

Zusammenhang Migration und Gesundheit

Erklärungsmodelle

Prof. Dr. med. Oliver Razum

„Viele Welten des Alterns?“, Berlin, 25.6.10

Relative gesundheitliche Benachteiligung

Relative Benachteiligung durch Unterschiede bei:

- intrauteriner Entwicklung
- früher Sozialisation
- **materieller Ausstattung, Bildung**
- **chronischen Belastungen im Berufsleben**
- **Qualität der gesundheitlichen Versorgung**
- **schichtspezifischem gesundheitsschädlichem Verhalten**

Gesundheitliche Vorteile von Migranten?

- Modell „**Healthy-Migrant**“-Effekt: Gesunde und Mutige migrieren (Vorteil ggü. Herkunftsland!)
- Modell **stärkere soziale Kohäsion unter Migranten**
- Modell **Migration als „gesundheitlicher Übergang“** (Vorteil ggü. Herkunfts- und Zielland)

Migration als „gesundheitlicher Übergang“

- Therapeutische Komponente – bessere Vorbeuge- und Behandlungsmöglichkeiten
(=> **schneller Rückgang** Müttersterblichkeit)
- Risikofaktorenkomponente – Erkrankungsschutz durch sauberes Trinkwasser, aber auch **neue** Risiken durch Rauchen etc.
(=> **langsamer Anstieg** Herzinfarkt, Lungenkrebs)

Resultat: **Vorteil** bei Sterblichkeit ggü. Herkunfts- und Zielland **trotz sozio-ökonomischer Benachteiligung**

Gesundheitliche Nachteile von Migranten?

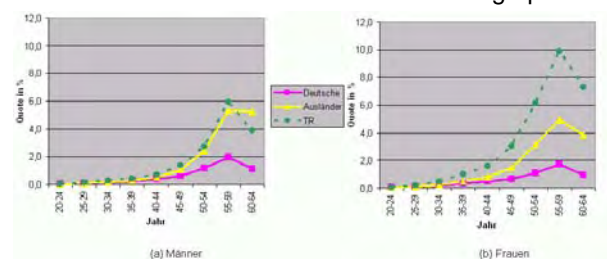
Modell **schlechtere Lebens- und Arbeitsbedingungen**

- Wo bestehen gesundheitliche Unterschiede zur Mehrheitsbevölkerung?
- Sind solche Unterschiede vorwiegend ein Problem der sozialen Schichtung?
- Falls nein: Welche Faktoren sind sonst am Werk?

Beispiel: Rehabilitation

Rehabilitation: Gleiche Teilhabe und Erfolge?

- AusländerInnen: Höhere Frühberentungsquoten



- Kein „Reha vor Rente“? Mögliche Ursachen:
 - geringere Inanspruchnahme der medizinischen Reha
 - geringerer „Rehabilitationserfolg“

Inanspruchnahme medizinischer Reha

Datenquelle: Sozio-ökonomisches Panel



- Nehmen ausländische Versicherte medizinische Reha weniger in Anspruch?
- Falls ja: auf soziale, demografische und gesundheitliche Unterschiede im Jahr vor der medizinischen Reha zurückzuführen?
- Falls nein: andere Gründe?

Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Indikator	Deutsche	Ausländer	
	n=18.068	n=1.453	
Geschlecht: Frauen	52,2%	50,9%	
	Männer	47,8%	49,1%
Alter	48,7 Jahre	43,9 Jahre	
Bildung:	hoch	10,5%	
	mittel	38,3%	19,7%
	niedrig	38,3%	63,9%
Beruf:	Angestellte	23,3%	
	Arbeiter	16,2%	34,3%
	Sonstige	41,5%	42,3%
Nettoäquivalenzeinkommen	22.684€	17.655€	
Inanspruchnahme	Ja	4,7%	3,2%
	Nein	94,7%	96,4%
	Keine Angabe	0,6%	0,4%

Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation

SOEP-Daten 2002-2004

- Reha-Inanspruchnahme im Vorjahr
- Ausländerstatus, gesundheitliche und soziodemografische Variablen



Inanspruchnahme medizinischer Reha

Ursache: Unterschiede vor der Reha?



Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation im Vorjahr

Ausländer vs. Deutsche
Chancenverhältnis

Nicht adjustiert	0,7	} 40% geringere Chance
Adjustiert für Soziodemografie	0,6	
Adjustiert für Soziodemografie und Gesundheitszustand	0,6	

Werte unter 1,0 zeigen eine geringere Chance als bei Deutschen an, im Vorjahr medizinische Reha-Maßnahmen in Anspruch genommen zu haben.

Inanspruchnahme medizinischer Reha

Zwischenfazit



- Reha-Bedarf bei AusländerInnen eindeutig hoch
- Geringere Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation bei AusländerInnen (und bei Menschen mit Migrationshintergrund)
- Zugangsbarrieren wahrscheinlich
- Wie sind die Reha-Ergebnisse bei ausländischen Rehabilitanden?

