



GESUNDHEIT UND MIGRATION

**„Die Gesundheit von MigrantInnen in Österreich“
Fachtagung ProHealth
24./25. März 2011, Graz**

Ursula Karl-Trummer, Sonja Novak-Zezula



„Wären alle MigrantInnen der Welt ein Land, wäre es gemessen an der Bevölkerungszahl das fünft größte“ (WHO 2010)

TABLE 1. GLOBAL ESTIMATES OF MIGRANT POPULATIONS

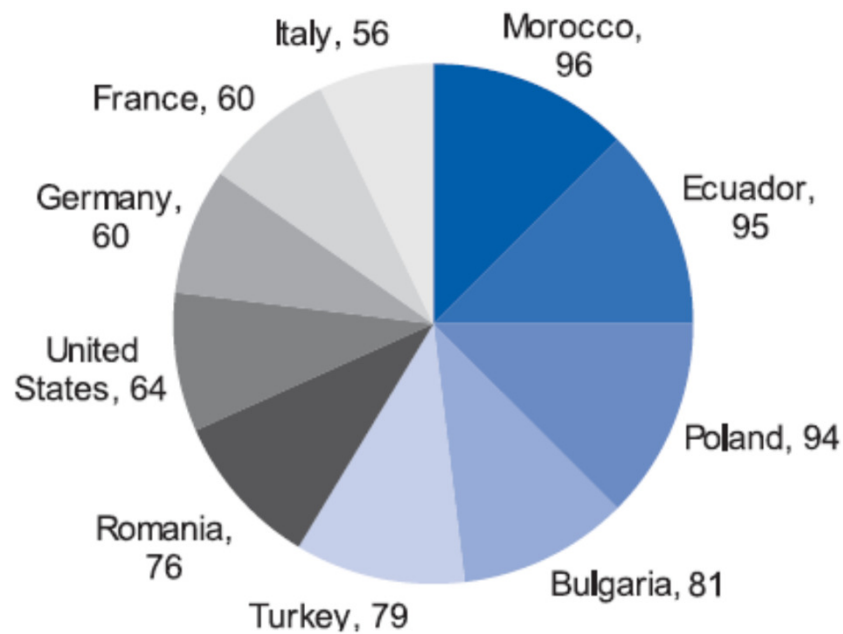
Category of migrant	Population estimates
Internal migrants	~ 740 million (stock in 2009) ²
Immigrants	Annual flow between 2005-2010 ~ 2.7 million with a stock of ~ 214 million international migrants in 2010 ³
Migrant workers	~ 100 million (stock in 2009) ⁴
International students	~ 2.1 million (stock in 2003) ⁵
Internally displaced persons	51 million (stock in 2007) includes those displaced by natural disasters and conflict. (UNHCR)
Refugees	15.2 million (stock beginning of 2009) ⁶
Asylum seekers or refugee claimants	838 000 (stock beginning of 2009) ⁷
Temporary – recreational or business ⁸ travel	922 million in 2008 ⁹
Trafficked persons (across international borders)	Estimated 800 000 per year (2006) ¹⁰ There are no accurate estimates of the stocks and flows of people who have been trafficked ¹¹

Quelle: Report of the Global Consultation on Migrant Health, WHO 2010

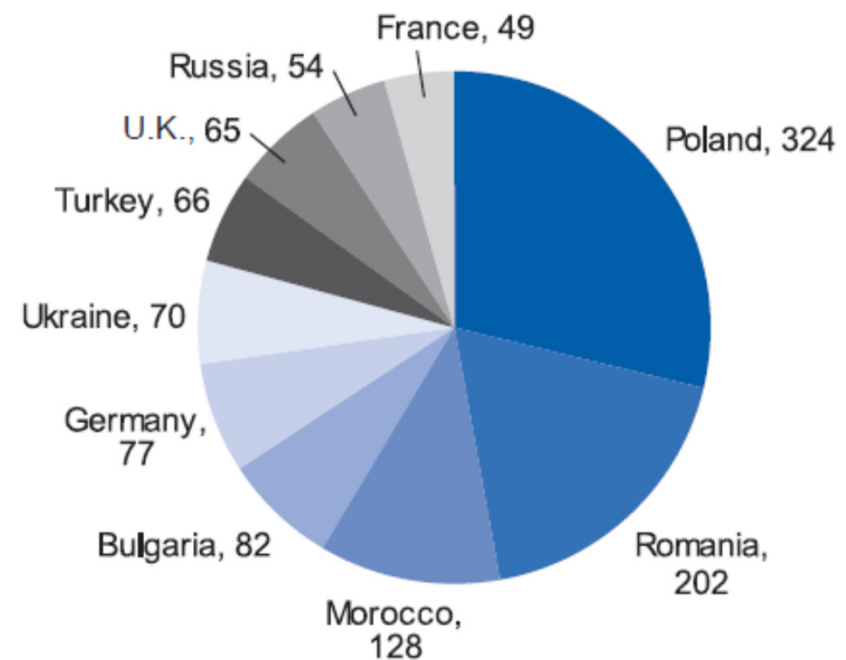


Hauptherkunftsländer von MigrantInnen in Europäischen OECD Ländern, 2000 und 2005 (IOM 2008)

Jahr 2000 (Angaben in Tausend)



Jahr 2005 (Angaben in Tausend)



Migration als wesentlicher Faktor der Bevölkerungsentwicklung in Europa



- Rund 47 Millionen internationale MigrantInnen im Jahr 2010 in der EU¹
 - 30% aller MigrantInnen in der EU stammen aus anderen EU Ländern²
 - Die meisten MigrantInnen sind jung, Anteil der Frauen hat stark zugenommen²
- Migration nach Österreich
 - 2009 lebten 1,468 Millionen Personen (17,8%) mit Migrationshintergrund in Österreich³
 - Anfang 2010 lebten 895.000 ausländische Staatsangehörige (10,7%) in Österreich³
 - ein Drittel (487.000 Personen) stammt aus anderen EU-Staaten, zwei Drittel (981.000 Personen) aus Drittstaaten, 496.000 aus den jugoslawischen Nachfolgestaaten

1 UNDP 2009 nach Gijón-Sánchez et al. 2010

2 IOM 2008 nach Gijón-Sánchez et al. 2010

3 Statistik Austria 2010

Wieso Gesundheit und Migration?



