



Ludwig Boltzmann Institut
Health Promotion Research



Ludwig Boltzmann Gesellschaft

Gesundheitskompetenz bei Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Ex- Jugoslawien in Österreich



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen Studie



Fonds Gesundes
Österreich

Endbericht
(geringfügig korrigierte Version)



MSD
Be well

Gefördert vom Hauptverband der österrei-
chischen Sozialversicherungsträger, dem
Fonds Gesundes Österreich und einem Sci-
entific Grant von Merck Sharp & Dohme
Ges.m.b.H. Österreich

Ganahl, Kristin; Dahlvik, Julia; Röthlin, Florian;
Alpagu, Faime; Sikic-Fleischhacker, Ankica; Peer,
Sandra; Pelikan, Jürgen M.

August 2016

In Kooperation mit:



universität
wien



University of
St Andrews



Universität Bielefeld

Co-funded by:



BUNDEMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT



BM
Bundesministerium für
Bildung und Frauen



Fonds Gesundes
Österreich



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger



WIG
Stadt Wien
WIRTSCHAFTSINSTITUT FÜR
GESUNDHEIT

Stellvertretende Institutsleiterin:

Mag. Rahel Kahlert, Ph.D., M.P.Aff

Projektleitung:

Univ.-Prof. Dr. Jürgen M. Pelikan

Projektteam:**Qualitative Studie:**

Mag. Dr. Julia Dahlvik, M.A.

Faime Alpagu, M.A.

Mag. Ankica Sikic-Fleischhacker

Quantitative Studie:

Kristin Ganahl, M.A.

Mag. Florian Röthlin

Mag. Sandra Peer, BSc

Lektorat:

Mag. Philipp Petersen

Astrid Loidolt

Korrespondenz:

Univ.-Prof. Dr. Jürgen M. Pelikan; juergen.pelikan@lbhpr.lbg.ac.at

Zitationseise:

Ganahl, K., Dahlvik, J., Röthlin, F.; Alpagu, F.; Sikic-Fleischhacker, A.; Peer, S.; Pelikan, J. M. (2016): Gesundheitskompetenz bei Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Ex-Jugoslawien in Österreich. Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen Studie. LBIHPR Forschungsbericht.

IMPRESSUM**Medieninhaber und Herausgeber:**

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH
Nußdorfer Straße 64/ 6. Stock, A-1090 WIEN
<http://www.lbg.ac.at/lbg/impressum.php>

Für den Inhalt verantwortlich:

Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR)
Untere Donaustraße 47/ 3.OG, A-1020 Wien
<http://lbhpr.lbg.ac.at/>

Inhalt:

Executive Summary	14
1 Einleitung	23
1.1 Konzept und Definition einer umfassenden, allgemeinen Gesundheitskompetenz	23
1.2 Das weiterentwickelte generische Modell von Gesundheitskompetenz	26
1.3 Gesundheitskompetenz und Migration	28
1.4 Was ist über die Gesundheitskompetenz der MigrantInnen in Österreich bereits bekannt?	29
1.5 Wie wurde Gesundheitskompetenz bei MigrantInnen bisher gemessen? Zu welchen Ergebnissen kommen ausländische Studien?	31
2 Die Österreichische Gesundheitskompetenz MigrantInnen Studie (GKM)	33
2.1 Die Ziele der GKM-Studie	34
2.2 Beschreibung der qualitativen Teilstudien	35
2.2.1 Literaturstudie	35
2.2.2 ExpertInnen-Befragung	35
2.2.3 Fokusgruppendifkussionen	36
2.3 Beschreibung der quantitativen Teilstudie (GKM-Survey)	37
2.3.1 Fragebogeninstrument	37
2.3.2 Studiendesign des GKM-Survey	37
2.3.3 Stichprobenziehung	39
2.3.4 Befragungsmethode und Zeitraum	40
2.3.5 Response-Rate	41
2.3.6 Repräsentativität der GKM-Stichprobe	42
3 Die Messung und Erhebung der Gesundheitskompetenz	44
3.1 Erhebungsinstrumente	44
3.1.1 Das Erhebungsinstrument der allgemeinen Gesundheitskompetenz – die Kurzform HLS-EU-Q16	44
3.1.2 Das Erhebungsinstrument der migrations-spezifischen Gesundheitskompetenz – der GKM-12 Index	46
3.2 Deskriptive Ergebnisse auf der Ebene der einzelnen Fragen zur Gesundheitskompetenz	48
3.2.1 Empirische Verteilungen der Fragen des HLS-EU-Q16-Instruments	48
3.2.2 Empirische Verteilungen der einzelnen Gesundheitskompetenz-Items des migrations-spezifischen Gesundheitskompetenz-Instruments (GKM-Q12)	58
3.3 Zusammenfassende Betrachtungen der Aufgaben der allgemeinen und der migrantenspezifischen Gesundheitskompetenz. Womit haben beide Gruppen die größten Probleme?	63
3.3.1 Aufgaben zur Krankheitsbewältigung	66
3.3.2 Aufgaben zur Prävention	67
3.3.3 Aufgaben zur Gesundheitsförderung	68

3.4	Skalen- und Indexbildung: die HLS-EU-Q16 Skala und der GKM-Q12 Index	68
3.4.1	Kalkulation, Reliabilität, Validität und Korrelation der Skala (HLS-EU-Q16) und des Index (GKM-Q12)	68
3.4.1.1	Kalkulation	68
3.4.1.2	Reliabilität	69
3.4.1.3	Validität	70
3.4.1.4	Korrelation der HLS-EU-Q16-Skala mit dem GKM-Q12-Index	71
3.4.2	Verteilungen und Verteilungsmaße der allgemeinen Gesundheitskompetenz- Skala und des migrantenspezifischen Gesundheitskompetenz-Index	72
3.4.2.1	Verteilung und Verteilungsmaße der allgemeinen HLS-EU-Kurzskala (HLS-EU- Q16)	72
3.4.2.2	Verteilung und Verteilungsmaße des migrationsspezifischen Gesundheitskompetenz-Index (GKM-Q12)	75
3.5	Gesundheitskompetenz-Level (HLS-EU-Q16) und Bestimmung von benachteiligten Gruppen mit überdurchschnittlichen Anteilen limitierter Gesundheitskompetenz	77
3.5.1	Bestimmung der Levels	77
3.5.2	Benachteiligte Personengruppen mit überdurchschnittlichen Anteilen an Personen mit limitierter allgemeiner Gesundheitskompetenz	78
3.5.2.1	Benachteiligte Personengruppen: Ein Vergleich zwischen den beiden Migrantengruppen und Österreich	78
3.5.2.2	Benachteiligte Gruppen: Ein Vergleich zwischen den beiden Migrantengruppen	80
3.6	Ein Vergleich der allgemeinen Gesundheitskompetenz der beiden Migrantengruppen (TR, BKS) mit den „ÖsterreicherInnen“ (HLS-Ö) - Ergebnisse zur ersten Forschungsfrage	81
3.6.1	Spezifische Analysen der GK Levels (HLS-EU-Q16) für Untergruppen in den TR-, BKS- und HLS-Ö Stichproben – Eine Überprüfung des unerwarteten Unterschieds in der Gesundheitskompetenz	82
3.6.2	Erklärungsmöglichkeiten für die verbleibenden migrantenspezifischen Unterschiede bei der HLS-EU-Q16 Skala	88
4	Determinanten der Gesundheitskompetenz	90
4.1	Die allgemeinen sozialen Determinanten der Gesundheitskompetenz	90
4.1.1	Wie hängt die Gesundheitskompetenz mit den allgemeinen sozialen Determinanten zusammen?	93
4.1.2	Wie groß ist der soziale Gradient der Gesundheitskompetenz?	95
4.2	Die migrationsspezifischen Determinanten der Gesundheitskompetenz	97
4.2.1	Wie hängt die Gesundheitskompetenz mit den migrationsspezifischen Determinanten zusammen?	99
4.2.2	Wie groß ist der migrationsspezifische Gradient der Gesundheitskompetenz?	103

4.3	Psychische Determinanten der Gesundheitskompetenz.....	105
4.3.1	Wie hängt die Gesundheitskompetenz mit den psychischen Determinanten zusammen?.....	108
4.3.2	Welcher Anteil der Gesundheitskompetenz wird durch die psychischen Determinanten erklärt?	110
4.4	Welcher Anteil der GK wird durch die sozialen, migrationspezifischen und psychischen Determinanten gemeinsam erklärt?	112
5	Gesundheitsrelevante Konsequenzen der Gesundheitskompetenz.....	114
5.1	Gesundheits- und Risikoverhalten.....	116
5.1.1	Ergebnisse der Literatur- und der qualitativen Studie	116
5.1.2	Wie sind die Indikatoren des Gesundheits- und Risikoverhaltens verteilt und wie hängen diese zusammen?.....	118
5.1.3	Wie hängen das Gesundheits- und das Risikoverhalten mit der Gesundheitskompetenz zusammen?	120
5.2	Gesundheitsstatus	123
5.2.1	Ergebnisse der Literatur- und der qualitativen Studie	123
5.2.2	Wie sind die Indikatoren des selbst-eingeschätzten Gesundheitsstatus verteilt und wie hängen diese zusammen?.....	126
5.2.3	Wie hängt der selbst-eingeschätzte Gesundheitsstatus mit der Gesundheitskompetenz zusammen?	127
5.3	Inanspruchnahme des professionellen Systems der Krankenbehandlung.....	130
5.3.1	Ergebnisse der Literatur- und der qualitativen Studie	130
5.3.2	Wie sind die Indikatoren der Inanspruchnahme des professionellen Systems der Krankenbehandlung verteilt und wie hängen diese zusammen?	134
5.3.3	Wie hängt die Inanspruchnahme des Systems der Krankenbehandlung mit der Gesundheitskompetenz zusammen?	138
6	Wertschätzende Kommunikation im, Vertrauen in das und kultursensible Angebote im Krankenbehandlungssystem	141
6.1	Ergebnisse der Literatur- und der qualitativen Studie	141
6.2	Wie sind die Antworten auf die Fragen zur wertschätzenden Kommunikation im und zum Vertrauen in das KB-System verteilt?.....	143
6.3	Wie hängen die Kommunikationserfahrungen und das Vertrauen ins Krankenbehandlungssystem mit der Gesundheitskompetenz zusammen?	146
7	Kultursensible Präferenzen und Angebote im Krankenbehandlungs-System	149
7.1	Ergebnisse der Literatur- und der qualitativen Studie	149
7.2	Präferenzen und Angebote für muttersprachliche Ärzte, professionelle Übersetzungsdienste und gleichgeschlechtliche Ärzte	150
7.3	Zusammenhänge mit Gesundheitskompetenz.....	153
8	Gesundheitskompetenz-Interventionen für MigrantInnen: Bilanz und Empfehlungen für Österreich.....	155
8.1	Was folgt aus den Ergebnissen des Survey für Interventionen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz der beiden MigrantInnen-Gruppen in Österreich?.....	155

8.2. Literaturstudie	158
8.3. Ergebnisse aus den ExpertInnen-Interviews und Fokusgruppen	159
8.3.1 Bilanz.....	159
8.3.2 Empfehlungen.....	159
8.3.3 Maßnahmenkatalog – 10 Empfehlungen für die Praxis.....	160
Abkürzungsverzeichnis.....	161
Bibliographie	163

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1-1: Konzeptuelles Modell von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) (dt. Übersetzung des Modells von Sørensen et. al. 2012).....	24
Abbildung 1-2: Gesundheitskompetenz – das Zusammenspiel persönlicher Fähigkeiten und situativer Anforderungen (Parker & Ratzan, 2010)	24
Abbildung 1-3: Generisches Rahmenmodell für Determinanten und Konsequenzen der Gesundheitskompetenz (Indikatoren)	27
Abbildung 3-1: Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz, 16 Fragen (HLS-EU-Q16). Summierte Prozentsätze der Antwortkategorien „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“ für TR-, BK-S und HLS-Ö-Stichproben gereiht nach der Schwierigkeit für HLS-Ö.	52
Abbildung 3-2: 16 GK Fragen (Summierte Prozentsätze) gereiht nach Schwierigkeit für die HLS-Ö-, TR- und BKS-Stichproben	56
Abbildung 3-3: Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz, 12 Fragen (GKM-Q12) gereiht nach Schwierigkeit für GKM-Stichprobe. Summierte Prozentsätze der Antwortkategorien „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“ für die TR- und BKS-Stichproben	61
Abbildung 3-4: Histogramm der Verteilung der HLS-EU-Q16-Skala (in %) für die TR-, die BKS- und die HLS-Ö-Stichproben	73
Abbildung 3-5: Summenkurven der kumulativen Häufigkeiten des HLS-EU-Q16 Gesundheitskompetenzskala für die TR-, BKS- und die HLS-Ö-Stichproben	74
Abbildung 3-6: Histogramm der Verteilung des GKM-Q12 Index (in %) für die TR- und BKS-Stichproben	75
Abbildung 3-7: Prozentverteilung der unterschiedlichen Levels des allgemeinen Gesundheitskompetenz-Index (HLS-EU-Q16) für TR-, BKS- und HLS-Ö-Stichproben	77
Abbildung 4-1: Prozentverteilungen der Rosenberg Self-Esteem Skala für die TR- und die BKS-Stichproben	107
Abbildung 4-2: Prozentverteilungen der Skala internale Kontrollüberzeugung für die TR- und BKS-Stichproben	107
Abbildung 4-3: Prozentverteilungen der Skala externale Kontrollüberzeugung für die TR- und BKS-Stichproben.....	108
Abbildung 5-1: Prozentverteilungen des Index für gesunde Ernährung für die TR- und BKS-Stichproben	119
Abbildung 5-2: Aus welchen Gründen gehen Sie in eine Spitalsambulanz? (Offene Frage) Kodierte Antworten für die TR- (N=99) und BKS- (N=108) Stichproben (aufgrund von Mehrfachantworten sind Summierungen auf über 100% möglich).....	135
Abbildung 5-3: Aus welchen Gründen waren Sie nicht bei einer kostenlosen Vorsorgeuntersuchung? (Offene Frage) Kodierte Antworten für die TR-	

(N=127) und BKS- (N=130) Stichproben (aufgrund von Mehrfachantworten sind Summierungen auf über 100% möglich) 135

Abbildung 6-1: Problematische Erfahrungen mit dem Krankenbehandlungssystem:

Summierte Prozentsätze der Antwortkategorien „manchmal bis immer“ und „selten oder nie bis manchmal“ für die TR- und BKS-Stichproben 145

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1-1: Auf Modell und Definition basierende Gesundheitskompetenz-Matrix der Items des GK-Messinstruments (Sørensen et al. 2012)	25
Tabelle 2-1: Ausschöpfungsquote der Telefonerhebung	41
Tabelle 2-2: Repräsentativität der TR- und BKS-Stichproben (ungewichtet) und der HLS-Ö-Stichprobe (gewichtet) anhand ausgewählter Sozialstrukturvariablen (Alter, Geschlecht, Bildung, Beschäftigungsstand, Staatsbürgerschaft) im Vergleich zum Mikrozensus (Q: Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung (Jahresdurchschnitt 2013)).....	43
Tabelle 3-1: Matrix der Dimensionen (Sørensen et al., 2012) und Items der HLS-EU-Q16-Skala	45
Tabelle 3-2: Zuordnung der 12 migrationsspezifischen GK-Items in der HLS-EU-12-Felder-Konzept-Matrix	47
Tabelle 3-3: Selbsteinschätzung der 16 GK Items (HLS-EU-Q16), für die TR , die BKS und die HLS-Ö-Stichproben	49
Tabelle 3-4: Multivariater Zusammenhang zwischen den HLS-EU-Q16-Items und 5 sozialen Determinanten sowie dem Migrationshintergrund, der Staatsbürgerschaft, der Interviewsprache und den selbst-eingeschätzten Deutschkenntnissen (beta weights und korrigiertes R ²) für GKM-Gesamtstichprobe	57
Tabelle 3-5: Selbsteinschätzung der 12 GK-Items (GKM-Q12), für die TR- und die BKS-Stichproben	60
Tabelle 3-6: Multivariater Zusammenhang zwischen den GKM-Q12-Items und fünf sozialen Determinanten sowie dem Migrationshintergrund, der Staatsbürgerschaft, der Interviewsprache und den selbst-eingeschätzten Deutschkenntnissen (beta weights und korrigiertes R ²) für GKM Gesamtstichprobe	62
Tabelle 3-7: Zuordnung der 16 allgemeinen (HLS-EU-Q16) Items und der 12 migrationsspezifischen (GKM-Q12) GK-Items zur HLS-EU-Gesundheitskompetenz Matrix	63
Tabelle 3-8: Selbsteinschätzung der 28 GK Items (HLS-EU-Q16 und GKM-Q12), summierte Prozentsätze der Antwortkategorien „sehr schwierig“ und „ziemlich schwierig“, für die TR- und die BKS- Stichproben. Gereiht nach dem durchschnittlichen Anteil der „schwierig“ Antworten in beiden GKM-Stichproben.	65
Tabelle 3-9: Durchschnittliche Pearson-Korrelationskoeffizienten (aller inkludierten Items miteinander) der HLS-EU-Q16-Skala und des GKM-Q12-Index für die TR- (N=300), die BKS- (N=325) und die HLS-Ö-Stichproben (N=1813).....	70
Tabelle 3-10: Cronbach's Alpha für die HLS-EU-Q16-Skala und den GKM-Q12-Index für die TR- (N=300), die BKS- (N=325) und die HLS-Ö-Stichproben (N=1813).....	70
Tabelle 3-11: Pearson-Korrelationskoeffizienten der beiden Gesundheitskompetenzmaße (HLS-EU-Q-16 und GKM-Q12) für die TR- (N=300) und die BKS- (N=325) Stichproben	71

Tabelle 3-12: Deskriptive Statistiken für die HLS-EU-Q16-Skala für TR- (N=300), BKS- (N=325) und HLS-Ö-Stichproben (N=1800).....	74
Tabelle 3-13: Deskriptive Statistik für den GKM-Q12-Index für die TR- und BKS-Stichproben	76
Tabelle 3-14: Benachteiligte Gruppen (mit überdurchschnittlich hohem Anteil in der jeweiligen Stichprobe, von Personen mit limitierter GK (HLS-EU-Q16) im Zusammenhang mit allgemeinen sozialen Determinanten und gesundheitsbezogenen Konsequenzen in der TR-, BKS- und HLS-Ö-Stichproben	79
Tabelle 3-15: Benachteiligte Gruppen (mit überdurchschnittlich hohem Anteil in der jeweiligen Stichprobe, von Personen mit limitierter GK (HLS-EU-Q16) in der TR, BKS und HLS-Ö Stichproben	80
Tabelle 3-16: Prozentverteilung und Differenzen der limitierten (= inadäquaten + problematischen) GK für die TR-, BKS- und HLS-Ö-Stichproben nach den 5 sozialen Determinanten	84
Tabelle 3-17: Prozentverteilung und Differenzen der limitierten (= inadäquaten + problematischen) GK für die TR-, BKS- und HLS-Ö-Stichproben nach den 6 migrationspezifischen Determinanten.....	85
<i>Tabelle 3-18: Prozentverteilung und Differenzen der limitierten (= inadäquaten + problematischen) GK für die TR-, BKS- und HLS-Ö-Stichprobe nach den 3 psychischen Determinanten.....</i>	<i>86</i>
Tabelle 3-19: Prozentwerte der limitierten (= inadäquaten + problematischen) GK für die TR-, BKS- und HLS-Ö-Stichproben bei Personen in niederen Bildungskategorien (Keine Pflichtschule/ Pflichtschule) und weitere soziale Determinanten.....	87
Tabelle 3-20: Prozentwerte der limitierten (= inadäquaten + problematischen) GK für die TR-, BKS- und HLS-Ö-Stichproben nach kombinierten sozialen Determinanten.....	88
Tabelle 4-1: Prozentverteilungen der fünf sozialen Determinanten für die TR- (N=325), die BKS- (N=300) und die HLS-Ö- (N=1800) Stichproben	91
Tabelle 4-2: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen den fünf allgemeinen sozialen Determinanten für die TR- (N=325), die BKS- (N=300) und die HLS-Ö-Stichproben (N=1800).....	92
Tabelle 4-3: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen der Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16 und GKM-Q12) und den fünf sozialen Determinanten für die TR- (N=300), die BKS- (N=325) und die HLS-Ö-Stichproben (N=1800).....	93
Tabelle 4-4: Multivariater Zusammenhang zwischen allgemeiner bzw. migrationspezifischer Gesundheitskompetenz und sozialen Determinanten (beta weights und korrigiertes R ²) für die TR-, BKS- und HLS-Ö-Stichprobe (für die allgemeine GK).....	95
Tabelle 4-5: Prozentverteilungen der fünf migrationspezifischen Determinanten für die TR- (N=300) und BKS-Stichprobe (N=325).....	98

Tabelle 4-6: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen den fünf migrationsspezifischen Determinanten für die TR- (N=300) und BKS-Stichproben (N=325)	99
Tabelle 4-7: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen der allgemeinen (HLS-EU-Q16) und der migrationsspezifischen (GKM-Q12) Gesundheitskompetenz und den fünf migrationsspezifischen Determinanten für die TR- (N=300) und BKS-Stichproben (N=325).....	100
Tabelle 4-8: Multivariater Zusammenhang zwischen allgemeiner (HLS-EU-Q16) bzw. migrationsspezifischer (GKM-Q12) Gesundheitskompetenz und migrationsspezifischen Determinanten (betaweights und korrigiertes R ²) für die TR- und BKS-Stichproben	103
Tabelle 4-9: Psychische Determinanten: Mittelwerte und Standardabweichungen (SD) für die TR- (N=325) und die BKS-Stichproben (N=300)	106
Tabelle 4-10: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen den psychischen Determinanten für die TR- (N=300) und die BKS-Stichproben (N=325)	108
Tabelle 4-11: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen der Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16 und GKM-Q12) und den drei psychischen Determinanten für die TR- (N=300) und die BKS-Stichproben (N=325).....	109
Tabelle 4-12: Multivariater Zusammenhang zwischen allgemeiner (HLS-EU-Q16) bzw. migrationsspezifischer (GKM-Q12) Gesundheitskompetenz und psychischen Determinanten (betaweights und korrigiertes R ²) für die TR- und BKS-Stichprobe.....	110
Tabelle 4-13: Multivariater Zusammenhang zwischen allgemeiner und migrationsspezifischer Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16 und GKM-Q12) und fünf sozialen, vier migrationsspezifischen und vier psychischen Determinanten (beta weights und korrigiertes R ²) für die TR- und BKS-Stichproben	112
Tabelle 5-1: Punkteschema zur Berechnung des Gesunde Ernährung-Index	118
Tabelle 5-2: Prozentverteilungen des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheitsrisikovariablen für die TR-(N=300), die BKS- (N=325) und die HLS-Ö-Stichproben (N=1800)	119
Tabelle 5-3: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen Gesundheitsverhalten und Gesundheitsrisikovariablen für die TR-(N=300), BKS (N=300) und die HLS-Ö-Stichprobe (N=1800)	120
Tabelle 5-4: Bivariater Zusammenhang (Spearman's Rho-Korrelationen) der allgemeinen und migrationsspezifischen Gesundheitskompetenz mit den vier Gesundheits- und Risikovariablen sowie multivariater Zusammenhang bei Kontrolle von fünf sozialen Determinanten (beta weights und korrigiertes R ²) für die TR- (N=300), BKS- (N=325) und HLS-Ö- (N=1800) Stichproben	121
Tabelle 5-5: Prozentverteilungen des Gesundheitsstatus für die TR- (N=300), die BKS- (N=325) und HLS-Ö-Stichproben (N=1800).....	126

Tabelle 5-6: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen den Gesundheitsstatus-Variablen für die TR-(N=325); die BKS-(N=300) und die HLS-Ö (N=1800) Stichproben....	127
Tabelle 5-7: Bivariater Zusammenhang (Spearman's Rho-Korrelationen) der allgemeinen und migrationspezifischen Gesundheitskompetenz mit den drei Gesundheitsstatusvariablen sowie multivariater Zusammenhang bei Kontrolle von fünf sozialen Determinanten (betaweights und korrigiertes R ²) für die TR- (N=300), BKS- (N=325) und HLS-Ö- (N=1800) Stichproben	128
Tabelle 5-8: Prozentverteilungen der Indikatoren der Inanspruchnahme des KB-Systems für die TR- (N=325), die BKS- (N=300) und die HLS-Ö-(N=1800) Stichproben..	134
Tabelle 5-9: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen Indikatoren der Inanspruchnahme des KB-Systems für die TR- (N=300), die BKS- (N=325) und die HLS-Ö- Stichproben (N=1800).....	136
Tabelle 5-10: Bivariater Zusammenhang (Spearman's Rho-Korrelationen) der allgemeinen und migrationspezifischen Gesundheitskompetenz mit den sechs Indikatoren für Inanspruchnahme des Krankenbehandlungssystems sowie multivariater Zusammenhang bei Kontrolle von fünf sozialen Determinanten (betaweights und korrigiertes R ²) für die TR- (N=300), BKS- (N=325) und HLS-Ö- Stichproben (N=1800)	139
Tabelle 6-1: Items zur wertschätzenden Kommunikation im und zum Vertrauen in das KB-System: Fragetexte und Referenzen/Referenzstudien	142
Tabelle 6-2: Durchschnittliche Pearson-Korrelationskoeffizienten (aller inkludierten Items miteinander) des Index für wertschätzende Kommunikation im KB-System für die TR- (N=300) und die BKS- (N=325) Stichproben	143
Tabelle 6-3: Cronbach's Alpha für den Index für wertschätzende Kommunikation im KB-System für die TR- (N=300) und die BKS- (N=325) Stichproben.....	143
Tabelle 6-4: Prozent-Verteilungen der Indikatoren für wertschätzende Kommunikation und Vertrauen in das Krankenbehandlungssystem für die TR--(N=325) und BKS- Stichprobe n(N=300).....	144
Tabelle 6-5: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen dem Index „wertschätzende Kommunikation im KB-System“ und dem Vertrauen in das Krankenbehandlungssystem für die TR- (N=300) und die BKS- Stichproben (N=325).....	145
Tabelle 6-6: Multivariater Zusammenhang zwischen dem Index „wertschätzende Kommunikationserfahrungen im KB-System“ mit Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16 und GKM-Q12), den fünf sozialen Determinanten und den Deutschkenntnissen (beta weights und korrigiertes R ²) für die TR- und BKS- Stichproben	146
Tabelle 6-7: Multivariater Zusammenhang zwischen dem Vertrauen in das österreichische Gesundheits-System mit der GK (HLS-EU-Q16 und GKM-die TR- und BKS- Stichproben	147

Tabelle 7-1: Items zu muttersprachlichen Angeboten, professionellen Übersetzungsdiensten und gleichgeschlechtlichem(r) Arzt/Ärztin: Fragetexte und Referenzen/Referenzstudien	150
Tabelle 7-2: Prozentverteilungen der Präferenzen für muttersprachliche oder gleichgeschlechtliche ÄrztInnen sowie Angebote und Inanspruchnahmen von professionellen Übersetzungsdiensten, für die TR- (N=300) und die BKS-Stichproben (N=325).....	150
Tabelle 7-3: Kreuztabelle zwischen den Variablen zu muttersprachlichen Ärzten „Wie wichtig ist es für Sie...“ und „Haben sie einen...“ für TR- (N =299) und BKS-Stichproben (N=324).....	151
Tabelle 7-4: Kreuztabelle zwischen den Variablen „Wurden Ihnen professionelle Übersetzungsdienste angeboten“ und „Haben Sie schon einmal professionelle Übersetzungsdienste in Anspruch genommen...“ für TR-(N =299) und BKS-Stichproben (N=324).	152
Tabelle 7-5: Spearman’s Rho-Korrelationen zwischen Indikatoren der Inanspruchnahme des KB-Systems für die TR-(N=300), BKS- (N=325) und HLS-Ö-Stichprobe (N=1800).....	152
Tabelle 7-6: Spearman’s Rho-Korrelationen zwischen der Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16 und GKM-Q12) und den Indikatoren für muttersprachliche Angebote bzw. professionelle Übersetzungsdienste im KB System für die TR- (N=325) und BKS-Stichproben (N=300)	153

Executive Summary

Gesundheitskompetenz und Migration

"Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Kompetenz und beinhaltet Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissen und Motivation, um im Alltag relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Entscheidungen zu treffen und zu handeln, mit dem Ziel, gute Lebensqualität während des gesamten Lebenslaufs zu erhalten und zu verbessern." (Sørensen, et al 2012)

Gesundheitskompetenz (GK) ist ein wichtiger Prädiktor für den Gesundheitsstatus von Personen, hat nachgewiesene Auswirkungen auf den Erfolg der Krankenbehandlung und ist ein zentrales Konzept in Gesundheitsförderung und Public Health. Migrationsstatus wird international als Risikofaktor für mangelnde Gesundheitskompetenz und dementsprechende negative Auswirkungen behandelt, aber es gibt bisher international nur wenige und in Österreich keine Daten zur GK von MigrantInnen.