Leistungsfähigkeit nach Reha-Abschluss

Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung



- Unterschiede in der Leistungsfähigkeit nach Reha-Abschluss zwischen Ausländern und Deutschen?
- Falls ja: auf soziodemografische oder vorherige gesundheitliche Unterschiede zurückzuführen?
- Untersuchungsgruppen (2006):
 - Deutsche
 - Ausländer (gesamt, Türkei, Ex-Jugoslawien, Südeuropa)

Leistungsfähigkeit nach Reha-Abschluss



- Reha-Ergebnis: Leistungsfähigkeit <3 Std.
 - bezogen auf den letzten Beruf, der vor der Rehabilitationsmaßnahme ausgeübt wurde
- Statistische Adjustierung für
 - Soziodemografie: u.a. Alter, Geschlecht, Familienstand, Erwerbsstatus, berufliche Stellung
 - Gesundheitszustand/Diagnoseverteilung: Arbeitsunfähigkeit vor Reha, Gründe für Reha (Diagnosespektrum)
- 634.529 Versicherte, 5,5% ausländische Staatsangehörige

Leistungsfähigkeit nach Reha-Abschluss

Ergebnisse:

Indikator	Deutsche	Ausländer	TR	Ex-YU	E/P//GR
	n=603.352	n=31.177	n=8.854	n=7.327	n=6.211
	Anteil/ Mittelwert	Anteil/ Mittelwert	Anteil/ Mittelwert	Anteil/ Mittelwert	Anteil/ Mittelwert
Geschlecht: männlich	51,3%	62,6%	63,2%	55,8%	66,7%
Alter (Jahre)	48,8	48,2	45,4	51,6	50,0
Verheiratet	60,1%	77,5%	80,5%	80,4%	77,3%
Arbeitslos	9,8%	13,5%	16,3%	10,8%	10,0%
Stellung: an-/ungelernt	15,7%	51,7%	57,8%	53,1%	53,1%
Diagnose: Skelettsystem	39,1%	46,2%	43,1%	51,7%	48,6%
Psych. Erkrank.	11,2%	14,5%	21,2%	14,5%	11,5%
Neubildungen	19,5%	9,9%	7,1%	10,3%	11,1%
AU-Zeiten: 3-6 Monate	10,9%	15,9%	17,3%	17,2%	16,5%
> 6 Monate	12,1%	19,0%	23,1%	19,1%	17,5%
Ergebnis					
Leistungsfähigkeit < 3h	15,5%	22,0%	23,0%	25,0%	19,6%

Leistungsfähigkeit nach Reha-Abschluss

Ergebnisse, geschichtet nach Staatsangehörigkeit (Chancenverhältnis)

	Ausländer	TR	Ex-YU	E/P//GR
Leistungsfähigkeit < 3Std. im letzten Beruf				
Nicht adjustiert	1,5	1,6	1,8	1,3
Adjustiert für Soziodemografie	1,4	1,3	1,6	1,2
Adjustiert für Soziodemografie und Gesundheitszustand/Diagnoseverteilung	1,3	1,2	1,5	1,1 _{n.sig.}

Werte über 1,0 zeigen ein **erhöhtes Risiko** an, nach Abschluss der Reha eine Leistungsfähigkeit von weniger als 3 Stunden im letzten Beruf zu erzielen

Exkurs

Mögliche Zugangs-/Wirksamkeitsbarrieren

- Verständigungsschwierigkeiten
- Kulturelle Unterschiede
- Einstellung der Einrichtungen

„Ja, es ist halt so, dass man schon einfach guckt, um sich auch selber ein bisschen zu schützen und groß den Frust zu ersparen, dass man halt sich eher an die interessierten Leute wendet. [...] Ansonsten ist es eher so, dass die **nebenbei mitlaufen**. [...]“

„Ja, also, im Grunde würde ich am liebsten nichts anders machen, weil ich finde schon auch, dass die so eine gewisse **Bringpflicht** haben, sich zu integrieren.“

„Ich würde eigentlich eher dafür plädieren, dass man versucht mit den Leuten **so Deutsch wie möglich** umzugehen.“

Aussagen von Gesundheitsdienstleistern im Bereich Reha (Schott et al. 2009, unveröffentlicht)

Beispiel Reha: Schlussfolgerungen

- Deutlich geringere Inanspruchnahme medizinischer Reha bei AusländerInnen / Menschen mit Migrationshintergrund
- Risiko geringer Leistungsfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf bei Ausländern deutlich erhöht
- Unterschiede *nicht* allein durch sozio-demografische Faktoren und Vorbelastungen zu erklären
- Zugangs- / Wirksamkeitsbarrieren! Mögliche Ursachen: neben **migrations-spezifischen** auch **systembedingte** Faktoren

Migrantengesundheit: Herausforderungen

- Zielgruppe „Migranten“ sozial und gesundheitlich sehr heterogen – nicht generalisieren!
- „Daten für Taten“ erforderlich – auch Sozialstatus
- Deutliche Defizite bei der Versorgung (aufgezeigt am Beispiel Rehabilitation)
- Leistungen von Gesundheitsdienstleistern und MigrantInnen anerkennen, aber:
- Gesundheitsdiensten fehlt **Diversity Management**
- Verhaltensprävention allein reicht nicht aus: Strukturen (Verhältnisse) verändern!

Literatur

- Razum O, Zeeb H, Meesmann U et al. (2008) Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes "Migration und Gesundheit". Berlin: Robert Koch-Institut. <http://edoc.rki.de/docviews/abstract.php?lang=ger&id=228>
- Razum O, Voigtländer S, Brzoska P et al. (2009) Medizinische Rehabilitation für Personen mit Migrationshintergrund – Zwischenergebnisse eines Forschungsprojektes im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. In: Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales. http://www.bmas.de/portal/37698/property=pdf/2009_09_09_gesundheitsversorgung_migrationshintergrund.pdf (ab S. 36)