344	7	4
Arbeitslos im Referenzjahr (2011)								
1–5 Monate	269	200	75	53	20	15	6	4
6–11 Monate	115	74	64	29	26	(12)	(10)	3,8
Ganzjährig	131	57	44	36	27	38	29	3,3
Berufliche Stellung (2012)								
Nicht erwerbstätig	1.404	790	56	386	28	227	16	3,6
Hilfsarbeit	789	559	71	182	23	49	6	4
Facharbeit	787	651	83	110	14	26	3	4,2
Mittlere Tätigkeit, Meister	690	605	88	74	11	(10)	(2)	4,3
Höhere Tätigkeit	431	385	89	38	9	(9)	(2)	4,4
Hochqualifizierte Tätigkeit	554	495	89	50	9	(9)	(2)	4,4
Selbständige	460	374	81	73	16	13	3	4,2
Prekäre Beschäftigungsformen								
Teilzeit <12h	134	104	78	22	16	(8)	(6)	4,1
Werk-/freier Dienstvertrag	106	99	93	(6)	(6)	(1)	(1)	4,4
Befristeter Vertrag	235	195	83	35	15	(5)	(2)	4,3
Niedriglohnbeschäftigung darunter über 34h be- schäftigt	46 (29)	37 (23)	80 (81)	(7) (5)	(15) (16)	(2) (1)	(5) (3)	4,1 (4)

Anmerkung: Fehlende Werte wurden nicht imputiert. – 5 = sehr gut, 1 = sehr schlecht. – Die Zahlen in Klammern beruhen auf geringen Fallzahlen: Sind in der Randverteilung weniger als 50 oder in der Zelle weniger als 20 Fälle vorhanden, wird geklammert. Zahlen, die auf Randverteilungen <20 beruhen, werden nicht ausgewiesen

Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2012 nach Statistik Austria (2013b, 60)
 Darstellung: GÖG/ÖBIG

Anhang 2

Tabelle Anhang 2.1:
Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„Migrant-friendly hospitals“ – ein EU-Public-Health-Projekt	Migrantinnen/Migranten, Krankenhauspersonal	Entwicklung eines „migrant-friendly“ Krankenhauses	MFQQ (Migrant-Friendliness Quality Questionnaire), Needs Assessment, Entwicklung von Dolmetschangeboten, Training für interkulturelle Kompetenz	Europäische Union	europaweit	2002	2005
„Joint Efforts Project“ – ISEC	Zeugen/Opfer von Menschenhandel, Exekutive, Justiz, Gesundheitsbehörden, Grenzschutz, NGOs	Entwicklung von Fertigkeiten und Best-Practices für verbesserten medizinischen Schutz, Entwicklung/Förderung der Koordination/Kooperation	Entwicklung eines Trainingsprogramms, Erstellung von Informationskarten und Manuals, Erstellen einer Projektseite mit Informationen, Erarbeiten eines Verzeichnisses von Sicherheits- und Gesundheitsbehörden	Payoke, Donau-Universität Krems	europaweit	2011	2013
„Richtig essen von Anfang an“	Schwangere, Stillende, Kinder (0-3 Jahre)	Förderung der Leistungsfähigkeit / des Wohlbefindens, Gewichtsnormalisierung der Kinder, Förderung von Selbstständigkeit/Eigenverantwortlichkeit im Ernährungsbereich im frühen Kindesalter, Gesundheitsförderung	Stillförderung (z. B. Schaffen stillfreundlicher Arbeitsplätze), Erstellen der „Food Based Dietary Guidelines“, Early Childhood Interventions (z. B. Förderung lokaler Strukturen), Multiplikatoren Ausbildung, Workshops & Veranstaltungen in den Bundesländern	AGES, BMG, Hauptverband	Österreichweit	2008	laufend
Kostenlose Pflege-Infoveranstaltungen	Menschen mit Migrationshintergrund	Zielgruppengerechte Information zu Unterstützungsangeboten und rechtlichen Grundlagen	Vorträge in mehreren Sprachen (Türkisch, Bosnisch-Kroatisch-Serbisch, Albanisch)	BAG, BMASK, Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt	Österreichweit	2013	laufend

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 2 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„Gesundheit kommt nachhause“	Menschen mit Migrationshintergrund und niedrigem sozioökonomischen Status, Mütter	Entwicklung eines standardisierten, niederschweligen Programms zur Stärkung von Health Literacy, Sensibilisierung, Empowerment	Gesundheitskoffer mit mehrsprachigen Infomaterialien, Multiplikatoren Ausbildung, regelmäßige Organisation von Müttertreffen, Gruppentreffen mit Fachreferentinnen/-referenten, begleitete Exkursionen; Entwicklung eines Curriculums, monatliches Gruppentreffen mit Referentinnen/Referenten	beratungsgruppe.at; FGÖ	Wien, Niederösterreich, Steiermark, Oberösterreich	2009	2011
„Gesundheit kommt nachhause – Mehr Wissen hilft!“	Menschen mit Migrationshintergrund und niedrigem sozioökonomischen Status, Mütter, Großmütter	Steigerung von Health Literacy, Sensibilisierung für gesundheitsförderliches Verhalten	Gesundheitskoffer (mehrsprachigen Infomaterialien), Multiplikatoren Ausbildung, Müttertreffen, Gruppentreffen mit Fachreferentinnen, Exkursionen, Trainings für "Gesundheitsbotschafterinnen"	beratungsgruppe.at; FGÖ	Niederösterreich, Wien, Länder der EU	2011	2012
„ageSe – Aktion Gesunde Seele“	Migrantinnen (Schwangere/Mütter/ andere Familienmitglieder) vorwiegend aus dem türkisch-muslimischen Kulturkreis mit niedrigem sozioökonomischen Status	Förderung von Mental Health Literacy, Förderung des psychischen und psychosozialen Wohlbefindens, Sensibilisierung für gesundheitsförderndes Verhalten	Erarbeitung des Projektmaterials (zweisprachig) in Kleingruppen (Müiterrunden) mithilfe speziell geschulter Multiplikatorinnen, Workshops, Exkursionen	beratungsgruppe.at; FGÖ, BMASK, Land NÖ, AMS	Wien, Niederösterreich	2011	2012
„MEDUNA –unversicherte Frauen sorgen vor!“	Nicht versicherte Frauen, niedergelassene Ärzte und Ärztinnen	Aufzeigen von Möglichkeiten der Gesundheitsförderung für unversicherte Frauen, Sensibilisierung der Ärzteschaft in der medizinischen Versorgung von Menschen in prekären Verhältnissen bzw. aus fremden Kulturkreisen	Gesundheitsgruppen in versch. Sprachen, in denen Themen wie Ernährung, Bewegung, soziales Leben/Freizeit, Schwangerschaft und Diabetes bearbeitet werden, öffentliche Veranstaltungen/Vorträge in Spitälern/ Newsletter für das medizinische Personal	Diakonie Flüchtlingsdienst gem. GmbH; FGÖ	Niederösterreich, Wien	2011	2013

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 3 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„Spread the News“	Migrantinnen/Migranten aus Subsahara-Afrika, Klientinnen/Klienten der Partnerorganisationen mit Migrantenschwerpunkt sowie Sozialkontakte der POL (Popular Opinion Leader)	Sensibilisierung auf und die Enttabuisierung von HIV/AIDS, Empowerment und Förderung der Selbstwirksamkeit sollen zur Senkung der HIV- und Hepatitis-Neuinfektionen in den Zielgruppen beitragen	Ausbildung und Begleitung von acht Peers aus der afrikanischen Community, Bedarfserhebung, Präventionseinsätze der ausgebildeten Peers bei Festen, Events, Friseuren, Ärztinnen/Ärzten und in afrikanischen Kirchen, Restaurants, Bars, Nachtclubs, Shops und Vereinen, Erstellen und Distribution von kulturell und sprachlich adäquatem Informationsmaterial, Beratungs- und Testangebote, Bewerbung von Beratung und Testung durch die Abgabe von Gutscheinen für kostenlose HIV- und Hepatitis-Diagnostik, verstärkte Unterstützung für HIV- oder Hepatitis-positiv getestete aus den Zielgruppen	Aids Hilfe Wien; FGÖ	Niederösterreich, Wien	2011	2013
„in motu“ – ein bewegungsorientiertes Gesundheitsprojekt	Frauen mit Migrationshintergrund im Alter von 20- 60Jahren	Empowerment zur Stärkung der biopsychosozialen Gesundheit	Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung, spezielle Schulungen für Sporttrainer/innen, Bewegungsangebote für Migrantinnen Basisworkshops	Sportunion Tirol und Sportunion Vorarlberg, Migrationsvereine und Sportvereine, Lokale Partnergemeinden und -organisationen; FGÖ	Tirol, Vorarlberg	2011	2013