Die Studie „Gesundheitskompetenz und Migration“ (GKM)

Um diese Wissenslücken im Bereich der GK von MigrantInnen zu verkleinern wurde vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB), unter Ko-Finanzierung vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) sowie von einem Scientific Grant von Merck Sharp & Dohme Ges.m.b.H. Österreich (MSD) das Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR) mit der „Gesundheitskompetenz und Migration“(GKM)-Studie beauftragt. Das LBIHPR war bereits in internationale Studien zur GK involviert und hatte einschlägige Projekte in Österreich durchgeführt.

Es wurden qualitative und quantitative Studienteile beauftragt und in den Jahren 2013 und 2014 entsprechende Daten erhoben. Nach einer Literaturstudie wurden zunächst Experteninterviews und dann Fokusgruppen mit MigrantInnen, genauer mit Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei sowie aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien, durchgeführt.

Anschließend wurden quantitative Daten (der GKM-Survey) durch Telefon-Interviews bei Personen mit Migrationshintergrund aus Bosnien/Kroatien/Serbien (BKS) (N = 300), bzw. der Türkei (TR) (N = 325) durch die GfK Austria erhoben. In diesen Befragungen wurden insgesamt 28 Fragen zur GK gestellt. 16 Fragen beziehen sich auf *allgemeine* GK und wurden aus den HLS-EU Studien übernommen und als standardisierte HLS-EU-Q16 Skala (eine Kurzform des umfassenden HLS-EU-Q47 Gesundheitskompetenz-Index) berechnet. Weitere 12 Fragen wurden auf Basis der in den qualitativen Studien ermittelten Problemfelder in den Survey aufgenommen. Sie beziehen sich im Wesentlichen auf Sprachbeherrschung, Wissen und Orientierung bzw. Lebensstil und Umsetzung von Gesundheitswissen. Aus diesen Fragen wurde ebenfalls ein auf die Studienpopulation abgestimmter, *migrations-spezifischer* GK-Index (GKM-Q12) errechnet. Ansonsten enthielt das Erhebungsinstrument Fragen zu Determinanten und gesundheitsrelevanten Konsequenzen von GK, die so weit wie möglich der HLS-EU Studie bzw. österreichischen oder internationalen Migrationsstudien entnommen oder aufgrund der qualitativen Studienteile entwickelt wurden.

Für den Survey wurde, um bei den gegebenen Rahmenbedingungen Wahrscheinlichkeitsstichproben zu ermöglichen, eine Telefonbefragung auf Grundlage des für MigrantInnenbefragungen bewährten

namensanalytischen (onomastischen) Verfahrens gewählt. Dieses Auswahlverfahren und die telefonische Befragungstechnik führten jedoch zu gewissen Verzerrungen in der Repräsentativität der Stichproben, da besonders benachteiligte Migrantengruppen telefonisch nur schlecht erreicht werden können und eher die Teilnahme an Interviews verweigern. Im Rahmen des GKM-Surveys wurden daher überproportional besser integrierte MigrantInnen mit höherem sozioökonomischen Status im mittleren Lebensalter erfasst (Jüngere und Ältere sind deutlich unterrepräsentiert!). D.h. die beiden Stichproben sind nur mit Einschränkungen repräsentativ. Dies ist bei der Analyse und Interpretation der Daten zu berücksichtigen, vor allem für Vergleiche von Prozentverteilungen und Mittelwerten von Variablen, insbesondere auch von Gesundheitskompetenz.

Die Studie versucht 8 Forschungsfragen zu beantworten. Diese Zusammenfassung gibt einen Überblick über die wichtigsten Ergebnisse, die dann im Detail in den einzelnen Kapiteln nachverfolgt werden können.

1. Wie unterscheidet sich die GK wichtiger Migrantengruppen von der Gesundheitskompetenz österreichischer BürgerInnen bzw. EU-BürgerInnen in Österreich (HLS-Ö-Befragung)?
2. Welche Gruppen bei den untersuchten MigrantInnen sind besonders benachteiligt?
3. Welche gesundheitsrelevanten Aufgaben, Situationen und Entscheidungen sind für die beiden Migrantengruppen besonders problematisch?
4. Mit welchen sozialen, migrationspezifischen und psychischen Determinanten hängt die Gesundheitskompetenz der untersuchten Gruppen zusammen?
5. Welche gesundheitsrelevanten Konsequenzen hat (niedrige) Gesundheitskompetenz bei den Migrantengruppen?
6. Wie erleben die beiden Migrantengruppen das österreichische Krankenbehandlungssystem bzw. was erwarten sie von diesem und welche Rolle spielt dabei ihre Gesundheitskompetenz?
7. Welche relevanten Unterschiede hinsichtlich Gesundheitskompetenz gibt es zwischen den beiden untersuchten Migrantengruppen?
8. Welche Gesundheitskompetenz-relevanten migrantenspezifischen Maßnahmen gibt es bereits in Österreich und welcher Bedarf an Interventionen ergibt sich aus dieser Studie?

1. Wie unterscheidet sich die Gesundheitskompetenz wichtiger Migrantengruppen von der Gesundheitskompetenz österreichischer BürgerInnen bzw. der EU-BürgerInnen in Österreich (HLS-Österreich-Befragung)?

Die in der GKM-Studie befragten ExpertInnen gehen insgesamt davon aus, dass die Gesundheitskompetenz von MigrantInnen der beiden untersuchten Gruppen im Durchschnitt niedriger ist als in der Allgemeinbevölkerung, was auch von den wenigen im deutschsprachigen Raum vorliegenden Studienergebnissen bestätigt wird. Im GKM-Survey konnte dies aber so nicht bestätigt werden.

Das liegt z.T., aber nicht nur an den unterschiedlichen sozialen Zusammensetzungen der drei verglichenen Populationen und zusätzlich an der unterschiedlichen Repräsentativität ihrer Stichproben gegenüber den Mikrozensusergebnissen der Populationen. Beide Migranten-Stichproben enthalten deutlich mehr 30-59-jährige und sehr deutlich weniger Ältere, bei den TR mehr Männer als die beiden anderen Stichproben, in beiden Migrantenstichproben deutlich mehr Bessergebildete als bei den HLS-Ö, bei den TR aber auch mehr ohne Schulbildung oder nur mit Pflichtschule und in beiden Migrantengruppen vergleichsweise deutlich mehr Erwerbstätige. Da Gesundheitskompetenz bei Älteren geringer und bei Bessergebildeten höher ist, sind bei beiden Migrantengruppen, besonders bei den BKS, aufgrund der günstigeren Zusammensetzung hinsichtlich dieser beiden Merkmale tendenziell bessere Gesamtergebnisse der Gesundheitskompetenz zu erwarten.

Die Daten der GKM-Surveys zeigen für die untersuchten Migrantengruppen im Vergleich zur HLS-Österreich (HLS-Ö) Studie bessere Ergebnisse für die Verteilungen der Indexwerte und Levels der allgemeinen Gesundheitskompetenz: limitierte (inadäquate oder problematische) allgemeine Gesundheitskompetenz haben 48,4% in der HLS-Österreichstudie, aber nur 34% der TR und 25% der BKS. Praktisch alle dem Index zugrundeliegenden Aufgaben werden von den BKS als relativ leichter eingeschätzt als von den TR und von diesen als leichter als von den HLS-Ö. MigrantInnen erleben viel eher Aufgaben als „sehr leicht“.

Wie kann dieses unerwartete Ergebnis interpretiert werden? Z.T. ist es ein Effekt der unterschiedlichen sozialen Zusammensetzung der drei zugrundeliegenden Populationen und von Verzerrungen der beiden Migrantenstichproben gegenüber ihrer Mikrozensus-Zusammensetzung, wohl auch der unterschiedlichen Erhebungsmethode, aber nur z.T. Auch wenn man entsprechende Untergruppen innerhalb der drei Stichproben vergleicht, haben die MigrantInnen bessere Ergebnisse, z.T. mit interessanten Interaktionseffekten. Vor allem sozio-ökonomisch besser gestellte und besser integrierte MigrantInnen haben eine im Vergleich zu entsprechenden HLS-Ö-Gruppen bessere Gesundheitskompetenz. Daher muss davon ausgegangen werden, dass in der Studie erfasste MigrantInnen der beiden Gruppen, die BKS stärker als die TR, entweder eine bessere Gesundheitskompetenz haben oder dazu tendieren, ihre Gesundheitskompetenz eher zu überschätzen. D.h. die Schwierigkeit der gesundheitsrelevanten Aufgaben wird von ihnen als leichter eingeschätzt, weil sie entweder höhere Standards für Schwierigkeit haben oder eine Tendenz, eher sozial erwünschte Antworten zu geben (vgl. vor allem Kapitel 3.2 bis 3.6).

2. Welche Gruppen bei den untersuchten MigrantInnen sind besonders benachteiligt?

Besonders häufig von limitierter (inadäquater oder problematischer) Gesundheitskompetenz betroffen sind Personen, die finanziell benachteiligt sind, die ihren Gesundheitsstatus selbst schlecht einschätzen und Personen, die häufiger das Krankenbehandlungssystem aufsuchen.

Betrachtet man die Migrations-spezifischen Indikatoren, sind besonders häufig von limitierter Gesundheitskompetenz folgende Gruppen betroffen: in der TR-Stichprobe besonders Personen, die sich in Österreich überhaupt nicht heimisch fühlen, bzw. in der BKS-Stichprobe vor allem diejenigen, die bei der Interaktion mit Gesundheitsdienstleistern schlechte Erfahrungen gemacht und ein geringes Vertrauen in das Krankenbehandlungssystem haben.

Darüber hinaus haben TR mit einem geringeren Selbstvertrauen auch eine geringere Gesundheitskompetenz (vgl. Kapitel 3.5).

3. Welche gesundheitsrelevanten Aufgaben, Situationen und Entscheidungen sind für die beiden Migrantengruppen besonders problematisch?

Beide untersuchten Migrantengruppen hatten tendenziell größere Schwierigkeiten mit den migrations-spezifischen Aufgaben als mit den allgemeinen gesundheitsrelevanten Situationen und Entscheidungen. Für sie relativ am schwierigsten ist es, muttersprachliche Ärzte zu finden, Therapiemöglichkeiten bei psychischen Problemen in ihrer Muttersprache zu bekommen bzw. überhaupt Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen zu finden, aber auch herauszufinden, welche Leistungen von der Krankenkasse bezahlt werden, einen Antrag auf eine Sozialleistung zu stellen, einen gesunden Lebensstil umzusetzen und zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind.

Die meisten Fragen zur Gesundheitskompetenz wurden von Personen mit TR-Hintergrund häufiger als schwierig erlebt als von solchen mit BKS-Hintergrund. Diese Unterschiede verschwinden jedoch für die überwiegende Mehrzahl der 28 untersuchten Aufgaben, wenn die unterschiedliche Zusammensetzung beider Gruppen nach sozialen und migrationsspezifischen Kriterien berücksichtigt wird. Nur bei drei migrationsspezifischen Aufgaben: „eine muttersprachliche Ärztin oder Arzt zu finden“, „Informationen über Gesundheit in einer für Sie verständlichen Sprache zu finden“ und „sich in einer Arztpraxis oder im Spital verständlich zu machen“ bleiben Unterschiede zwischen TR und BKS bestehen, die nicht auf die berücksichtigten sozialen und migrationsspezifischen Indikatoren zurückgeführt werden können (vgl. Kapitel 3.3).

4. Mit welchen sozialen, migrationsspezifischen und psychischen Determinanten hängt die Gesundheitskompetenz der untersuchten Gruppen zusammen?

Die einschlägige wissenschaftliche Literatur wie auch die befragten ExpertInnen gehen davon aus, dass die Gesundheitskompetenz von MigrantInnen, wie bei der Allgemeinbevölkerung, hauptsächlich vom sozioökonomischen Status abhängt und migrantenspezifische Determinanten eine vergleichsweise geringere Rolle spielen, mit Ausnahme von Sprachkenntnissen. Dies bestätigte sich auch im GKM-Survey (vgl. Kapitel 4).

Die sozioökonomischen Determinanten (Geschlecht, Alter, Bildung, sozialer Status und finanzielle Benachteiligung) erklären in beiden GKM-Gruppen, besonders aber bei Personen mit Hintergrund in der TR, deutlich mehr Varianz der allgemeinen Gesundheitskompetenz als in der HLS-Österreich-Befragung und ähnlich viel für migrantenspezifische Gesundheitskompetenz. In beiden Gruppen ist vor allem finanzielle Benachteiligung: je benachteiligter, desto schlechter ist die Gesundheitskompetenz), sowie in der TR das Alter (je älter, desto schlechter ist die Gesundheitskompetenz) und in der BKS-Stichprobe die Bildung (je gebildeter, desto besser ist die Gesundheitskompetenz) ein deutlich stärkerer Prädiktor der Gesundheitskompetenz als die untersuchten migrationsspezifischen Indikatoren.

Diese wurden gemessen mit den Indikatoren: Generation, Aufenthaltsstatus, selbst-ein-geschätzte Deutschkenntnisse, das Gefühl in Österreich heimisch zu sein, das Gefühl aufgrund von Herkunft benachteiligt zu werden. Die migrationsspezifischen Determinanten erklären insgesamt sehr viel mehr Variation der allgemeinen Gesundheitskompetenz bei Personen mit Hintergrund in der Türkei als bei solchen mit BKS-Hintergrund, während für die migrantenspezifische Gesundheitskompetenz noch mehr Varianz und das gleich stark für beide Gruppen erklärt wird. D.h. es gibt einen stärker ausgeprägten migrationsspezifischen Gradienten bei den TR. Eine wichtige Rolle spielen in beiden Gruppen vor allem die Sprachkompetenz (je besser die Sprachkompetenz, desto besser ist die migrationsspezifische Gesundheitskompetenz) sowie vor allem für die BKS das Benachteiligungsgefühl (je stärker das Benachteiligungsgefühl, desto schlechter die migrationsspezifische Gesundheitskompetenz).

Sowohl in der Literatur als auch in der qualitativen Studie wird der Einfluss von psychischen Dispositionen auf den Gesundheitszustand von MigrantInnen explizit hervorgehoben. Dabei werden dem Selbstwertgefühl bzw. auch der internen oder externen Kontrollorientierung eine besondere Rolle bei MigrantInnen zugeschrieben. Insgesamt sind die Einflüsse der psychischen Dispositionen für beide Gruppen gleich stark und für die migrantenspezifische Gesundheitskompetenz noch stärker als für die allgemeine Gesundheitskompetenz ausgeprägt. Befragte mit größerem Selbstwertgefühl und mit stärkeren internalen Kontrollüberzeugungen haben in beiden Gruppen eine bessere Gesundheitskompetenz. Während externale Kontrollüberzeugungen nur in der BKS-Stichprobe eine signifikante negative Rolle spielen.

In einem multivariaten Modell mit allen Indikatoren der sozialen, migrationsspezifischen und psychischen Determinanten hat vor allem die finanzielle Benachteiligung und bei den BKS auch die Bildung einen starken Einfluss auf die allgemeine Gesundheitskompetenz. Deutschkenntnisse und die erlebte Benachteiligung haben einen weniger starken Einfluss auf die migrantenspezifische Gesundheitskompetenz, von den psychischen Dispositionen hat nur noch die interne Kontrollüberzeugung bei den TR

einen positiven und die externe Kontrollüberzeugung bei den BKS einen negativen Einfluss auf die GK (vgl. Kapitel 4).

5. Welche gesundheitsrelevanten Konsequenzen hat (niedrige) Gesundheitskompetenz bei den Migrantengruppen?

Neben den Determinanten von Gesundheitskompetenz werden in der Literatur gleichermaßen deren Auswirkungen auf bzw. Konsequenzen für Gesundheit bzw. gesundheitsrelevantes Verhalten (zumeist bei PatientInnen) erforscht und diskutiert. Deshalb wurden im GKM-Survey, wie schon in der HLS-EU Studie, die Auswirkungen von Gesundheitskompetenz auf das Gesundheits- und Risikoverhalten (mit drei Indikatoren: Häufigkeit sportlicher Betätigung, Rauchverhalten, Ernährungsverhalten), auf den Gesundheitsstatus (mit drei Indikatoren: selbst-eingeschätzter Gesundheitszustand, vorhandene Langzeiterkrankungen und gesundheitliche Einschränkungen im Alltag) und auf die Inanspruchnahme des Krankenbehandlungssystems (mit fünf Indikatoren: Inanspruchnahme und Frequenzen von Notfalldiensten, Spitalsambulanzen, Arztbesuchen, Krankenhausaufenthalten oder anderen Gesundheitsdienstleistern (z.B.: Zahnärzte, Physiotherapeuten, usw.) untersucht (vgl. Kapitel 5).

Beim Gesundheits- und Risikoverhalten ergaben sich nur wenige Zusammenhänge mit der Gesundheitskompetenz. Mit niedrigeren Gesundheitskompetenz-Werten hängt häufigerer, täglicher Tabakkonsum in der TR-Stichprobe und ungesundes Ernährungsverhalten in der BKS Stichprobe zusammen (vgl. Kapitel 5.1).

Dagegen bestätigen die Daten des GKM-Survey die teils sehr deutlichen Zusammenhänge zwischen niedriger Gesundheitskompetenz und schlechter selbst-eingeschätzter Gesundheit aus der HLS-Österreich-Studie und Studien in anderen Ländern. Gesundheitskompetenz und die selbst-eingeschätzte Gesundheit hängen für die beiden untersuchten Gruppen sehr deutlich und ähnlich stark wie in der österreichischen Gesamtbevölkerung zusammen, auch wenn der Einfluss des sozioökonomischen Status berücksichtigt wird. Dabei sind die Zusammenhänge in der TR-Stichprobe etwas stärker und in der BKS-Stichprobe etwas schwächer als in der HLS-Österreich-Stichprobe. Die untersuchten MigrantInnen leiden auch bei niedrigerer Gesundheitskompetenz häufiger an chronischen Erkrankungen, wenn auch in etwas geringerem Ausmaß als die Befragten in der HLS-Österreich-Studie (vgl. Kapitel 5.2).

Die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen hängt schwächer, aber immer noch deutlich mit der Gesundheitskompetenz zusammen, auch bei Berücksichtigung des Einflusses des sozioökonomischen Status. D.h. Personen mit höherer Gesundheitskompetenz suchen seltener Spitalsambulanzen auf (vgl. Kapitel 5.3).

6. Wie erleben die beiden Migrantengruppen das österreichische Krankenbehandlungssystem bzw. was erwarten sie von diesem und welche Rolle spielt dabei die Gesundheitskompetenz?

Ergebnisse aus den Fokusgruppen und Expertenbefragungen weisen darauf hin, dass schlechte Interaktionserfahrungen (zum Beispiel im Gespräch mit ÄrztInnen oder Pflegepersonal), die im Krankenbehandlungssystem gemacht werden, beziehungsweise mangelndes Vertrauen, das dem österreichischen Gesundheitssystem generell entgegengebracht wird, wichtige Hürden für eine angemessene und effektive Nutzung des Gesundheitssystems durch MigrantInnen sind. Personen mit TR-Hintergrund erleben die Interaktion im österreichischen Krankenbehandlungssystem als weniger wertschätzend und vertrauen dem österreichischen Gesundheitssystem weniger als Personen mit BKS-Hintergrund. Ergebnisse des Survey zeigen auch deutlich, dass schlechte Gesundheitskompetenz in beiden untersuchten Migrantengruppen (besonders stark aber in der BKS-Stichprobe) beeinflusst, wie häufig von misslungenen, nicht wertschätzenden oder gar diskriminierenden Interaktionen mit VertreterInnen des österreichischen Gesundheitssystems berichtet wird. Auch vertrauen Personen mit besserer migrationspezifischer Gesundheitskompetenz eher dem österreichischen Gesundheitssystem.

Die Behandlung durch muttersprachliche Ärzte ist den StudienteilnehmerInnen mit Hintergrund in der Türkei weitaus wichtiger als denjenigen mit BKS-Hintergrund. Im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz zeigt sich, dass in beiden Migrantengruppen für Personen mit höherer GK die Behandlung durch muttersprachliche Ärzte weniger wichtig ist. Bei Personen mit Hintergrund in der Türkei ist das sehr viel deutlicher ausgeprägt als bei Personen mit BKS-Hintergrund. Aber Personen mit Hintergrund in der Türkei, die sich einen muttersprachlichen Arzt wünschen, haben im Vergleich zu Personen mit BKS-Hintergrund eine geringere Wahrscheinlichkeit, tatsächlich von einem solchen behandelt zu werden.

Frauen wünschen sich häufiger gleichgeschlechtliche Ärztinnen, insbesondere Frauen mit TR-Hintergrund. Aber nur bei Frauen mit BKS-Hintergrund verringert eine höhere GK die Wichtigkeit einer gleichgeschlechtlichen Ärztin.

7. Welche relevanten Unterschiede hinsichtlich Gesundheitskompetenz gibt es zwischen den beiden untersuchten Migrantengruppen?

Beim Vergleich der beiden Gruppen ist zu bedenken, dass diese sich bereits auf Grund der Mikrozensusdaten in ihrer sozialen Zusammensetzung unterscheiden. Diese Unterschiede sind z.T. noch durch Mängel in der Repräsentativität der Stichprobe verstärkt. Die TR sind etwas häufiger Männer, sind deutlich jünger, haben eine sehr deutlich schlechtere Schulbildung, sind seltener erwerbstätig aber haben deutlich öfter eine österreichische Staatsbürgerschaft. In beiden Stichproben sind die Männer überrepräsentiert (stärker bei den TR). Bezüglich des Alters sind vor allem die Jüngeren, aber auch die Älteren unterrepräsentiert und die 30-59-jährigen überrepräsentiert. Hinsichtlich der Bildung sind die schlechter Gebildeten deutlich unter- und die besser Gebildeten deutlich überrepräsentiert (noch stärker bei den BKS). Sowohl die Beschäftigten wie die österreichischen Staatsbürger sind deutlich überrepräsentiert. D.h. ein Teil der besseren Gesamtergebnisse der Gesundheitskompetenz der BKS im Vergleich zu den TR geht auf deren günstigere soziale Zusammensetzung und die noch stärkere Verzerrung ihrer Stichprobe in diese Richtung zurück.

MigrantInnen mit BKS-Hintergrund haben im Durchschnitt eine höhere allgemeine Gesundheitskompetenz, aber dieser Unterschied ist nicht mehr signifikant, wenn der Einfluss sozioökonomischer bzw. migrantenspezifischer Faktoren berücksichtigt wird. Bei der migrationspezifischen Gesundheitskompetenz dagegen bleibt der Durchschnittswert bei Personen mit BKS-Hintergrund auch dann höher, wenn die Einflüsse des sozioökonomischen Status berücksichtigt werden.

Im Hinblick auf die Verteilung der gemessenen Determinanten der Gesundheitskompetenz unterscheiden sich die StudienteilnehmerInnen aus beiden Migrantengruppen teils ziemlich deutlich. Bei den sozio-ökonomischen Determinanten sind der durchschnittliche, selbst-eingeschätzte soziale Status sowie die Anteile derjenigen, die finanziell benachteiligt sind, in beiden GKM-Stichproben ähnlich, Unterschiede gibt es vor allem beim Alter, bei der Bildung und bei der Geschlechterverteilung. StudienteilnehmerInnen mit Hintergrund in der Türkei sind im Schnitt jünger, schlechter gebildet und eher Männer. Betrachtet man die migrationspezifischen Determinanten, so schätzen die Personen mit Migrationshintergrund in der Türkei ihre Deutschkenntnisse schlechter ein und berichten häufiger von Benachteiligung als Personen mit Migrationshintergrund in Ex-Jugoslawien. Bei den psychischen Determinanten haben sie einen relativ geringeren Selbstwert als die BKS.