Prozess zunehmender Migration und resultierender ethnischer/kultureller Heterogenität ist Teil einer gewollten Realität

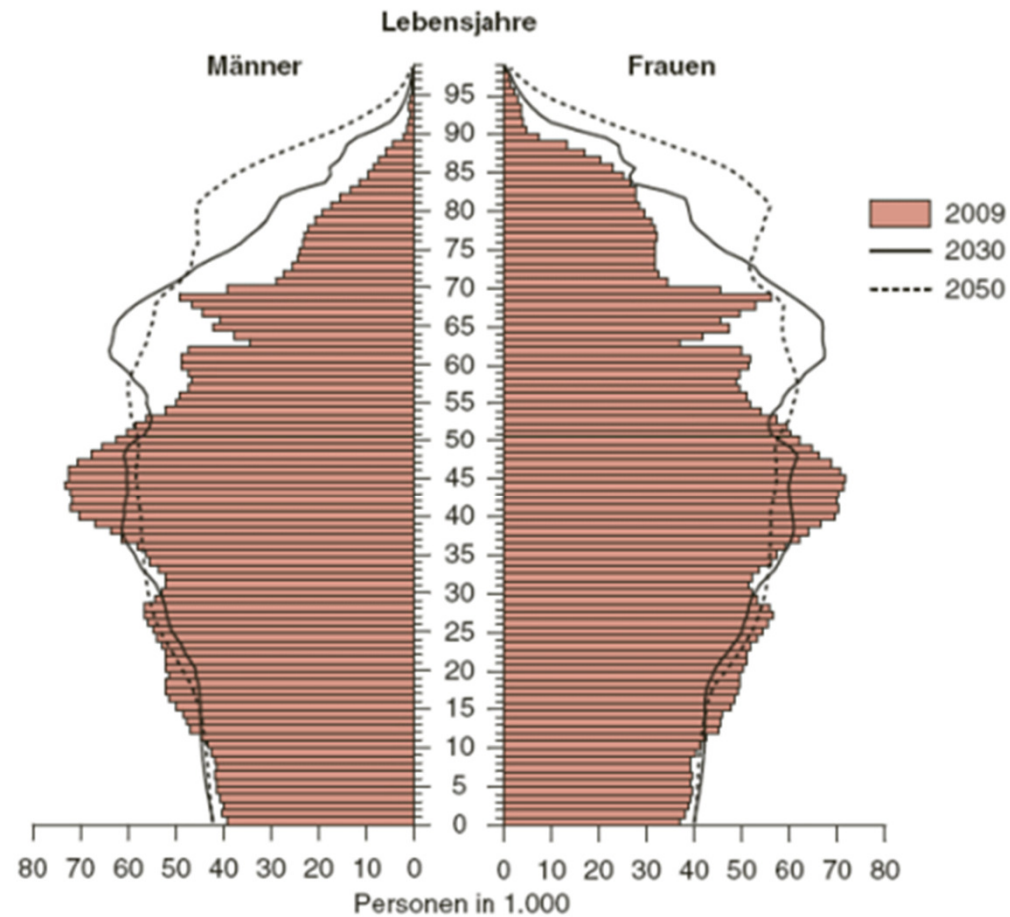
- Europa braucht Migration (netto Migration bei 2 mio/Jahr)
 - Ökonomisch: High skill & 3D jobs (**d**irty, **d**emanding, **d**angerous/degrading)
 - Demographisch: zu geringe eigene Reproduktion
- Europa braucht erfolgreiche Migration = Integration in Arbeitsmarkt und Lebenswelten
 - Erfolgsfaktor Gesundheit

Europa wird älter



- Zunehmende Alterung der Bevölkerung der EU 27
 - Anteil der Bevölkerung mit 65 und mehr Jahren wird von 17,1% im Jahr 2008 auf 30,0% im Jahr 2060 steigen, jener der von 80+ von 4,4% auf 12,1% (Eurostat newsrelease 2008)
- Zunehmende Alterung und Wachstum der Bevölkerung Österreichs (Statistik Austria 2009)
 - Wachstum bis 2030 auf 9 Mio., danach auf 9,5 Mio. im Jahr 2050
 - Steigender Anteil der Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren von derzeit 23% auf rund 26% im Jahr 2020, ab ca. 2030 auf 30%; Zunahme der über 75-jährigen Menschen bis 2030 von dzt. 662.000 auf über 1 Million.

Österreich: Bevölkerungspyramide 2009, 2030 und 2050 (mittlere Variante)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Bevölkerungsprognose 2010. Erstellt am: 03.11.2010.

Konsequenzen im Gesundheitssystem



- Herausforderung PatientInnen mit Migrationshintergrund:
 - Sprache, Kultur, Gesundheitsverständnis

- Herausforderung Health Care Professionals:
 - Globalisierung des Arbeitsmarktes, zunehmende Heterogenität des Personals

Herausforderung PatientInnen mit Migrationshintergrund (1)



- Ausländeranteil in Österreich: 10,3% bzw. 17,4% mit Migrationshintergrund
- Höchste Anteile in Wien (36%) und Vorarlberg (21%)

- Risikoprofil:
 - Höhere Belastungen, schlechteres Wissen, weniger ökonomische Ressourcen, (zu) später Eintritt in Versorgung, ungesünderer Lebensstil, schlechtere Einschätzung der Lebensqualität
- Gesundheitsprofil:
 - Männer: höhere Raten bei Migräne/Kopfschmerzen, chronischen Angstzuständen, Depressionen, Wirbelsäulenbeschwerden
 - Frauen: 3,4-fach erhöhtes Diabetes-Risiko, Bluthochdruck, Depression und chronische Angstzustände, Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus

(alle Daten Statistik Austria, 2008, altersbereinigt)

Herausforderung PatientInnen mit Migrationshintergrund (2)



- Für Gesundheitsorganisationen:
 - Kommunikationsprobleme / Sprache
 - beiderseitig fehlendes kulturelles Verständnis, Beispiel Familienbesuche, Behandlung durch gleichgeschlechtliche ÄrztInnen
 - Unterschiedliche Rollendefinitionen, Erwartungen
 - Mangelnde „Health Literacy“