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 4 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„Gesundheitsförderung via Videodolmetschen“	Gesundheitspersonal	Bessere Gesundheitsversorgung im Bereich Primärprävention, Aufklärung und insbesondere gesundheitsfördernde Vernetzungsmaßnahmen für Menschen mit unzureichenden Deutschkenntnissen	Professionell ausgebildeten Dolmetscher-Services für die Sprachen Türkisch und BKS (Bosnisch, Kroatisch, Serbisch), per Videokonferenz (für niedergelassene Ärztinnen/Ärzte	Plattform Patientensicherheit; FGÖ	Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg, Wien	2012	2014
„Wir begleiten Therapie“ (wibet)	Zugewanderte Familien mit Kindern und niedrigem sozialökonomischem Status mit Förder- bzw. Therapiebedarf	Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit: Mit wibet sollen Migrantinnen/Migranten mit niedrigem sozialökonomischem Status jene kultursensible Unterstützung (Hilfe zur Selbsthilfe) bekommen, die sie zur geeigneten Förderung der gesundheitlich beeinträchtigten Kinder brauchen	Die zweisprachigen Tutorinnen leisten mehr als bloße Übersetzungstätigkeit, da sie aufgrund ihrer eigenen sozialen Herkunft mit den Lebenswelten der Mütter/Familien sehr gut vertraut sind: Sie begleiten Mütter/Familien bei deren Terminen in den therapeutischen Einrichtungen und besuchen sie auch zuhause, um sie bei der Umsetzung der empfohlenen Aktivitäten zu unterstützen. Die Tutorinnen wirken als sprachliche und interkulturelle Vermittlerinnen zwischen den Fachleuten und den Müttern/Familien also zwischen den Settings. Die Fachleute können durch die Vermittlungstätigkeit die Lebenssituation und den Bedarf der Familien stärker berücksichtigen.	Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit und Beratungsgruppe.at; FGÖ	Niederösterreich, Wien	2013	2014

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 5 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
"Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen – Videodolmetschen im Gesundheitswesen" (Pilotprojekt)	Migrantinnen/Migranten mit unzureichenden Deutschkenntnissen, Gesundheitsprofessionen	Erhöhung der Patienten- bzw. Mitarbeitersicherheit, Evaluierung des Videodolmetsch-Tools, Zentralisierung/Professionalisierung des Dolmetschnetzwerks, Erhöhen der Chancengleichheit, Erhöhen der rechtlichen Sicherheit	Einrichtung einer Dolmetschzentrale (Türkisch, Bosnisch, Kroatisch, Serbisch, österreichische Gebärdensprache)	FGÖ	Wien, Oberösterreich, Niederösterreich, Steiermark	2013	Laufend
„Gemeinsam fit in die Zukunft“ (FITZU)	Mütter, Kinder, Großmütter mit vorwiegend türkisch-muslimischem Migrationshintergrund und niedrigem sozialökonomischem Status	Nachhaltiges Erreichen der Zielgruppe, Vermittlung von Health Literacy, Sensibilisierung für Gesundheitsthemen, Empowerment	Informationsgespräche, Erarbeitung des Projektmaterials (zweisprachig) in Kleingruppen (Mütterrunden im 14-Tage-Rhythmus) mithilfe speziell geschulter Multiplikatorinnen, Workshops, Exkursionen (z. B. zu Frauenberatungsstellen)	beratungsgruppe.at; FGÖ, WIG, BMASK, AMS, Land NÖ	Niederösterreich, Wien	2013	2014
„Durchblick – Wissen macht gesund!“	Frauen mit Langzeiterkrankungen und chronischen Erkrankungen in der Steiermark, ältere Frauen und Frauen mit Migrationshintergrund in Wien, Frauen und Männer in Gesundheitsberufen, wie Pflegekräfte, Ärztinnen, Ärzte, Betreuer/innen, Berater/innen	Steigerung von Health Literacy	Health-Literacy-Workshops, Onlinetools, Checklisten und Broschüren für Nutzer/innen, Begleitung einer Peergroup für Multiplikatorinnen im Feld (Mitarbeiter/innen der Kooperations-einrichtungen, chronisch kranke Frauen), Health-Literacy-Schulungen, Onlinetools und Checklisten für Professionen aus dem Gesundheitswesen, Erstellen von Informationsmaterial (Methodenset mit Projekthandbuch, Methodensammlung, Leitfäden, ev. Video) für Multiplikatorinnen und andere Projektträger/innen, Advocacy und Öffentlichkeitsarbeit	FEM, Grazer Frauengesundheitszentrum, ARGE Durchblick, FGÖ, WGKK, WIG	Steiermark, Wien	2013	2016

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 6 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„Hilfestellung bei der Integration traumatisierter Flüchtlinge in Kärnten“	Asylwerber/innen, Asylberechtigte, subsidiär Schutzberechtigte	Wiederherstellung von Gesundheit/Arbeitsfähigkeit bzw. von der Fähigkeit für lebenswichtige persönliche Bedürfnisse zu sorgen	Psychotherapeutisches Angebot in mehreren Sprachen	Verein Aspis, EFF, Land Kärnten, BMI	Kärnten	2013	k. A.
„Von der Isolation zur Integration“ – Gemeinsam gesund in Tulln	Frauen ab 16 mit Migrationshintergrund	Gesundheitsförderung	Auftaktveranstaltung „Gesundheit bewegt uns alle“, Workshops, Veranstaltungen, Bewegungskurse, „Familienpicknick der Kulturen“, „Fest der Kulturen“, Ausarbeitung eines mehrsprachigen Gesundheitswörterbuchs für Arztbesuche	FGÖ	Niederösterreich	2010	2010
„Babycouch – bewusst von Anfang an“	Schwangere/Stillende und deren Familien mit Migrationshintergrund und oder niedrigem sozioökonomischem Status	Optimierung des Beratungs- und Informationsangebotes für Schwangere, Stillende und Familien mit/ohne Migrationshintergrund	Aufbau von Babycafés, Stärkung/Ausbau von bereits bestehenden Strukturen (Peer Support Groups), Erstellung von Arbeits- und Informationsmaterialien, Multiplikatorenschulungen, Netzwerkaufbau	ARGE, FGÖ, NÖGKK	Niederösterreich	2010	2013
Gesundheitsförderung für Migrantinnen	Frauen/Mädchen mit Migrationshintergrund und niedrigem sozioökonomischem Status, Integrationsbeauftragte in den Gemeinden, Vertreter/innen von Gesundheitseinrichtungen	Steigerung von Health Literacy, Empowerment, Förderung eines selbstbestimmten Zugangs zum Gesundheitssystem	Partizipative Workshops und Kurse, Multiplikatoren Ausbildung, Gemeindearbeit durch "Frauengesundheitszirkel", Gruppenaktivitäten (z. B. Wanderungen, die dem Austausch und der Gesundheitsvorsorge dienen), Vernetzungsarbeit	Caritas der Erzdiözese Wien; FGÖ	Niederösterreich	2012	2014