Welche Unterschiede gibt es bei den Konsequenzen? Der einzige bemerkenswerte Unterschied beim Gesundheits- und Risikoverhalten ist, dass bei niedrigeren Gesundheitskompetenz-Werten TR eher rauchen und BKS eher ein ungesundes Ernährungsverhalten haben. Die selbst-eingeschätzte Gesundheit hängt bei den TR stärker als in der HLS-Österreich-Stichprobe mit der Gesundheitskompetenz zusammen, in der BKS-Stichprobe schwächer. Mit Ausnahme von sonstigen Gesundheitsberufen, die häufiger von BKS genutzt werden, beanspruchen beide Gruppen das professionelle kurative Krankenbehandlungssystem ähnlich oft und in ähnlichem Ausmaß wie die HLS-Ö. Auch bei ihnen gilt, dass Personen, die eines der Angebote in Anspruch nehmen, zumeist auch die anderen Angebote (etwas) öfter nutzen. Für die meisten der Angebote gilt: je geringer die Gesundheitskompetenz, desto häufiger wird das System der Krankenbehandlung in Anspruch genommen. Das gilt auch für Spitalsambulanzen. Aber nur Personen mit BKS-Hintergrund nehmen, wenn sie eine bessere migrantenspezifische Gesundheitskompetenz haben, auch eher an Vorsorgeuntersuchungen teil.

Personen mit TR-Hintergrund erleben deutlich häufiger problematische Interaktionen mit dem Krankenbehandlungssystem und haben ein geringeres Vertrauen in das österreichische Gesundheitssystem. Für beide Gruppen gilt: je höher ihre allgemeine oder migrationspezifische Gesundheitskompetenz, desto wertschätzender wird die Kommunikation im österreichischen Krankenbehandlungssystem erlebt. Das trifft weniger ausgeprägt auch auf das Vertrauen ins österreichische Gesundheitssystem zu.

Deutlichere Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gibt es hinsichtlich kultursensibler Präferenzen und Angebote in der Krankenbehandlung. Eine Behandlung durch muttersprachliche Ärzte und Ärztinnen ist für TR weitaus wichtiger als für BKS, aber TR haben keine höheren Chancen, auch tatsächlich von muttersprachlichen Ärzten behandelt zu werden. Bei Personen mit höherer Gesundheitskompetenz ist der Wunsch nach muttersprachlichen Behandlern weniger wichtig, besonders bei den TR. Frauen mit Hintergrund in der Türkei wünschen sich häufiger gleichgeschlechtliche Ärztinnen, aber nur bei Frauen mit BKS-Hintergrund verringert eine höhere GK die Wichtigkeit dieses Wunsches.

8. Welcher Bedarf an Interventionen ergibt sich aus dieser Studie und welche GK-relevanten migranten-spezifischen Maßnahmen gibt es bereits in Österreich?

Die Survey Ergebnisse erlauben zunächst nur eine Diagnose der Gesundheitskompetenz und von deren Zusammenhängen mit Determinanten und gesundheitsrelevanten Konsequenzen für die beiden MigrantInnengruppen. Es gibt auch für diese, Untergruppen mit beträchtlichen Anteilen von limitierter GK, für diese ist die GK sogar noch stärker als in der Allgemeinbevölkerung durch soziale Faktoren bestimmt, und ihre GK hat ähnliche Auswirkungen auf gesundheitsrelevante Indikatoren wie in der Allgemeinbevölkerung. Das heisst es macht Sinn in eine Verbesserung der GK für diese beiden MigrantInnen-Gruppen zu investieren. Darüber hinaus zeigen die einzelnen Items der beiden Gesundheitskompetenzmaße und die einzelnen Fragen der Kapitel 6 und 7 konkret, was für MigrantInnen besonders schwierig ist, welche auch problematischen Erfahrungen sie mit dem österreichischen Krankenbehandlungssystem machen und wo sie besondere Bedürfnisse und Präferenzen haben. Das alles zeigt mögliche Ansatzpunkte für Interventionen und Maßnahmen auf, aber noch nicht im Detail, welche Maßnahmen geeignet sind um Probleme und Defizite zu bearbeiten. Daher wurden in die qualitativen Teile der GKM-Studie - Literaturanalysen, Experteninterviews und Fokusgruppen mit MigrantInnen - auch Erhebungen zu schon bestehenden und erprobten, wünschenswerten Interventionen und Massnahmen aufgenommen (siehe im Detail Anhang E und Kapitel 8).

In Österreich gibt es bereits vielfältige Maßnahmen, die zur Verbesserung der GK von MigrantInnen beitragen können. Tendenziell lässt sich aber eine starke Konzentration dieser Maßnahmen auf einige wenige großstädtische Gebiete beobachten. Darüber hinaus berichten die befragten ExpertInnen auch, dass die Projekte meist eine kurze Laufzeit haben und nur sehr wenige Angebote wirklich institutionalisiert sind. Oftmals basieren diese Projekte auf einer ehrenamtlichen Struktur und sind von der Mitarbeit von Freiwilligen abhängig.

Um eine nachhaltige und effektive Angebotsstruktur für MigrantInnen zur Verbesserung der GK zu schaffen, ist ein einheitlicher und konsequenter Ansatz notwendig, der eine interinstitutionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Sinne der WHO Strategie „Health in all policies“ eröffnet und fördert. Um eine verlässliche Angebotsinfrastruktur für MigrantInnen aufzubauen, ist der Ausbau von professionellen Strukturen notwendig, die nicht vordringlich auf ehrenamtliche MitarbeiterInnen angewiesen sind, aber unter Einbezug der potentiellen NutzerInnen zu entwickeln und zu managen sind.

Im Krankenbehandlungssystem können muttersprachliche Angebote, Dolmetsch-Dienste und eine Plain Language Policy¹ wesentlich zur Verbesserung der GK und Gesundheit von MigrantInnen beitragen. Doch nicht nur sprachliche Barrieren, sondern auch Diskriminierung im Krankenbehandlungssystem stellen Hürden für eine angemessene und effektive Nutzung des Systems durch MigrantInnen dar. Geringere GK erhöht das Risiko von diskriminierenden Erfahrungen. Die Schulung des Gesundheitspersonals in transkultureller Kompetenz oder mehr muttersprachliche MitarbeiterInnen sind daher wichtige Ressourcen für eine kultursensible Öffnung des Gesundheitswesens.

¹ Die Verwendung von einfacher, klarer Sprache.
LBIHPR | 2016

1 Einleitung

1.1 Konzept und Definition einer umfassenden, allgemeinen Gesundheitskompetenz

Derzeit gibt es viele mehr oder weniger unterschiedliche oder überlappende Definitionen² für Gesundheitskompetenz (GK) und GK wird als komplexes, relationales und evolutives Konzept verstanden (Nutbeam, 2008; Rudd et al., 2012; Sørensen et al., 2012; Zarcadoolas et al., 2005). In der GKM-Studie folgen wir der Definition des europäischen Gesundheitskompetenz-Forschungsprojekts (HLS-EU-Project), da diese auch Grundlage der bisher vorliegenden Studien zur Gesundheitskompetenz in Österreich war, um Vergleiche mit diesen Studien zu ermöglichen. Diese Definition basiert auf einem aus 12 publizierten Modellen integrierten konzeptuellen Modell und auf der systematischen Analyse und Integration von 17 Definitionen. Das Modell und die Definition wurden auch den „Solid Facts – Health Literacy“ der WHO-EURO zugrunde gelegt (englisch Kickbusch et al. 2013, deutsch Kickbusch et al 2015). Die Definition lautet:

„Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Kompetenz und beinhaltet Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissen und Motivation, um im Alltag relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Entscheidungen zu treffen und zu handeln, mit dem Ziel, gute Lebensqualität während des gesamten Lebenslaufs zu erhalten und zu verbessern.“ (Übersetzung der englischen Fassung von Sørensen et al., 2012, ins Deutsche durch die AutorInnen)

Die Definition basiert auf einem konzeptuellen und generischen Modell (vgl.

Abbildung 1-1). Das konzeptuelle Modell spezifiziert zum einen drei Bereiche der GK (Krankheitsbewältigung, Prävention, Gesundheitsförderung) und zum anderen vier Stadien der Bearbeitung gesundheitsrelevanter Informationen (Informationen finden, Informationen verstehen, Informationen beurteilen, Informationen anwenden).

²WHO, 1998; AMA 1999; Nutbeam 2000, IoM 2004, Kickbusch et al. 2005, Paasche-Orlow & Wolff 2006, EC 2007, Australian Bureau of Statistics 2008, Sørensen et al. 2012
LBIHPR | 2016

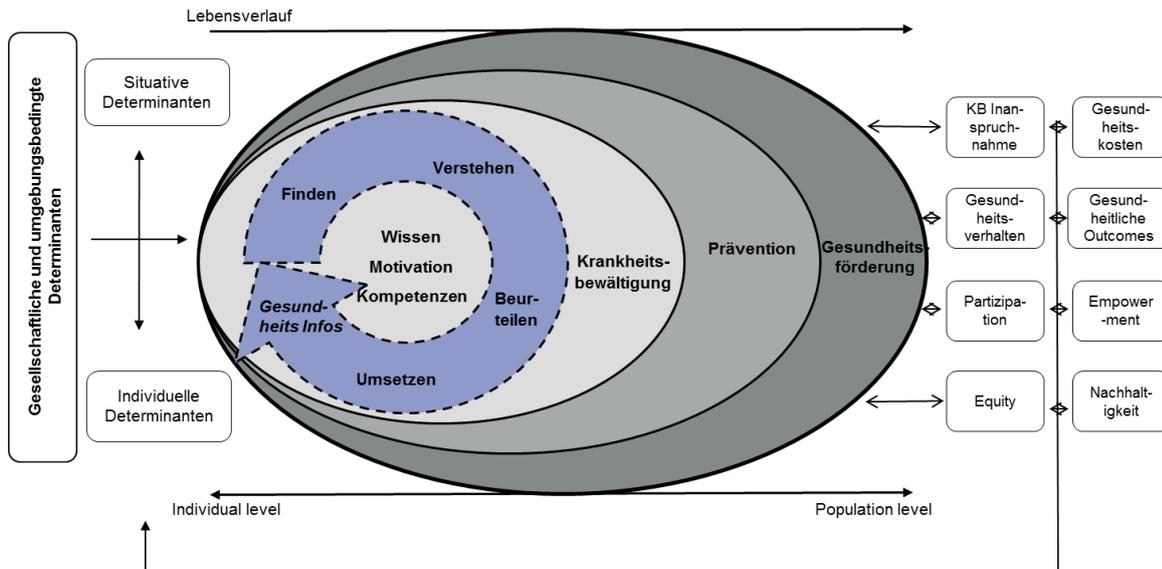


Abbildung 1-1: Konzeptuelles Modell von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) (dt. Übersetzung³ des Modells von Sørensen et. al. 2012)

Das generische Modell bringt die GK mit wichtigen Ursachen bzw. Determinanten und ausgewählten Wirkungen bzw. Konsequenzen von GK in Zusammenhang, die in der internationalen GK-Literatur diskutiert werden. Dieses zugrundeliegende generische Modell wurde für die GKM-Studie noch weiter spezifiziert (vgl. Abbildung 1-3).

Darüber hinaus wird Gesundheitskompetenz als relationales Konzept verstanden (vgl. Abbildung 1-2), welches das Verhältnis von persönlichen Kompetenzen zu situativen gesellschaftlichen bzw. systemischen Anforderungen misst (Parker & Ratzan, 2010).



Abbildung 1-2: Gesundheitskompetenz – das Zusammenspiel persönlicher Fähigkeiten und situativer Anforderungen (Parker & Ratzan, 2010)

³ Übersetzung der VerfasserInnen
LBIHPR | 2016

Tabelle 1-1: Auf Modell und Definition basierende Gesundheitskompetenz-Matrix der Items des GK-Messinstruments (Sørensen et al. 2012)

Gesundheits-Kompetenz = Fähigkeit	Informationen finden	Informationen verstehen	Informationen beurteilen	Informationen anwenden
für Krankheitsbewältigung	1) Informationen über Krankheitsbewältigung finden	2) Informationen über Krankheitsbewältigung verstehen	3) Informationen über Krankheitsbewältigung beurteilen	4) Informationen über Krankheitsbewältigung anwenden
für Prävention	5) Informationen über Prävention finden	6) Informationen über Prävention verstehen	7) Informationen über Prävention beurteilen	8) Informationen über Prävention anwenden
für Gesundheitsförderung	9) Informationen über Gesundheitsförderung finden	10) Informationen über Gesundheitsförderung verstehen	11) Informationen über Gesundheitsförderung beurteilen	12) Informationen über Gesundheitsförderung anwenden

Entsprechend dieser Definition wurde für die Europäische Gesundheitskompetenzstudie (HLS-EU) das HLS-EU-Q47 entwickelt, ein Instrument zur Messung von umfassender Gesundheitskompetenz. Die 47 Items des HLS-EU-Q47 messen die selbst-eingeschätzte Kompetenz, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden (Sørensen et al., 2012). Das HLS-EU-Q47 wurde im Rahmen der HLS-EU Studie validiert und in acht Mitgliedsstaaten der EU, darunter auch in Österreich, angewandt (Sørensen et al. 2013, 2015). In der vorliegenden GKM-Studie wurde eine Kurzform des HLS-EU-Instrumentes (HLS-Q16) verwendet, die auf der Basis der HLS-EU-Daten entwickelt wurde (vgl. Kap.3.1.1). Auf die Kurzform wurde zurückgegriffen, um in den Telefoninterviews auch Zeit für ein zusätzliches, migrantenspezifisches Messinstrument von GK (GKM-Q12, siehe: Kapitel 3.1.2) und für andere migrantenspezifische Fragen zu gewinnen.

1.2 Das weiterentwickelte generische Modell von Gesundheitskompetenz

Im Rahmen des GKM-Projekts wurde auch das generische Modell von Gesundheitskompetenz (GK) aus dem HLS-EU Projekt aufgegriffen und als Kausalmodell weiter spezifiziert (vgl. Abbildung 1-3).

Ausgangspunkt ist, dass persönliche Gesundheitskompetenz (2) auf unterschiedliche Weise gemessen werden kann. Es wird davon ausgegangen, dass die Entwicklung von persönlicher Gesundheitskompetenz einerseits von persönlichen Determinanten (1) und andererseits von situativen Determinanten (0) beeinflusst wird. Persönliche Gesundheitskompetenz wiederum beeinflusst gesundheitsrelevantes Verhalten (Gesundheitsverhalten (3) und Verhalten zur Krankheitsbewältigung (5)) bzw. Gesundheit selbst (den Gesundheitsstatus (4)) indirekt und direkt. Das Modell nimmt auch an, dass es (wenngleich geringere) kausale Effekte in die Gegenrichtung geben kann, und dass auch auf das gesundheitsrelevante Verhalten und die Gesundheit selbst persönliche Determinanten (1) und situative Determinanten (0) direkt einwirken können. Für die Messung der sechs Grunddimensionen des Modells im österreichischen Survey wurden spezifische Indikatoren, die in der Literatur als relevant diskutiert werden, zusammengestellt bzw. entwickelt. Das Modell wurde zunächst bivariate Korrelationsanalysen anleiten, danach aber auch multivariate Regressionen, um der Komplexität der Modellannahmen besser gerecht zu werden.

Zusätzlich zur Messung der Gesundheitskompetenz enthielt der Fragebogen daher, entsprechend dem weiterentwickelten logischen Modell der Gesundheitskompetenz, auch allgemeine und migrantenspezifische Indikatoren zu Determinanten und Konsequenzen von Gesundheitskompetenz. Die konkreten Indikatoren, die in der GKM-Studie erhoben wurden, stammen soweit wie möglich aus der HLS-EU-Studie bzw. aus internationalen oder österreichischen Migrantenstudien, um die Ergebnisse mit diesen vergleichen zu können.

Dieser angepasste und erweiterte Fragebogen der GKM-Studie wurde in die Sprachen der befragten Migrantengruppen – Türkisch, Bosnisch, Kroatisch, Serbisch – übersetzt. Die Übersetzungen wurden von den ÜbersetzerInnen des Umfrageinstituts GfK Austria angefertigt und jeweils von einer Projektmitarbeiterin mit den entsprechenden Sprachkenntnissen (für Bosnisch und Serbisch von externen Fachpersonen) Korrektur gelesen. Diese Vorgangsweise ermöglichte die Erstellung eines möglichst gleich lautenden, verständlichen und gut einsetzbaren Fragebogens in allen Sprachen.

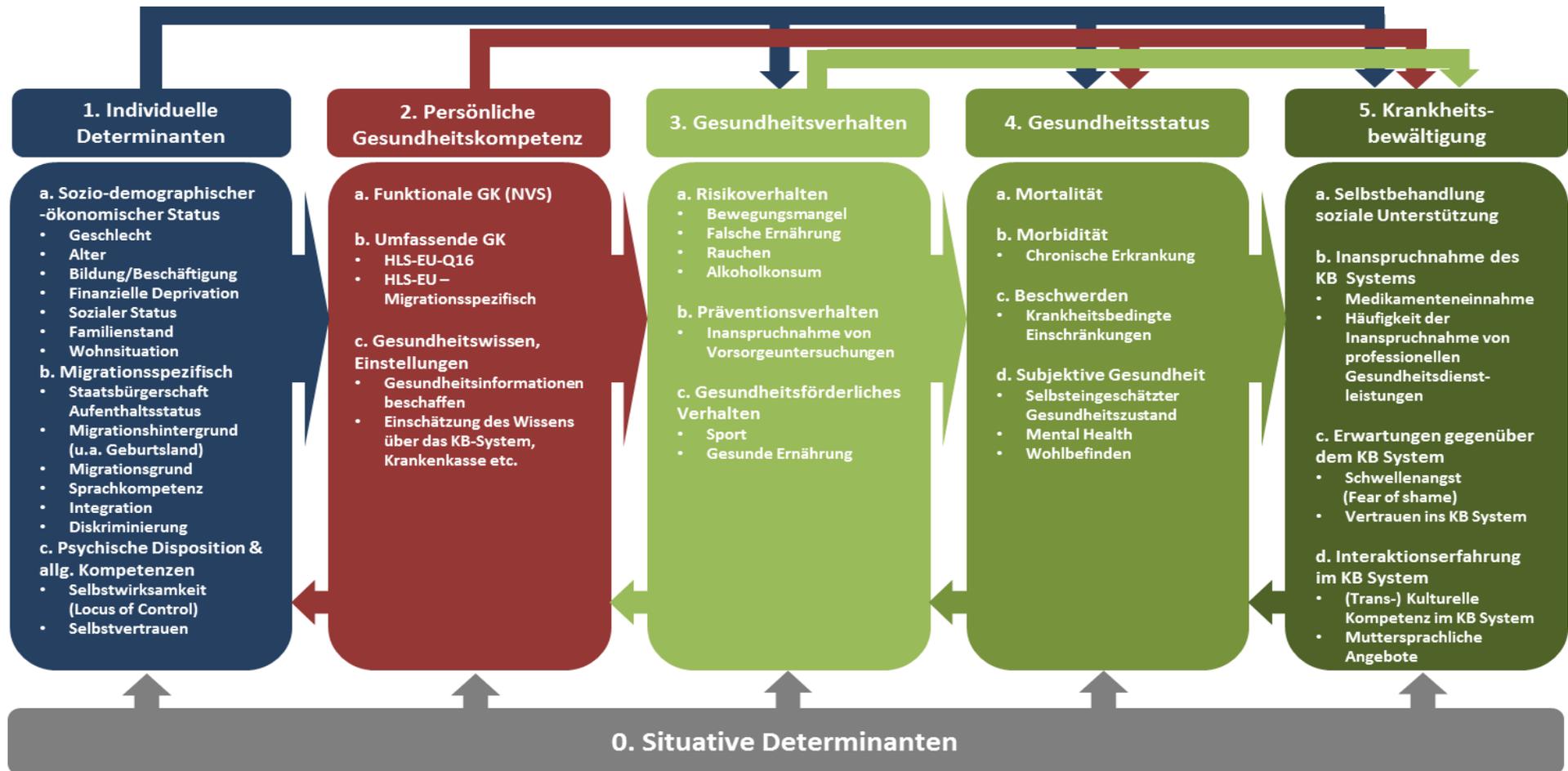


Abbildung 1-3: Generisches Rahmenmodell für Determinanten und Konsequenzen der Gesundheitskompetenz (Indikatoren)

1.3 Gesundheitskompetenz und Migration

In der internationalen Literatur wird Migrationsstatus als Risikofaktor für eine eingeschränkt Gesundheitskompetenz und deren negative Auswirkungen behandelt. (Ng et al., 2010 & 2014; Fransen et al., 2013; Sentell et al., 2012; Easton et al., 2010; Shaw et al., 2009; Sudore et al., 2009; Scudder, 2006; Leyva et al., 2005; Kreps & Sparks, 2008; Kutner et al., 2006; Rudd et al., 2004) Allerdings gibt es international nur wenige repräsentative Studien über die Gesundheitskompetenz von MigrantInnen bzw. deren Determinanten und mögliche Konsequenzen. Die bis dato besten Daten über Minderheiten und MigrantInnen wurden in drei großen Alphabetisierungsstudien (USA: National Assessment of Adult Literacy (NALS) 2003; Canada: International Adult Literacy and Skills Survey (IALS) 2003; Australia: Adults Literacy and Life Skills Survey Australia (AALS) 2006) gesammelt, die unter anderem auch Gesundheitskompetenz erhoben. Diese Studien zeigen, dass Personengruppen mit Migrationserfahrung in Bezug auf die Gesundheitskompetenz beträchtlich schlechter abschneiden als der Durchschnitt und folglich in dieser Beziehung als benachteiligt angesehen werden müssen (Rudd et al., 2004; Kutner et al., 2006; Australian Bureau of Statistics, 2008; Ng, 2010 & 2014).

Über die Gesundheitskompetenz von in Österreich lebenden MigrantInnen bzw. Personen mit Migrationshintergrund gibt es derzeit nur wenige und sehr unvollständige Daten aus der HLS-EU-Studie (HLS-EU Consortium, 2012; Pelikan et al., 2012). Auch in einer aktuellen österreichischen Literaturstudie wurde die unvollständige bzw. verbesserungswürdige Datenlage zu Migration und Gesundheit in Österreich bestätigt (Anzenberger, J. et al., 2015). Und das, obwohl knapp 20% der österreichischen Bevölkerung Personen mit Migrationshintergrund sind. Laut Statistik Austria (2015) leben 1,715 Millionen Menschen (20,4% der Gesamtbevölkerung) mit Migrationshintergrund (1. und 2. Generation) in Österreich. Davon gehören 1,254 Millionen Menschen der „ersten Generation“ an. Die verbleibenden 460.000 Personen mit Migrationshintergrund sind in Österreich geborene Nachkommen von Eltern mit ausländischem Geburtsort („zweite Generation“). Knapp zwei Fünftel (39% bzw. 672.000) der Menschen mit Migrationshintergrund kommen aus anderen EU- oder EWR-Staaten. Etwas mehr als ein Viertel (29% oder 495.000) stammen zum Zeitpunkt der Erhebung aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens außerhalb der EU (also ohne Slowenien und Kroatien), während Personen mit türkischem Migrationshintergrund 15% (263.000) ausmachen. Folgt man der aktuellen Bevölkerungsprognose der offiziellen österreichischen Statistik, wird die Bevölkerung in Österreich bis zum Jahr 2030 auf insgesamt 9 Millionen Menschen anwachsen und dieses Bevölkerungswachstum wird größtenteils aufgrund von Zuwanderung stattfinden⁴.

Hinweis: In der Literatur gibt es keine einheitliche Definition für MigrantInnen bzw. Migrationshintergrund. Im quantitativen Survey dieser Studie folgen wir der aktuellen Definition der Statistik Austria (2014a), d.h. MigrantInnen sind Personen, die entweder selbst oder deren beide Elternteile aus dem Ausland eingewandert sind. Um jedoch einen umfassenden Überblick zu gewinnen, wurden die Begriffe MigrantInnen und Migrationshintergrund für die qualitativen Teile der Studie, d.h. für die

⁴Statistik Austria. Pressemitteilung: 10.635-211/13 2030 leben in Österreich 9 Millionen Menschen, jeder fünfte davon wird im Ausland geboren sein.
http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/073530

Literaturstudie zum Themenfeld, für die Experteninterviews und Fokusgruppen vorab nicht nach der Definition der Statistik Austria eingeschränkt. Obwohl in der Literatur diese Begriffe unterschiedlich definiert wurden, wurden alle Ergebnisse der Literaturrecherchen für die Entwicklung des Fragebogens und als Vergleichswerte herangezogen.

1.4 Was ist über die Gesundheitskompetenz der MigrantInnen in Österreich bereits bekannt?

In Österreich gibt es noch keine ausreichenden Daten zur Gesundheitskompetenz von MigrantInnen. Zwei der am LBIHPR bereits durchgeführten Gesundheitskompetenz-Studien, die HLS-EU-Studie (HLS-EU Consortium, 2012) und die österreichische Zusatzerhebung (HLS-Ö)⁵ (Pelikan et al., 2012) folgten den methodischen Vorgaben des Eurobarometers und erfassten daher nur EU-BürgerInnen. Somit wurden auch im Österreichteil der Studie wichtige und große Migrantengruppen, etwa aus Ex-Jugoslawien und der Türkei, nicht ausreichend berücksichtigt. Von den in der HLS-Ö-Studie befragten Personen hatten nur 6,6% der insgesamt 1810 befragten Personen einen Migrationshintergrund. Auch die Daten aus der österreichischen Gesundheitskompetenz-Jugendstudie, die im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger vom LBIHPR durchgeführt wurde (Röthlin et al., 2012), eignen sich aufgrund der geringen Anzahl an MigrantInnen in der Stichprobe nur begrenzt für fundierte Aussagen über die Gesundheitskompetenz von Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Dennoch weisen die meisten aktuellen Zahlen der Statistik Austria zu MigrantInnen darauf hin, dass MigrantInnen häufiger Charakteristika aufweisen, die mit einem höheren Risiko für limitierte Gesundheitskompetenz assoziiert werden (HLS-EU Consortium, 2012; Berkman et al., 2011). So haben MigrantInnen häufiger finanzielle Schwierigkeiten⁶ betroffen, haben schlechtere Bildungschancen⁷ bzw. sind überproportional in den niedrigsten Bildungsschichten vertreten⁸ und schätzen auch ihren Gesundheitszustand⁹ schlechter ein als die allgemeine Bevölkerung (Statistik Austria, 2014). Diese Charakteristika lassen eine schlechtere GK bei MigrantInnen erwarten, jedoch nicht uneingeschränkt, denn so wie es keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und schlechtem Gesundheitszustand gibt (vgl. dazu „Healthy Migrant Effect¹⁰“), gibt es auch Hinweise darauf, dass MigrantInnen nicht per se eine schlechtere GK haben müssen. Unter bestimmten

⁵ Für die HLS-Ö Stichprobe wurde die bereits vorhandene Zufallsstichprobe von N=1015 ÖsterreicherInnen aus der HLS-EU-Studie (erhoben im Sommer 2011) durch eine Zusatzerhebung im November 2011 um weitere 798 ÖsterreicherInnen ergänzt, was eine neue HLS-Ö Gesamtstichprobe von N=1813 ergibt. Als Befragungstechnik wurde in beiden Studien das Computer Assisted Personal Interview (CAPI) eingesetzt. In der Bundesländerzusatzerhebung wurden in 8 Bundesländern gezielt jeweils so viele Menschen befragt, dass pro Bundesland eine Stichprobengröße von N=200 Menschen entstand.