- Konsequenz:
 - Erhöhtes Risiko von Qualitätsverlusten: Über/Unter/Fehlversorgung
 - Erhöhtes Fehlerrisiko: Gefährdung der Patientensicherheit
 - Erhöhte Kosten: wahrscheinlich, aber nicht quantifiziert

Das „Migrantenfreundliche Krankenhaus“

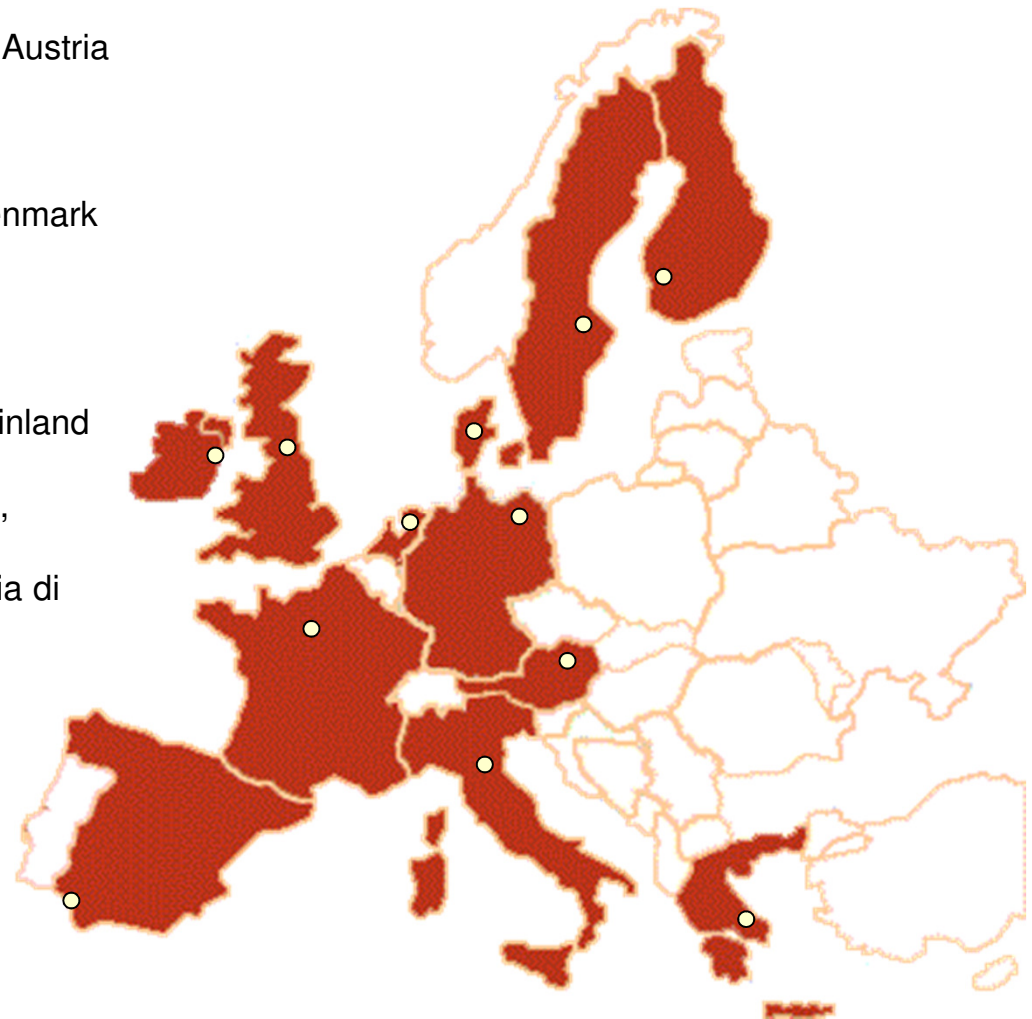


**Erfahrungen und Ergebnisse
aus einem Europäischen Projekt
zur Weiterentwicklung ethno-kulturell
sensibler Gesundheitsversorgung**

12 Europäische Pilot Krankenhäuser



AT		Kaiser-Franz-Josef-Spital, Vienna, Austria
DE		Immanuel-Krankenhaus GmbH, Rheumaklinik Berlin-Wannsee, Berlin, Germany
DK		Kolding Hospital, Velje-Kolding, Denmark
EL		Hospital "Spiliopoulou Agia Eleni", Athens, Greece
ES		Hospital Punta de Europa, Algeciras-Cádiz, Spain
FI		Turku University Hospital, Turku, Finland
FR		Hôpital Avicenne, Paris, France
IR		James Connolly Memorial Hospital, Dublin, Ireland
IT		Presidio Ospedaliero della Provincia di Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italy
NL		Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands
SV		Uppsala University Hospital, Psychiatric Centre, Uppsala, Sweden
UK		Bradford Hospitals NHS Trust, Bradford, U.K.



Migrant Friendly Hospitals Ein EU-Public Health Projekt



- Teilnehmende Länder:
12 Pilotkrankenhäuser (13)
aus den EU 15 (2002)
- Projektlaufzeit: Oktober 2002 - März 2005
- Kooperation von WissenschaftlerInnen,
PraktikerInnen, und Netzwerken
- Koordiniert vom Ludwig Boltzmann Institut
für Medizin- und Gesundheitssoziologie

Supporting partners



- Europäische Kommission, DG Gesundheit und Verbraucherschutz
- Bundesministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft (BMBWK)
- Pilotkrankenhäuser
- Health Promoting Hospitals Netzwerk (HPH)
- WHO – European Office for Integrated Health Care Services
- International Organisation of Migration (IOM)
- International Labour Organisation (ILO)
- International Alliance of Patient organisations (IAPO)
- International Union of Health Promotion and Education (IUPHE)
- Migrantsrights International
- Pharos
- Standing Committee of the Hospitals of the European Union (HOPE)
- United for Intercultural Action

Migrant-friendliness bedeutet...



Personalisierung von Leistungsangeboten und Dienstleistungen

- Akzeptanz der Unterschiedlichkeit von Menschen nach ethno-kulturellem Hintergrund
- Sensibilität für unterschiedliche Bedürfnisse bei der Erbringung der Dienstleistungen (Religion, Sitte..)
- Kompensation von „Defiziten“ (Sprachkenntnisse, Systemkenntnisse..)