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 7 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
Gesundheitsförderung für Migrantinnen	Migrantinnen	Health Literacy, Empowerment, Multiplikatorinnenausbil- dung („Gesundheitsassis- tentinnen“)	Motivationsarbeit (Kinderspielplätze, Parkanlagen, Indoorspielplätze), Organisation von „Sportparties“ in Wohnzimmern, spezielle Sportangebote in Vereinen und Moscheen, Ernährungsvorträge, Nordic-Walking-Kurse	rosa sport- & wellness selbsthilffever- ein, FGÖ, WIG	Niederösterreich	2013	Laufend
„MultiplikatorIn für Gesundheitsfragen“	Menschen mit Migrationshintergrund	Ausbildung von Migrantinnen/Migranten zum Thema Gesundheit mit dem Ziel, diese als Multiplikatorinnen/Multi- plikatoren einzusetzen und dadurch zu einer Verbesserung der Integration von Migrantinnen/Migranten in das oberösterreichische Gesundheitssystem beizutragen	Unterstützung der Multiplikatorin- nen/ Multiplikatoren durch die Umsetzung von Veranstaltungen zu Gesundheitsthemen, regelmäßigen Gesundheitstreffen und Einladung von Fachleuten bei ihrer Wissenswei- tergabe im Alltag	PGA – Verein für Prophylaktische Gesundheitsar- beit; FGÖ	Oberösterreich	2002	2004
„Der kleine Mugg – mir & uns geht's gut“	Kinder in Volksschulen mit hohem Migrantenanteil, Eltern, Leh- rer/innen/Direktorinn en/Direktoren	Nachhaltige Gesundheits- förderung, Multiplikato- renausbildung, Sensibilisierung, Health Literacy	Bereitstellung von Tools zur Erarbeitung von Gesundheitsthemen, Gesundheitskalender, Belohnungs- plakat, Gesundheitsbuch, Fortbildungen und Leitfaden für Lehrer/innen, Elternabende, Kochkurse	FGÖ, OÖGKK	Oberösterreich	2007	2008

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 8 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„Wir setzen Zeichen“	Kinder, Jugendliche, v. a. Migrantinnen und Migranten	U. a. Suchtprävention, Health Literacy, Installation eines jährlichen Präventionsprei- ses, Multiplikatoren ausbil- dung	Durchführung von Präventions- veranstaltungen, Schulung von Multiplikatorinnen/Multiplikatoren	Magistrat der Stadt Wels – sozialpsychische Beratungsdien- ste, FGÖ	Oberösterreich	2009	2012
„RUHSAL SAGLIK – Psychoziale Gesundheit für türkische Frauen in Oberösterreich“	Frauen mit türkischem Migrationshintergrund in OÖ	Kultursensible Gesundheitsförderung und Prävention auf Türkisch, Förderung der Integration von Migrantin- nen/Migranten in das Sozial- und Gesundheits- system	Workshops, Gesundheitswegweiser für seelische Gesundheit, Multiplikatoren ausbildung	Pro mente Oberösterreich, BMI, EIF	Oberösterreich	2013	2013
Gesundheitsförderung in Volksschulen mit Migrationshintergrund	Kinder in Volksschulen mit hohem Migrantenanteil, Eltern, Lehrer/innen und Direktoren/Direk- torinnen dieser Schulen	Bewusstseinsbildung zum Thema Gesundheit, im Konkreten zu Ernährung, Bewegung und psychosozialen Gesundheit, bei den Kindern zu forcieren und fehlgeleitete Verhaltens- weisen positiv zu beeinflussen sowie gesundheitsfördernde Verhältnisse in der Schule zu ermöglichen.	Für die Kinder sollen ein Gesund- heitskalender und ein Belohnungs- plakat zur Behandlung der Thematik und Kontrolle der Zieleinhaltung in der Klasse entwickelt werden. Erstellung eines Gesundheitsbuchs für Kinder, Weiterbildung im Gesundheitsförderungsbereich für Lehrer/innen und Direkto- ren/Direktorinnen, Leitfaden zur Behandlung dieses Schwerpunkts im Unterricht soll zur Verfügung gestellt werden. Verteilung einer Elternbroschüre in mehreren Sprachen, Erstellung einer Elternbroschüre nur mit Bildern, Ernährungsworkshop für Mütter ausländischer Herkunft angedacht	OÖ Gebiets- krankenkasse; FGÖ	Oberösterreich	2006	2009

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 9 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„Ischler Gesundheitswerkstatt“	Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status und/oder Migrationshintergrund (Asylwerber/innen, Flüchtlinge, Erwerbsarbeitslose, Alleinerziehende), Mitglieder von Vereinen/Verbänden/Interessenvertretungen, Vertreter/innen der Verwaltung oder Politik	Schaffen von gesundheitlicher Chancengleichheit, Verhältnisprävention	Schulung regionaler Gesundheitstutoren, Vernetzung mit regionalen Institutionen, Exploration und Rekrutierung vulnerabler Gruppen, Gesundheitszirkel, Multiplikatoren-schulung, Kooperation mit den örtlichen Vereinen, Workshops, Bewegungszirkel, Vortrags- und Beratungsabende	PGA – Verein für Prophylaktische Gesundheitsarbeit; FGÖ	Oberösterreich	2012	2014
„Bunte Gärten“	Menschen mit Migrationshintergrund und/oder niedrigem sozioökonomischem Status, Asylwerber/innen, Flüchtlinge, sonstige Zielgruppen	Empowerment, Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit, Vermittlung von Health Literacy	Biologischer Gartenbau, handwerkliche Eigenarbeit, Umweltarbeit, Angebot gesundheitsfördernder Aktivitäten (Ernährungsberatung, Kochkurse, Anleitung in Standortkunde und biologischem Gemüseanbau, Bewegung, Exkursionen), Mitarbeiterschulung	Volkshilfe Flüchtlings- und MigrantInnenbetreuung; FGÖ	Oberösterreich	2013	2014
„MammaMia – ein Projekt zur sozialen Vernetzung und Elternbildung im Bereich Suchtprävention“	Erziehende/Mütter mit niedrigem sozioökonomischem Status,	Suchtprävention, Ressourcenstärkung, Empowerment	Informelle Gesprächsrunden mit Moderatorinnen	Städtebund	Oberösterreich	2013	k. A.

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 10 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
Gesundheitsförderung für MigrantInnen im Bundesland Salzburg	ExpertInnen /MultiplikatorInnen im Gesundheits-, Gesundheitsförderungs- und aus verschiedenen Einrichtungen für MigrantInnen. Schlüsselpersonen der türkischen Community	Sensibilisierung von Experten/-innen für die besonderen Bedürfnisse von MigrantInnen Schlüsselpersonen aus der türkischen Community über Gesundheitsthemen informieren	ExpertInnengesprächen Themenabende für die für die Schlüsselpersonen der türkischen Community (Themen: Männergesundheit; Frauengesundheit; psychische Gesundheit; gesunde Ernährung; Bewegung) bei denen konkrete Möglichkeiten Veränderung des Lebensstils und zur Prävention von Erkrankungen aufgezeigt werden sollen Verteilung von Informationsmaterialien bei den Veranstaltungen	AVOS Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH. FGÖ	Salzburg	2005	2006
'Gemeinsam gesund' – Integratives Gesundheitsförderungsprojekt für MigrantInnen und sozial Benachteiligte	Menschen mit Migrationshintergrund in Salzburg Stadt und Hallein	Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote, Aufbau von Vernetzungsstrukturen, Empowerment, soziale Mobilisierung, Entwicklung persönlicher Kompetenzen	Standardisierte mündliche Befragungen um Erwartungen/Bedürfnisse der MigrantInnen zu erheben, Vorträge, Workshops, Kurse, Beratungen und Diskussionsrunden zu verschiedensten Themen der Gesundheitsförderung, Abschlussveranstaltung	AVOS Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH; FGÖ	Salzburg	2009	2012

