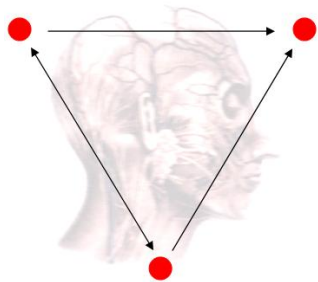


# Die Auswirkungen von Migration auf Gesundheit



DSA Christoph Pammer, MPH, MA  
Selbständiger Gesundheits- und Sozialwissenschaftler  
Schönbrunnngasse 22  
A-8043 Graz Kroisbach  
Mobil: +43 699 103 418 69  
Email: [christoph.pammer@meduni-graz.at](mailto:christoph.pammer@meduni-graz.at)

## *persönliche Ausgangspunkte*

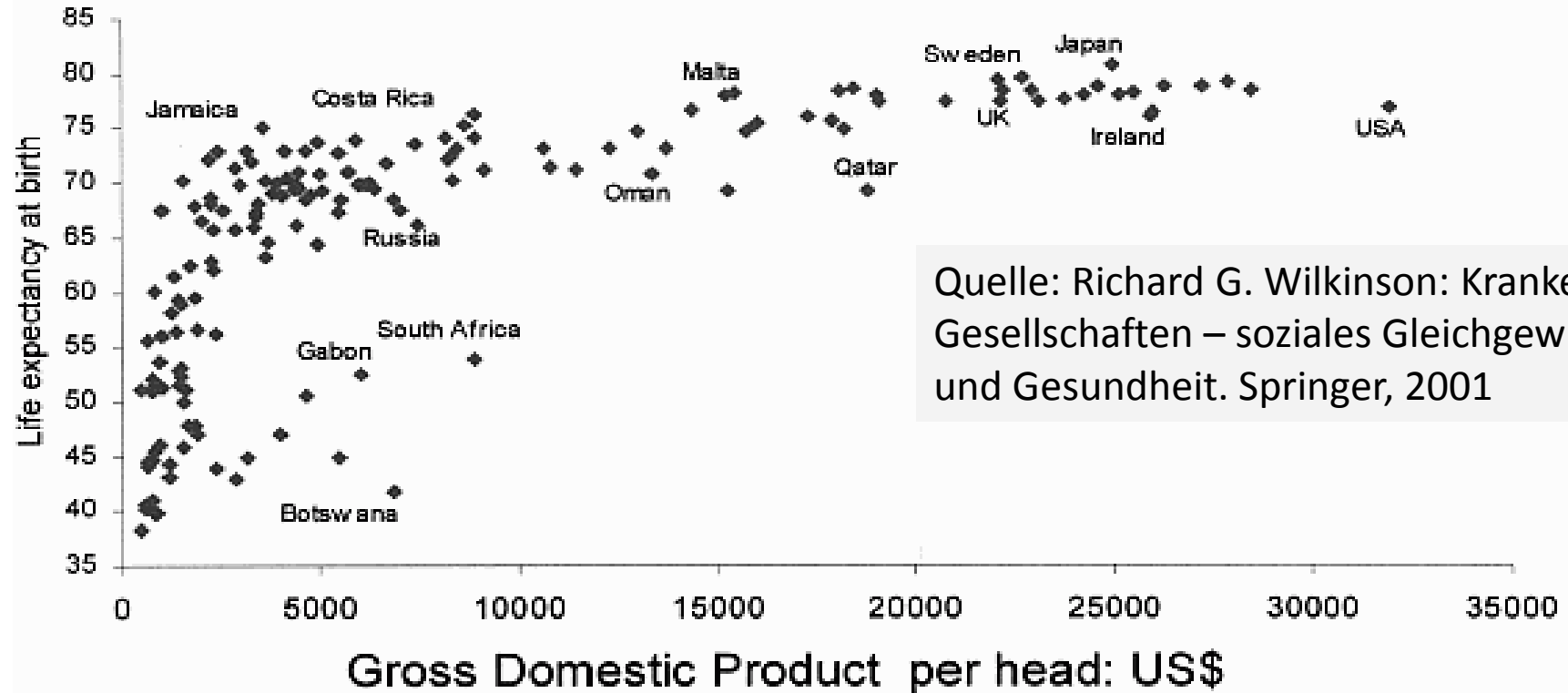
- *Asylrechtsberatung und Schubhaftbetreuung*
- *Gesundheitsförderungsprojekte (Verein Zebra)*
- *Public Health Studium (Zürich, Basel, Bern)*
- *sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit*
- *Effektivitäts- und Evaluationsforschung*
- *Projekt „B5“ – Strukturaufbau PT für Folterüberlebende (Verein Zebra)*
- *Themenschwerpunkt in der universitären Lehre*
- *Netzwerkarbeit*