Komponenten eines qualitätsgesicherten Management Systems für MFH



Strukturen	Prozesse	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none">▪ MFQ Ziele, Vereinbarungen▪ MFQ Programme, Projekte▪ MFQ Management Struktur: Komitee, Team, Netzwerk von Kontaktpersonen▪ MFQ Marketing▪ MFQ Budget	<p>MFQ Definieren</p> <p>MFQ Evaluieren</p> <p>MFQ Entwickeln</p>	<p>MF Qualitäts- Sicherung und Entwicklung</p>

Umsetzung im MFH- Projekt

Projektstruktur



Gesamtprojekt - Organisationsentwicklung:

- Aufbau und Etablierung lokaler Projektgruppen
- Needs Assessment bei Stakeholdern Management, MitarbeiterInnen, PatientInnen
- MFQQ Assessment 1
- MFQQ Assessment 2

Subprojekte:

- SPA: Professionelle Dolmetschangebote im Krankenhaus
- SPB: Gesundheitsförderung durch migrantinnenfreundliche Information und Schulung in der Mutter-Kind Betreuung
- SPC: Training in interkultureller Kompetenz für das Krankenhauspersonal

Der MFQQ



- ein Assessment Instrument
- Gibt Auskunft über “Migrant friendliness” von Krankenhäusern auf Ebene von Services und Managementstrukturen
- 2 assessments: 2003 / 2004
- Teil A: MF characteristics of services
- Teil B: MF quality system

Teil A: MF characteristics of services



- Dolmetschdienste, Informationsmedien
- Hotelkomponenten (Essen, Religion, Besuche)
- Prozessstandards (transkulturelle Pflege/Medizin)
- Gesundheitsförderung, Empowerment

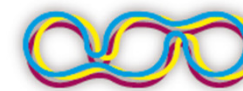
Teil B: MF quality system



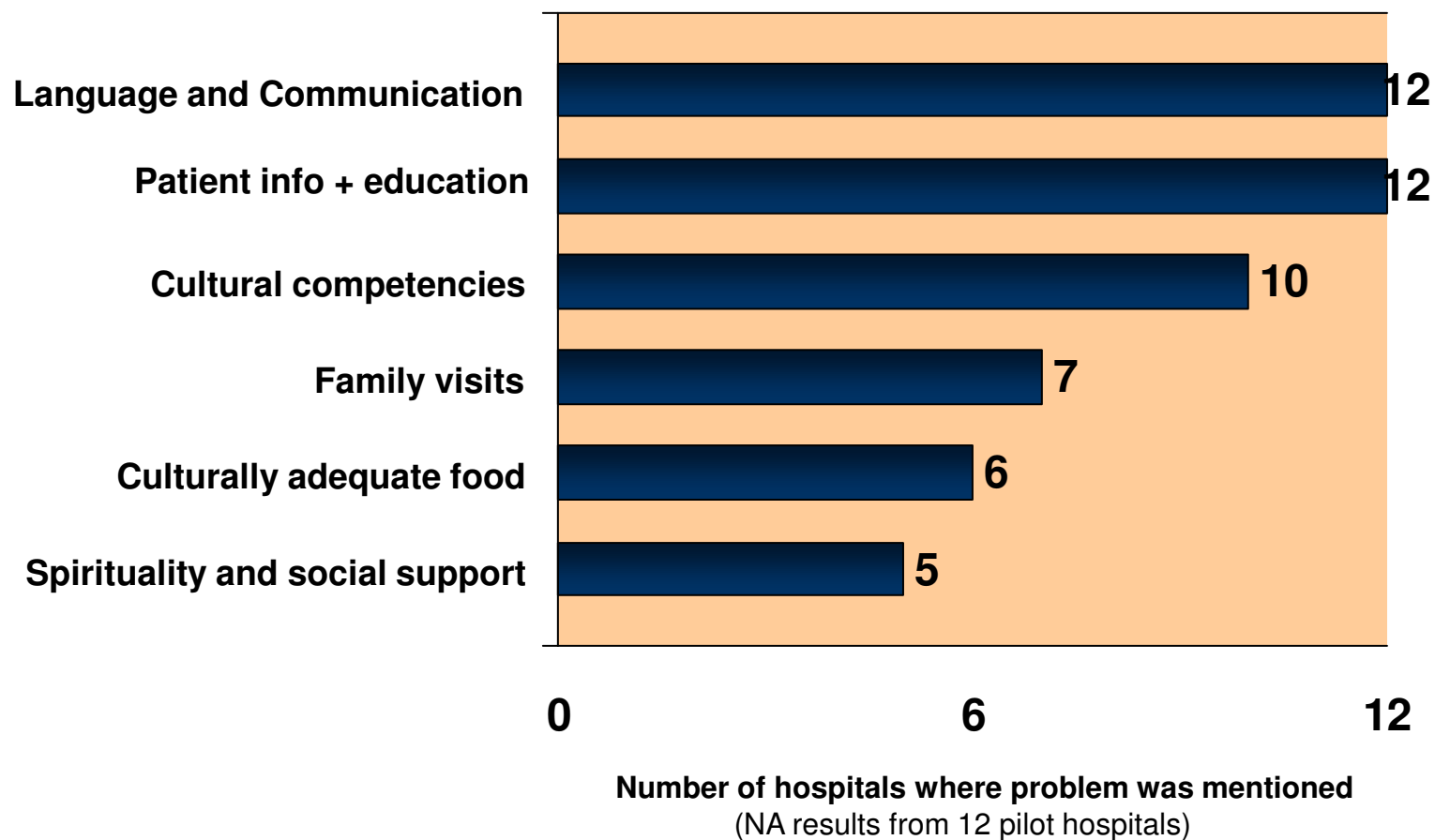
Verankerung in Qualitätssystem

- Leitbild, Strategische Ziele
- Budget
- Verantwortlichkeiten/Verantwortliche
- (Selbst)beobachtung
- Marketing
- Kompetenzentwicklung/Training

