

Gesundheitsrisiko Migration – oder: Die Fiktion eines gerechten Gesundheitssystems

Nach dem Gesetz sollten in Österreich alle Menschen unabhängig von Geschlecht, Alter, Herkunft oder Religionszugehörigkeit – aber auch von ihren finanziellen Möglichkeiten – einen gleichen, unbehinderten Zugang zur sozialmedizinischen Versorgung haben. Obwohl Österreich in dieser Beziehung international wohl einen Platz im Spitzenfeld einnimmt, darf doch nicht übersehen oder verdrängt werden, dass für einzelne Bevölkerungsgruppen sehr wohl verschiedenste Formen von Barrieren zum Zugang des Gesundheitssystem wirksam werden können.

Trotz gegenteiliger Beteuerungen verschiedener politischer Stellen wäre es völlig unsinnig zu leugnen, dass in der Praxis zum Teil beträchtliche Unterschiede im Ausmaß und der Qualität der medizinischen Versorgung bestehen. Dazu gehören strukturell bedingte Ungleichheiten, wie beispielsweise zwischen allgemein-versicherten Patienten gegenüber Privatpatienten, geographische Unterschiede, Qualitätsunterschiede zwischen Versorgungseinrichtungen. Zusätzlich bestehen Unterschiede aber auch in der Versorgung zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppierungen. Beispielsweise ist die höhere Erkrankungsrate von Personen mit geringerer Bildung, niedrigerem Einkommen, mit Arbeitslosigkeit ausgiebig auch in dieser Zeitschrift belegt worden [1–3].

Zweifellos am stärksten betroffen von diesen Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem sind allerdings Minderheiten, Gastarbeiter, in moderner Terminologie Migranten, wie eine Vergleichsstudie zwischen Österreicherinnen und Frauen mit Geburtsland Türkei oder Ex-Jugoslawien in dieser Ausgabe der *Wiener klinischen Wochenschrift* zeigt [4]. Zwar muss auch hier gesagt werden, dass beispielsweise ein hämodialysepflichtiger Ausländer mit wesentlichem Lebensinteresse in Österreich eine gleiche Wahrscheinlichkeit hat, ein Nierentransplantat zu erhalten, wie ein in Österreich geborener Patient. Dennoch darf nicht übersehen werden, dass diese Bevölkerungsgruppe von einer höheren Erkrankungsrate, einer höheren Mütter- und Kindersterblichkeit betroffen ist. Dies gilt nicht nur für „importierte“ Infektionen wie Tuberkulose, Malaria, Thalassämie, sondern für fast alle Erkrankungsgruppen wie Unfälle, oder wie in der Arbeit von Wimmer-Puchinger dargelegt, auch psychische Erkrankungen. Dagegen ist die Gesamtsterblichkeit sogar geringer als in der Gastbevölkerung [5].

Offensichtlich trägt ein breites Spektrum von kulturellen und strukturellen Faktoren zu dieser ungünstigen Gesundheitssituation von Migranten bei, wie der niedrige sozio-ökonomische Status, eine schlechte Ausbildung und damit verbunden, unsichere Arbeitsplätze, schlechte Wohnbedingungen, ein mangelhafter Impfstatus, unge-

sunder Lebensstil (z. B. Zigarettenkonsum), sicherlich auch religiöse Faktoren, Unterschiede in Familienstruktur, Stellung der Frau in der Gesellschaft. Zuwanderer sind zudem oft (noch) einem traditionelleren Gesundheitssystem verpflichtet, stehen dem hochtechnisierten Medizinsystem mit Angst und Ablehnung gegenüber. Die von diesen Zugangsbarrieren besonders betroffenen Gruppen sind Frauen und Kinder.

Ein wesentliches Handicap ist – wie in einem der nächsten Hefte in einem weiteren Beitrag dargestellt – die Kommunikationsbarriere [6]. Noch immer ist es Tatsache, dass fast die Hälfte der ausländischen Bevölkerung Wiens, Menschen, die zum Teil schon Jahrzehnte in Österreich leben, nicht oder nur wenig deutsch sprechen können. Die Ghettoisierung, Situation am Arbeitsplatz, Informationsdefizite, religiöse Faktoren, gesellschaftliche Strukturen und der leider immer auch noch häufige Analphabetismus tragen zu diesem mangelnden Erlernen der Sprache des Gastlandes bei. Diese Sprachbarriere kann nicht – wie oft versucht – durch die Übersetzungshilfe einer gerade anwesenden jugoslawischen Putzfrau ausgeglichen werden, sondern bedarf systematischer professioneller Lösungsansätze, wie dies in der Arbeit von Wimmer vorgeschlagen wird. Diese Sprachbarriere wird durch strukturell bedingte Probleme der Arzt-Patienten-Kommunikation aggregiert [7].