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 11 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
Gemeinsam aufgetischt – Gerichte aus aller Welt	Menschen mit niedrigem SES und/oder Migrationshintergrund (Asylwerber/innen, Flüchtlinge, Erwerbsarbeitslose, Alleinerziehende), Schüler/innen, VertreterInnen von Schulen/ Kindergärten, allgemein interessierte Personen	Health Literacy (Schwerpunkt gesunde Ernährung), Ansprechpersonen auf Gemeindeebene sowie MultiplikatorInnen in allen Stadtteilen, Vernetzung, Nachhaltigkeit	Interkulturelles Frühstück, Ernährungs-/Kochworkshop unter Anleitung von DiätologInnen /ErnährungswissenschaftlerInnen, Fortbildungsworkshops für PädagogInnen in Kindergärten und Volksschulen	AVOS Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH, Land Salzburg, Stadt Salzburg, FGÖ	Salzburg	2012	2014
„Babybegrüßungs-rucksack“	Familien mit Neugeborenen mit/ohne Migrationshintergrund	Prävention, Elternberatung	Besuche von Pädagoginnen/Pädagogen und Sozialarbeiterinnen/-arbeitern, Überreichung eines Babybegrüßungs-rucksacks mit mehrsprachigen Infobroschüren, Rauchmelder, Gutscheinen, DVD, Kinderbuch, kleinen Geschenken	Hilfswerk, UNIQA, ÖIF	Salzburg	2013	laufend
„SOTIRIA – Krisenintervention und Psychotherapie für AsylwerberInnen“	Asylwerber/innen	Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgungssituation	Psychotherapeutische Sitzungen	Caritasverband der Erzdiözese Salzburg, EFF, BMI, SGKK	Salzburg	k.A.	laufend

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 12 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„Multikulturell gesund am Arbeitsplatz“	Menschen mit Migrationshin- tergrund, Arbeitneh- mer/innen allgemein	Einrichtung einer Beratungsstelle für Migrantinnen/Migranten	Vermittlung von Angeboten und Informationen der Beratungsstelle zu gesundheitsrelevanten Themen wie Stressbewältigung, gesunde Ernährung, Aids, Unfallverhütung usw. in Frauencafés, Flüchtlings- quartieren, Betrieben und Schulen, Erstellen einer Broschüre in 6 Sprachen, die über entsprechende Informations- und Beratungsange- bote in der Steiermark informiert Organisation von Round-Table- Gesprächen mit regionalen, sozialen Einrichtungen und politischen Verantwortlichen zum Thema multikulturell am Arbeitsplatz	OMEGA – transkulturelles Zentrum für psychische und physische Gesundheit und Integration, FGÖ	Steiermark	2003	2005
„Verbesserung und Ausbau der Behandlungs- u. Beratungsangebote für Folterüberlebende“	Asylwerber/innen, Flüchtlinge und Kinder mit Folter- und Gewalterfahrungen, Gesundheitsprofessio- nen	Stärkung/Unterstützung der Strukturen vor Ort (psychoziale Zentren, Krankenhäuser, Ärzte/Ärztinnen, Akteure des Gesundheitswesens), Verbesserung des psychotherapeutischen Angebots, Entwicklung und Installation eines Therapieangebots für Kinder	Aufbau von Dolmetscher/iInnen- Netzwerken in den Regionen, Schulungen, Interventionen, Supervision, Ressourcenaufbau	Verein Zebra, European Initiative for Democracy and Human Rights	Steiermark	2004	2007
„Pink Ribbon Informationsmonat“	Migrantinnen, subsidiär Schutzbe- rechtigte, Asylberech- tigte (vorrangig Frauen)	Information der Zielgruppe über (Brust)krebsvorsorge	Informationsveranstaltungen im Pink- Ribbon-Brustkrebsmonat mit Referenten/Referentinnen der Österreichischen Krebshilfe Steiermark	ÖIF	Steiermark	2011	2011

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 13 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„Gesundheitsförderung durch Partizipation – Interkulturell, Innovativ und Integrativ“	Asylwerber/innen, Flüchtlinge und Migrantinnen/Migranten	Sensibilisierung für Prävention und Gesundheitsförderung, Health Literacy, Empowerment, Ausbildung von Multiplikatorinnen/Multiplikatoren	Muttersprachliche Workshops, Gesundheitstrainings, mehrsprachige Unterlagen, Multiplikatoren Ausbildung durch Experten/Expertinnen, mehrsprachige Arbeitsmaterialien, Vernetzungstreffen	Omega – Transkulturelles Zentrum, FGÖ, Land Steiermark	Steiermark	2011	2012
„SEGAME“	Migrantinnen/Migranten afrikanischer Herkunft Anbieter psychosozialer, medizinischer und therapeutischer Dienstleistungen in Graz	Verbesserung der Partizipation von Migrantinnen/Migranten an der kommunalen Gesundheitsförderung, Stärkung der seelischen Gesundheit, Verbesserung der Integration	Fokusgruppendifkussionen mit Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, Kulturdolmetsch (nicht näher erklärt), Exkursionen, Workshops	Verein Ikemba, FGÖ	Steiermark	2011	2012
„KUKA – Kultursensible Kariesprävention“	Kinder mit Migrationshintergrund (7-10 Jahre), Eltern, Multiplikatorinnen, Multiplikatoren, nationale Expertinnen/Experten	Partizipative Entwicklung und Erstellung prägnanter, kultursensibler und nutzerorientierter Informationsmaterialien in mindestens zehn verschiedenen Sprachen	Etablieren einer multiethnischen Arbeitsgruppe bei Styria vitalis, Erstellen kultursensibler Informationsmaterialien in Zusammenarbeit mit Vertreterinnen/Vertretern aus verschiedensten migrantischen Gruppen in Graz, Durchführung einer nationalen Fachtagung mit Expertenworkshops	Styria Vitalis, Hauptverband der österreichischen SV	Steiermark	2013	2013

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 14 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„Gesundheit und Migration“ – Barrieren und Zugänge im Gesundheitssystem (MuG)	Vertreter/innen der Gemeinde, Personal im Bereich Soziales/Gesundheit, Vertreter/innen von Migrantinnen/Migranten bzw. Personen mit Migrationshintergrund oder/und geringem Zugang zu Angeboten	Bedarfsanalyse an Angeboten, Zusammenfassung von Best-Practice-Beispielen, Verbesserung der Zugänge zum Gesundheitssystem in den steirischen Regionen/Gemeinden für Migrantinnen/Migranten, Sensibilisierung des Personals im Sozial- und Gesundheitsbereich, Aufbau der Kommunikationsplattform	2013: Multiplikatorenschulung, Workshops für Migrantinnen/Migranten, Schulung für Personal im Sozial- und Gesundheitsbereich, Vorträge, Regionale Tagung in Hartberg mit Expertinnen/Experten und Best-Practice-Beispielen	Verein Omega, FGÖ, Land Steiermark	Steiermark	2009/2011/2012/2013	2013
„Spielsucht – die Stille Sucht“	Multiplikatorinnen/Multiplikatoren in den Bereichen Gesundheitsförderung, Soziales, Sucht und Migration	Förderung der Vernetzung/Koordination zwischen den Akteuren, Schaffung von sensibilisierenden Fort- und Weiterbildungsangeboten, Öffentlichkeitsarbeit	Workshops und Seminare	Verein JUKUS, FGÖ, Land Steiermark, Stadt Graz	Steiermark	2012	2013
„SOHA“	Kinder und deren Eltern aus den weniger privilegierten Stadtteilen von Graz (größtenteils Menschen mit Migrationshintergrund, aber auch Eltern und Kinder österreichischer Herkunft)	Vermittlung eines ganzheitlichen und integrativen Gesundheitsbegriffs	Deutschkurse Lehrer/innen-Workshops (Ziel: Lehrkräfte ins Projekt involvieren und Raum für Ideen und Austausch geben; Wissensinputs zu Gesundheitsthemen) Elternbildung (Vermittlung von Gesundheitsthemen im Sinne eines breiten Gesundheitsbegriffs) Familien-Workshops (Themen: Bewegung; Kochen; Freizeitgestaltung)	deutsch und mehr; FGÖ	Steiermark	2012	2014