⁶ MigrantInnen ohne EU-/EFTA-Staatsbürgerschaft sind insgesamt laut EU-SILC 2010 die am stärksten von Armutsgefährdung betroffene Gruppe. (Statistik Austria, 2011)

⁷ Ein internationaler Vergleich der PISA-Daten zeigt für Österreich, dass Migrationshintergrund einen negativen Effekt auf die Schulleistung hat (Herzog-Punzenberger (Hg.), 2006).

⁸ Jedoch sind MigrantInnen nicht nur in den niedrigsten, sondern auch in den höchsten Bildungsschichten vertreten, während die inländische Bevölkerung überdurchschnittlich häufig die mittlere Bildungsebene abgeschlossen hat (Statistik Austria, 2014).

⁹ Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei oder Ex-Jugoslawien schätzen ihren Gesundheitszustand schlechter ein, geben häufiger chronische Erkrankungen an und berichten auch häufiger von Schmerzen als die allgemeine Bevölkerung und als Personen aus anderen EU-Ländern. Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 (Statistik Austria, 2008)

¹⁰ Internationale Untersuchungen weisen darauf hin, dass MigrantInnen trotz sozioökonomischer Benachteiligung eine höhere Lebenserwartung als Nicht-MigrantInnen haben. Dieser „Mortalitätsvorteil“ wird in der Literatur als „Healthy Migrant Effect“ bezeichnet. Allerdings wird diskutiert, ob es sich bei diesem Phänomen um ein statistisches Artefakt handelt, da Todesfälle im Ausland nicht berücksichtigt werden, oder ob es tatsächlich einen „Healthy Migrants Effect“ gibt (Vgl. Kohls, 2008).

Bedingungen könnten sie möglicherweise sogar eine bessere GK haben als die allgemeine Bevölkerung. So weisen Personen mit ausländischer Herkunft etwa eine etwas höhere Lebenserwartung auf als in Österreich geborene österreichische Staatsangehörige und sind, so wie sie in den niedrigsten Bildungsschichten überproportional vertreten sind, auch in den höchsten Bildungsschichten überproportional vertreten¹¹ – was in manchen Migrantengruppen auf eine besseren GK deuten könnte.

Man weiß derzeit noch zu wenig über die konkreten Zusammenhänge zwischen Migrationsstatus und Gesundheitskompetenz in Österreich. Es fehlen die Daten dazu – auch insgesamt ist die quantitative Datenlage zu Personen mit Migrationshintergrund in Österreich unzureichend – es liegen zur Zeit keine aktuellen österreichweit repräsentativen Studien zu MigrantInnen vor (Anzenberger, et al., 2015). Diese Studie liefert daher erstmals Daten zur Gesundheitskompetenz von ausgewählten Migrantengruppen in Österreich.

¹¹ Das Bildungsprofil der in Österreich lebenden Personen mit Migrationshintergrund unterscheidet sich deutlich von jenem der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Während ÖsterreicherInnen überdurchschnittlich häufig über einen Abschluss auf der mittleren Bildungsebene verfügen, sind MigrantInnen sowohl in den höchsten als auch in den niedrigsten Bildungsschichten überproportional vertreten. 2014 verfügten etwa 32% der 25- bis 64-Jährigen ohne Migrationshintergrund über eine Matura oder einen akademischen Abschluss, bei Gleichaltrigen mit Migrationshintergrund traf dies auf 37% zu. Während nur sehr wenige Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) und der Türkei über einen Hochschulabschluss verfügten, wiesen Personen aus EU-/EWR-Staaten und der Schweiz (28%) sowie aus sonstigen Drittstaaten (33%) besonders hohe Akademikeranteile auf. (Statistik Austria, 2015)

1.5 Wie wurde Gesundheitskompetenz bei MigrantInnen bisher gemessen? Zu welchen Ergebnissen kommen ausländische Studien?

Die Gesundheitskompetenz von MigrantInnen ist in verschiedenen Ländern unterschiedlich gut erforscht, und die in den bestehenden Studien verwendeten Instrumente zur Messung der Gesundheitskompetenz sind unterschiedlich.

Im deutschsprachigen Raum wurde die Gesundheitskompetenz von MigrantInnen bisher kaum untersucht. Im nationalen Gesundheits-Monitoring der Schweiz wurde zwar die GK der Migrationsbevölkerung erhoben, aber es existieren keine Vergleichswerte für die Schweizer Gesamtbevölkerung (Guggisberg et al., 2011). Der Fokus der Auswertungen lag stattdessen auf Vergleichen zwischen den verschiedenen Herkunftsgruppen. Zur Messung der GK wurde in dieser Studie das Konzept von Abel und Bruhin (Abel & Bruhin, 2003) eingesetzt. In Deutschland wurde eine Studie zur diabetes-spezifischen Gesundheitskompetenz von türkischstämmigen DiabetikerInnen durchgeführt (Kofahl et al., 2012, 2013), die jedoch auch keine Vergleichswerte zur Gesamtbevölkerung hat. Eine weitere deutsche Studie der Universität Bielefeld¹², die explizit benachteiligte Bevölkerungsgruppen untersucht, kommt zum Ergebnis, dass benachteiligte Migrantengruppen im Vergleich zu benachteiligten Gruppen der Gesamtbevölkerung eine schlechtere GK haben (Messer et al., 2015). In Österreich sind derzeit keine Untersuchungen bekannt, die sich explizit mit der GK von MigrantInnen befassen.

Im englischsprachigen Raum hingegen wurden bereits mehrere Studien zur GK von MigrantInnen durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Studien sind jedoch teilweise schwer zu vergleichen, da die meisten Studien mit qualitativen Methoden arbeiten (Poureslami et al., 2007) und meist auf ein spezifisches Krankheitsbild ausgerichtet sind oder in klinischen Settings durchgeführt wurden (Geltman et al., 2014; Leung et al., 2014; Gillis et al., 2012).

So kam etwa eine klinische Studie in den USA (Jeppesen et al., 2009), die den *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) als Messinstrument einsetzte, zu dem Ergebnis, dass die ethnische Zugehörigkeit bzw. Herkunft (race/origin) mit limitierter GK korreliert. Dagegen verwendeten die Populationsstudien in den USA (Sentell & Braun, 2012; Rudd et al., 2004), Kanada (Ng & Omariba, 2010 & 2014; Canadian Council of Learning, 2008) und Australien (Australian Bureau of Statistics, 2008) das HALS-Messinstrument (*Health Activity Literacy Scale* von Rudd et al., 2004) bzw. Adaptionen davon. In der US-Untersuchung wiesen nicht-autochthone (*non-native-born*) Erwachsene eine signifikant niedrigere GK auf als autochthone Erwachsene (*native adults*). Auch in einer kanadischen Studie zeigte sich, dass MigrantInnen im Allgemeinen signifikant unter dem nationalen GK-Durchschnitt lagen (Canadian Council of Learning, 2008). Eine weitere Untersuchung in Kanada fand heraus, dass 75% der MigrantInnen, aber nur 55% der Nicht-MigrantInnen, über nicht ausreichende GK-relevante Fähigkeiten verfügen. Laut dem australischen „Adult Literacy and Life Skills Survey“ hatten nur 26% der MigrantInnen aus nicht-englischsprachigen Ländern, aber 44% der in Australien Geborenen einen ausreichenden GK-Level. MigrantInnen aus englischsprachigen Ländern wiesen allerdings vergleichbare GK-Levels auf wie die in Australien Geborenen. (Australian Bureau of Statistics, 2008) Dieses Ergebnis macht u.a. deutlich, dass Sprachkenntnisse für GK eine wesentliche Rolle

¹² https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/health_literacy.html

spielen können. Sprache wird auch in den meisten Studien als besondere Hürde hervorgehoben (Fransen et al., 2013; Sentell et al., 2012; Easton et al., 2010; Shaw et al., 2009; Sudore et al., 2009; Scudder, 2006; Leyva et al., 2005; Kreps & Sparks, 2008; Kutner et al., 2006). Ein Ergebnis des amerikanischen NAAL's (National Assessment of Adult Literacy, U.S.) ist beispielsweise, dass Menschen, die vor ihrer Einschulung die Landessprache nicht gesprochen hatten, eine deutlich schlechtere Gesundheitskompetenz haben (Kutner et al., 2006).

In den wenigen internationalen repräsentativen Gesundheitskompetenzstudien wird Migrationsstatus als ein Risikofaktor für limitierte Gesundheitskompetenz ausgewiesen (Rudd et al., 2012; Ng et al., 2010; Australian Bureau of Statistics, 2008). Doch können diese Studien nur begrenzt miteinander verglichen werden, da die GK in den verschiedenen Studien unterschiedlich gemessen und definiert wurde. Dazu kommt, dass der Migrantenstatus selbst, also ob jemand als MigrantIn gilt oder nicht, unterschiedlich erhoben bzw. definiert wurde.¹³ Darüber hinaus sind MigrantInnen an sich eine sehr heterogene Gruppe, die sich in Bezug auf Herkunft, Bildung, Dauer des Aufenthaltes im Aufnahme-land, Migrationsgrund, Sprachkenntnisse und sozioökonomischen Hintergrund stark unterscheiden können. Man kann also nicht von MigrantInnen als einheitliche Gruppe sprechen.

¹³ In der Kanadischen HL-Studie etwa wird nur die erste Generation beschrieben, die zweite Generation, welche bereits in Kanada geboren wurde, wird im Bericht nicht als „immigrant group“ betrachtet. Dies erschwert die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der bisherigen Gesundheitskompetenzstudien bzw. auch der Studien, die Aussagen zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Migration machen. (Vgl. Dazu Rudd et al., 2012; Berkman, et al., 2011; Easton, et al., 2010; Ng et al., 2010; Australian Bureau of Statistics, 2008; Kutner et al., 2006)

2 Die Österreichische Gesundheitskompetenz MigrantInnen Studie (GKM)

Österreich hat neben sieben anderen Mitgliedsstaaten der EU am European Health Literacy Survey (HLS-EU) 2011 teilgenommen (Sørensen, et al. 2015; HLS-EU Consortium, 2012). Da die Ergebnisse für Österreich vergleichsweise schlecht waren, wurde das Thema in der Gesundheitspolitik prioritär aufgegriffen und das Rahmen-Gesundheitsziel Nr. 3 „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ (siehe BMG, 2014) beschlossen. Um Ergebnisse der HLS-EU-Studie für Österreich auch auf Bundesländerebene analysieren zu können, wurde 2013 eine Zusatzstichprobe erhoben und ein Gesundheitskompetenz-Bundesländerbericht¹⁴ erstellt (Pelikan et al., 2013). Die HLS-EU-Studie und die Bundesländer-Zusatzstudie berücksichtigten aber MigrantInnen nur, wenn diese bereits eine EU-Staatsbürgerschaft hatten. Eine 2011 bis 2012 durchgeführte Gesundheitskompetenz-Studie bei 15-jährigen Jugendlichen in Österreich¹⁵ (Röthlin et al., 2013) schloss Personen ohne EU-Staatsbürgerschaft mit Migrationshintergrund zwar nicht aus, aber es konnte nur ein geringer Prozentsatz an Jugendlichen mit Migrationshintergrund erreicht werden. Diese Studie umfasste ein Sample von 571 Jugendlichen, wovon nur etwa 3% MigrantInnen der 1. Generation und 5,6% MigrantInnen der 2. Generation waren. Daher konnte schon aufgrund der geringen Fallzahlen dieser Studie keine verlässliche Aussage über die Gesundheitskompetenz von 15-jährigen mit Migrationshintergrund getroffen werden.

Aufgrund dieser Wissenslücken im Bereich der GK von MigrantInnen in Österreich wurde das Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR) im Juni 2013 vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB), dem Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) sowie der Merck Sharp & Dohme Ges.m.b.H. Österreich (MSD) mit der vorliegenden GKM-Studie beauftragt. Um Vergleichbarkeit mit den genannten österreichischen Gesundheitskompetenzstudien zu ermöglichen, sollten das HLS-EU-Studiendesign und der HLS-EU-Fragebogen soweit wie möglich auch bei der GKM-Studie berücksichtigt werden.

¹⁴ Gefördert von Executive Agency for Health and Consumers, Fonds Gesundes Österreich, einem Scientific Grant von Merck Sharp & Dohme Ges.m.b.H. Österreich

¹⁵ Im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger

2.1 Die Ziele der GKM-Studie

Das Ziel der GKM-Studie war es, erstmals qualitative und quantitative GK-Daten für wichtige in Österreich lebende Migrantengruppen zu erheben und anschließend einer vergleichenden Analyse zu unterziehen. Empirische Daten sollten in ExpertInnen-Interviews, Fokusgruppendifkussionen mit MigrantInnen sowie einem Survey erhoben werden. Neben der Diagnose der aktuellen Situation sollten auch Empfehlungen zu möglichen Interventionen erarbeitet bzw. aufgezeigt werden.

Da die Befragung auch in der Muttersprache der befragten MigrantInnen angeboten werden sollte, um Sprachbarrieren auszuschalten, war es vor dem Hintergrund der verfügbaren Ressourcen notwendig, die Studie auf bestimmte Migrantengruppen zu beschränken. Ausgewählt wurden zwei Gruppen, die gemeinsam den weitaus größten Teil der in Österreich lebenden Personen mit „nicht-EU“-Migrationshintergrund ausmachen: Personen mit Hintergrund in der Türkei und Personen mit bosnischem, kroatischem¹⁶ oder serbischem (BKS) Hintergrund¹⁷.

Als leitende Forschungsfragen der GKM-Untersuchung wurden vereinbart:

1. Wie unterscheidet sich die GK wichtiger Migrantengruppen von der GK der österreichischen BürgerInnen bzw. der EU-BürgerInnen in Österreich (HLS-Österreich-Befragung)?
Hinweis: Da es nicht möglich war, eine direkt vergleichende Studie durchzuführen, kann diese Frage nur bedingt beantwortet werden, da aus inhaltlichen und Kostengründen Stichprobenziehung, Erhebungsmethode und Erhebungsinstrument der HLS-EU und der GKM-Studie nur begrenzt gut übereinstimmen.
2. Was sind besonders benachteiligte Gruppen bei den untersuchten MigrantInnen?
3. Welche gesundheitsrelevanten Aufgaben, Situationen und Entscheidungen sind für die beiden Migrantengruppen besonders problematisch?
4. Mit welchen sozialen, migrationsspezifischen und psychischen Determinanten hängt die GK der untersuchten Gruppen zusammen?
5. Welche gesundheitsrelevanten Konsequenzen hat (niedrige) GK bei den Migrantengruppen?
6. Wie erleben die beiden Migrantengruppen das österreichische Krankenbehandlungssystem bzw. was erwarten sie von diesem und welche Rolle spielt dabei die GK?
7. Welche relevanten Unterschiede hinsichtlich GK gibt es zwischen den beiden untersuchten Migrantengruppen? (Alle Ergebnisse des GKM-Surveys werden für beide Migrantengruppen dargestellt und miteinander verglichen.)
8. Welche GK-relevanten migrantenspezifischen Maßnahmen gibt es bereits in Österreich und welcher Bedarf an Interventionen ergibt sich aus dieser Studie?

¹⁶ Kroatien wurde erst EU-Mitglied, nachdem die GKM-Studie abgeschlossen war.

¹⁷ Knapp 20% der österreichischen Bevölkerung sind Personen mit Migrationshintergrund. Laut Statistik Austria (2014) leben 1,63 Millionen Menschen (19,4% der Gesamtbevölkerung) mit Migrationshintergrund (1. und 2. Generation) in Österreich. Davon gehören 1,20 Millionen Menschen der „ersten Generation“ an. Die verbleibenden 428.000 Personen mit Migrationshintergrund sind in Österreich geborene Nachkommen von Eltern mit ausländischem Geburtsort („zweite Generation“). Knapp zwei Fünftel (38,9% bzw. 623.000) der Menschen mit Migrationshintergrund kommen aus anderen EU- oder EWR-Staaten. Etwas mehr als ein Viertel (29,3% oder 476.000) stammen zum Zeitpunkt der Erhebung aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens außerhalb der EU (also ohne Slowenien und Kroatien), während Personen mit türkischem Migrationshintergrund 16,5% (268.000) ausmachen. Etwa 15% der EinwohnerInnen kommen aus den übrigen europäischen Staaten sowie anderen Erdteilen (insgesamt 248.000 Personen).

2.2 Beschreibung der qualitativen Teilstudien

Vor der Durchführung der Survey-Erhebung wurden eine Literaturstudie, eine ExpertInnen-Befragung und Fokusgruppendifkussionen durchgeführt, u.a. auch, um das Fragebogen-Instrument der HLS-EU-Studie entsprechend an die Situation der befragten Migrantengruppen anpassen zu können. Die inhaltlichen Ergebnisse dieser qualitativen Teilstudien wurden in einem Zwischenbericht zusammengefasst und werden in diesem Endbericht zumeist als Kapiteleinleitungen dargestellt.

2.2.1 Literaturstudie

In der Literaturstudie wurde der internationale, europäische und österreichische Wissensstand zum Thema Migration und Gesundheitskompetenz aufgearbeitet. Die Ergebnisse der Literaturstudie wurden für die Erstellung der Leitfäden für Expertenbefragungen und Fokusgruppen-Diskussionen genutzt. In weiterer Folge dienen sie als Basis für Interpretation, Diskussion und Schlussfolgerungen der qualitativen und quantitativen Ergebnisse.

2.2.2 ExpertInnen-Befragung

Österreichweit wurden 51 ExpertInnen-Interviews durchgeführt. Um regionale Besonderheiten berücksichtigen zu können, wurden Personen aus allen Bundesländern interviewt, die aufgrund ihrer beruflichen Erfahrung qualifizierte Angaben zum Bereich Migration und Gesundheit bzw. Gesundheitskompetenz machen können. Die Interviews wurden anhand eines Leitfadens geführt, der auf der Grundlage der Literaturstudie entwickelt wurde (siehe Anhang).

Der Großteil der Befragungen hat mit ExpertInnen in Wien stattgefunden (32), dies steht mit der zahlenmäßig bedeutsamen Population mit Migrationshintergrund in der Bundeshauptstadt, der entsprechenden besonderen Ausprägung migrantenspezifischer Infrastrukturen und der Hauptstadtfunktion in Zusammenhang. Die Zahl der Befragten in den Bundesländern ist wie folgt:

1. Burgenland: 1 Telefoninterview
2. Kärnten: 1 Telefoninterview
3. Niederösterreich: 1 persönliches Interview, 1 Telefoninterview
4. Oberösterreich: 2 Telefoninterviews
5. Salzburg: 2 Telefoninterviews
6. Steiermark: 4 persönliche Interviews, 2 Telefoninterviews
7. Tirol: 2 Telefoninterviews
8. Vorarlberg: 2 persönliche Interviews, 1 Telefoninterview
9. Wien: 32 persönliche Interviews

Die ExpertInnen-Interviews dienen dazu, einen systematischen und informierten Überblick über Migration, Gesundheitsprobleme und Gesundheitskompetenz bei MigrantInnen in Österreich zu gewinnen. Die ExpertInnen-Interviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet, sowohl um wichtige Themen für die Fokusgruppen zu identifizieren, als auch um das quantitative Instrument der HLS-EU-Studie adäquat anzupassen und die quantitativen Daten des Surveys angemessen interpretieren zu können. Detaillierte Informationen zur qualitativen Teilstudie befinden sich im Anhang.

2.2.3 Fokusgruppendifkussionen

Insgesamt wurden 14 Fokusgruppen in vier Bundesländern durchgeführt (OÖ, Stmk, Vbg, W). Aufgrund der schwierigen Erreichbarkeit der ländlichen Gebiete und wegen mangelnder migrantenspezifischer Infrastrukturen wurde auf die Landeshauptstädte fokussiert, die über entsprechende migrantenspezifische Einrichtungen (Beratung, Vereine, etc.) verfügen.

Durch die Fokusgruppen, in denen MigrantInnen zum Thema Gesundheit und Gesundheitskompetenz angeleitet diskutierten, konnten spezifische Informationen aus der Perspektive der Betroffenen gewonnen werden. Tiefere Einblicke in die Lebenswelten der MigrantInnen wurden möglich, insbesondere inwieweit sich diese Lebenswelten auf Gesundheit und das Wissen, die Motivationen und die Kompetenzen, die für das Finden, Verstehen, Bewerten und Anwenden von Gesundheitsinformationen notwendig sind, auswirken.

Die Fokusgruppen wurden getrennt nach Herkunftsland und zum Teil nach Geschlecht zusammengestellt. Die Leitung der Fokusgruppen fand auf Türkisch bzw. Kroatisch statt.

Die Zusammensetzung der durchgeführten Fokusgruppen gestaltete sich wie folgt:

1. TR:

- Oberösterreich: 1 Fokusgruppe, 10 TeilnehmerInnen (Frauen und Männer)
- Vorarlberg: 3 Fokusgruppen: 7 (Frauen und Männer), 10 (Frauen und Männer) und 15 (nur Frauen) TeilnehmerInnen
- Wien: 4 Fokusgruppen: 11 (nur Frauen, religiös), 9 (nur Männer, religiös), 8 (nur Frauen) und 9 (Frauen und Männer, kurdisch) TeilnehmerInnen

2. BKS:

- Oberösterreich: 1 Fokusgruppe: 10 TeilnehmerInnen (Frauen und Männer)
- Steiermark: 1 Fokusgruppe: 13 TeilnehmerInnen (Frauen und Männer)
- Wien: 3 Fokusgruppen: 8 (Bosnisch, muslimisch), 5 (Kroatisch) und 9 (Serbisch) TeilnehmerInnen (alle Frauen und Männer)

3. Jugendliche in Wien: 1 Fokusgruppe (TR und BKS gemischt, nur männliche Jugendliche)

Ebenso wie die Interviews wurden auch die mittels Fokusgruppen generierten Daten einer ausführlichen Inhaltsanalyse unterzogen und in einem projektinternen Zwischenbericht den AuftraggeberInnen kommuniziert. Diese Ergebnisse wurden für die Anpassungen des Fragebogens herangezogen und dienen als Grundlage für die Interpretation der quantitativen Survey-Daten. Detaillierte Information zur qualitativen Teilstudie, etwa zur Auswertungsmethode oder zur Zusammensetzung der Fokusgruppen, befinden sich im Anhang.

2.3 Beschreibung der quantitativen Teilstudie (GKM-Survey)

2.3.1 Fragebogeninstrument

Der GKM-Fragebogen (siehe Anhang Teil B) wurde auf Grundlage des bestehenden HLS-EU-Fragebogens entwickelt, um möglichst mit der HLS-EU-Studie vergleichbare Ergebnisse zu erzielen. Um zusätzliche migrantenspezifische Fragen aufnehmen zu können, wurde im Gegensatz zur HLS-EU-Studie nicht die Langform des GK-Instruments (HLS-EU-Q47) verwendet, sondern die Kurzform (HLS-EU-Q16-Skala). Auch auf den Test zur Messung der funktionalen Gesundheitskompetenz (NVS-Test¹⁸), der in der HLS-EU-Studie verwendet worden war, wurde zugunsten migrantenspezifischer Fragestellungen verzichtet. Auf Basis der internationalen Literatur sowie der Forschungsergebnisse aus den ExpertInnen-Interviews und Fokusgruppendifkussionen wurde eine Batterie zusätzlicher migrantenspezifischer GK-Items (GKM-Q12) im gleichen Item-Format wie HLS-EU-Q16 entwickelt und erhoben (siehe im Detail Kapitel 3.1.1).

Der Fragebogen wurde anschließend in die Sprachen der befragten Migrantengruppen – Türkisch, Bosnisch, Kroatisch, Serbisch – übersetzt. Die Übersetzungen wurden von den ÜbersetzerInnen des Umfrageinstituts GfK Austria angefertigt und jeweils von einer Projektmitarbeiterin mit den entsprechenden Sprachkenntnissen (sowie für Bosnisch und Serbisch von externen Fachpersonen) überprüft. Diese Vorgangsweise ermöglichte die Erstellung eines in allen vier Sprachen möglichst gleichlautenden, verständlichen und gut einsetzbaren Fragebogens.

2.3.2 Studiendesign des GKM-Survey

Geplant war eine repräsentative Befragung von in Österreich lebenden Personen mit Migrationshintergrund (1. und 2. Generation) aus der Türkei (TR) bzw. aus Ex-Jugoslawien (BKS). Insgesamt sollten ca. 600 Interviews, davon jeweils 300 mit Personen ab 15 Jahren mit TR- bzw. mit BKS-Migrationshintergrund, durchgeführt werden.

Angestrebt wurde auch, die GKM-Studie so weit wie möglich vergleichbar zur HLS-EU-Studie anzulegen, was aber aus methodischen und Kostengründen nur begrenzt realisierbar war.

Die HLS-EU-Studie basierte auf einer geschichteten Zufallsstichprobe nach der Methode des mehrstufigen Zufalls (geografische Sample Points, Haushalte, Personen) auf Basis eines vollständigen Adressenverzeichnisses¹⁹ (HLS-Consortium, 2012) der Bevölkerung mit EU-Staatsbürgerschaft ab 15 Jahren und wurde in Österreich als persönliche Befragung (CAPI Befragungsmethode) durchgeführt.

¹⁸ Beim Newest Vital Sign-Test zur Messung von funktionaler Gesundheitskompetenz werden den Befragten einige einfache Lese- und Rechenaufgaben, bezogen auf ein gezeigtes virtuelles Nahrungsmittelkett, vorgelegt (Weiss et al., 2005).

¹⁹ In Österreich gibt es für MigrantInnen kein vollständiges Adressenverzeichnis.