Ergebnisse des Needs assessment



European cross analysis: The six most important problem areas



Inter-kulturelle PatientInnen- kontakte

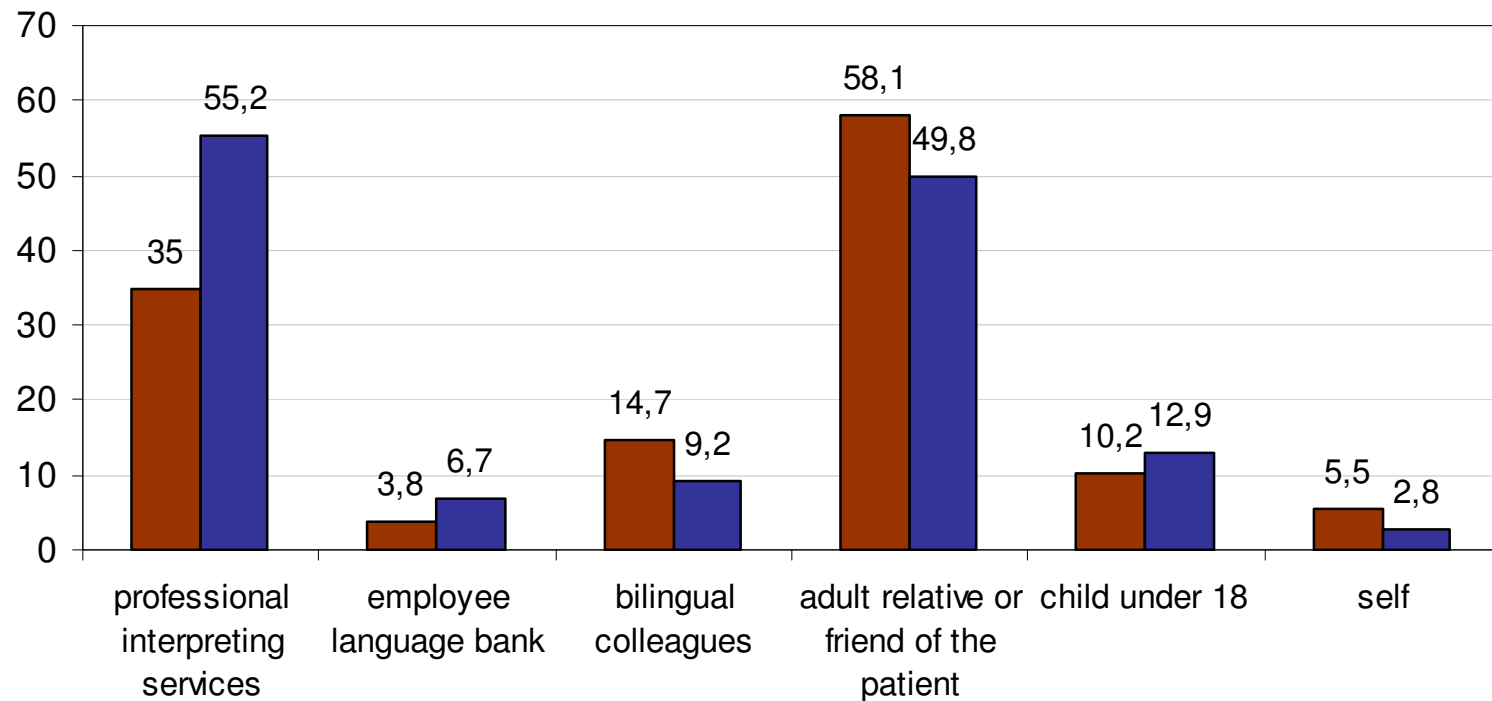


(1. MitarbeiterInnenbefragung, SPA)

„Contact with patients with a limited
command of the local language“

- 34,8% of staff say: daily
- 28,3% of staff say: 2-3 times a week

Welche Ressourcen werden für die Kommunikation genützt? (immer oder oft, %)



Novak-Zezula et.al., 2005, Vergleich 1./2. MitarbeiterInnenbefragung SPA, 9 KHs

Teil A: Services – Ergebnisse Gesamtgruppe



MFQQ 1st/ 2nd Assessment

Measures to facilitate communication with migrant patients I

Range: 1 – 4

Communication - Interpreting services available at the hospital		DI-EU	Diff. T2-T1
<i>Kind of professional interpreting service</i>			
1.	Interpreting service implemented at hospital	1,2	↑
		0,8	
2.	Telephone interpreting service	1,9	↑
		1,2	
3.	Co-operation with external interpreting service	2,6	↑
		1,6	
<i>Who can request an interpreter?</i>			
4.	Interpreting service available on request of staff	3,2	↑
		2,4	
5.	Interpreting service available on request of patients and/or relatives	1,9	↑↓
		1,9	
6.	Utilisation of language and cultural competencies of staff members with migrant and/or diverse backgrounds	1,5	↑
		1,3	
7.	Cultural mediation services	0,9	↑
		0,7	

Teil A: Services – Ergebnisse auf Hausebene



MFQQ 1st/ 2nd Assessment

Measures to facilitate communication with migrant patients II

Range: 1 – 4

Communication - Interpreting services available at the hospital		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	DI-EU	Diff. T2-T1	
<i>Kind of professional interpreting service</i>																
1.	Interpreting service implemented at hospital	T2	q1	q1				q3		q3	q2		q4	1,2	↑	
		T1	q1		q1	q1	q2	q1					q4	0,8		
2.	Telephone interpreting service	T2		q2			q2	q3	q4	q3	q4	q1	q4	1,9	↑	
		T1		q4			q1	q2			q4	q1	q2	1,2		
3.	Co-operation with external interpreting service	T2	q1	q1	q4			q4	q3	q4	q3	q4	q3	q4	2,6	↑
		T1			q4			q1	q2	q2		q4	q3	q3	1,6	
<i>Who can request an interpreter?</i>																
4.	Interpreting service available on request of staff	T2	q2	q2	q4		q3	q4	q4	q4	q3	q4	q4	q4	3,2	↑
		T1	q2	q1	q4		q1	q4	q2	q3		q4	q4	q4	2,4	
5.	Interpreting service available on request of patients and/or relatives	T2	q2	q2			q3	q1		q4	q3	q4		q4	1,9	↑↓
		T1	q2	q2	q4		q1	q3		q3		q4		q4	1,9	
6.	Utilisation of language and cultural competencies of staff members with migrant	T2	q4	q2	q1		q1	q2	q2	q2	q1	q1	q1	q1	1,5	↑
		T1	q3	q1		q1	q1		q1	q2	q1	q1	q1	q3	1,3	
7.	Cultural mediation services	T2	q1						q2		q3	q1		q4	0,9	↑
		T1	q1				q1		q1			q1		q4	0,7	
Sumscore T2		11	8	11		7	13	17	18	19	20	9	25			
Sumscore T1		9	4	16	2	5	11	9	10	1	18	9	24			
H-Score of changing in quartiles (T1 to T2)		2	4	-5		2	2	8	8	18	2	0	1			