Eine Gruppe von Personen, die Gefahr läuft, überhaupt keinen Zugang zum Gesundheitssystem zu erhalten, „durch den Rost zu fallen“, sind illegale Immigranten, Asylwerber, Flüchtlinge. Immer wieder kommt es bei diesen Personen zu schwerwiegenden, zum Teil lebensbedrohlichen gesundheitlichen Problemen, meist durch vorbestehende bzw. „importierte“ Erkrankungen. Es ist völlig inakzeptabel, diesem Personenkreis die medizinische Versorgung vorzuenthalten.

Ein gerechtes Gesundheitssystem mit einem gleichen und ungehindertem Zugang für alle Bevölkerungsgruppen kann nur eine Idealvorstellung sein, an deren Annäherung durch eine kontinuierliche Adaptation und Weiterentwicklung der sozialmedizinischen Versorgung gearbeitet werden muss. Leider ist zu befürchten, dass in Zeiten, in denen „Mehr Markt“ und „Rationalisierung“ im Gesundheitssystem gefordert werden, gerade die gefährdetsten Bevölkerungsgruppen weiter benachteiligt werden.

Eine Medizin, die ihren Auftrag ernst nimmt, muss den gesundheitlichen und sozialen Benachteiligungen der in der gesamten Europäischen Union wachsenden Bevölkerungsgruppe der Migranten Rechnung tragen. Gesundheitspolitik kann nicht von Sozialpolitik getrennt werden. Die „gesündesten“ Gesellschaften sind die

gerechtesten, in denen keine krassen Einkommensunterschiede bestehen und die einen hohen inneren sozialen Zusammenhalt aufweisen [1].

Die spezifischen Probleme einer Migranten-Medizin müssen dazu systematisch wissenschaftlich aufgearbeitet werden, was bislang nur ansatzweise erfolgt ist, und sollten auch universitär an den medizinischen Fakultäten thematisiert werden. Als einem positiven Beispiel wird an der Universität von Pecs in Ungarn ein eigener Kurs zu diesem Problemkreis angeboten [8]. Es ist aber auch Aufgabe einer allgemein medizinisch-wissenschaftlichen Zeitschrift wie der *Wiener klinischen Wochenschrift*, dieser Thematik ein Forum zu bieten. Wir haben bislang schon zu verschiedenen sozialmedizinischen Themenkreisen Stellung genommen und werden, beginnend mit diesem Heft, in loser Folge immer wieder auch Beiträge zum Thema Migranten-Medizin publizieren.

WKW

Literatur

1. Wilkinson RG (2001) *Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit*. Springer, Wien New York
2. Eder A (1997) Macht Arbeitslosigkeit krank? *Wien Klin Wochenschr* 109: 177–179
3. Weber A, Schmid K, Scharf B, Lehnert G (1997) Herz-Kreislaufkrankungen durch Arbeitslosigkeit? Eine Analyse aus der Sicht der klinischen Sozialmedizin. *Wien Klin Wochenschr* 109: 202–210
4. Wimmer-Puchinger B, Baldaszi E (2001) Migrantinnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. *Wien Klin Wochenschr* 113: 516–526
5. Singh GK, Siahpush M (2001) All-cause and cause-specific mortality of immigrants and native born in the United States. *Am J Pub Health* 91: 392–399
6. Wimmer B, Ipsiroglu OS (2001) Kommunikationsbarrieren in der Betreuung von MigrantInnen und deren Kindern: Analyse und Lösungsvorschläge anhand von Fallbeispielen. *Wien Klin Wochenschr* 113 (im Druck)
7. Wodak R, Lalouschek J (1997) Ärztliche Sprachlosigkeit in der Arzt-Patienten-Kommunikation. *Wien Klin Wochenschr* 109: 781–791
8. Kovacs C (1999) Hungarian university starts first migration medicine course. *Br Med J* 318: 624