Die Befragungsinstitute in Österreich mit der größten Erfahrung mit Migrantenerhebungen²⁰ bzw. auch dem Gesundheitskompetenz-Instrument²¹ (HLS-EU-Q) boten aber nur entweder Persönliche Interviews (CAPI) mit Quotenstichprobe oder Telefoninterviews (CATI) mit Zufallsstichprobe an.

Dabei wurde die Zufallsstichprobe nur auf Basis einer Namensanalyse von Einträgen des Allgemeinen Telefonbuchs angeboten und nicht, wie bei der HLS-EU-Studie, als geschichtete Zufallsstichprobe. Dies deshalb, weil die Ziehung von Stichproben in MigrantInnen- bzw. Minderheitenpopulationen besonders aufwändig und schwierig ist. Zum einen liegen keine vollständigen Auswahlgrundlagen zur Stichprobenziehung vor, zum anderen sind ihre Anteile an der Gesamtbevölkerung verhältnismäßig klein, sodass die meisten Verfahren zur Ziehung von Zufallsstichproben hier ineffizient sind. Viele Erhebungsmethoden funktionieren daher bei MigrantInnen nur bedingt oder erzeugen bei kleinen Stichprobenzahlen bereits enormen Aufwand und Kosten (Salentin, 2014; Schnell et al., 2013; Font & Méndez, 2013; Schenk & Neunhauser, 2005; Blohm & Diehl, 2001). Daher werden weltweit bei vielen Forschungsprojekten Namenslisten zu MigrantInnenpopulationen verwendet und haben sich in Deutschland und auch Österreich²² als Standardverfahren für die sozialwissenschaftliche Stichprobenziehung bei MigrantInnen etabliert (Schnell et al., 2013, Salentin, K. 2002). Geringere Kosten, weniger organisatorischer Aufwand, schnellere Durchführung sowie die Möglichkeit der Zufallsstichprobe sind Gründe dafür, MigrantInnen-Stichproben auf Basis von Telefonbucheinträgen zu ziehen und dann als CATI-Erhebung durchzuführen.

Daher wurde GfK Austria, ein Institut, das in Österreich über die größten Erfahrungen mit MigrantInnen-Untersuchungen verfügt und das eine echte Zufallsstichprobe²³ mittels eines namensanalytischen Verfahrens (onomastisches Verfahren) angeboten hatte, mit der Durchführung der Erhebung beauftragt. Der mögliche Nachteil einer Telefonbefragung wurde in Kauf genommen, da aus einer deutschen Studie zur GK von AOK-Versicherten bekannt war, dass das HLS-EU-Gesundheitskompetenz-Kurz-Instrument (HLS-EU-Q16) prinzipiell auch für Telefonbefragungen (CATI) geeignet ist (Kolpatzik, 2014).

²⁰ Vgl. Integrations-Indikatoren in den jährlichen Berichten der Statistik Austria "Migration und Integration" Zahlen, Daten und Indikatoren. (siehe: http://www.integrationsfonds.at/zahlen_und_fakten/statistisches_jahrbuch_2014/, letzter Zugriff 30.12.2014); Ulram, P.A. (2009): Integration in Österreich. Einstellung, Orientierung, Erfahrung. Studie der GfK Austria GmbH. (http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Service/Integrationsstudie.pdf, letzter Zugriff: 30.12.2014)

²¹ Market hat die Daten für die österreichische Gesundheitskompetenz-Studie erhoben.

²² Etwa wird diese Art der Stichprobenziehung seit 2010 bei den österreichischen Integrationsindikatoren für das Statistik-Jahrbuch „Migration & Integration“ von GfK Austria angewandt.

²³ Sampling Methode: Random Sampling

2.3.3 Stichprobenziehung

Die beiden Telefon-Stichproben (für TR und BKS) basierten auf Namensanalysen (onomastisches Verfahren), d.h. türkischen bzw. serbischen/kroatischen/bosnischen Vor- und Nachnamen wurden definiert und anschließend die zugeordneten Telefonnummern aus dem Allgemeinen Telefonbuch (ATB) Österreich der Herold Business AG gezogen.

Das onomastische Verfahren, wie es prinzipiell von Humpert und Schneiderheinze (2000) entwickelt wurde, hat sich als Standardverfahren für die gezielte Befragung von migrantischen Zielgruppen etabliert (Schnell, et al., 2013; Salentin, K., 2002) und wurde in einer von GfK Austria entwickelten Form für die GKM-Studie angewandt. Dabei wurden Telefonbucheinträge als Basis (Samplingframe) herangezogen und anhand einer Liste von „typischen“ Namen der zwei Migrantengruppen klassifiziert – woraus dann die Stichproben gezogen werden konnten. Mit dieser Herangehensweise konnte der Screening-Aufwand deutlich verringert werden. Auch ermöglicht das Verfahren im Gegensatz zu anderen Alternativen der Stichprobenziehung (z.B. Convenience Sampling, Quotensampling, Random Digit) die Ziehung einer österreichweiten Stichprobe ohne Clustering. Die deshalb verwendeten Telefoninterviews haben zusätzlich auch den Vorteil, dass die Qualität der Daten, z.B. durch einfaches Monitoring der Interviewer, leichter überprüft werden kann als bei persönlichen Interviews.

Dieses Verfahren zur Stichprobenziehung wird in Österreich vom Markt- und Meinungsforschungsinstitut GfK Austria²⁴ etwa in den jährlichen „Integrationsindikatoren“ (Befragung²⁵ N=1100 MigrantInnen aus der Türkei und den BKS-Staaten) im Auftrag der Statistik Austria angewandt.

Die GKM-Studie beruht auf zwei unabhängigen Zufallsstichproben, in der österreichweit Personen mit Migrationshintergrund²⁶ (1. und 2. Generation) aus der Türkei (TR) (N=300) bzw. aus Ex-Jugoslawien (BKS)²⁷ (N=325) enthalten sind, zusammen 625 Personen.

²⁴ GfK Austria Institut für Marktforschung Ges.m.b.H.

²⁵ Ulram, P.A. (2009): Integration in Österreich. Einstellung, Orientierung, Erfahrung. Studie der GfK Austria GmbH. (http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Service/Integrationsstudie.pdf, letzter Zugriff:30.12.2014)

²⁶ Generation, d.h. die Unterscheidung zwischen MigrantInnen der 1. und 2. Generation, wurden gemäß der Statistik Austria (2014a) erhoben. Dabei sind MigrantInnen 1. Generation Personen, die selbst aus dem Ausland nach Österreich migriert sind. Migrationsgründe bzw. das Alter während der Zuwanderung, aber auch wie lange diese Personen schon in Österreich wohnen, spielen für diese Definition keine Rolle. MigrantInnen der 2. Generation andererseits sind Personen, die selbst in Österreich geboren wurden, und deren beide Elternteile zugewandert sind.)

²⁷ Ohne Slowenien

2.3.4 Befragungsmethode und Zeitraum

Die Erhebung wurde mittels eines standardisierten Fragebogens telefonisch mit der CATI-Methode²⁸ durchgeführt. Um möglichen Sprachbarrieren entgegenzuwirken, wurden die Interviews anhand eines mehrsprachigen Fragebogens in vier unterschiedlichen Sprachen (Bosnisch, Kroatisch, Serbisch und Türkisch) angeboten, wodurch auch MigrantInnen, die nicht Deutsch sprechen, in die Studie inkludiert werden konnten. Mit Hilfe des mehrsprachigen InterviewerInnenstabs von GfK Austria konnten die Interviews wahlweise in den BKS-Sprachen, auf Türkisch oder Deutsch abgehalten werden.

Die Feldphase begann am 18.3.2014 und war am 18.4.2014 abgeschlossen, nachdem die Österreich-Befragung im Rahmen der HLS-EU-Studie vom 4.7 – 27.7.2011 stattgefunden hatte.

Die beiden Erhebungen unterscheiden sich daher dadurch, dass sie zu unterschiedlichen Zeitpunkten von unterschiedlichen Instituten mit unterschiedlichen Erhebungsverfahren durchgeführt wurden, die HLS-EU-Befragung von TNSopinion mit CAPI, die GfK-Befragung von GfK Austria mit CATI. Diese Unterschiede werden vor allem für die Beantwortung der ersten Forschungsfrage „Wie unterscheidet sich die GK wichtiger Migrantengruppen von der GK der österreichischen BürgerInnen bzw. der EU-BürgerInnen in Österreich (HLS-Österreich-Befragung)?“ zu berücksichtigen sein.

²⁸ CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing)

2.3.5 Response-Rate

Obwohl es sich bei der onomastischen Methode und den Telefoninterviews um den bestmöglichen gangbaren Weg der Erhebung für MigrantInnenstichproben handelt (Schnell et al., 2013), müssen verschiedene Nachteile bzw. Abstriche in Kauf genommen werden, die einerseits mit der Eintragungsdichte im Telefonbuch und andererseits mit den Teilnahmeraten bei Telefonbefragungen zusammenhängen. Was die Eintragungsdichte im Telefonbuch betrifft, so ist diese vor allem für Jüngere, aber auch für benachteiligte Gruppen geringer. Im Telefonbuch scheinen nur diejenigen Personen auf, die entweder ein Festnetz haben (d.h. die schon meiste länger in Österreich leben) oder Personen die ihre Handynummer proaktiv ins Telefonbuch eintragen lassen. Auch die höheren Verweigerungsraten bei Telefonbefragungen können zu Verzerrungen demografischer bzw. sozio-ökonomischer Charakteristika führen.

So verweist GfK Austria²⁹ darauf, dass

- Migrantinnen Telefoninterviews generell öfter verweigern oder sozial erwünschte Antworten geben;
- die Verweigerungsraten bei MigrantInnen mit niedrigen Bildungsniveaus bzw. bei An-alpha-betInnen noch einmal erhöht sind;
- es im Sample aufgrund regional unterschiedlicher Verweigerungsraten auch zu regionalen Verzerrungen bezüglich der Sozialstruktur kommen kann.

Tatsächlich waren die in den beiden Erhebungen erreichten Antwortraten (Response/Cooperation-Raten) mit 3,78%/5,1% relativ gering. Daher war prinzipiell mit gewissen Verzerrungen in der Zusammensetzung der beiden Stichproben zu rechnen.

Tabelle 2-1: Ausschöpfungsquote der Telefonerhebung

Bruttostichprobe	Anzahl der Adressen (Telefonnummern)	49 276	
	Adressen nicht verwertbar (Dialer)	29 996	
	Adressen falsch (laut InterviewerIn)	479	
Bereinigte Stichprobe	Anzahl der verwendbaren Adressen	18 801	100%
	Verweigerungen	7 598	40,41%
	Non-Contacts	6 455	34,33%
	Terminvereinbarungen	2 470	13,14%
	Im Befragungszeitraum nicht erreichbar	452	2,40%
	Abbrüche	265	1,41%
	Ausleitungen	138	0,73%
	incompletes ³⁰	57	0,30%
	Andere Ausfallgründe	741	3,94%
Nettointerviews /Ausschöpfung	Anzahl der durchgeführten Interviews	625	3,32%
	Anzahl der InterviewerInnenkontakte (nur Kontakte, wo Auskunftspersonen erreicht wurden)	12 346	
Response rate (RR1 = minimum response rate) ³¹			3,32%
Cooperation rate (COOP1= minimum cooperation rate)			6,73%
Refusal rate (REF1)			41,82%
Contact rate (CON1)			50,12%

²⁹vgl. Berichtsergänzung von GfK Austria: Dokumentation Stichprobenziehung, Methodeneffekte und Gewichtung HPR Migrantenbefragung

³⁰Weniger als 75% des Fragebogens wurde beantwortet.

³¹Response Rate 1 (RR1), or the minimum response rate, is the number of complete interviews divided by the number of interviews (complete plus partial) plus the number of non-interviews (refusal and break-off plus non-contacts plus others) plus all cases of unknown eligibility (unknown if housing unit, plus unknown, other). (AAPOR, 2011)

2.3.6 Repräsentativität der GKM-Stichprobe

Da von Seiten der offiziellen Statistik nur sehr eingeschränkt Daten zu MigrantInnen in Österreich vorhanden sind, kann die Repräsentativität nur exemplarisch an einigen Sozialstrukturindikatoren überprüft werden (wie Geschlecht, Alter, Bildung, Beschäftigungsstatus und Staatsbürgerschaft), die sowohl im Rahmen der GKM-Studie, als auch im Mikrozensus 2013 (Statistik Austria) erhoben wurden.

Bei den überprüfbaren Variablen (Geschlecht, Alter, Bildung, Beschäftigungsstatus und Staatsbürgerschaft) zeigt sich, dass die Daten der GKM-Studie nur hinsichtlich der Verteilung nach Geschlecht der Verteilung im Mikrozensus 2013 entsprechen. Die Verteilungen der Alterskategorien, der Bildung, des Beschäftigungsstandes und der Staatsbürgerschaft (in der TR Stichprobe) weichen jedoch signifikant von den erwartbaren Verteilungen ab. So sind Personen zwischen 30 und 59 Jahren häufiger als erwartet und 15 bis 29-Jährige und über 60-Jährige weniger häufig als erwartet in den Stichproben vertreten. Hinsichtlich der Bildungskategorien sind Personen mit AHS, BHS und Universitätsabschluss überrepräsentiert, während Personen ohne Schulbildung bzw. mit Pflichtschule und Lehre unterrepräsentiert sind. Auch sind mehr Erwerbstätige in den Stichproben als zu erwarten wäre. In der TR Stichprobe sind auch Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft signifikant häufiger vertreten (vgl. Tabelle 2-2).

Trotz dieser nachweisbaren Verzerrungen musste für die Analyse der GKM-Daten auf eine übliche von GfK Austria vorgeschlagene korrigierende Gewichtung verzichtet werden. Die Einführung von Gewichtungen in vertretbarer Höhe führte zwar zu gewissen Verbesserungen bei einigen Indikatoren, während andere jedoch noch stärker verzerrt wurden. Problematisch war vor allem in beiden Stichproben die beträchtlich verzerrte Bildungsvariable, die nur mit sehr hohen Gewichtungsfaktoren hätte aufgefangen werden können. Die Verzerrungen der Repräsentativität der GKM-Stichprobe konnten daher nicht durch Gewichtungen erfolgreich korrigiert werden. Wie ein Vergleich der Ergebnisse der Einzelitems des HLS-EU-Q16 Gesundheitskompetenz Instruments für gewichtete und nicht-gewichtete Stichproben zeigt (vgl. Anhang), unterscheiden sich die Ergebnisse aber nur geringfügig und führen nicht zu unterschiedlichen Schlüssen! Zusätzlich wird die Verzerrung der Stichproben in der Analyse der Daten durch Vergleiche von Untergruppen und multivariate Analysen entsprechend berücksichtigt.

Auch im Vergleich zum Sample der österreichischen Gesundheitskompetenzstudie (HLS-EU-Ö) bzw. zur österreichischen Gesamtbevölkerung unterscheiden sich die GKM-Stichproben hinsichtlich ihrer Sozialstruktur im Mikrozensus. So sind die Unterschiede bei den Bildungskategorien besonders gravierend: in den GKM-Stichproben ist der Anteil der Personen mit Hochschulabschluss etwa doppelt so groß wie in der HLS-EU-Österreich-Stichprobe. Daher haben die GKM-Stichproben nicht nur im Vergleich zum Mikrozensus, sondern auch im Vergleich zur HLS-EU-Österreich-Stichprobe einen insgesamt zu hohen sozio-ökonomischen Status (siehe Tabelle 4-1). Vergleiche der beiden Gesamt-GKM-Stichproben mit der HLS-EU-Ö-Gesamtstichprobe sind daher nur sehr eingeschränkt möglich.

Auch bei den Vergleichen zwischen den beiden GKM-Unterstichproben muss bedacht werden, dass auch diese Stichproben eine unterschiedliche Sozialstruktur aufweisen (siehe Tabelle 2-2). Daher kann auch hier bei einem direkten Vergleich nicht ausgeschlossen werden, dass etwaige Differenzen im Antwortverhalten zumindest teilweise auf die unterschiedlichen Sozialstrukturen in den beiden

Stichproben zurückzuführen sind und nicht etwa auf Effekte, die aufgrund der unterschiedlichen Migrationshintergründe dieser Gruppen zustande kommen.

Aufgrund der unterschiedlichen Sozialstruktur in den Stichproben, die teilweise durch die unterschiedlichen Methoden der Stichprobenziehung, wie auch durch die unterschiedlichen Befragungstechniken erklärt werden können, sind die Ergebnisse der GKM-Studie nur bedingt mit der Österreichstudie vergleichbar. Das gilt vor allem für Vergleiche der Verteilungen und deskriptiver Statistiken (Mittelwerte, Streuungen) bzw. der Levels (Prozentverteilungen) der Gesundheitskompetenz.

Besser möglich ist aber, Zusammenhänge zwischen Variablen zu vergleichen, indem die verzerrenden Effekte von Sozialstrukturvariablen mathematisch mittels Regressions- oder Kovarianzanalysen kontrolliert herausgerechnet werden. In diesem Bericht werden deshalb die beiden GKM-Stichproben und die Österreich-Stichprobe einander hauptsächlich im Rahmen von Regressionsmodellen gegenübergestellt, um wichtige Determinanten und Konsequenzen der GK zwischen den unterschiedlichen Stichproben sinnvoll vergleichen zu können.

Tabelle 2-2: Repräsentativität der TR- und BKS-Stichproben (ungewichtet) und der HLS-Ö-Stichprobe (gewichtet) anhand ausgewählter Sozialstrukturvariablen (Alter, Geschlecht, Bildung, Beschäftigungsstand, Staatsbürgerschaft) im Vergleich zum Mikrozensus (Q: Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung (Jahresdurchschnitt 2013))

		TR		BKS		Österreich	
		GKM	Mikro-zensus ⁽¹⁾	GKM	Mikro-zensus ⁽¹⁾	HLS-Ö	Mikro-zensus ⁽¹⁾
Alter^a	15–29	18,7%	33,5%	12,9%	23,7%	23%	21,3%
	30–59	76,3%	58,2%	73,2%	58,8%	50,1%	50,3%
	60+	5,0%	8,3%	13,8%	17,5%	26,9%	28,4%
Geschlecht	männlich	55,0%	51,9%	49,2%	47,6%	48,4%	48,3%
	weiblich	45,0%	48,1%	50,8%	52,4%	51,6%	51,7%
Bildung^{ab}	ohne Schulbildung/ Pflichtschule	43,3%	63,8%	12,6%	38,9%	20,6%	23,0%
	Lehre	17,3%	18,7%	29,8%	35,6%	60,4% ⁽²⁾	55,3% ⁽³⁾
	BMS	5,3%	5,9%	10,5%	7,9%	* ⁽²⁾	* ⁽³⁾
	AHS	12,0%	5,8%	8,6%	4,5%	* ⁽²⁾	* ⁽³⁾
	BHS	12,4%	3,0%	16,3%	8,6%	11,0%	9,2%
	Universität	9,6%	2,7%	22,2%	4,5%	8,0%	12,5%
Beschäftigungsstand^{ab}	erwerbstätig	63,3%	48,3%	64,9%	57,0%	51,8%	57,8%
	nicht erwerbstätig	36,7%	51,7%	35,1%	43,0%	48,2%	42,2%
Staatsbürgerschaft^{ab}	Österreich	70,0%	58,6%	62,0%	43,3%	98,8%	94,6%
	Nicht-Österreich	30,0%	41,4%	38,0%	56,7%	1,2%	5,4% ⁽⁴⁾

^a signifikante Abweichung ($\alpha = 0,05$) zwischen TR/BKS und Mikrozensus, ^b signifikante Abweichung ($\alpha = 0,05$) zwischen HLS-Ö und Mikrozensus

⁽¹⁾ Quelle: Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung 2013. Für TR und BKS sind in den Mikrozensusvergleichswerten Personen ab 15 Jahren der 1. und 2. Generation (laut Definition der Statistik Austria) enthalten. In den Vergleichswerten für die Österreichischen Daten sind nur EU-Bürger ab 15 Jahren enthalten.

⁽²⁾ In der HLS-EU-Ö-Studie und der GKM-Studie wurde Bildung unterschiedlich abgefragt, daher können nicht die gleichen Bildungstufen zusammengefasst werden. AHS, Lehre und BMS etwa fallen bei ISCED Codierung in dieselbe Kategorie (Kat. 3) und können daher hier für die HLS-Ö-Stichprobe nicht aufgeschlüsselt werden.

⁽³⁾ Für den Vergleich mit der HLS-Ö-Stichprobe wurden die Bildungskategorien dementsprechend zusammengefasst.

⁽⁴⁾ Nur Personen mit einer EU-Staatsbürgerschaft sind hier enthalten.

3 Die Messung und Erhebung der Gesundheitskompetenz

3.1 Erhebungsinstrumente

3.1.1 Das Erhebungsinstrument der allgemeinen Gesundheitskompetenz – die Kurzform HLS-EU-Q16

Die HLS-EU-Q16 Skala ist eine Kurzform des ursprünglich 47 Items umfassenden HLS-EU-Q47-Instruments und umfasst 16 Items. Die Kurzform wurde auf Basis der HLS-EU-Daten entwickelt und validiert und im Zuge der österreichischen GK-Jugendstudie überprüft (Röthlin et al., 2013). International arbeiten bereits mehrere Studien mit der HLS-EU-Q16 Skala (Fransen et al., 2014; Jordan & Hoebel, 2015; Röthlin et al., 2013; Wangdahl et al., 2014; Zok, 2014; Health Literacy Survey Israel, 2013³²). Die Items der Kurzform wurden dabei so ausgewählt, dass die Item-Matrix der Langform (vgl. Abb. 1-3 bzw. Abb. 3-1) möglichst ausgewogen repräsentiert ist und gleichzeitig möglichst gute psychometrische Eigenschaften erreicht werden. Die psychometrische Prüfung wurde anhand eines dichotom logistischen Modells nach Rasch (Raschmodell) durchgeführt. Dafür wurden die Itemkategorien dichotomisiert, indem die Antwortkategorien „sehr einfach“ und „ziemlich einfach“ bzw. „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“ zu den beiden Antwortkategorien „einfach“ und „schwierig“ zusammengefasst wurden. Inhaltlich wurde angestrebt, möglichst alle Zellen der Definitionsmatrix der Gesundheitskompetenz (Sørensen et al., 2012) entsprechend zu berücksichtigen, was aber nicht völlig gelang. Für die Zelle „Gesundheitsförderung / Informationen anwenden“ wurde kein psychometrisch geeignetes Item gefunden, während die anderen Zellen der Matrix entweder mit einem oder mit zwei Items besetzt sind (vgl. Tabelle 3-1).

Die Konstruktvalidität und die Rasch-Homogenität der HLS-EU-Q16-Skala wurden jeweils für alle acht an der HLS-EU-Studie teilnehmenden Länder, und damit auch für Österreich, erfolgreich geprüft. Auch für die TR- und die BKS-Stichproben des GKM-Survey konnte die Rasch-Homogenität der HLS-EU-Q16-Skala bestätigt werden (siehe: Anhang D).

³² <http://www.israelhpr.org.il/e/88/927.htm>
LBIHPR | 2016

Tabelle 3-1: Matrix der Dimensionen (Sørensen et al., 2012) und Items der HLS-EU-Q16-Skala

GESUNDHEITS-KOMPETENZ	INFORMATIONEN FINDEN	INFORMATIONEN VERSTEHEN	INFORMATIONEN BEURTEILEN	INFORMATIONEN ANWENDEN
KRANKHEITS-BEWÄLTIGUNG	Q1...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden? Q2...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	Q3...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt? Q4...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	Q5...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	Q6...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen? Q7...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?
PRÄVENTION	Q8...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	Q9...Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen? Q10...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	Q11...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	Q12...aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?
GESUNDHEITS-FÖRDERUNG	Q13...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	Q14...Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen? Q15...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	Q16...zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass in der GKM-Studie im Vergleich zur HLS-Ö-Studie die Fragen nicht völlig gleichartig erhoben werden konnten. Während in der CAPI HLS-EU-Österreich-Erhebung ein Fragenblock von 47 Items ohne Einleitungstext abgefragt wurde und dazu den Befragten vom Interviewer eine Karte mit den Antwortkategorien vorgelegt wurde, gab es in der CATI GKM-Befragung einen Einleitungstext *„Im Alltag müssen wir immer wieder Situationen bewältigen, die wichtig für unsere Gesundheit sind. Manche dieser Situationen findet man selbst schwierig, andere erlebt man als einfach. Sagen Sie mir bitte jeweils, wie einfach bzw. schwierig folgende Situationen oder Aufgaben Ihrer Meinung nach sind.“* Die 16 Frageformulierungen und die Antwortkategorien (sehr einfach, ziemlich einfach, ziemlich schwierig, sehr schwierig) wurden vom Interviewer dann jeweils vorgelesen.

Gesundheitskompetenz wurde also derart gemessen, dass nach selbst-eingeschätzter Schwierigkeit von gesundheitsrelevanten Aufgaben gefragt wurde. Es ist davon auszugehen, dass zumindest vier Faktoren in eine derartige Einschätzung eingehen. Erstens das Ausmaß der tatsächlichen Erfahrung mit der Bewältigung einer Aufgabe. Die bisherigen Erfahrungen mit dem Instrument deuten darauf hin, dass Personen, die wie z.B. chronisch Kranke eher solche Aufgaben zu erfüllen haben, deren tatsächliche Schwierigkeit besser kennen und daher die Fragen als schwieriger und damit ihre Gesundheitskompetenz als schlechter einschätzen. Zweitens hängt jede Einschätzung von Standards ab, in unserem Fall vom Standard, ob man etwas als schwierig oder als leicht erlebt. Je nach Standard wird man daher die eigene Gesundheitskompetenz eher über- oder unterschätzen. Personen, die höhere Standards für Schwierigkeit haben, werden daher die Fragen eher als einfacher beurteilen und damit ihre Gesundheitskompetenz eher überschätzen. Drittens hängt die Beantwortung von der gegebenen persönlichen Kompetenz ab, die einem bisher geholfen hat, solche Aufgaben erfolgreich

zu bewältigen. Und viertens hängen die Antworten auch davon ab, in welchem objektiv wie schwierigen Kontext diese Aufgaben erfüllt werden müssen. In einem objektiv anspruchsvolleren Umfeld wird man die Aufgaben als schwieriger erleben und daher seine Gesundheitskompetenz als relativ schlechter einschätzen. Tatsächlich wirken bei jeder Fragebeantwortung diese vier Faktoren zusammen und ihr relativer Einfluss kann nicht einfach getrennt bestimmt werden, aber bei der Interpretation von Ergebnissen sind jeweils alle Faktoren als mögliche Erklärung von Unterschieden heranzuziehen.