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 15 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„Fortbildung zum/zur GesundheitsreferentIn“	Menschen mit Migrationshintergrund	Ausbildung von GesundheitsreferentIn- nen/-referenten, Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit	Grundkurs, Netzwerkarbeit, Erstellung eines Handbuchs (Inhalte: Einführung in das Gesundheitssystem, Informationen über AIDS/HIV, Familienplanung, Trauma, methodische Anleitungen für die GesundheitsreferentInnen/- referenten)	ZEBRA – Interkulturelles Beratungs- und Therapiezent- rum; FGÖ	Steiermark	2002	2004
Fenster ins Morgen	Mädchen/junge Frauen mit Migrationshintergrund	Gesundheitsförderung- und Prävention, Empowerment, Sensibilisierung für geistige/seelische/ körperliche Gesundheit	Freizeitaktivitäten, Diskussionsrun- den, Workshops, LehrerInnenkonfe- renzen, antidiskriminatorische Beratung, sozialgesundheitliche Beratung, gesundes Lernen, Medienarbeit, Netzwerkarbeit, Websitebetreuung, Newsletter	SOMM – Selbstorganisa- tion von und für Migrantinnen und Muslimin- nen, FGÖ, Land Steiermark	Steiermark	2010	2011
„Gesunder Bezirk Gries – ein Bezirk zum Wohlfühlen“	Ältere Menschen (61– 75 Jahre), Menschen mit Migrationshin- tergrund, Arbeitslo- se/beschäftigungslose Menschen	Sensibilisierung für Gesundheitsthemen und Präventionsverhalten, Bündelung von gesundheitsfördernden Aktivitäten im Bezirk, Schaffung der Dachmarke "Gesunder Bezirk Gries"	Implementierung eines Fachbeirats, regelmäßige Round Tables mit den Wirtschaftstreibenden und NGOs, Umsetzung von Kleinprojekten, Veranstaltungen, Erhebungen und Auswertung bestehender Daten, Erstellung eines Gesundheitsberichts, Mediations- und Coachingangebote, Bündelung des Sportangebotes, Tag der offenen Tür, Vergünstigungen, Erstellung eines Sammelbandes am Ende des Projektes	Gesundheitsamt der Stadt Graz	Steiermark	2008	2011

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit Seite 16 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„Zähne. Zeigen“	Sozial benachteiligte Familien, Alleinerziehende oder Erziehungsberechtigte mit/ohne Migrationshintergrund mit Kindern (0-4 Jahre)	Langfristige Erhöhung der Zahngesundheit, Erhöhung des Anteils an kariesfreien sechsjährigen Kindern, Verringerung der Unterschiede der Zahngesundheit zwischen Kindern von Eltern mit höherer bzw. niederer Schulbildung und Eltern mit/ohne Migrationshintergrund	Ausbildung muttersprachlicher Multiplikatorinnen/Multiplikatoren zu „Zahngesundheits-MentorInnen“	Styria vitalis, FGÖ	Steiermark	2010	2013
„EmMi“	Migrantinnen in Graz, Mitglieder von Vereinen/Verbänden/Interessenvertretungen, Beschäftigte in Kindergärten und Kinderbetreuungseinrichtungen, Ärzte/Ärztinnen, Berufsgruppen der psychosozialen Versorgung	Empowerment, Förderung der psychischen Gesundheit von Migrantinnen/Migranten, verbesserte Anpassung der Strukturen im Bereich der Erwachsenenbildung und psychosozialen Versorgung	Aktivierende Befragung der Teilnehmerinnen mit darauf aufbauenden Workshops, Erstellung von Unterrichtsmaterialien in mehreren Sprachen, langfristige Entwicklung von Selbsthilfegruppen, Multiplikatoren Ausbildung	Verein Danaida, FGÖ, BMI	Steiermark	2012	2014

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 17 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„Gesundheitsförderung am 2. Arbeitsmarkt“	Mitglieder von Vereinen/Verbänden/ Interessenvertretungen, Vertreter/innen der Verwaltung oder Politik, Angelernte oder Hilfsarbeiter/innen, Fach- arbeiter/innen, Ange- stellte, Führungskräfte, ältere Arbeitnehmer/innen, Menschen mit Migrations- hintergrund, Asylwer- ber/innen, Flüchtlinge, Menschen mit niedrigem Einkommen/Bildungsniveau / niedriger Stellung im Beruf	Steigerung von Health Literacy	Multiplikatoren- ausbildung, Workshopreihen an den Standorten der teilnehmenden Beschäftigungs- betriebe zu zentralen Themen der Gesundheitsförderung (Ernährung, Bewegung, psychosoziales Wohlbefinden und Suchtprävention), Erstellung einer "Gesundheitswebseite", elektronischer Newsletter, Partizipation, Veranstaltung einer Tagung, Öffentlichkeitsarbeit	ISOP GmbH; FGÖ	Steiermark	2012	2014
„Gesunde Bezirke – Gesunde Stadt“	(Ältere) Menschen mit niedrigem sozialem Status und/oder Migrationshinter- grund, Mitglieder von Vereinen/Verbänden/ Interessenvertretungen, Vertreter/innen der Verwaltung oder Politik, Schüler/innen, Lehrer/innen	Advocacy, lokale Verankerung von Gesundheitsförde- rung in Schwer- punktbezirken	Einrichtung von Bezirksmana- ger/innen zur Organisation von gesundheitsfördernden Maßnahmen in den Bezirken, Informationsver- anstaltungen und Workshops zur Gesundheitsförderung, Patenschaf- ten durch Stadträte, gesundheitsför- dernde Projekte und Maßnahmen in den Bezirken, Einrichtung von Projekt tandems zum Transfer und zur Weiterentwicklung von Erfahrungen und Maßnahmen zwischen den gesunden Bezirken, Durchführung eines exemplarischen Health Impact Assessments für die Stadt Graz, Erstellung eines Sammelbandes	Gesundheitsamt der Stadt Graz	Steiermark	2012	2014

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 18 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„Afghan Steiermark Cricket Club“	Junge afghanische Flüchtlinge (subsidiär Schutzberechtigte und Asylberechtigte) und/oder Kinder und Jugendliche aus unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen	Ressourcenstärkung (z. B. Erweiterung sozialer und sprachlicher Kompetenzen), Empowerment, Intergration	Gründung eines Cricket-Vereins, Cricket-Schnupperkurse, Trainingseinheiten	ÖIF, Stadt Graz, Sportunion, ASKÖ, Österreichischer Cricketverband	Steiermark	2011	laufend
„Bewegtes Graz“	Frauen mit Migrationshintergrund	Gesundheitsfördernde Bewegung für Frauen; Kennenlernen von neuen Sportarten, Health Literacy, Kennenlernen des IZ Stmk	15 Bewegungseinheiten (Gymnastik- und Tanzarten), 1 Outdoortraining, 1 Vortrag zu Gesundheitsthemen	ÖIF	Steiermark	k. A.	laufend
„Fit mit Fußball & Co“	Migrantinnen/Migranten, Asylberechtigte, subsidiär Schutzberechtigte (Männer)	Sensibilisierung für Gesundheitsförderung, Empowerment	10 Fußballtrainings mit Workshops, 2 Männercafés, Abschlussfest	ÖIF, SALE Projektmanagement	Steiermark	2013	laufend
„Health Literacy 4 everyone“	Migrantinnen/Migranten mit niedrigem sozialem Status, Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, Personal im Gesundheitswesen (v. a. Migrantinnen)	Erhöhen der individuellen Gesundheitskompetenz, interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens	Workshops zu Themen der Gesundheitskompetenzförderung und Exkursionen zu Gesundheitseinrichtungen, Weiterbildung in interkultureller Kompetenz für Mitarbeiter/innen von Gesundheitseinrichtungen, Aufzeigen beruflicher Perspektiven im Gesundheitswesen für interessierte Migrantinnen/Migranten	Verein Ikemba, FGÖ, BMI, Land Steiermark, Stadt Graz	Steiermark	2013	laufend