*„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*

*The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition“*

WHO constitution, 1946

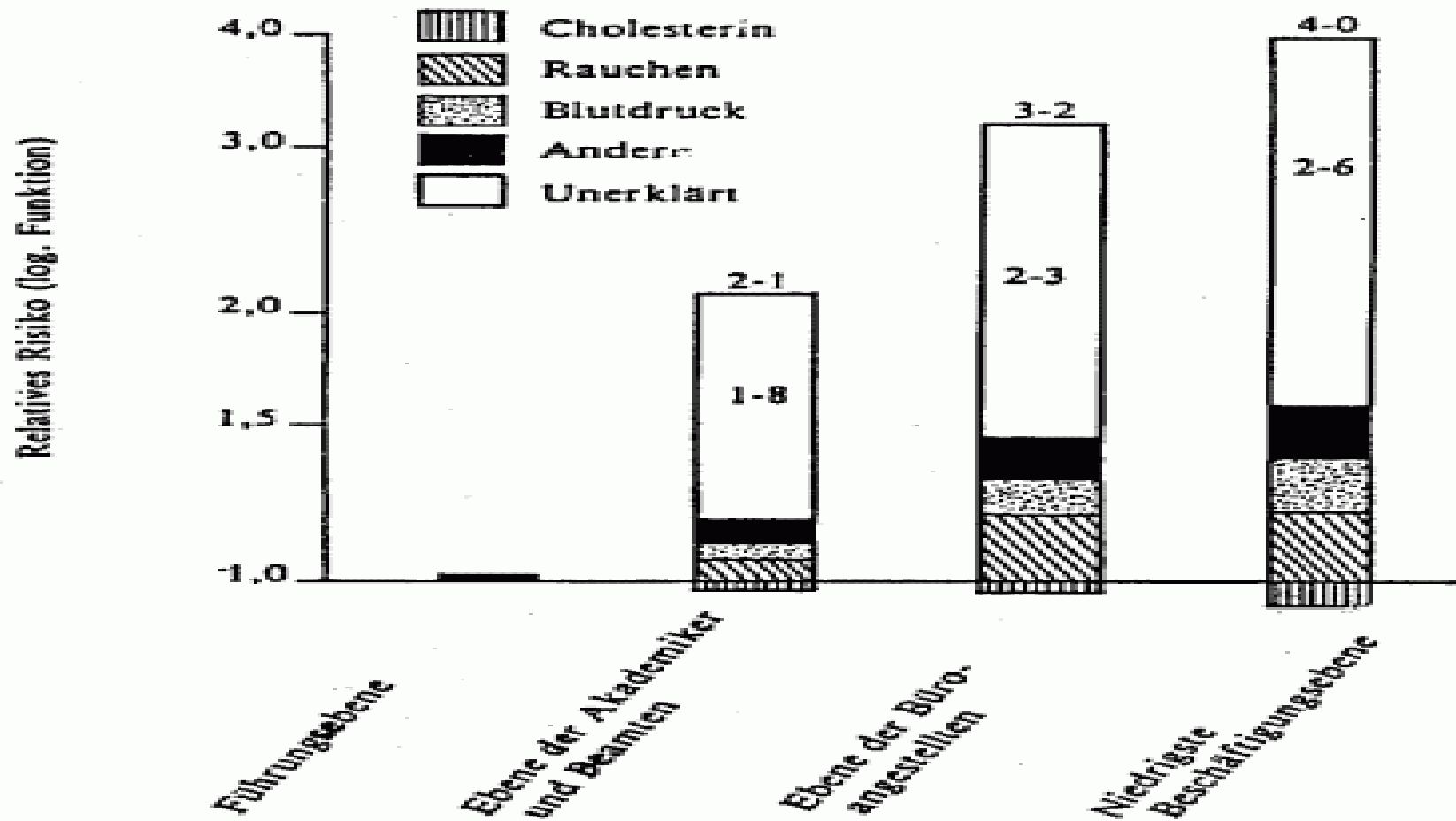
# Zusammenhang von Lebenserwartung und Lebensstandard in armen und reichen Ländern