3.1.2 Das Erhebungsinstrument der migrations-spezifischen Gesundheitskompetenz – der GKM-12 Index

Die Items des GKM-Q12-Index wurden anhand der Ergebnisse der qualitativen Teilstudie und auf Basis der Literatur ausgewählt und entwickelt, um wichtige gesundheitskompetenzrelevante Themen von Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und aus Ex-Jugoslawien zu identifizieren. Content- und Face-Validity des Instruments wurden damit durch die systematische Prozessgestaltung der Item-Entwicklung und -Auswahl gesichert.

Als Ergebnis der Inhaltsanalyse der ExpertInnen-Interviews und Fokusgruppen stellten sich diese zusätzlichen zwölf Aufgaben als besonders problematisch bzw. schwierig für MigrantInnen heraus, zumeist sowohl aus Sicht der ExpertInnen als auch der MigrantInnen selbst. Zwei Drittel der schwierigen Aufgaben wurden im Bereich der Krankheitsbewältigung identifiziert (acht Fragen), drei Fragen beziehen sich auf Gesundheitsförderung und eine auf Prävention (siehe Tabelle 3-2). Bei der Entwicklung des migrantenspezifischen GK-Instruments GKM-Q12 wurde nicht angestrebt, jeweils für jede Zelle der HLS-EU-Konzept-Matrix einen migrantenspezifischen Zusatzindikator zu finden, sondern lediglich zusätzliche inhaltlich relevante Indikatoren auszuwählen, die dann auch der Matrix zugeordnet werden konnten (siehe Tabelle 3-2).

Dabei wurden mit Sprache (Zusatzitems 12-2, 12-7, 12-8, 12-9, 12-11, 12-12), Wissen und Orientierung (Zusatzitems 12-1, 12-5, 12-6, 12-10) sowie mit Lebensstil und Umsetzung von Gesundheitswissen (Zusatzitems 12-3, 12-4) drei große Themenbereiche aufgegriffen, die immer wieder in den Fokusgruppen bzw. von den befragten ExpertInnen, aber auch in der Literatur als besonders schwierig oder relevant diskutiert worden waren.

Die befragten ExpertInnen und zum Teil auch TeilnehmerInnen der Fokusgruppen wiesen darauf hin, dass viele Personen Schwierigkeiten mit der Orientierung bzw. Navigation im österreichischen Gesundheitssystem haben. Daher wurde das GK-Instrument um folgende Fragen erweitert: Wie schwierig oder leicht ist es, herauszufinden, welche Leistungen von der Krankenkasse bezahlt werden (GKM-Q12-1), zu verstehen wie das österreichische Gesundheitssystem organisiert ist (GKM-Q12-5), zu entscheiden, ob Sie in eine Arztpraxis oder eine Spitalsambulanz gehen sollten (GKM-Q12-6) oder einen Antrag auf eine Sozialleistung zu stellen (GKM-Q12-8)? Da von den ExpertInnen häufig auch mangelnde Infrastruktur als ein Problem genannt wurde, wurde zusätzlich die Frage aufgenommen, wie schwierig oder leicht es ist, in der Nähe Gesundheitsangebote zu finden, die MigrantInnen in Anspruch nehmen können (GKM-Q12-10).

Sprache bzw. Verständigung war der zweite große Bereich, der sowohl seitens der ExpertInnen als auch der Fokusgruppen-TeilnehmerInnen als migrationsspezifisch relevant bzw. problematisch thematisiert wurde. Folgende Fragen wurden dazu aufgenommen: Wie schwierig oder leicht ist es, sich in einer Arztpraxis oder im Spital verständlich zu machen (GKM-Q12-2), eine/n muttersprachliche/n Ärztin/Arzt zu finden (GKM-Q12-7), ohne fremde Hilfe ein Formular auszufüllen (GKM-Q12-9), Therapiemöglichkeiten bei psychischen Problemen in Ihrer Muttersprache bzw. in einer für Sie verständlichen Sprache (GKM-Q12-12) oder Informationen über Gesundheit in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen (GKM-Q12-11)?

Sowohl ExpertInnen als auch Fokusgruppen-TeilnehmerInnen betonten Lebensstilfragen als wichtig für die GK. Zwei Fragen wurden dazu formuliert: Wie schwierig oder leicht ist es, einen gesunden Lebensstil umzusetzen (GKM-Q12-3) bzw. zu verstehen, warum Sie eine verordnete Diät einhalten sollten (GKM-Q12-4)?

Die GKM-Q12-Items wurden dabei nach dem gleichen Frageschema wie in der HLS-EU-Studie formuliert. Die TeilnehmerInnen geben auf einer vierstufigen Antwortskala (von „sehr schwierig“ bis „sehr einfach“) an, wie schwierig sie bestimmte gesundheitsrelevante Aufgaben oder Tätigkeiten einschätzen. Wenn eine Frage nicht beantwortet wurde, hatten die InterviewerInnen zusätzlich die Möglichkeit, „keine Antwort“ zu kodieren.

Tabelle 3-2: Zuordnung der 12 migrationsspezifischen GK-Items in der HLS-EU-12-Felder-Konzept-Matrix

GESUNDHEITS-KOMPETENZ	INFORMATIONEN FINDEN	INFORMATIONEN VERSTEHEN	INFORMATIONEN BEURTEILEN	INFORMATIONEN ANWENDEN
KRANKHEITS-BEWÄLTIGUNG	GKM-Q12-1...herausfinden, welche Leistungen von der Krankenkasse bezahlt werden? GKM-Q12-7... eine/n muttersprachliche/n Ärztin/Arzt zu finden? GKM-Q12-12... Therapiemöglichkeiten bei psychischen Problemen in Ihrer Muttersprache bzw. in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen?	GKM-Q12-5... zu verstehen, wie das öst. Gesundheitssystem organisiert ist?	GKM-Q12-6...zu entscheiden ob Sie in eine Arztpraxis oder eine Spitalsambulanz gehen sollten?	GKM-Q12-2... sich in einer Arztpraxis oder im Spital verständlich zu machen? GKM-Q12-8... einen Antrag auf eine Sozialleistung zu stellen? GKM-Q12-9... ohne fremde Hilfe ein Formular auszufüllen?
PRÄVENTION		GKM-Q12-4...zu verstehen, warum sie eine verordnete Diät einhalten sollten?		
GESUNDHEITS-FÖRDERUNG	GKM-Q12-10... in Ihrer Nähe Gesundheitsangebote zu finden, die Sie in Anspruch nehmen können?	GKM-Q12-11... Informationen über Gesundheit in einer für Sie verständlichen Sprach zu bekommen?		GKM-Q12-3... einen gesunden Lebensstil umzusetzen?

3.2 Deskriptive Ergebnisse auf der Ebene der einzelnen Fragen zur Gesundheitskompetenz

3.2.1 Empirische Verteilungen der Fragen des HLS-EU-Q16-Instruments

Beantwortbarkeit der Fragen: Gemessen an den k.A.-Raten konnten die Items von den Befragten gut beantwortet werden. Die durchschnittliche k.A.-Rate ist für die TR 1,6% und für die BKS 1,9%, also sehr ähnlich wie für die HLS-Ö³³ mit 1,7%. Auch die k.A.-Raten der einzelnen Items sind in den drei Stichproben relativ niedrig und sehr ähnlich (siehe Tabelle 3-3). Nur das Item zu generellen Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen wie Stress oder Depression hat etwas erhöhte Werte: 4,3% für die TR und 7,1% für die BKS, im Vergleich zu 5,8% bei den HLS-Ö (siehe Tabelle 3-3).

³³ Wir verwenden für Vergleiche jeweils die erweiterte Bundesländer-Stichprobe bzw. Studie HLS-Ö (N=1800) und nicht die ursprüngliche HLS-EU-AT-Stichprobe für Österreich (N=1000). Beide Stichproben enthalten auch Personen mit Migrationshintergrund, wenn diese eine EU-Staatsbürgerschaft besitzen. Da diese Gruppe jedoch zahlenmäßig nicht ins Gewicht fällt, wurde nicht nach ihr bereinigt. Darüber hinaus haben die wenigen MigrantInnen aber in diesen Studien anders als in der GKM-Studie eine geringfügig schlechtere GK! (Pelikan et al., 2013)

Tabelle 3-3: Selbsteinschätzung der 16 GK Items (HLS-EU-Q16), für die TR, die BKS und die HLS-Ö-Stichproben

16 GK Items (HLS-EU-Q16)		N	TR	BKS	HLS-Ö	TR				BKS				HLS-Ö				TR	BKS	HLS-Ö	TR	BKS	HLS-Ö
			Fehlende Werte			Sehr einfach	zieml. einfach	zieml. Schwierig	sehr schwierig	sehr einfach	zieml. einfach	zieml. schwierig	sehr schwierig	sehr einfach	zieml. einfach	zieml. schwierig	sehr schwierig	Schwierig/ sehr schwierig			Mittelwerte* der Antwortkategorien		
1	Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	N 11	9	41	120	103	45	21	157	397	27	7	397	850	428	98	22,8	10,8	29,7	3,11	3,37	2,87	
2	herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	N 7	1	4	124	102	46	21	183	760	30	9	760	819	202	27	22,9	12,0	12,7	3,12	3,42	3,28	
3	zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	N 0	1	9	166	99	29	6	225	583	15	3	583	859	305	57	11,7	5,6	20,1	3,42	3,63	3,09	
4	die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	N 1	1	8	187	98	11	3	238	871	8	2	871	791	132	11	4,7	3,1	7,9	3,57	3,70	3,40	
5	zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	N 4	2	44	129	110	43	14	138	294	46	11	294	648	632	194	19,3	17,6	46,7	3,20	3,22	2,59	
6	mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	N 7	5	40	119	114	44	16	159	341	33	10	341	901	460	72	20,5	13,4	30,0	3,15	3,33	2,85	
7	den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	N 1	1	6	183	101	11	4	224	946	19	2	946	727	119	15	5,0	6,5	7,4	3,55	3,62	3,44	
8	Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen wie Stress oder Depression zu finden?	N 13	23	102	100	98	61	28	140	339	49	19	339	740	496	136	31,0	22,5	37,0	2,94	3,18	2,75	
9	Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	N 2	2	29	203	69	17	9	236	737	11	6	737	801	203	43	8,7	5,3	13,8	3,56	3,66	3,25	
10	zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	N 0	1	21	165	91	36	8	220	765	9	7	765	829	160	38	14,7	4,9	11,1	3,38	3,61	3,29	
11	zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	N 12	13	74	90	105	76	17	92	293	70	24	293	617	648	181	32,3	30,1	47,7	2,93	2,92	2,59	
12	aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	N 5	9	46	97	131	53	14	137	278	48	14	278	721	637	131	22,7	19,6	43,4	3,05	3,19	2,65	
13	Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	N 6	11	53	120	113	45	16	129	519	34	19	519	779	386	76	20,7	16,9	26,2	3,15	3,18	2,99	
14	Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	N 2	10	30	167	98	20	13	190	595	22	12	595	868	270	49	11,1	10,8	17,9	3,41	3,46	3,13	
15	Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	N 1	3	42	96	123	61	19	168	387	39	12	387	871	435	78	26,8	15,8	28,9	2,99	3,33	2,89	
16	zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	N 4	5	15	122	123	42	9	166	567	21	10	567	883	300	48	17,2	9,7	19,3	3,21	3,39	3,10	
Durchschnittlicher Prozentwert bzw. Mittelwert für die 16 HLS-EU-Q16 Fragen			1,6	1,9	1,7	46,2	35,5	13,6	4,6	54,8	32,4	9,5	3,9	30,4	44,6	20,5	4,4	18,3	12,8	25,0	3,23	3,39	3,01

*Antwortkategorien der HLS-EU-Q16-Items 1=sehr schwierig, 2=ziemlich schwierig, 3= ziemlich einfach, 4= sehr einfach

Schwierigkeit der Aufgaben (vgl. Tabelle 3-3, Abbildung 3-1 und Kapitel 3.3): Zunächst fällt auf, dass die Items der MigrantInnen-Stichproben tendenziell eine andere Verteilungsform haben als die HLS-Ö-Stichprobe (vgl. Tabelle 3-3 letzte Zeile). Während für die Ö im Durchschnitt eine links-schiefe Normalverteilung mit dem höchsten Prozentwert (30,4%, 44,6%, 20,5%, 4,4%) auf der Kategorie „ziemlich einfach“ vorliegt, ist die Verteilungsform bei den TR links-schief mit dem höchsten Wert auf der Kategorie „sehr einfach“ (46,2%, 35,5%, 13,6%, 4,6%). Dies gilt noch ausgeprägter für die BKS (54,8%, 32,4%, 9,5%, 3,9%). Die entsprechenden Verteilungsformen finden sich auch jeweils bei der Mehrzahl der einzelnen Aufgaben. Das heißt: im Vergleich zu den Ö haben die TR und noch stärker die BKS eine Tendenz, die Aufgaben als sehr einfach einzuschätzen.

Erwartbar sichtbar wird diese Tendenz auch an den Durchschnitten der Mittelwerte der Antwortkategorien (Tabelle 3-3 letzte Zeile) (BKS=3,39, TR=3,23, Ö=3,01) bzw. auch der Prozentwerte der als sehr schwierig oder schwierig erlebten Aufgaben (BKS=12,8 %, TR=18,3 %, Ö=25,0 %). Dies gilt tendenziell mit zwei bzw. drei geringfügigen Ausnahmen auch für alle einzelnen Aufgaben, für die BKS immer noch deutlicher als für die TR (vgl. auch Abbildung 3-1). Statistisch sind die Unterschiede erwartungsgemäß bei den schwierigeren Aufgaben größer als bei den eher leichten. Ausnahmen sind das Item 2, „herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?“ bzw. 10, „zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?“, wo jeweils die TR deutlich bzw. etwas schlechter abschneiden als die HLS-EU-Ö.

Auch die Reihung der Aufgaben nach Schwierigkeit ist daher, abgesehen von den beiden Ausnahmen, sehr ähnlich, findet aber für die ÖsterreicherInnen auf einem schwierigeren Niveau statt als für die TR oder die BKS. Damit erleben die BKS die gesundheitsbezogenen Aufgaben nicht nur als leichter als die TR, sondern beide Gruppen mit Migrationshintergrund halten diese für leichter als die HLS-Ö. Als erste Antwort auf die Forschungsfrage „Wie unterscheidet sich die GK wichtiger Migrantengruppen von der GK der österreichischen BürgerInnen bzw. der EU-BürgerInnen in Österreich (HLS Österreich-Befragung)?“ ist das vor dem Hintergrund der Literatur³⁴ und der qualitativen Studie ein eher überraschendes Ergebnis.

Dieses Ergebnis kann unterschiedlich erklärt werden:

- Es kann an Unterschieden bei der Erhebung liegen (vgl. Kap. 2.3). Die Personen in der HLS-Ö-Studie hatten eine Karte, auf der sie jeweils alle vier Antwortkategorien gleichzeitig sahen, während den MigrantInnen die Antwortkategorien jeweils nacheinander vorgelesen wurden. Möglicherweise prägt sich beim Vorlesen die erste Kategorie, d.h. „sehr einfach“, stärker ein, während beim Vorliegen einer Karte alle Antwortkategorien gleich präsent sind und eher eine Tendenz zu mittleren Kategorien wirksam wird.
- GfK Austria hat hingewiesen, dass MigrantInnen eine Tendenz haben, sozial erwünschte Antworten zu geben, und da „sehr einfach“ als erste Kategorie genannt wurde, wurde diese als erwünscht betrachtet.

³⁴ Z.B. kommt eine deutsche direkt vergleichende Studie mit demselben GK-Instrument in der Langform (HLS-EU-Q47) und mit der CAPI-Methode zum Ergebnis, dass innerhalb benachteiligten Gruppen MigrantInnen eine schlechtere GK als vergleichbare Gruppen der allgemeinen Bevölkerung haben (vgl. Bielefelder Studie (2013-2015): Health Literacy-Ermittlung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen und anderer benachteiligten Bevölkerungsgruppen in Nordrhein-Westfalen (HLS-NRW). https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/health_literacy.html)

- Eine inhaltlichere Erklärung könnte sein, dass MigrantInnen insgesamt im Alltag mehr Schwierigkeiten erleben und deshalb einen höheren Standard und höhere Erwartungen für „schwierig“ bzw. einen niedrigeren für „einfach“ haben.
- Es können aber auch die Verzerrungen der beiden MigrantInnen-Stichproben bzw. die Unterschiede in der sozialen Zusammensetzung der Populationen (nach Mikrozensus-Ergebnissen) das Ergebnis beeinflusst haben.

Alle diese Erklärungen können dazu führen, dass die Studie die Gesundheitskompetenz der MigrantInnen als Gruppe eher überschätzt als unterschätzt hat. Nur die letzte Erklärung kann mit Hilfe der vorliegenden Daten aus dieser Studie auch teilweise empirisch überprüft werden.

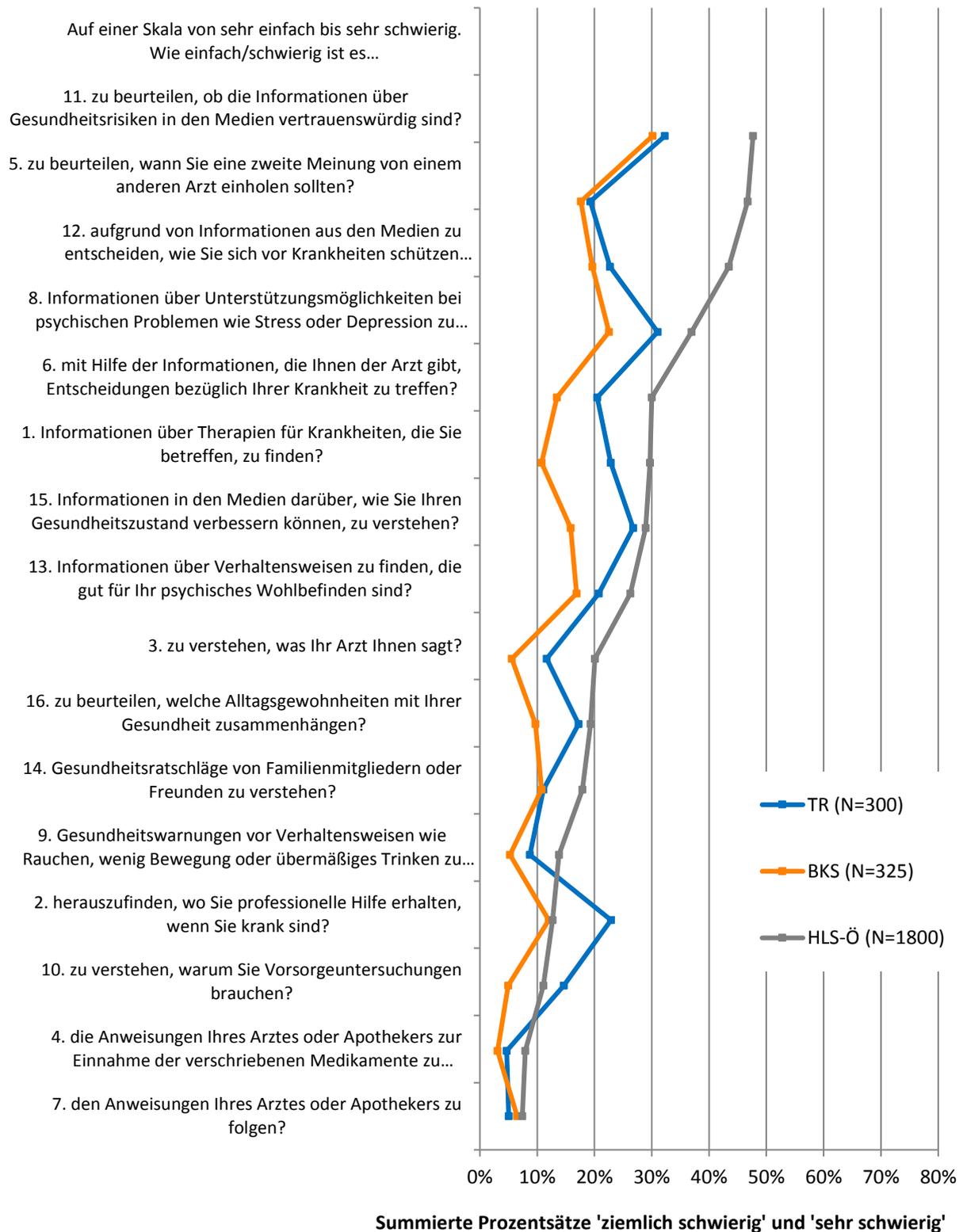


Abbildung 3-1: Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz, 16 Fragen (HLS-EU-Q16). Summierte Prozentsätze der Antwortkategorien „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“ für TR-, BK-S und HLS-Ö-Stichproben geordnet nach der Schwierigkeit für HLS-Ö.

Deshalb wurde wegen der bekannten Verzerrungen der Stichproben (vgl. Kap. 2.3.6) zunächst überprüft, ob mit der von GfK Austria vorgeschlagenen Gewichtung der Daten ein den Erwartungen besser entsprechendes Ergebnis erzielt worden wäre. Dies ist nicht der Fall, da die gewichteten und die ungewichteten Prozentsätze jeweils sehr nahe beieinander liegen und die gewichteten Prozentsätze

nur zu einer geringfügig höheren Schwierigkeit der Items, vor allem bei den BKS, führen (vgl. Anhang).

Als nächstes wurden wichtige Indikatoren für die Integration der MigrantInnen in die Analyse einbezogen, um zu überprüfen, ob diese das Ausmaß der eingeschätzten Schwierigkeit der gesundheitsrelevanten Aufgaben und damit die Gesundheitskompetenz entsprechend beeinflussen.

Wenn man Untergruppen der TR bzw. BKS nach migrantenspezifischen Merkmalen bildet, wie selbst eingeschätzten Deutschkenntnissen, Sprache des Interviews oder Staatsbürgerschaft (vgl. Abbildung 3-2), dann ergeben sich zwar für die Mehrzahl der Items Unterschiede in der erwarteten Richtung, d.h. die meisten Aufgaben werden als schwieriger empfunden von den Befragten:

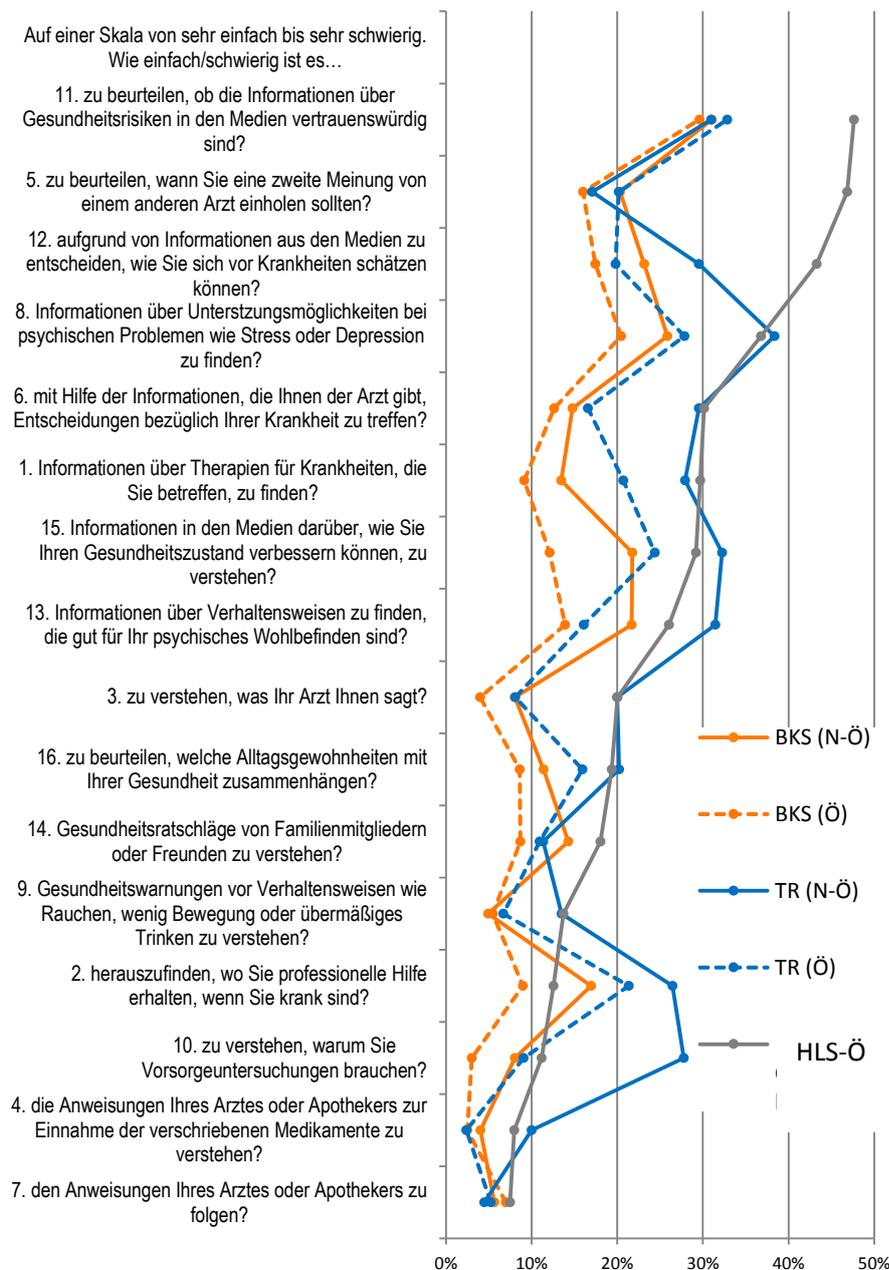
- mit schlechteren Deutschkenntnissen, deutlicher ausgeprägt bei den TR als den BKS,
- die das Interview nicht auf Deutsch, sondern in ihrer Muttersprache durchführten, auch dieser Unterschied ist grösser bei den TR als den BKS,
- die keine österreichische Staatsbürgerschaft haben, auch hier etwas stärker ausgeprägt bei den TR als den BKS.

Aber nur selten, am ehesten nur bei den TR mit schlechteren Deutschkenntnissen, dem Interview in der Muttersprache oder keiner österreichischen Staatsbürgerschaft, werden mehrere Items als ähnlich schwierig eingeschätzt wie von den HLS-Ö. D.h. besser integrierte MigrantInnen erleben die GK-Aufgaben als weniger schwierig als die „ÖsterreicherInnen“ und weisen daher eine bessere GK auf. Nur schlecht integrierte MigrantInnen haben z.T. beträchtlich größere Schwierigkeiten mit einzelnen Aufgaben als der Durchschnitt der ÖsterreicherInnen (z.B. 10. „Herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind,“; 13. „Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind“).