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 19 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„SAKINA“	Migrantinnen und Musliminnen	Bewusstwerdung und Verbreitung kultur- bzw. religionspezifischen und -übergreifenden Wissens über Selbstheilungskräfte fördernde Strukturen, wie u. a. (muttersprachliche) Selbsthilfegruppen und den Abbau von diskriminierenden krankmachenden Strukturen im Gesundheitswesen	Errichtung eines muttersprachlichen Sorgentelefon, praxisorientierte Workshops und Kurse zur seelischen Gesundheitsförderung Entwicklung eines Ratgebers zu seelischen Bedürfnissen von Migrantinnen	SOMM Selbstorganisation von und für Migrantinnen und Musliminnen; FGÖ	Steiermark	2013	Laufend
„SOHA II“	Eltern, Schüler/innen und Lehrer/innen an 11 Grazer Volksschulen	Sensibilisierung für Gesundheitsthemen, Netzwerkaufbau im Gesundheits- und Migrationsbereich	Eltern-Kind-Abende, Deutschkurse, Workshops, Fortbildungsreihen	ÖIF, Land Steiermark, FGÖ, BMG	Steiermark	2013	laufend
„eltern.chat“	Eltern mit Migrationshintergrund und/oder niedrigem sozioökonomischem Status	Steigerung von Health Literacy (insbesondere für Suchtprävention/Gesundheitsförderung)	Regelmäßige Veranstaltung von Kleingruppentreffen für Eltern mit Moderatorinnen/Moderatoren, regelmäßige Austauschtreffen für Moderatoren/Moderatorinnen, Multiplikatoren Ausbildung	Katholisches Bildungswerk Vorarlberg; FGÖ	Vorarlberg	2007	2009
„Anababa – Cocuklarimizi Güclendirelim (Mama & Papa – stärken wir unsere Kinder)“	Türkischsprachige Migrantinnen/Migranten (Eltern)	Gesundheitsförderung, Empowerment, Suchtprävention	Produktion eines Films zur Vermittlung gesundheitsfördernder Inhalte, Erstellung einer DVD inkl. Booklet und Informationsbroschüre, Präsentation des Films bei Veranstaltungen und Vereinen der türkischstämmigen Community, anschließende Diskussionen	Stiftung Maria Ebene Maria, FGÖ	Vorarlberg	2008	2010

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 20 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„Nach Herzenslust“	Sozial benachteiligten Frauen mit hohem Risikopotenzial für Herz-Kreislaferkrankungen	Information und Bewusstseinsbildung zum Thema Herzgesundheit bei Frauen Förderung sozialer Netzwerke sowie die Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens der Programmteilnehmerinnen	Erstellung mehrsprachiger Informationsfolder, Schaltung von Beiträgen in lokalen Medien und im Internet, Aktionstage in Supermärkten mit Informationsständen Einrichtung einer "Frauenherzline" (Telefon- und E-Mail-Service), Durchführung einer Veranstaltung mit Bewegungsangeboten, Initiierung eines wöchentlichen Lauftreffs, Angebot von dreimonatigen Herzprogrammen, (Vorträge zur Ernährung nach Herzenslust, Kochworkshops, Bewegungsangebote und individuelle Herzcoachings), Sensibilisierung der potenziellen Kooperationspartner	Institut für Frauen- und Männergesundheit; Frauengesundheitszentrum FEM Süd; FGÖ	Wien	2005	2007
„Weibliche Genitalverstümmelung/ Female Genital Mutilation“	Von Genitalverstümmelung betroffene Frauen/Mädchen, Angehörige, Multiplikatorinnen	Schaffung einer Beratungsstelle für Betroffene (FGM), Vernetzung/Know-how – Transfer	Medizinische und psychosoziale Beratung, Untersuchung und Behandlung von genital verstümmelten Frauen, Informationsveranstaltungen, Lobbying, Beratungssprachen: Englisch, Arabisch, Französisch	Wiener Programm für Frauengesundheit, MA 57, MA 17	Wien	2005	2007
„Gesund Arbeiten ohne Grenzen“	Hausarbeiterinnen in Wiener Gemeindespitalern mit/ohne Migrationshintergrund	Frauen- und kulturspezifisches innerbetriebliches Angebot, angepasste gesundheitsfördernde Maßnahmen, Sensibilisierung, Verbesserung des Gesundheitszustandes	Bewegungstraining/Gymnastik, Inforunden (Stress, Konflikt, Kommunikation, Entspannung), Erziehungsberatung, Sozialberatung, externes Projektcoaching, muttersprachliche Gesundheitszirkel, Frauengesundheitstag	FEM Süd, Wiener Programm für Frauengesundheit;	Wien	2007	2009

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 21 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„Nach Herzenslust – leichter leben“	Sozial benachteiligte, übergewichtige Frauen und Mädchen mit hohem Risikopotenzial für adipositas- assoziierte Erkrankungen	Entwicklung eines maßgeschneiderten Lebensstilprogramms für Frauen (Bereiche: Ernährung, Bewegung sowie psychologische Aspekte)	Maßgeschneidertes Bewegungspro- gramm, Kochworkshops, E-Mail- und Internetberatung breitflächige Bewusstseins- und Sensibilisierungs- arbeit (mithilfe einer Informations- homepage) Schulung von Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, die in Ihrem Arbeitsbereich mit Migrantinnen bzw. sozial benachteiligten Frauen und Mädchen zu tun haben	Institut für Frauen- und Männergesund- heit; Frauengesund- heitszentrum FEM Süd; FGÖ	Wien	2008	2009
„Health4you(th)“	Jugendliche (17–21 Jahre) mit niedrigem sozioökonomischem Status mit/ohne Migrationshin- tergrund, Akteure der Bildungs- und Betreuungseinrichtung „C`mon“	Entwicklung und Erprobung von Gesundheitsförderungsan- geboten, Empowerment, Sensibilisierung für gesundheitsförderndes Verhalten	Peer Education Programm, Fortbildungsreihe für Multiplikat- orinnen/Multiplikatoren, Gesund- heitsworkshop, Aktionstage, Jugendcafe, virtuelle Gesundheitsin- sel, Gesundheitssprechstunde, Gesundheitsaktivitäten, Fokustagung "Gesundheitsförderung für Arbeit suchende Jugendliche"	ÖSB Consulting GmbH, FGÖ, AMS	Wien	2009	2012
„Rund(um) g'sund“	Menschen mit Migrationshintergrund Menschen mit niedrigem Einkom- men/Bildungsniveau / niedriger Stellung im Beruf	Geschlechts- und kultursensible Gesundheitsförderung bei Adipositas, Entwicklung und Umsetzung von zielgruppenspezifischen Gruppenprogrammen	8,5-monatige Kurse (Themen: Ernährung, Bewegung und psychosoziale Aspekte des Lebensstils), Initiierung einer strukturierten Kooperation und Vernetzung im Kontext von Adipositas durch die Etablierung des „Wiener Forums Übergewicht und Adipositas“, Aufbau einer Homepage für Betroffene, Interessierte und Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, Entwicklung eines Handbuchs für Expertinnen/Experten	Institut für Frauen- und Männergesund- heit; Frauengesund- heitszentrum FEM Süd; FGÖ	Wien	2010	2012

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 22 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„Betreuung von Folter- und Kriegsüberleben- den“	Asylwerber/innen, Asylberechtigte, subsidiär Schutzbe- rechtigte	Bereitstellung von medizinischer, psychologischer und psychotherapeutischer Betreuung	Psychotherapie-Sitzungen mithilfe von Dolmetscherinnen/Dolmetschern	HEMAYAT – Betreuungs- zentrum für Folter- und Kriegsüberle- bende, EIF	Wien	2013	2013
„Bewegte Integration“	Migrantinnen (Opfer von Gewalt/ Menschenhandel)	Gesundheitsförderung	Bewegungskurse (Hatha Yoga, Qi Gong, Selbstverteidigung, Workout und Bauchtanz)	WIG, Verein Footprint	Wien	2012	2013
„INAS – Interkulturelle psychotherapeutische und psychologische Angebote für AsylwerberInnen, Asylberechtigte und subsidiär Schutzbe- rechtigte in Wien und Niederösterreich Süd“	Asylwerber/innen, Asylberechtigte, subsidiär Schutzbe- rechtigte	Stabilisierung der Persönlichkeitsstruk- tur / familiären Situation der Zielgruppenangehöri- gen, Empowerment	Psychotherapeutische Angebote (Traumatherapie) und psychologi- sche Beratung durch muttersprachli- che Dolmetscherinnen/Dolmetscher	Caritas der Erzdiözese Wien, BMI, EIF	Wien	2013	2013
„Mobile Sportbetreu- ung“	Frauen und Mütter mit Migrationshintergrund	Gesundheitsförderung im Bereich der Bewegung und Ernährung	Schaffung niederschwelliger Sportangebote, Ernährungsvorträge, Ernährungsberatung, Vernetzung mit verschiedenen Vereinen	rosa sport- & wellness selbsthilfever- ein; FGÖ	Wien	2012	2013