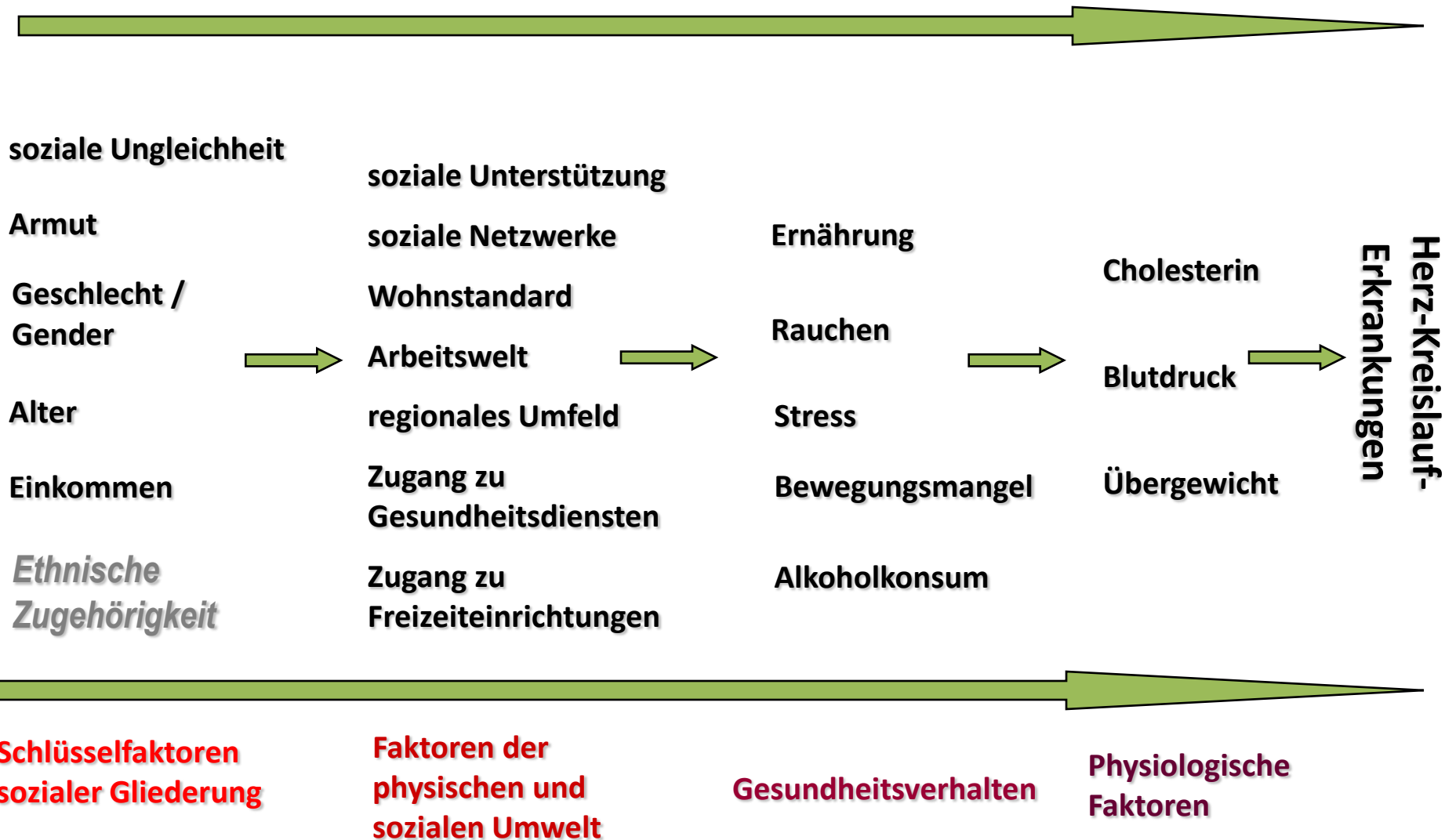
Quelle: Richard G. Wilkinson: *Kranke Gesellschaften – soziales Gleichgewicht und Gesundheit*. Springer, 2001