Genauer wird dieses überraschende Ergebnis dann im Kapitel 3.4. unter Einbezug der Ergebnisse auf der Ebene der allgemeinen Gesundheitskompetenz-Skala und der Gesundheitskompetenz-Niveaus analysiert und interpretiert.

Aber auch zur zweiten Forschungsfrage „Wie unterscheidet sich die GK der beiden Migrantengruppen und was ist für sie besonders problematisch?“ hat die Auswertung der Tabelle 3-3 und der Abbildung 3-2 erste interessante Ergebnisse erbracht. Fast alle Aufgaben werden von den TR, wenn auch je nach Aufgabe unterschiedlich stark, als schwieriger eingeschätzt als von den BKS. Aber bleibt das so, wenn man die unterschiedliche soziale Zusammensetzung der beiden Gruppen in einer multivariaten Regressionsanalyse kontrolliert?

Der Versuch, die Unterschiede zwischen TR und BKS, die sich in der



3-2 zeigen, durch eine multivariate Regressionsanalyse (vgl. Tabelle 3-4) besser zu verstehen, ergibt Folgendes:

- Der spezifische Migrationshintergrund TR oder BKS als Variable hat keinen direkten signifikanten Einfluss mehr auf die erlebte Schwierigkeit der Aufgaben, wenn die sozialen und migrationspezifischen Determinanten kontrolliert werden.
- Diese Determinanten erklären unterschiedlich viel Varianz der eingeschätzten Schwierigkeit der einzelnen Aufgaben, am meisten für 3 („zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?“), 15 („Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?“), 13 („Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr

psychisches Wohlbefinden sind?") und 10 (*„zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?“*), dabei geht es bei drei Aufgaben um das Verstehen von Sachverhalten, bei einer um das Finden von Informationen.

- Den stärksten Einfluss auf die Schwierigkeit der Aufgaben hat die finanzielle Benachteiligung. Je höher diese ist, desto deutlicher werden alle Aufgaben schwieriger erlebt, und das sehr signifikant.
- Den danach stärksten Einfluss haben die selbst-eingeschätzten Deutschkenntnisse. Wenn diese schlecht sind, werden vier Aufgaben als signifikant schwieriger eingeschätzt. Bei drei davon geht es um Verstehen (*„3. zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?“, „4. die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?“*, *„5. zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?“*), bei einer um Beurteilen (*„10. zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?“*)
- Zumindest die eingeschätzte Schwierigkeit von jeweils einer bzw. zwei Aufgaben wird zusätzlich signifikant durch den sozialen Status (*„11. zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?“*, *„12. aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?“*), die Interviewsprache (*„3. zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?“*) und die Staatsbürgerschaft (*„10. zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?“*) bzw. signifikant durch das Alter beeinflusst (*„5. zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?“*).
- Zusammenfassend heißt das, dass die TR vor allem deshalb manifest schlechtere GK-Ergebnisse als die BKS haben, weil sie höhere Anteile von Personen mit finanziellen Schwierigkeiten (vgl. Tabelle 3-4) bzw. mit schlechteren Deutschkenntnissen (vgl. auch Tabelle 3-4) haben und auch bei den anderen Determinanten etwas schlechter gestellt sind.

Die manifesten Unterschiede zwischen den beiden MigrantInnen-Gruppen werden in Kapitel 3.5 unter Einbezug der Aufgaben des migrationsspezifischen Gesundheitskompetenz-Instruments (GKM-Q-12) bzw. der GK-Skala (HLS-EU-Q16) bzw. des GK-Index (GMK-Q12) weiter analysiert und interpretiert.

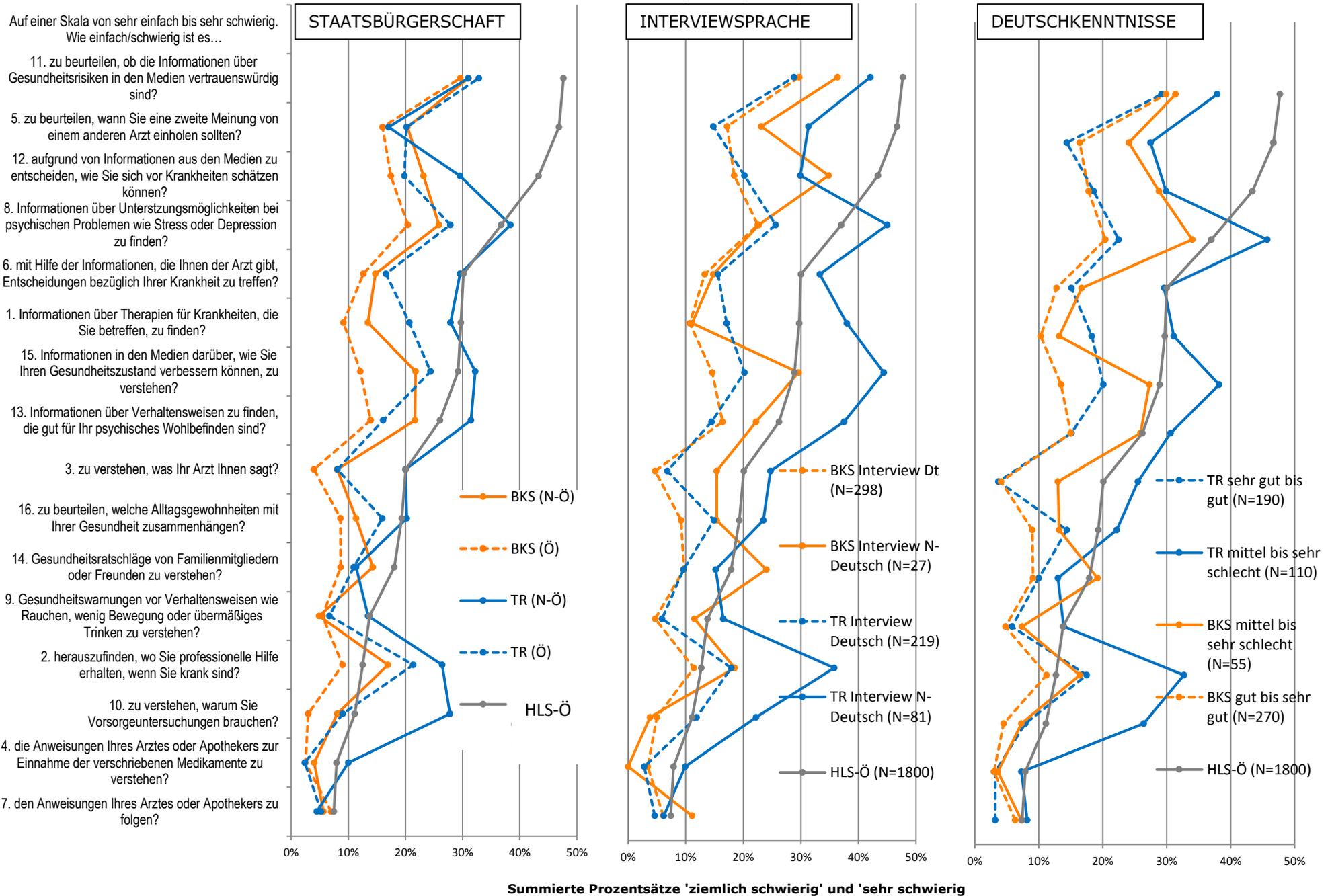


Abbildung 3-2: 16 GK Fragen (Summierte Prozentsätze) gereiht nach Schwierigkeit für die HLS-Ö-, TR- und BKS-Stichproben

Tabelle 3-4: Multivariater Zusammenhang zwischen den HLS-EU-Q16-Items und 5 sozialen Determinanten sowie dem Migrationshintergrund, der Staatsbürgerschaft, der Interviewsprache und den selbst-eingeschätzten Deutschkenntnissen (beta weights und korrigiertes R²) für GKM-Gesamtstichprobe

HLS-EU-Q16 ⁽¹⁾	Geschlecht	Alter	Bildung	Fin. Schw.	Sozialer Status	MH	Staats-bürgersch.	Inter-view-Spr.	Deutsch-Kenntn.		
Wie einfach/schwierig ist es...	Standardisierte Beta Weights									Korr. R ²	N
1. Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	-,089	,035	,009	-,146*	,080	-,101	-,039	-,049	-,100	,083	578
2. herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	-,112	,012	,056	-,185**	,043	-,121	-,058	,005	-,095	,103	586
3. zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	-,061	-,051	,073	-,203**	,013	-,051	-,073	-,142*	-,190**	,216	594
4. die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	-,023	-,023	,032	-,152**	,045	-,065	-,095	,016	-,163*	,092	592
5. zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	-,004	,135*	-,015	-,130*	,077	,087	,020	-,058	-,185**	,060	590
6. mit Hilfe der Information, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	-,074	,002	,035	-,255**	,023	-,055	-,116	-,020	-,095	,125	584
7. den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	,008	,024	,048	-,191**	,077	-,031	-,063	,010	-,029	,055	592
8. Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen wie Stress oder Depression zu finden?	,017	-,006	,028	-,250**	,039	-,048	-,054	-,003	-,098	,100	562
9. Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	-,044	,056	,067	-,220**	,092	-,013	-,045	-,063	-,031	,094	590
10. zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	,049	,111	,050	-,221**	,012	-,072	-,122*	,006	-,202**	,148	594
11. zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	-,037	,073	,090	-,166**	,136*	,096	,007	-,086	-,033	,084	571
12. aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	-,015	-,060	,063	-,149**	,142*	-,046	-,063	-,034	-,037	,092	581
13. Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	-,030	-,033	,076	-,282**	,042	,049	-,108	-,026	-,088	,146	578
14. Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	-,018	,064	,116	-,200**	,058	,075	-,018	-,098	-,051	,088	584
15. Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	,028	,044	,075	-,211**	,087	-,085	-,069	-,103	-,103	,158	590
16. zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	-,020	-,038	,119	-,252**	,013	-,061	-,095	,052	-,051	,113	589
HLS-EU-Q16 Index	-,077*	-,002	,104*	-,282**	,096*	-,031	-,077*	-,105*	-,115*	,235	579

⁽¹⁾ 4 Kategorien: 1 = sehr schwierig bis 4 = sehr einfach (für Berechnungen umkodiert)

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig; Korrektur nach Bonferroni) ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig; Korrektur nach Bonferroni)

Korrektur nach Bonferroni für die Einzelitems nicht für den Index

Geschlecht: 1 = männlich, 2 = weiblich; Alter in Jahren; Bildung in 5 Kategorien: niedrig bis hoch; Finanzielle Schwierigkeiten (Faktor Scores): keine bis große; selbst-eingeschätzter sozialer Status in 10 Kategorien: niedrig bis hoch; Migrationshintergrund: 0 = BKS, 1 = TR; Staatsbürgerschaft: 0=Österreichische Staatsbürgerschaft, 1=Nicht-Österreichische Staatsbürgerschaft; Interviewsprache: 0=deutsch, 1=nicht-deutsch; selbst-eingeschätzte Deutschkenntnisse von sehr gut bis sehr schlecht (5 Kategorien)

3.2.2 Empirische Verteilungen der einzelnen Gesundheitskompetenz-Items des migrationsspezifischen Gesundheitskompetenz-Instruments (GKM-Q12)

Beantwortbarkeit der Fragen (vgl. Tabelle 3-5): Auch diese Items konnten gemessen an den k.A.-Antwörtraten gut beantwortet werden. Die durchschnittliche k.A.-Rate war bei den TR 1,9% bzw. bei den BKS mit 5,3% deutlich höher. Der relativ hohe Durchschnittswert der BKS kommt vor allem durch drei abweichende Items zustande, die auch bei den TR etwas erhöht sind: eine muttersprachliche Ärztin oder Arzt zu finden (BKS 19,4%, TR 4,3%), Therapiemöglichkeiten bei psychischen Problemen in ihrer Muttersprache bzw. in einer für sie verständlichen Sprache zu bekommen (BKS 15,1%, TR 5,3%), einen Antrag auf eine Sozialleistung (Kur, Pflegegeld, etc.) zu stellen (BKS 14,8%, TR 7,3%). Es ist unklar, ob diese Items schlechter verstanden wurden, ob die fehlenden Antworten eher inhaltlich als schwierige Antwortkategorie zu interpretieren sind oder ob manche BKS damit andeuten wollten, dass sie gar nicht auf muttersprachliche Angebote angewiesen sind.

Schwierigkeit der Aufgaben (vgl. Tabelle 3-5): Im Vergleich zu den Aufgaben der allgemeinen Gesundheitskompetenz werden die migrantenspezifischen Aufgaben im Durchschnitt als schwieriger erlebt, und wiederum von den TR (29,0% vs. 18,3 %) als schwieriger als von den BKS (18,1% vs. 12,8%). Für die TR sind alle migrantenspezifischen Aufgaben z.T. deutlich schwieriger als für die BKS (vgl. anschaulich Abbildung 3-3). Diese Abbildung zeigt auch, dass die relative Schwierigkeit der einzelnen Aufgaben in beiden MigrantInnen-Gruppen sehr ähnlich ist, aber auf einem etwas anderen Niveau.

Die Verteilungsform der migrantenspezifischen Aufgaben ist tendenziell wie bei den allgemeinen Gesundheitskompetenzaufgaben links-schief, d.h. die Skala differenziert nicht mehr diejenigen mit einer sehr guten Gesundheitskompetenz, für die TR 52,6%, 29,2%, 13,5%, 4,6% bzw. für die BKS etwas weniger stark ausgeprägt 43,0%, 28,0%, 19,1%, 9,9%) (vgl. Tab. 3-3 letzte Zeile). Das gilt für alle Aufgaben mit Ausnahmen von „einen gesunden Lebensstil umzusetzen?“ und „eine muttersprachliche Ärztin oder Arzt zu finden?“ bei den TR.

Im Hinblick auf die zweite Forschungsfrage ist wieder zu prüfen, inwieweit die manifesten Unterschiede zwischen den beiden MigrantInnen-Gruppen aufrecht bleiben, wenn man ihre unterschiedliche soziale Zusammensetzung in einer multivariaten Regression kontrolliert. Das Ergebnis (vgl. Tabelle 3-5) ist sehr ähnlich wie bei den allgemeinen GK-Fragen:

- Der spezifische Migrationshintergrund TR oder BKS als Variable hat keinen direkten signifikanten Einfluss mehr auf die erlebte Schwierigkeit der Aufgaben, wenn die sozialen und migrationsspezifischen Determinanten kontrolliert werden. Mit zwei Ausnahmen, bei denen ein TR-Hintergrund zu signifikant schwierigeren Einschätzungen der Aufgaben führt: „7. Eine muttersprachliche Ärztin oder Arzt zu finden?“, und „11. Informationen über Gesundheit in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen?“.
- Diese Determinanten erklären unterschiedlich viel Varianz der eingeschätzten Schwierigkeit der einzelnen Aufgaben, am meisten für „9. ohne fremde Hilfe ein Formular auszufüllen?“, „2. sich in einer Arztpraxis oder im Spital verständlich zu machen?“, und „8. einen Antrag auf eine Sozialleistung (Kur, Pflegegeld, etc.) zu stellen?“

- Den stärksten Einfluss auf die Schwierigkeit der Aufgaben hat die finanzielle Benachteiligung. Je höher diese ist, desto schwieriger und das sehr signifikant werden alle Aufgaben erlebt. Ausnahme: „7. Eine muttersprachliche Ärztin oder Arzt zu finden“
- Den danach stärksten Einfluss haben die selbst-eingeschätzten Deutschkenntnisse. Wenn diese schlecht sind, werden sechs Aufgaben als sehr oder signifikant schwieriger eingeschätzt. „2. sich in einer Arztpraxis oder im Spital verständlich zu machen?“, „7. eine muttersprachliche Ärztin oder Arzt zu finden?“, „9. ohne fremde Hilfe ein Formular auszufüllen?“, „12. Therapiemöglichkeiten bei psychischen Problemen in Ihrer Muttersprache bzw. in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen?“, „11. Informationen über Gesundheit in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen?“, „12. Therapiemöglichkeiten bei psychischen Problemen wie Stress oder Depression in Ihrer Muttersprache bzw. in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen?“.
- Mit Ausnahme von Bildung auf Aufgabe „9. ohne fremde Hilfe ein Formular auszufüllen“ und sozialer Status auf „3. Einen gesunden Lebensstil umzusetzen?“ haben die anderen Determinanten (Geschlecht, Alter, Staatsbürgerschaft, Interviewsprache) keinen signifikanten Einfluss auf die wahrgenommene Schwierigkeit der Aufgaben.
- Zusammenfassend heißt das, dass die TR vor allem deshalb manifest schlechtere migrationspezifische GK-Ergebnisse als die BKS haben, weil sie höhere Anteile von Personen mit finanziellen Schwierigkeiten (vgl. auch Tabelle 4-1) bzw. mit schlechteren Deutschkenntnissen (vgl. auch Tabelle 4-5) haben und auch bei den anderen Determinanten etwas schlechter gestellt sind.

Tabelle 3-5: Selbsteinschätzung der 12 GK-Items (GKM-Q12), für die TR- und die BKS-Stichproben

12 GK Items GKM-Q12)		TR	BKS	TR				BKS				TR	BKS	TR	BKS	
		feh- lende Werte	feh- lende Werte	sehr ein- fach	ziemlich einfach	ziemlich schwierig	sehr schwierig	sehr ein- fach	ziemlich einfach	ziemlich schwierig	sehr schwierig	Schwierig/ sehr schwierig	Mittelwerte* der Antwortka- tegorien			
1	herauszufinden, welche Leistungen von der Krankenkasse bezahlt werden?	N 4 %	12 3,7%	99 33,4%	85 28,7%	82 27,7%	30 10,1%	107 34,2%	97 31,0%	83 26,5%	26 8,3%	37,8%	34,8%	2,91	2,85	
2	sich in einer Arztpraxis oder im Spital verständlich zu machen?	N 0 %	0 0,0%	167 55,7%	70 23,3%	49 16,3%	14 4,7%	235 72,3%	79 24,3%	9 2,8%	2 ,6%	21,0%	3,4%	3,68	3,30	
3	einen gesunden Lebensstil umzusetzen?	N 0 %	5 1,5%	92 30,7%	98 32,7%	74 24,7%	36 12,0%	108 33,8%	104 32,5%	89 27,8%	19 5,9%	36,7%	33,8%	2,94	2,82	
4	zu verstehen, warum Sie eine verordnete Diät einhalten sollten?	N 5 %	12 3,7%	160 54,2%	88 29,8%	29 9,8%	18 6,1%	202 64,5%	81 25,9%	23 7,3%	7 2,2%	15,9%	9,6%	3,53	3,32	
5	wie das Österreichische Gesundheitssystem organisiert ist?	N 1 %	5 1,5%	111 37,1%	103 34,4%	64 21,4%	21 7,0%	131 40,9%	128 40,0%	45 14,1%	16 5,0%	28,4%	19,1%	3,17	3,02	
6	ob Sie in eine Arztpraxis oder eine Spitalsambulanz gehen sollten?	N 1 %	5 1,5%	147 49,2%	107 35,8%	33 11,0%	12 4,0%	183 57,2%	105 32,8%	27 8,4%	5 1,6%	15,1%	10,0%	3,46	3,30	
7	eine muttersprachliche Ärztin oder Arzt zu finden?	N 13 %	63 19,4%	73 25,4%	54 18,8%	88 30,7%	72 25,1%	107 40,8%	64 24,4%	61 23,3%	30 11,5%	55,7%	34,7%	2,95	2,45	
8	einen Antrag auf eine Sozialleistung (Kur, Pflegegeld, etc.) zu stellen?	N 22 %	48 14,8%	122 43,9%	84 30,2%	50 18,0%	22 7,9%	129 46,6%	90 32,5%	41 14,8%	17 6,1%	25,9%	20,9%	3,19	3,10	
9	ohne fremde Hilfe ein Formular auszufüllen?	N 0 %	0 0,0%	178 59,3%	60 20,0%	42 14,0%	20 6,7%	223 68,6%	71 21,8%	27 8,3%	4 1,2%	20,7%	9,5%	3,58	3,32	
10	in Ihrer Nähe Gesundheitsangebote (Beratung, etc.) zu finden, die Sie in Anspruch nehmen können?	N 7 %	6 1,8%	124 42,3%	97 33,1%	52 17,7%	20 6,8%	177 55,5%	109 34,2%	29 9,1%	4 1,3%	24,6%	10,3%	3,44	3,11	
11	Informationen über Gesundheit in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen?	N 0 %	3 0,9%	148 49,3%	78 26,0%	47 15,7%	27 9,0%	222 68,9%	77 23,9%	15 4,7%	8 2,5%	24,7%	7,1%	3,59	3,16	
12	Therapiemöglichkeiten bei psychischen Problemen in Ihrer Muttersprache bzw. in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen?	N 16 %	49 15,1%	102 35,9%	65 22,9%	63 22,2%	54 19,0%	133 48,2%	76 27,5%	42 15,2%	25 9,1%	41,2%	24,3%	3,15	2,76	
Durchschnittlicher Prozentwert bzw. Mittelwert für die 12 GKM-Q12 Fragen		%	1,9%	5,3%	52,6%	29,2%	13,5%	4,6%	43,0%	28,0%	19,1%	9,9%	29,0%	18,1%	3,30	3,04

*Antwortkategorien der HLS-EU-Q16-Items 1=sehr schwierig, 2=ziemlich schwierig, 3= ziemlich einfach, 4= sehr einfach

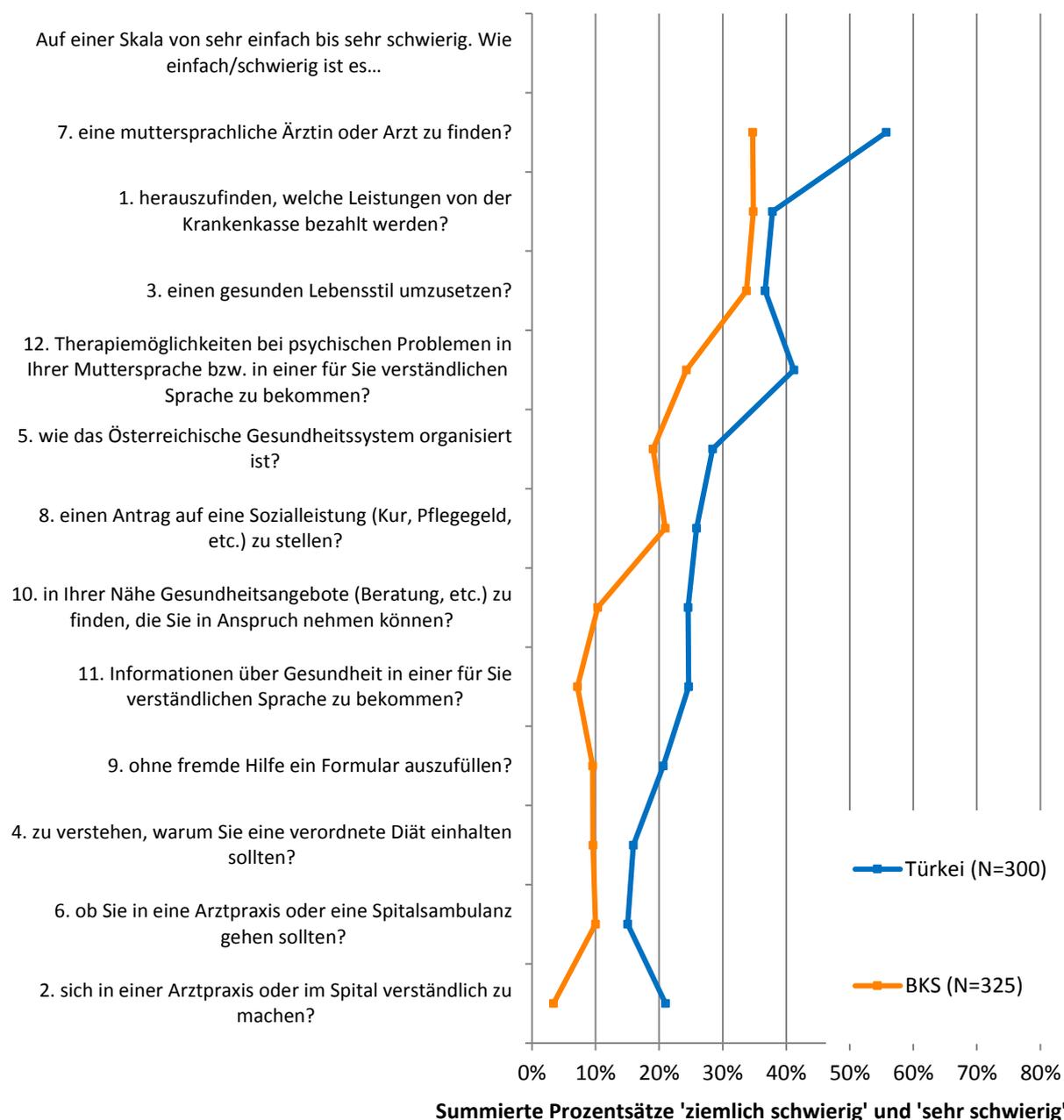


Abbildung 3-3: Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz, 12 Fragen (GKM-Q12) gereiht nach Schwierigkeit für GKM-Stichprobe. Summierte Prozentsätze der Antwortkategorien „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“ für die TR- und BKS-Stichproben

Tabelle 3-6: Multivariater Zusammenhang zwischen den GKM-Q12-Items und fünf sozialen Determinanten sowie dem Migrationshintergrund, der Staatsbürgerschaft, der Interviewsprache und den selbst-eingeschätzten Deutschkenntnissen (beta weights und korrigiertes R²) für GKM Gesamtstichprobe

GKM-Q12 ⁽¹⁾	Ge- schlecht	Alter	Bildung	Fin. Schw.	Sozialer Status	MH	Staats- bürgersch.	Interview- Spr.	Deutsch- Kenntn.	Korr. R ²	N
Wie einfach/schwierig ist es...	Standardisierte Beta Weights										
1. herauszufinden, welche Leistungen von der Krankenkasse bezahlt werden?	,049	,066	,038	-,188**	,086	,049	-,042	,008	-,127	,071	582
2. sich in einer Arztpraxis oder im Spital verständlich zu machen?	,011	,040	,057	-,170**	,039	-,082	-,036	-,202**	-,275**	,283	594
3. einen gesunden Lebensstil umzusetzen?	-,061	-,082	,001	-,167**	,141*	-,048	-,039	,027	-,065	,081	590
4. zu verstehen, warum Sie eine verordnete Diät einhalten sollten?	,005	-,020	,097	-,160**	,040	-,047	-,033	,029	-,113	,075	580
5. zu verstehen, wie das österreichische Gesundheitssystem organisiert ist?	-,021	,029	,040	-,152**	,099	-,002	,018	-,087	-,080	,070	591
6. zu entscheiden, ob Sie in eine Arztpraxis oder eine Spitalsambulanz gehen sollten?	-,028	,093	,048	-,162**	,108	-,039	-,052	-,028	-,055	,068	590
7. eine muttersprachliche Ärztin oder Arzt zu finden?	-,041	-,010	,048	-,063	,127	-,172**	-,030	,017	-,156*	,112	526
8. einen Antrag auf eine Sozialleistung (Kur, Pflegegeld, etc.) zu stellen?	,097	,041	,058	-,342**	,053	,042	-,067	-,155**	,003	,183	535
9. ohne fremde Hilfe ein Formular auszufüllen?	-,001	-,070	,144**	-,148**	,008	,020	-,060	-,232**	-,281**	,343	594
10. in Ihrer Nähe Gesundheitsangebote (Beratung, etc.) zu finden, die Sie in Anspruch nehmen können?	,011	-,005	,124	-,216**	-,037	-,075	-,017	-,081	-,112	,137	584
11. Informationen über Gesundheit in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen?	-,008	-,009	,096	-,118*	,021	-,130*	-,057	-,045	,235**	,179	592
12. Therapiemöglichkeiten bei psychischen Problemen wie Stress oder Depression in Ihrer Muttersprache bzw. in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen?	-,053	,025	-,068	-,178**	,068	-,118	-,042	,023	-,241**	,126	538
GKM-Q12 Index	-,006	,014	,081*	-,281**	,118**	-,078	-,058	-,089*	-,240**	,312	573

⁽¹⁾ 4 Kategorien: 1 = sehr schwierig bis 4 = sehr einfach (für Berechnungen umkodiert)

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig; Korrektur nach Bonferroni) ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig; Korrektur nach Bonferroni)

Korrektur nach Bonferroni für die Einzelitems nicht für den Index

Geschlecht: 1 = männlich, 2 = weiblich; Alter in Jahren; Bildung in 5 Kategorien: niedrig bis hoch; Finanzielle Schwierigkeiten (Faktor Scores): keine bis große; selbst-eingeschätzter sozialer Status in 10 Kategorien: niedrig bis hoch; Migrationshintergrund: 0 = BKS, 1 = TR; Staatsbürgerschaft: 0=Österreichische Staatsbürgerschaft, 1=Nicht-Österreichische Staatsbürgerschaft; Interviewsprache: 0=deutsch, 1=nicht-deutsch; selbst-eingeschätzte Deutschkenntnisse von sehr gut bis sehr schlecht (5 Kategorien)

3.3 Zusammenfassende Betrachtungen der Aufgaben der allgemeinen und der migrantenspezifischen Gesundheitskompetenz. Womit haben beide Gruppen die größten Probleme?