Teil B: Quality system



MFQQ 1st/ 2nd Assessment : MFH policies II

		SC- EU	Diff. T2-T1
	Written MF policy		
55.	Migrant-friendliness as an explicit aim + value in the mission statement.	5	↑
		2	
56.	Formulated MF strategic policy document, specifying MF core strategies and policies to reach them	3	↑
		2	
57.	(Annual) MF action plan	6	↑
		3	
58.	MF written process regulations	3	↑
		1	
59.	Reference to migrant-friendliness in general process regulations	2	↑↓
		2	
60.	Hiring policies aimed at actively recruiting staff with a migrant background	3	↑
		2	
61.	Policies for the training and development of staff with a migrant background	5	↑
		2	
62.	Policies how to handle discrimination	7	↑
		4	
63.	White book on health assistance for migrants in the region or country	2	↑↓
		2	

Fazit aus dem MFH-Projekt



- Bedarf zur Entwicklung migrant friendly services ist gegeben
- Qualitätsentwicklung nützt Organisationen und PatientInnen
- Needs Assessments / MFQQ Assessments als nützlicher Schritt der Qualitätsentwicklung
- Instrumente und Lösungsansätze sind vorhanden und entwicklungsfähig
- Relevanz aus Sicht der Organisation und Bereitschaft zur Investition sind unterschiedlich
- Unterstützung von Aussen z.B. durch Politik, Netzwerke, Projekte ist wichtig

Herausforderung MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund (1)



- Zunehmende Globalisierung des Gesundheitsarbeitsmarktes (ILO, 2007) mit steigendem Bedarf in allen entwickelten Europäischen Ländern (WHO, Buchan 2008)
- In Österreich 14,6% im Ausland geborene ÄrztInnen und 14,5% im Ausland geborene Pflegekräfte im Jahr 2001 (OECD 2007, WHO Buchan 2008)
- in österreichischen Alten- und Pflegeheimen 10,5 % und in Krankenanstalten 8,2 % aller Pflegekräfte mit nicht-österreichischem Ausbildungshintergrund (Lenhart / Österle 2007)
- Wanderungsdynamiken mit EU-Erweiterung verstärkt (WHO Buchan 2008)

Herausforderung MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund (2)



- Teil des Problems ?
 - Schwierige Position in Behandlungsteams
 - Sprachprobleme
 - Diskriminierungserfahrungen durch KollegInnen und PatientInnen
 - Einsatz unter der eigentlichen Qualifikation
 - Teilweise schwierige Zugänge zu Arbeitsmarkt
 - Nostrifizierungen oft teuer/langwierig/Auflagen nicht nachvollziehbar

- Teil einer Lösung ?
 - In Vermittlerposition
 - Mit kulturellen / sprachlichen Zusatzkompetenzen

(Ergebnisse laufendes Forschungsprojekt „Migrant Nurses Study 2009/2010)

Knappheit von Gesundheitspersonal



- Zunehmende Migration von Gesundheitspersonal als Ursache und Folge von Knappheit in einem globalisierten Arbeitsmarkt (OECD 2010)
 - Für 2006 schätzte die WHO eine weltweite Knappheit von Gesundheitspersonal von über 4,3 Millionen, insbesondere in einkommensschwachen Ländern: 36 von 57 Ländern mit kritischer Knappheit waren subsaharische Länder Afrikas
- Schätzungen der EC DG Sanco für 2020 für die EU (Neubauer und Kidd 2010)
 - Ca. 1.000.000 Gesundheitsarbeitskräfte werden fehlen
 - 590.000 Pflegekräfte, 230.000 ÄrztInnen, 150.000 ZahnärztInnen, PharmazeutInnen und PhysiotherapeutInnen
 - Rund 15% der notwendigen Pflege wird nicht abgedeckt



Pflegepersonal mit Migrationshintergrund in Österreich

- Österreich - Daten für 2001: 14,5 Prozent aller Pflegekräfte im Ausland geboren (Dumont/ Zurn 2007, Buchan 2008)
- 10,5 % der Pflegekräfte in Alten- und Pflegeheimen und 8,2% in Krankenanstalten haben ihre Berufsausbildung im Ausland absolviert (Lenhart / Österle 2007)
- Steigender Bedarf an migrantischem Pflegepersonal in Österreich (Buchan 2008)
 - Wiener Unternehmen suchen 800 MitarbeiterInnen für die Bereiche Gesundheits- und Krankenpflege sowie Betreuung (Wien.at 2009)
 - Pflegedienstleitungen Ostösterreich, insbes. Wien: steigender Personalbedarf kann mit den österreichischen Pflegekräften nicht gedeckt werden (Fischer 2009)