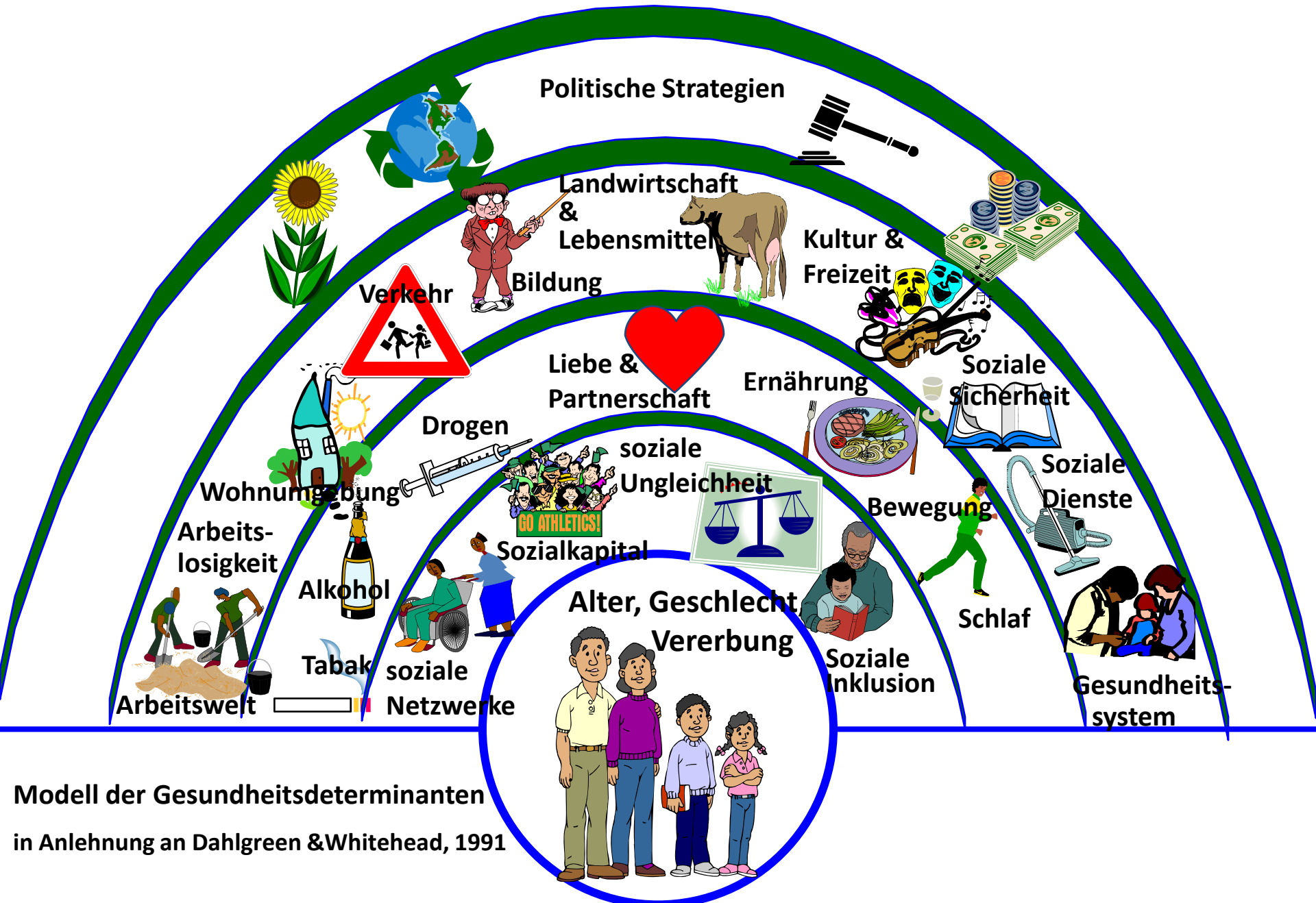
To reflect living standards more accurately, Gross Domestic Product has been converted into 1999 US dollars taking account of prices in each country. The graph shows that rises in living standards make large differences to life expectancy in poor countries, but make very little difference in rich countries.