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 23 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„Ich schau auf mich!“ Pilotprojekt zum Mammographie- Screening	Sozial benachteiligte Frauen und Migrantinnen im 15., 16. und 17. Wiener Gemeindebezirk (50- 69 Jahre)	Vorbeugung und Früherkennung von Brustkrebs	Versendung von Einladungsbriefen zum Screening in 4 Sprachen, Informationsbroschüren, Durchführung kostenloser Mammographieuntersuchungen	Wiener Programm für Frauengesund- heit, Stadt Wien, WGKK, ÖBIG	Wien	2009 2012	2011 2013
„Transkulturelle Gewaltprävention und Gesundheitsförde- rung“	Kinder, Erwachsene, Pädagogin- nen/Pädagogen	Steigerung der Expertise von Lehrenden in Bezug auf transkulturelle Gewaltprävention und Gesundheitsförderung in Volksschulen, Steigerung der transkulturellen Kompetenz der Zielgruppen	Fortbildungen und Beratungen, Modellworkshops und Beratungsge- spräche für Mädchen und Buben, Eltern- und Mütterabende mit Dolmetscherinnen/Dolmetschern, Erstellung eines Handbuchs, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, wissenschaftliche Begleitforschung	Verein Samara, FGÖ	Wien	2011	2015
„Gesundheitspsycho- logisches Integrati- ons- und Präventions- projekt für Flüchtlingskinder“	Kinder (6-11 Jahre), Jugendliche (12-18 Jahre), Menschen mit Migrationshintergrund	Förderung der Integration und der seelischen Gesundheit von 72 Flüchtlingskindern	Workshops zu den Themen Identität und Selbstvertrauen, soziale Kompetenzen und Vertrauen in andere; Konzentrations- und Lerntraining, einzelspsychologische Betreuung zur Auseinandersetzung mit und Verarbeitung von traumatischen Ereignissen	Verein Projekt Integrations- haus; FGÖ	Wien	2003	2003
„Gemeinsam wohl fühlen“ – Ernährungs- und Bewegungsgruppe für Migrantinnen aus der Türkei / Kendimizi iyi hissetmmiz için – Beslen	Menschen mit Migrationshintergrund	Gesundheitsförderung, Steigerung von Health Literacy und des Körperbewusstseins	Entwicklung und Implementierung eines Ernährungs- und Bewegungs- programms für Migrantin- nen/Migranten, Vorträge über gesunde Ernährung und Lebensfüh- rung in zielgruppenspezifischen Settings (z. B. Moscheen)	Institut für Frauen- und Männergesund- heit; Frauengesund- heitszentrum FEM Süd; FGÖ	Wien	2004	2005

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 24 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„Bewusste Gesundheit – gesundes Bewusstsein“	Schüler/innen, Lehrer/innen, Menschen mit Migrationshintergrund	Sensibilisierung für Gesundheit/Wohlbefinden	Projekttag, Exkursionen, Ausstellungen, Erstellung von Arbeitsmaterialien (z. B. für Tanz/Bewegung), Veranstaltung von Projektnachmittagen (Inhalte: Musik, Tanz/Bewegung, Gesundheitsvorsorge, Kommunikation, multikulturelle Zusammenarbeit, Konfliktlösung)	Klub Musike; FGÖ	Wien	2004	2006
„Favoritner mit Herz“	Menschen mit niedrigem Einkommen/Bildungsniveau / niedriger Stellung im Beruf, Menschen mit Migrationshintergrund	Sensibilisierung für Gesundheitsförderung und Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen, Steigerung von Health Literacy	Niederschwelliges und mehrsprachiges Informationsangebot, Informationsvorträge, "Stark- und Fit"- Kurse für Männer (Informationen/Tipps zu Ernährung, Alkohol, Rauchen, Bewegung und weiteren Lebensstilthemen wie Stress usw.), begleitende Gesundheitscoachings, Gesprächsrunden, regelmäßige Bewegungsangebote, Abschlussveranstaltung, Berichterstellung, Öffentlichkeitsarbeit/Vernetzung	Institut für Frauen- und Männergesundheit; Männergesundheitszentrum MEN; FGÖ	Wien	2007	2009
„Gesund arbeiten ohne Grenzen II“	Menschen mit Migrationshintergrund und/oder niedrigem sozioökonomischem Status	Gender- und kultursensible betriebliche Gesundheitsförderung	Erhebung des Lebensstils der Zielgruppen mittels adaptiertem IMPULS-Test, Interviews, Dokumentenanalyse, Gesundheitscoachings für die Zielgruppe und für Führungskräfte, muttersprachliche Gesundheitszirkel, aktivierende Gesundheitsbefragungen für Führungskräfte, Entwicklung eines betriebspezifischen Angebots (z. B. Vorträge zu Stress/Umgang mit Konflikten, Entspannungstrainings, Sozialberatungen, Wirbelsäulenkurse, Ernährungsvorträge etc.), Ausbildung eines Gesundheitsbeauftragten, Entwicklung eines Handbuchs für gender- und kultursensible betriebliche Gesundheitsförderung (inklusive Methodensammlung)	Institut für Frauen- und Männergesundheit; Frauengesundheitszentrum FEM Süd; FGÖ	Wien	2007	2009

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 25 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„feel good“	Menschen mit Migrationshintergrund im 15. Wiener Gemeindebezirk, Kinder im außerschulischen Bereich, Jugendliche im außerschulischen Bereich	Steigerung von Health Literacy, Sensibilisierung für gesunden Lebensstil, Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit, Abbau von Schwellenängsten im Bereich des Gesundheitswesens, Förderung von interkultureller Kompetenz in Regeleinrichtungen	Kinder- und Frauenturnen, Orientalischer Tanz, Naturerlebniswanderungen, sexualpädagogische Workshops, CyL-Tests, Schwimmtage für Frauen und Mädchen, Ernährungsvorträge, gemeinsames Einkaufen, Kochworkshops, Exkursionen in Einrichtungen des Gesundheitswesens, Vorträge und Fitness-Checks im öffentlichen Räumen (Parkanlagen, Einkaufszentren)	Zeit!Raum – Verein für soziokulturelle Arbeit; FGÖ	Wien	2009	2009
„Gesund arbeiten ohne Grenzen III“	Hausarbeiterinnen im Wiener KAV, Menschen mit Migrationshintergrund und/oder niedrigem sozioökonomischem Status	Gender- und kultursensible betriebliche Gesundheitsförderung	Interdisziplinärer und multiprofessioneller Expertenbeirat, Fragebogenerhebung, Durchführung von muttersprachlichen Gesundheitszirkeln (Bosnisch, Serbisch, Kroatisch, Türkisch, Englisch und Deutsch), Sensibilisierungs-Workshops (z. B. zum Thema "Gesundes Führen"), Abschlusskonferenz, Ausbildung eines Gesundheitsbeauftragten	Institut für Frauen- und Männergesundheit; Frauengesundheitszentrum FEM Süd; FGÖ	Wien	2009	2012
„Gesund arbeiten mit Männern“	Hausarbeiter in Wiener Gemeindespitalern mit/ohne Migrationshintergrund	Steigerung der Gesundheit und Arbeitsplatzzufriedenheit, Empowerment	Start-Up-Veranstaltung, standardisierte Befragung der Zielgruppe, Gesundheitszirkel, Installierung eines Gesundheits-Beauftragten im Betrieb, laufende und begleitende bedarfsgerechte unterstützende Angebote für Frauen in männerdominierten Arbeitsfeldern, Präsentation von Ergebnissen und Erfahrungen auf einer Fachkonferenz, Erstellung eines Fachreaders für männerspezifische BGF	Institut für Frauen- und Männergesundheit; Männergesundheitszentrum MEN; FGÖ	Wien	2011	2013