Die „Migrant Nurses Study“

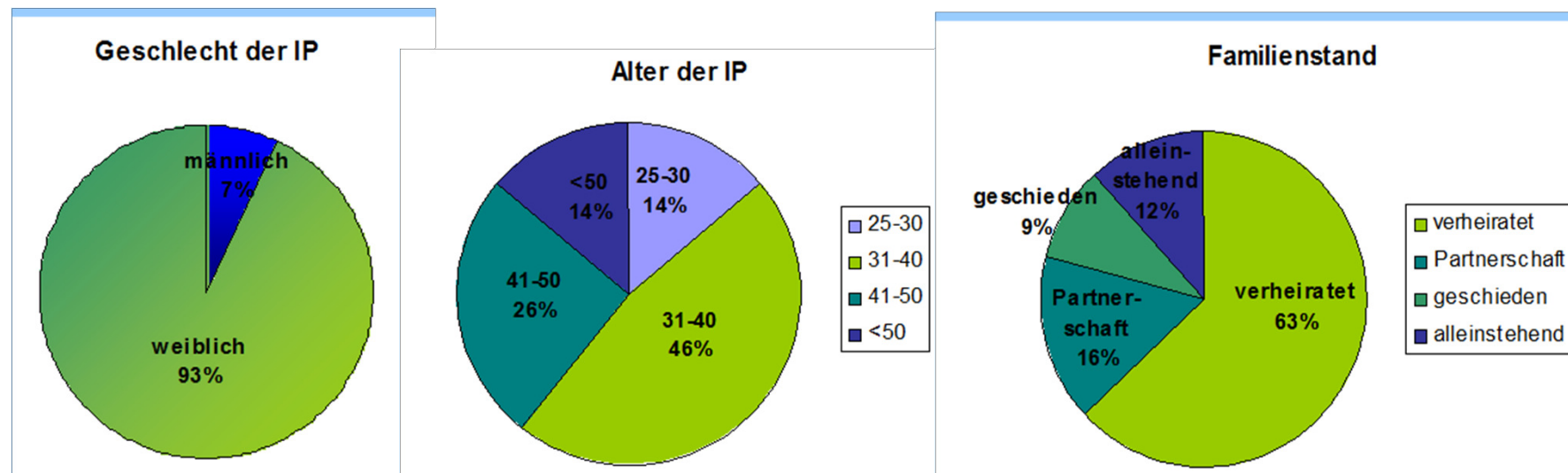


- Im Rahmen einer Lehrveranstaltung im Wintersemester 2009/2010 am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien in Kooperation mit dem Zentrum für Gesundheit und Migration mit privaten Fördermitteln gestartet
- Erhebung von Migrationserfahrungen und Arbeitssituation von migrantischen Pflegekräften in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen
 - 43 biografische Interviews zu Migrations- und Integrationserfahrungen mit inhaltlichen Hauptsträngen
Migrationshintergrund, Arbeit, Ausbildung, Lebenswelt, beruflicher und privater Ausblick
 - 10 davon auch inhaltsanalytisch ausgewertet

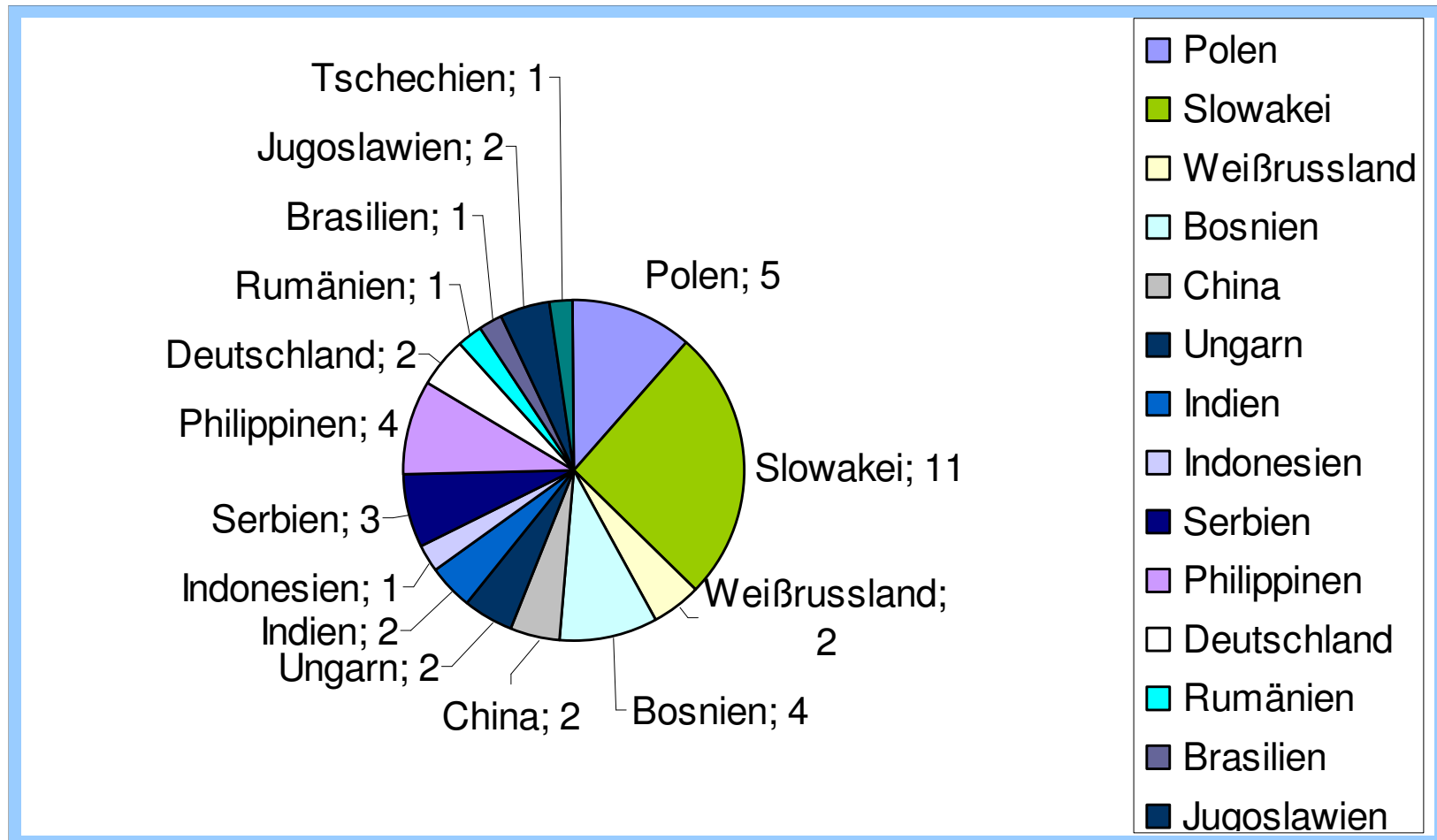


Stichprobe

- Stichprobe: 43 InterviewpartnerInnen
- Erhebungszeitraum: 15.7. - 4.8.2009
- Stichprobenziehung: Snowball Sampling
- Auswahlkriterium: Ausbildung zur Pflegekraft im Herkunftsland bzw. außerhalb von Österreich