# Soziale Schicht und Inzidenz der koronaren Herzkrankheit (Quelle: Whitehall Study 1, Marmot et al.)



# MODELL DER GESUNDHEITSDETERMINANTEN





Politische Strategien

Landwirtschaft & Lebensmittel

Kultur & Freizeit

Verkehr

Bildung

Liebe & Partnerschaft

Ernährung

Soziale Sicherheit

Wohnungsbau

Drogen

soziale Ungleichheit

Soziale Dienste

Arbeitslosigkeit

Sozialkapital

Bewegung

Soziale Dienste

Alter, Geschlecht, Vererbung

Soziale Inklusion

Schlaf

Gesundheitssystem

Alkohol

Tabak

soziale Netzwerke

Arbeitswelt

Modell der Gesundheitsdeterminanten  
in Anlehnung an Dahlgren & Whitehead, 1991

# Sterblichkeitsanalysen (in Deutschland)

- Mortalität als klassischer gesundheitswissenschaftlicher Indikator, der in Bezug auf verschiedene Merkmale verglichen werden kann.
- Aufgrund der Anzahl der Verstorbenen können Raten (Anteil der Verstorbenen an der Gesamtbevölkerung) berechnet werden.
- Um mit anderen Gesellschaftsgruppen, Ländern, hinweg vergleichbar zu sein, wird eine Altersstandardisierung durchgeführt.



# Vergleich des Sterblichkeitsrisikos von Migrant/innen in unterschiedlichen Aufnahmegesellschaften

**Table 1** Mortality risk of immigrants *vs.* host population, age-adjusted

Country of origin	Host country	Data source	Risk estimator	Men	Women	Source
China	Canada	Canadian Mortality Database	Relative risk	0.55	0.63	Sheth <i>et al.</i> (1999)
Mexico	USA	National Longitudinal Mortality Study	Hazard ratio	0.57	0.60	Abraido-Lanza <i>et al.</i> 1999
Vietnam	UK	National Health Service register (cohort)	Standardized mortality ratio	0.64	0.56	Swerdlow (1991)
Southern Europe*	Germany	German Socioeconomic Panel	Relative risk		0.68	Razum <i>et al.</i> (2000)

\* Countries of origin of 'guest workers' who migrated to Germany mostly in the 1960s (Turkey, Yugoslavia, Portugal, Italy, Spain). Relative risk estimate for men and women combined.

# Krebssterblichkeit (insgesamt und für Brustkrebs) : Vergleich türkischer und deutscher Frauen und Männer 1980-1997

Zeitperiode	Diagnose (ICD-9)	türkische Frauen		deutsche Frauen	
		ASR	95% KI	ASR	95% KI
1980–85	Krebs insgesamt (140–208)	19,1	(15,5–22,6)	57,2	(56,9–57,6)
1986–91		18,4	(16,6–20,3)	55,3	(55,0–55,7)
1992–97		21,5	(19,9–23,0)	52,4	(52,1–52,7)
1980–85	Brust (174)	2,0	(1,0–3,0)	14,6	(14,4–14,8)
1986–91		4,1	(3,2–5,0)	15,4	(15,3–15,6)
1992–97		4,4	(3,7–5,1)	14,9	(14,8–15,1)