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 26 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„Gesund und arbeitsfähig von Anfang an“	Menschen mit Migrationshintergrund, Asylwerber/innen, Flüchtlinge, Menschen in prekären Beschäftigungsverhältnissen	Gesundheitsförderung und Prävention in Ein-Personen-Unternehmen (EPU)	Ist-Analyse (online-Fragebogenerhebung, Fokusgruppensprechstunden), Erstellung einer Homepage, Fortbildungsreihe für Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, Informationsveranstaltungen für EPU, Gesundheitsworkshops für EPU, Einzelcoachings für EPU, Gesundheitsaktivitäten, Abschlussveranstaltung	ÖSB Consulting GmbH; FGÖ	Wien	2011	2014
„Suchtprävention mit MigrantInnen“	Schüler/innen mit türkischem Migrationshintergrund (11-14 Jahre)	Suchtprävention, Verringerung von Erstkontakten mit psychotropen Substanzen / Hinauszögern des Übergangs von experimentellem zu regelmäßigem Konsum	Evaluation und Anpassung des europäischen Suchtpräventionsprogramms „Unplugged“ auf die Zielgruppe, 12 Unterrichtseinheiten	Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie, FGÖ, Phönix Institut, Institut für Soziales und Gesundheit	Wien	2011	2014
„Gesunde Kinderbetreuungseinrichtung Wien“	Mütter, Väter, Alleinerziehende, Menschen mit Migrationshintergrund, Asylwerber/innen, Flüchtlinge, Kinder in Kindergärten und Kinderbetreuungseinrichtungen, Beschäftigte in Kindergärten und Kinderbetreuungseinrichtungen	Entwicklung eines Konzepts zur Implementierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Kinderbetreuungseinrichtungen der Stadt Wien	Erstellung von Informationsmaterial, Fragebogenerhebung, Partizipation, Aus- und Weiterbildung für Pädagoginnen/Pädagogen und Eltern, praxisorientierte Module, Beratung für Eltern und Pädagoginnen/Pädagogen, Workshops mit Expertinnen/Experten	Wiener Gesundheitsförderung - WiG; FGÖ	Wien	2010	2014

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 27 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
"Gesund in allen Sprachen – Gesundheitsinformation für MigrantInnen"	Migrantinnen/Migranten in Wien mit geringen Deutschkenntnissen	Health Literacy, Sensibilisierung im Hinblick auf Angebote bzw. Nutzung von Gesundheitsvorsorgedienstleistungen	Durchführung mehrsprachiger Gesundheitsvorträge (Vortragsreihen bzw. Gesundheitstage) in Kulturzentren, Vereinen, Moscheen	FEM, Stadt Wien	Wien	2009	k. A.
„(f)itworks-Modellprojekt zur Gesundheitsförderung arbeitssuchender Menschen im arbeitsmarktpolitischen Setting“	Langzeitbeschäftigungslose (v. a. Frauen und Menschen mit Migrationshintergrund)	Empowerment, Impulse zur Schaffung gesundheitsförderlicher, Strukturen und Abläufe, Steigerung/Stärkung von Wohlbefinden, Kohärenzgefühl, gesundheitlicher Ressourcen, Health Literacy und Selbstorganisation; Sensibilisierung und Vernetzung von Organisationen/Akteuren aus den Bereichen Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit und Gesundheit	Gesundheitszirkel, Gesundheitsförderungskurse, Gesundheitstage, Gesundheitssprechstunde, Schulung der Schlüsselarbeitskräfte	ÖSB Consulting GmbH, FGÖ, AMS, WGKK, FEM, Wiener Programm für Frauengesundheit	Wien	2007	k. A.
„Ich bleib' gesund – Saglikli kalacagim – Türkischsprachiges Service im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung“	Türkischsprachige Migrantinnen/Migranten mit geringen Deutschkenntnissen	Health Literacy v. a. im Bezug auf Vorsorgeuntersuchungen, Entlastung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern in Vorsorgeuntersuchungsstellen	Zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzungsaktivitäten, Medienarbeit, Begleitung bei der Anmeldung, psychosoziale Beratung, Begleitung am Untersuchungstag, laufende Erhebung/Evaluierung soziodemografischer Daten sowie der Zufriedenheit der Untersuchten	dieSie, WIG, Stadt Wien	Wien	2006	laufend
„Amber Med“	Personen ohne Versicherungsschutz (Flüchtlinge, Migrantinnen/Migranten, österr. Staatsbürger)	Verbesserung des Gesundheitszustandes	Ärztliche Diagnostik, Versorgung, Beratung; psychotherapeutisches Angebot, Sozialberatung, Fremdsprachenangebot, Bereitstellung von Medikamenten, Workshops	Diakonie, Rotes Kreuz Wien, Stadt Wien, FGÖ, WGKK	Wien	2006	laufend

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle: Entwicklungsmaßnahmen bzw. Projekte Migration und Gesundheit, Seite 28 von 28

Name des Projektes/ der Maßnahme	Zielgruppe	Ziele	Kurzbeschreibung des Projektes/ Maßnahmen	Träger/ Finanzierer	Bundesland/ österreichweit	Start	Ende
„FEM-Elternambulanz“	Eltern, Schwangere (v. a. türkischsprachige)	Prävention und Behandlung von psychischen Erkrankungen während/nach der Schwangerschaft	Orientierungsgespräche, Diagnostik, Krisenintervention, Entlastungsgespräche, Kurzzeitbe- gleitung im ambulanten Rahmen (alle Angebote in deutscher/türkischer Sprache)	FEM, Wiener KAV, Wilhelminenspi- tal	Wien	2006	laufend
„MiMi – Gesundheits- lotsInnen“	Gut und gering integrierte Migrantin- nen/Migranten	Health Literacy, nachhaltige Organisation von Gesundheitsförde- rungs-Informationsveran- staltungen für Migran- ten/Migrantinnen	Ausbildung von interkulturellen Gesundheitslotsen (Multiplikatorin- nen), Durchführung von Informati- onsveranstaltungen, Erstellung eines mehrsprachigen Wegweisers	Volkshilfe Wien, Staatssekretariat für Integration, BMI	Wien	2012	laufend

Quelle: Eigene Erhebung sowie FGÖ-Datenbank; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle Anhang 2.2:

Webseiten zu Migration und Gesundheit

Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (http://fra.europa.eu/de)
Europäisches Migrationsnetzwerk ((http://www.emn.at/de/))
European Centre for Social Welfare Policy and Research (http://www.euro.centre.org/)
European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory)
European Portal for Action on Health Inequalities (http://www.health-inequalities.eu/)
Institut für europäische Integrationsforschung (IEF/ÖAW) ">http://www.eif.oeaw.ac.at/--> andere Webseite Österreichische Akademie der Wissenschaften http://eif.univie.ac.at/
International Association for Migration Studies (migrationstudies.at)
International Organization for Migration/ IOM (https://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home.html)
Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/)
Migration Policy Centre (http://www.migrationpolicycentre.eu/publications/?sp=1&keyword=Health&project=&country=&yr=&auth=)
WHO Europa (http://www.euro.who.int/de/publications/sections/search/a-z-list-of-all-publications)
Akademie der Wissenschaften Kommission für Migrations- und Integrationsforschung (KMI) http://www.oeaw.ac.at/kmi/index.htm
AMS Forschungsnetzwerk (www.forschungsnetzwerk.at)
Arbeiterkammer Wien
Armutskonferenz (armutskonferenz.at)
Außenministerium/ Integration.at / www.migration.gv.at /
Forschungsplattform Migration and Integration Research (migration.univie.ac.at/)
IOM Wien (www.iomvienna.at/)
LBI Public Health (http://lbihipr.lbg.ac.at/)
Österreichische Gesellschaft für Soziologie (http://www.oegs.ac.at/)
Österreichischer Integrationsfonds
Österreichisches Forum für Migrationsstudien (ÖFM) http://www.oefm.org/about.html
Österreichisches Institut für Familienforschung (http://www.oif.ac.at/)
Statistik Austria
Uni-Krems/Migrationsseite
Center for Health and Migration (HP Trummer) (http://de.c-hm.com/chm)
HP Biffl (http://gudrun.biffl.wifo.ac.at/)
HP Reinprecht (https://www.soz.univie.ac.at/christoph-reinprecht/)

Darstellung GÖG/ÖBIG