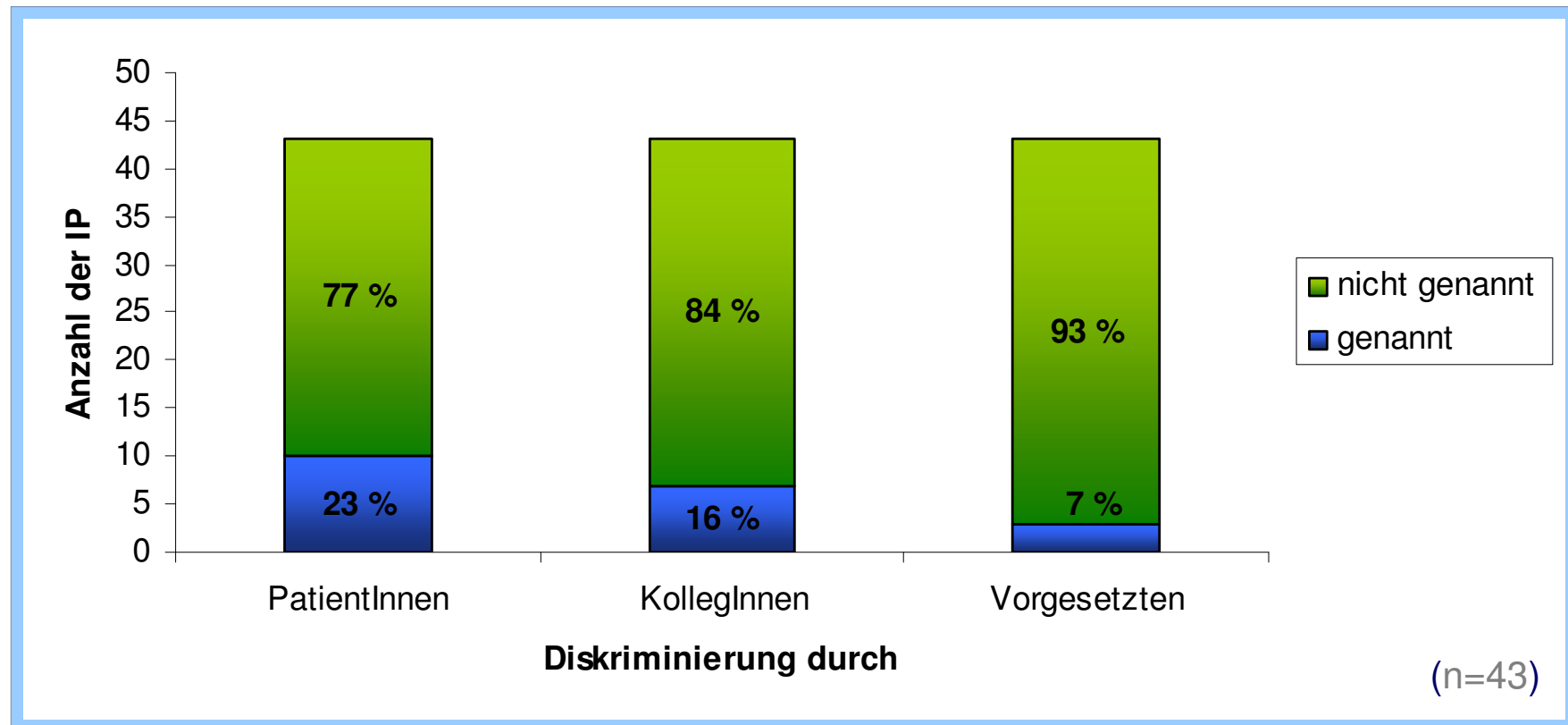


Herkunftsländer



(n=43)

Diskriminierungserfahrung der eigenen Person





Unterstützungsbedarf ?

- *„Und so ah kulturelle Unterschiede, ich würde sagen, mit kulturellen Unterschiede bemühen uns fast, das nehmen wir als tagtäglich, [...] face-to-face besprichst du mit der Kollegin, wenn etwas hat nicht gepasst oder hast du nicht verstanden [...] oder hast du oder sie dich beleidigt, das besprech ma immer miteinander, so a große Seminar oder was auch immer mach ma davon nicht“*
(B9, S 111, Z 212–218).
- *„Und Entschuldigung, wann du kommst in fremde Lande, [...] da musst du zufrieden, was du hast, ja. [...] Und wenn es mir gefällt nicht da, bitte fahrst du nachhause [lacht]“*
(B5, S 58, Z 157–162).

Erstes Fazit: Herausforderung Integration - Privatsache?



- Integration gelingt aufgrund großer persönlicher Anstrengung
- Unterstützung erfolgt zufällig, durch Einzelpersonen, oft selbst mit Migrationshintergrund
- Bedarf an systematischer Integrationsunterstützung wird nicht eingefordert
 - Persönliche Verantwortung wird ernst genommen
 - Schwierigkeiten werden als „persönliches Versagen“ interpretiert
- Gesundheitsorganisationen nehmen Verantwortung im Integrationsprozess nur beschränkt wahr.
- Das fällt (noch) wenig auf, weil Probleme individualisiert (gelöst) werden



Was ist Integration ?

- Ein **interaktiver Prozess** zwischen ImmigrantInnen und Aufnahmegesellschaft (Bosswick/ Heckmann 2006)
- *„Integration ist ein interaktiver Prozess zwischen ImmigrantInnen und der Aufnahmegesellschaft. Für die ImmigrantInnen bedeutet Integration den Prozess des Erlernens einer neuen Kultur, den Erwerb von Rechten und Pflichten, den Zugang zu Positionen und sozialem Status, Aufbau persönlicher Beziehungen mit den Mitgliedern der Aufnahmegesellschaft und die Entwicklung des Gefühls der Zugehörigkeit zu und Identifikation mit dieser Gesellschaft. Für die Gesellschaft des Gastlandes bedeutet Integration eine Öffnung der Institutionen und die Gewährung von Chancengleichheit für ImmigrantInnen. In dieser Wechselwirkung hat jedoch die Aufnahmegesellschaft mehr Macht und mehr Prestige.“*
(eigene Übersetzung nach Bosswick/ Heckmann 2006)
- In einer **asymmetrischen Beziehung**
- *„Integration ist kein Prozess unter gleichwertigen Partnern“*
(eigene Übersetzung nach Raghuram 2007)
- **INTEGRATION BRAUCHT PARTNER**



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Ursula.karl-trummer@c-hm.com

Sonja.novak-zezula@c-hm.com