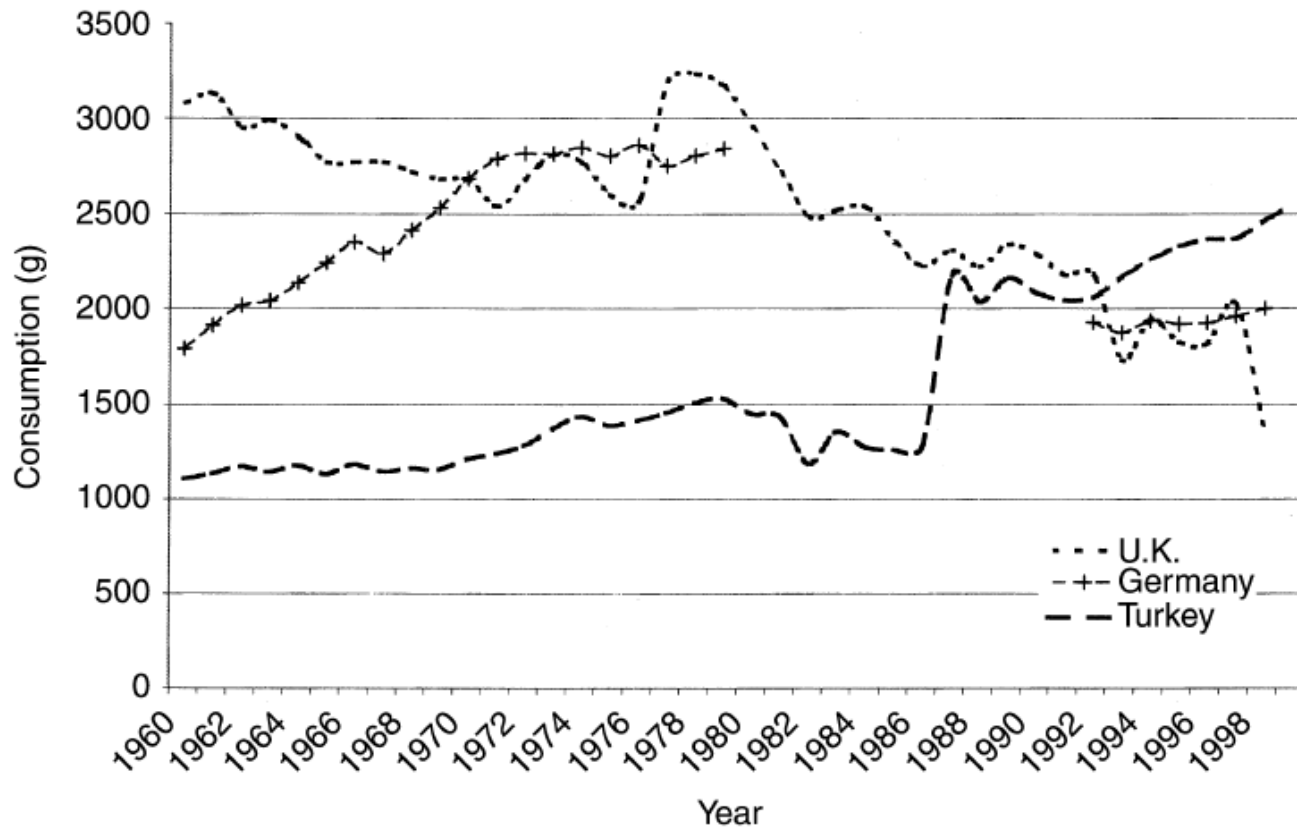
Table 2  
Age-standardised mortality rates (ages 0–64 years) for selected cancers among Turkish men in West Germany and among German men, 1980–1997

Period	Diagnosis (ICD-9)	Turkish men		German men	
		ASMR	(95% CI)	ASMR	(95% CI)
1980–1985	All cancers (140–208)	27.4	(23.9–30.8)	76.5	(76.1–76.9)
1986–1991		33.1	(30.7–35.4)	77.8	(77.4–78.1)
1992–1997		34.8	(33.2–36.4)	72.3	(72.0–72.6)

# Kritische Fragen an die Daten

- Grundgesamtheit der türkischstämmigen Population unbekannt? (-)
- Missklassifikation der Krebsfälle? (-)
- Verzerrung durch Positivselektion: Gesunde Gruppen emigrieren - selfselection bias (+)
- (Veränderungen der) Rückwanderung von Patient/innen in das Herkunftsland (+/-)
- Unterschiede zwischen Mortalitätsrisiken in Herkunftsland und Aufnahmegesellschaft (++)
- Veränderung des Krebsrisikos durch Migration in der Aufnahmegesellschaft (++) (Lungen-CA, Mamma-CA)
- Zugang und Qualität medizinischer Versorgung (?)

# Tabakkonsum in England, Deutschland, Türkei



# Müttersterblichkeit und Fehlgeburten

- sensibler Indikator für Ungleichheit in sozialer und gesundheitlicher Versorgung
- RR nicht-deutscher Frauen 1,7 (1980-1996)  
RR lediger deutscher Frauen 1,8 (1980-1996)
- vom generellen Rückgang in diesem Zeitraum profitierten alle Gruppen
- Fehlgeburtenrisiko Migrantinnen vs. Deutsche:  
1980-88: RR=4,6  
1989-96: RR=1,3

Quelle: Razum et al.: Trends in maternal mortality ratio among women [...]. Int J Epi 1999; 28, 919-924

# Vergleich von Krankheitsrisiken in der Aufnahmegesellschaft

- Abortushäufigkeit 25 vs. 15 %
- **Kinder und Jugendliche:** mehr psychosomatische Befindlichkeitsstörungen, Infektionskrankheiten, Unfälle, Behinderungen
- **Erwachsene:** überdurchschnittliche betriebliche Erkrankungsraten und Unfälle, psychosomatische Befindlichkeitsstörungen, sexuelle Störungen, Magen-Darm-Erkrankungen, Erkrankungen des Skelett- und Stützsystems;
- **Alter:** chronische Erkrankungen treten früher und häufiger auf

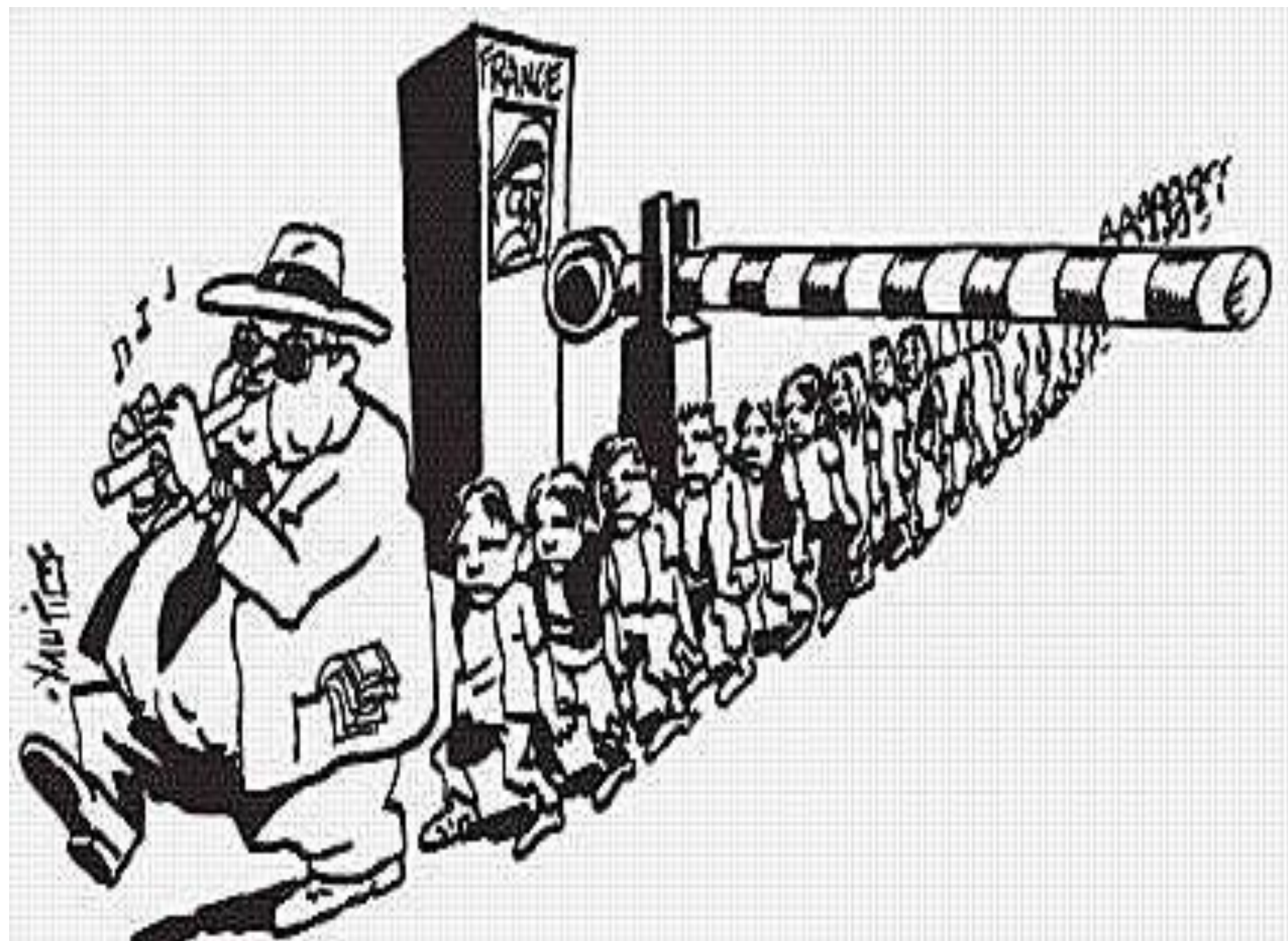
**boat people / südküste spanien (MR ca. 833/10.000)**











# ARMUT

## Herkunft, Arbeitsmarkt und Armutsgefährdung

	Armutsgefährdungs- quote (%)	relatives Risiko	Beschäftigungs- quote (%)
<b>Staatsbürgerschaft</b>			
Österreich, EU und EFTA	12	0,9	69
MigrantInnen gesamt	27	2,0	65
Ehem. Jugoslawien	26	2,0	73
Türkei	34	2,5	59
Eingebürgerte ÖsterreicherInnen (nicht vormals EU, EFTA)	26	2,0	63
<b>Gesamtbevölkerung</b>	13	1,0	69

**Quelle:** Statistik Austria, EU-SILC 2003

**Anmerkung:** relatives Risiko im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Beschäftigungsquote: Anteil der aktuell Erwerbstätigen im Erwerbsalter (20-64 Jahre) an Personen im Erwerbsalter

# BILDUNG

- PISA-Studie:
  - signifikanter Unterschied zwischen Österreichern, Migrant/innen 1.er und 2.er Generation
  - schlechtes Abschneiden bei Lese- und Rechtschreibkompetenz
  - geringsten Unterschiede in der Problemlösungskompetenz
- Einbindung in Kinderbetreuungseinrichtungen (zweitsprachliche Sozialisation, Einleben in institutionelle Erziehung)

# ARBEITSMARKT

- Niedriglohnsegmente
- kaum Aufstiegschancen
- prekäre Arbeitsverhältnisse

## im Gesundheitswesen

- 6 % Beschäftigtenanteil
- Schätzung: 40.000-70.000 „illegal“ Beschäftigte im Pflegebereich
- „brain drain“ – „brain gain“

# WOHNEN

- 37 % in Substandard- oder überbelegten Wohnungen
- ungleicher Zugang zu Gemeinde- und geförderten Wohnungen
- ungerechter Zugang zu besseren Wohngebieten

# HYPOTHESEN

1. Migrant/innen importieren gute Gesundheitsrisiken.
2. In der Aufnahmegesellschaft steigen Sterblichkeits- und Erkrankungsrisiken durch eine relative Verschlechterung der sozialen und psychischen Gesundheitsdeterminanten.
3. Die Migration selbst ist mit spezifischen Risiken verbunden.

# Gesundheitsstatus Kinder u. Jugendliche in D

- Zielvariablen: Gesundheitsstatus, Sozialstatus und Nationalität
- N= 50 908 Kinder und Jugendliche (0-18)
- Methode: Interviews mit Ki/Ju und Eltern
  
- Resultate:
  - 0-9jährige MigrantInnen haben besseren Gesundheitsstatus als deutsche Ki/Ju
  - trotz niedrigerem sozio-ökonomischen Status
  - trotz schlechterem Gesundheitsverhalten der Eltern
  
- Hypothese:
  - stärkere soziale Unterstützung in Migrantenfamilien
  - wirkt als protektiver Faktor stärker als die Risikofaktoren sozio-ökonomische Benachteiligung und schlechteres Gesundheitsverhalten

Quelle: Hermann N, Mielck A.: Health Status of German and Foreign Children: Why is Mehmet healthier than Maximilian? Gesundheitswesen. 2001 Dec;63(12): [Article in German]



# *AUSBLICK Workshop*

- Health in all Policies
  - Grundlagen
  - Methoden (GBE, Aktionspläne)
- Gesundheitsförderung und Prävention
  - Early Childhood Interventions