Tabelle 3-7 vereinigt alle 28 Items zur allgemeinen bzw. migrantenspezifischen Gesundheitskompetenz und ordnet diese der HLS-EU-Gesundheitskompetenzmatrix zu.

Tabelle 3-7: Zuordnung der 16 allgemeinen (HLS-EU-Q16) Items und der 12 migrationsspezifischen (GKM-Q12) GK-Items zur HLS-EU-Gesundheitskompetenz Matrix

HLS-EU-GESUNDHEITSKOMPETENZ MATRIX MIT DEN 3 DOMÄNEN DER GK BEZOGEN AUF DIE 4 INFORMATIONSBEWÄLTIGUNGS-KOMPETENZEN				
DOMÄNEN	KOMPETENZEN	HLS-EU-Q16/ GKM-Q12	GESUNDHEITSKOMPETENZ-ITEMS	
	Informationen...		Wie einfach/schwierig ist es ...	
KRANKHEITS- BEWÄLTIGUNG	FINDEN	HLS-EU-Q16-1	...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	
		HLS-EU-Q16-2	...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	
		GKM-Q12-1	...herauszufinden, welche Leistungen von der Krankenkasse bezahlt werden?	
		GKM-Q12-7	...eine/n muttersprachliche/n Ärzt/in zu finden?	
			GKM-Q12-12	...Therapiemöglichkeiten bei psychischen Problemen in Ihrer Muttersprache bzw. in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen?
	VERSTEHEN	HLS-EU-Q16-3	...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	
		HLS-EU-Q16-4	...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	
			GKM-Q12-5	...zu verstehen, wie das öst. Gesundheitssystem organisiert ist?
	BEURTEILEN	HLS-EU-Q16-5	...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	
			GKM-Q12-6	...zu entscheiden, ob Sie in eine Arztpraxis oder eine Spitalsambulanz gehen sollten?
ANWENDEN	HLS-EU-Q16-6	...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?		
	HLS-EU-Q16-7	...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?		
	GKM-Q12-2	...sich in einer Arztpraxis oder im Spital verständlich zu machen?		
	GKM-Q12-8	...einen Antrag auf eine Sozialleistung zu stellen?		
		GKM-Q12-9	...ohne fremde Hilfe ein Formular auszufüllen?	
PRÄVENTION	FINDEN	HLS-EU-Q16-8	...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	
	VERSTEHEN	HLS-EU-Q16-9	...Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	
		HLS-EU-Q16-10	...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	
			GKM-Q12-4	...zu verstehen, warum Sie eine verordnete Diät einhalten sollten?
	BEURTEILEN	HLS-EU-Q16-11	...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	
ANWENDEN	HLS-EU-Q16-12	...aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?		
GESUNDHEITS- FÖRDERUNG	FINDEN	HLS-EU-Q16-13	...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	
		GKM-Q12-10	...in Ihrer Nähe Gesundheitsangebote zu finden, die Sie in Anspruch nehmen können?	
	VERSTEHEN	HLS-EU-Q16-14	...Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	
		HLS-EU-Q16-15	...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	
		GKM-Q12-11	...Informationen über Gesundheit in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen?	
	BEURTEILEN	HLS-EU-Q16-16	...zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	
ANWENDEN	GKM-Q12-3	...einen gesunden Lebensstil umzusetzen?		

Tabelle 3-8 stellt die Verteilung aller 28 GK-Items zusammengefasst für die Prozentsätze der Antwortkategorien „sehr schwierig“ und „ziemlich schwierig“, gereiht nach ihrer Schwierigkeit, für die Gesamtstichproben dar.

Die Schwierigkeit der Items variiert beträchtlich von unter 5% bis über 50%, stärker für die TR (zwischen 4,7% und 55,7%) als für die BKS (zwischen 3,1% und 34,8%). Praktisch alle Aufgaben werden von den Befragten der TR-Stichprobe, z.T. sehr deutlich³⁵, als schwieriger wahrgenommen als von denen der BKS-Stichprobe, mit Ausnahme der Aufgabe, *„...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen? (HLS-EU-Q16 7)“* (BKS 6,5%/TR 5,0%). Dabei variieren die Prozentunterschiede zwischen den beiden Gruppen zwischen 03, % und 21,0%. Am deutlichsten unterscheidet sich das Antwortverhalten bei der Frage, *wie schwierig es ist, eine(n) muttersprachliche(n) Ärztin oder Arzt zu finden* (GKM-Q12-7) (BKS 34,7% gegenüber TR 55,7%), gefolgt mit einer Differenz von 17,6% von *Informationen über Gesundheit in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen?* (GKM-Q12-11) bzw. *sich in einer Arztpraxis oder im Spital verständlich zu machen?* (GKM-Q12-2).

Für beide Migrantengruppen stehen an der Spitze der schwierigen Aufgaben solche aus dem migrantenspezifischen Messinstrument. Am schwierigsten eingeschätzt wurde die bereits erwähnte Aufgabe *„...eine(n) muttersprachliche(n) Ärztin oder Arzt zu finden?“* bzw. *„...herauszufinden, welche Leistungen von der Krankenkasse bezahlt werden?“* (GKM-Q12-1) (34,8% BKS gegenüber 37,8% TR). Dagegen fiel es nur 3,1% der BKS bzw. 4,7% der TR schwer, die Anweisungen ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen.

Wenn man jedoch die Einflüsse wichtiger sozialer (Geschlecht, Alter, Bildung, finanzielle Schwierigkeiten, sozialer Status) und migrationspezifischer Faktoren (Staatsbürgerschaft, Sprache des Interviews, Deutschkenntnisse), die mit Gesundheitskompetenz korreliert sind, mittels linearer Regressionen berücksichtigt (vgl. Tabelle 3-4; Tabelle 3-6), unterscheiden sich nur noch 3³⁶ der 28 Items signifikant zwischen den beiden Stichproben, wobei diese drei Aufgaben jeweils von den TR als schwieriger erlebt werden und nur migrationspezifische GK-Aufgaben umfassen. Somit sind für 25 Aufgaben die Unterschiede in der Gesundheitskompetenz der beiden Gruppen durch die berücksichtigten Indikatoren der Sozialstruktur und des Migrationsstatus bzw. des Sprachhintergrundes erklärbar.

³⁵ Als deutlich schwieriger empfinden Personen mit TR-Hintergrund vor allem für Item GKM-Q12/1 „eine(n) muttersprachliche(n) Ärztin oder Arzt zu finden?“; GKM-Q12/11 „Informationen über Gesundheit in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen?“; GKM-Q12/2 „sich in einer Arztpraxis oder im Spital verständlich zu machen?“ und GKM-Q12/12 „Therapiemöglichkeiten bei psychischen Problemen in Ihrer Muttersprache bzw. in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen?“.

³⁶ „7. Eine muttersprachliche Ärztin oder Arzt zu finden?“, bzw. signifikant „2. sich in einer Arztpraxis oder im Spital verständlich zu machen?“ und „11. Informationen über Gesundheit in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen?“

Tabelle 3-8: Selbsteinschätzung der 28 GK Items (HLS-EU-Q16 und GKM-Q12), summierte Prozentsätze der Antwortkategorien „sehr schwierig“ und „ziemlich schwierig“, für die TR- und die BKS- Stichproben. Gereiht nach dem durchschnittlichen Anteil der „schwierig“ Antworten in beiden GKM-Stichproben.

GK Indices	Wie einfach/schwierig ist es,...	% der "sehr" & "ziemlich schwierig"				Diff.	
		%	R.	%	R.		
		TR		BKS			
GKM-Q12	1	herauszufinden, welche Leistungen von der Krankenkasse bezahlt werden?	37,80%	26	34,80%	28	3,0%
GKM-Q12	7	eine(n) muttersprachliche(n) Ärztin oder Arzt zu finden?	55,70%	28	34,70%	27	21,0%
GKM-Q12	3	einen gesunden Lebensstil umzusetzen?	36,70%	25	33,80%	26	2,9%
HLS-EU-Q16	11	zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	32,30%	24	30,10%	25	2,2%
GKM-Q12	12	Therapiemöglichkeiten bei psychischen Problemen in Ihrer Muttersprache bzw. in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen?	41,20%	27	24,30%	24	16,9%
HLS-EU-Q16	8	Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen wie Stress oder Depression zu finden?	31,00%	23	22,50%	23	8,5%
GKM-Q12	8	einen Antrag auf eine Sozialleistung (Kur, Pflegegeld, etc.) zu stellen?	25,90%	20	20,90%	22	5,0%
HLS-EU-Q16	12	aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	22,70%	15	19,60%	21	3,1%
GKM-Q12	5	Herauszufinden, wie das Österreichische Gesundheitssystem organisiert ist?	28,40%	22	19,10%	20	9,3%
HLS-EU-Q16	5	zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	19,30%	10	17,60%	19	1,7%
HLS-EU-Q16	13	Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	20,70%	12	16,90%	18	3,8%
HLS-EU-Q16	15	Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	26,80%	21	15,80%	17	11,0%
HLS-EU-Q16	6	mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	20,50%	11	13,40%	16	7,1%
HLS-EU-Q16	2	herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	22,90%	17	12,00%	15	10,9%
HLS-EU-Q16	1	Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	22,80%	16	10,80%	14	12,0%
HLS-EU-Q16	14	Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	11,10%	4	10,80%	13	0,3%
GKM-Q12	10	in Ihrer Nähe Gesundheitsangebote (Beratung, etc.) zu finden, die Sie in Anspruch nehmen können?	24,60%	18	10,30%	12	14,3%
GKM-Q12	6	zu beurteilen, ob Sie in eine Arztpraxis oder eine Spitalsambulanz gehen sollten?	15,10%	7	10,00%	11	5,1%
HLS-EU-Q16	16	zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	17,20%	9	9,70%	10	7,5%
GKM-Q12	4	zu verstehen, warum Sie eine verordnete Diät einhalten sollten?	15,90%	8	9,60%	9	6,3%
GKM-Q12	9	ohne fremde Hilfe ein Formular auszufüllen?	20,70%	13	9,50%	8	11,2%
GKM-Q12	11	Informationen über Gesundheit in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen?	24,70%	19	7,10%	7	17,6%
HLS-EU-Q16	7	den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	5,00%	2	6,50%	6	-1,5%
HLS-EU-Q16	3	zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	11,70%	5	5,60%	5	6,1%
HLS-EU-Q16	9	Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	8,70%	3	5,30%	4	3,4%
HLS-EU-Q16	10	zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	14,70%	6	4,90%	3	9,8%
GKM-Q12	2	sich in einer Arztpraxis oder im Spital verständlich zu machen?	21,00%	14	3,40%	2	17,6%

HLS-EU-Q16	4	die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	4,70%	1	3,10%	1	1,6%
Durchschnittlicher Prozentsatz der 28 Fragen			22,80%		15,10%		7,7%

R. = Rangreihung

3.3.1 Aufgaben zur Krankheitsbewältigung

Bei den Aufgaben in der Domäne der Krankheitsbewältigung fällt auf, dass es beiden Migrantengruppen, insbesondere den Befragten der TR-Stichprobe, schwer fällt, muttersprachliche Gesundheitsdienste bzw. Dienste in einer für sie verständlichen Sprache zu finden. Mehr als die Hälfte der TR und mehr als ein Drittel der BKS haben damit Probleme (GKM-Q12-7). Auch empfinden 41,2% der TR und 24,3% der BKS es als besonders schwierig, Therapiemöglichkeiten bei psychischen Problemen in der Muttersprache bzw. in einer für die Befragten verständlichen Sprache zu bekommen (GKM-Q12-12).

Von den Befragten wurde es auch als besonders schwierig eingeschätzt, herauszufinden welche Leistungen von der Krankenkasse bezahlt werden (GKM-Q12-1). Ein Drittel der Befragten (37,8% TR/ 34,8% BKS) empfand dies als besonders schwierig, für die BKS ist dies die schwierigste Aufgabe. 28,4% der TR bzw. 19,1% der BKS haben Schwierigkeiten zu verstehen, wie das österreichische Gesundheitssystem organisiert ist (GKM-Q12-5). Als etwas leichter empfanden es die Befragten, Informationen über Therapien für Krankheiten, die sie betreffen, zu finden (HLS-EU-Q16-1) - im Survey geben 22,8% der TR und 10,8% der BKS an, Schwierigkeiten damit zu haben. Ähnlich schwierig empfinden es die Befragten herauszufinden, wo sie professionelle Hilfe erhalten können, wenn sie krank sind (HL-EU-Q16-2). 22,9% der TR bzw. 12,0% der BKS empfinden dies als schwierig und 25,9% der TR bzw. 20,9% der BKS als schwierig oder sehr schwierig, einen Antrag auf eine Sozialleistung (Kur, Pflegegeld, etc.) zu stellen (GKM-Q12-8).

Diese Ergebnisse bestätigen die Wahrnehmungen der befragten ExpertInnen, wonach sich viele MigrantInnen im österreichischen Gesundheitssystem nicht gut auskennen bzw. nicht verstehen, wie dieses funktioniert oder aufgebaut ist. So landen etwa viele Menschen mit ex-jugoslawischem Migrationshintergrund in den Spitalsambulanzen, was daran liegen könnte, dass es in Jugoslawien kaum praktische Ärzte, dafür aber Gesundheitszentren gab, ähnlich wie in Großbritannien.

Dagegen sind die Anteile derjenigen Befragten, die Schwierigkeiten bei der direkten Kommunikation mit VertreterInnen von Gesundheitsberufen haben, bedeutend geringer. So haben nur 5,6% der BKS bzw. 11,7% der TR Schwierigkeiten zu verstehen, was ihr Arzt ihnen sagt (HLS-EU-Q16-3), nur 3,1% der BKS bzw. 4,7% der TR, die Anweisungen ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme von verschriebenen Medikamenten zu verstehen (HLS-EU-Q16-4) und nur 5,0% der TR bzw. 6,5% der BKS beim Befolgen von Anweisungen ihres Arztes oder Apothekers (HLS-EU-Q16-7).

Eigene Urteile zu fällen ist häufiger schwieriger als das Befolgen von Anweisungen. 17,6% der BKS bzw. 19,3% der TR schätzen es als schwierig ein zu beurteilen, wann sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten (HLS-EU-Q16-5) und 10,0% der BKS bzw. 15,1% der TR fällt es schwer oder sehr schwer, zu beurteilen, ob sie in eine Arztpraxis oder in eine Spitalsambulanz gehen sollen (GKM-Q12-6).

Bei der Aufgabe, sich selbst in Arztpraxen oder Spitälern verständlich zu machen (GKM-Q12-2), ist der Unterschied zwischen den beiden Gruppen besonders groß: dies fällt den TR deutlich schwerer (21,0%) als den BKS(3,4%).

3.3.2 Aufgaben zur Prävention

Personen mit Migrationshintergrund nehmen im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung eher kurative als präventive Gesundheitsangebote in Anspruch. (Mayer, 2011, Statistik Austria, 2015; Statistik Austria, 2008; Wimmer-Puchinger et al., 2006). Einige der befragten ExpertInnen gaben etwa an, dass ältere MigrantInnen ebenso wie Männer besonders schwer von Präventionsangeboten erreicht werden können. Auch ein niedriges Bildungsniveau und Einkommen wirken sich negativ aus. Im Hinblick auf die Prävention von psychischen Erkrankungen werden diese Problematiken besonders deutlich.

Warum präventive Angebote von MigrantInnen seltener in Anspruch genommen werden, kann zum einen daran liegen, dass die Angebote nicht in der Lage sind, Bevölkerungsschichten zu erreichen, denen ein erhöhter Präventionsbedarf zugeschrieben wird, eben jenen, die sozial-ökonomisch benachteiligt sind (vgl. „Präventionsdilemma“ Bauer, 2005). Gerade MigrantInnen sind im Schnitt aber stärker sozioökonomisch benachteiligt als die autochthone Gesellschaft (Statistik Austria, 2011). Zum anderen besteht auch ein Informationsdefizit, d.h. MigrantInnen wissen nicht, welche Angebote ihnen zur Verfügung stehen und welchen Nutzen ihnen diese Angebote bringen können (Kuss, 2009).

Laut den befragten ExpertInnen wird Prävention v.a. von Personen der 1. Generation weitgehend vernachlässigt. Viele MigrantInnen seien der Ansicht, dass ein Arztbesuch im Vorhinein nicht sinnvoll sei. Im Survey geben 8,7% der TR-Befragten und 5,3% der BKS-Befragten an Schwierigkeiten zu haben, Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßigem Trinken zu verstehen. Auch Präventionsinformationen in den Medien wird verhältnismäßig wenig vertraut.

So geben im Survey 32,3% der TR-Befragten und 30,1% der BKS-Befragten an, dass Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien wenig vertrauenswürdig sind (HLS-EU-Q16-11). Immerhin noch ein Fünftel der Befragten (22,7% TR/ 19,6% BKS) gibt an, Schwierigkeiten damit zu haben, aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie sie sich vor Krankheiten schützen können (HLS-EU-Q16-12).

Die befragten ExpertInnen berichten ebenfalls, dass die meisten MigrantInnen erst dann eine/n ÄrztIn aufsuchen, wenn Beschwerden vorhanden sind bzw. wenn es unbedingt notwendig ist. Bei der jüngeren Generation sei das Präventionsverhalten aufgrund von Kindergarten- und Schulbesuch besser. Auch Frauen seien, teilweise über ihre Kinder, besser eingebunden. Unter den Fokusgruppen-TeilnehmerInnen variieren die Einstellungen gegenüber der Krankheitsprävention stark. Während einige die Wichtigkeit der Vorsorge betonen, verschieben andere das Thema Gesundheit generell ins höhere Alter, wenn sich erste Anzeichen von Erkrankungen zeigen würden. Einige Fokusgruppen-DiskutantInnen mit BKS-Hintergrund argumentierten, dass Vorsorgeuntersuchungen v.a. aus Zeitgründen bzw. wegen der Arbeit nicht in Anspruch genommen würden. Vorsorgeuntersuchungen würden daher auf „später“, also auf die Pension, verschoben. Dennoch gaben Fokusgruppen-Teilnehme-

rInnen häufig an, die allgemeine Gesundenuntersuchung in Anspruch zu nehmen bzw. Mammographien durchzuführen. Allerdings wurde in den Fokusgruppen-Diskussionen auch deutlich, dass einige türkischstämmige TeilnehmerInnen zum Teil falsch informiert waren, z.B. bezüglich der Kosten von Angeboten. Personalisierte Einladungen zu Untersuchungen waren vielen Fokusgruppen-TeilnehmerInnen wichtig.

Im Survey gaben ein Drittel der TR- und knapp ein Viertel der BKS-Befragten an, Schwierigkeiten zu haben, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen wie Stress oder Depression zu finden (Q16-8) und 14,7% der TR-Befragten und 4,9% der BKS-Befragten haben Schwierigkeiten zu verstehen, warum er/sie eine Vorsorgeuntersuchung durchführen lassen sollte (HLS-EU-Q16-10).

3.3.3 Aufgaben zur Gesundheitsförderung

Auch für Gesundheitsförderung gilt, dass MigrantInnen eher kurative Angebote in Anspruch nehmen (Vgl. Kap. 3.3.2). Vor allem TR-Befragte (24,6% TR gegenüber 10,3% BKS) haben Schwierigkeiten, in der Nähe gelegene Beratungsangebote zu finden, die sie in Anspruch nehmen können (GKM-Q12-10) bzw. (24,7% TR gegenüber 7,1% BKS) Informationen über Gesundheit in einer für sie verständlichen Sprache zu bekommen (GKM-Q12-11). Hingegen haben etwas mehr BKS-Befragte (20,7% TR/ 16,9% BKS) Schwierigkeiten, Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für ihr psychisches Wohlbefinden sind (HLS-EU-Q16-13).

In etwa gleich schwierig oder sehr schwierig ist es für beide Gruppen, jeweils für mehr als ein Drittel der Befragten (36,7% TR/ 33,8% BKS), einen gesunden Lebensstil umzusetzen (GKM-Q12-3) - bzw. für in etwa jede(n) 10te(n) (11,1% TR/ 10,8% BKS), Gesundheitsratschläge von Familie oder Freunden zu verstehen (HLS-EU-Q16-14).

3.4 Skalen- und Indexbildung: die HLS-EU-Q16 Skala und der GKM-Q12 Index

3.4.1 Kalkulation, Reliabilität, Validität und Korrelation der Skala (HLS-EU-Q16) und des Index (GKM-Q12)

3.4.1.1 Kalkulation

Der Score der HLS-EU-Q16 Skala wird anhand der dichotomisierten Antwortkategorien der 16 Items berechnet. Den Antwortkategorien „sehr einfach“ und „ziemlich einfach“ wird der Wert 1 zugewiesen, den Antwortkategorien „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“ der Wert 0, und dementsprechend wird der HLS-Q16-Score als einfacher Summenscore berechnet. Damit ist ein Summenscore zwischen 0 und 16 Punkten möglich, wobei 0 der geringste und 16 der höchste und beste GK-Wert ist. Der Summenscore wird nur für Personen berechnet, die zumindest 14 der 16 Items des Instruments (gültig) beantwortet haben.

Für die Kalkulation des migrationspezifischen GKM-Q12-Index wurden jeder Antwortkategorie die gleichen numerischen Werte wie bei den HLS-EU-Q16-Items zugewiesen: 1=sehr schwierig, 2=ziemlich schwierig, 3=ziemlich einfach, 4=sehr einfach. D.h. für diese Indexbildung wurden die Items nicht wie für die HLS-EU-Kurzskala dichotomisiert, sondern wie die Indices des HLS-EU-Q47-Instruments berechnet. Der GKM-Q12-Index wurde aber auf eine Metrik zwischen 0 und 12 transformiert³⁷. Höhere Werte drücken eine bessere Gesundheitskompetenz aus.

Das mögliche Minimum des GKM-Q12-Index beträgt 0 und kann nur erreicht werden, wenn eine Person sämtliche im Index zusammengefasste Items als „sehr schwierig“ beantwortet hat. Der mögliche Maximalwert des Index beträgt 12 und wird erreicht, wenn eine Person alle 12 Items mit „sehr einfach“ beantwortet.

Der Index wurde nur für jene Personen berechnet, die zumindest 80% der GKM-Q12-Items beantwortet hatten. Aufgrund dieser Voraussetzung konnte für 0,3% in der TR-Stichprobe, aber für 8,3% in der BKS-Stichprobe kein GKM-Q12-Index berechnet werden, da die BKS im Durchschnitt mehr Fragen nicht beantwortet hatten als die TR, vor allem bei auf die Muttersprache bezogenen Fragen³⁸

3.4.1.2 Reliabilität

Die Reliabilität des GKM-Q12-Index wurde durch den Alpha-Koeffizienten nach Cronbach überprüft. Dieses Maß für interne Konsistenz misst, in welchem Ausmaß die Items eines Index miteinander zusammenhängen (Cortina, 1993). Alpha-Koeffizienten können Werte zwischen minus unendlich und 1 annehmen, wobei Werte ab 0,7 als ausreichend angesehen werden, um einen ausreichenden Zusammenhang zwischen jedem Einzel-Item und allen anderen Items im Index anzunehmen (Tavakol & Dennick, 2011). Die Alpha-Koeffizienten geben also darüber Auskunft, ob die Items, die dem gleichen Index zugeordnet wurden, inhaltlich auch zusammenpassen, d.h. ob sie etwas Ähnliches messen.

Aufgrund des Datenniveaus der Indikatoren der Gesundheitskompetenz-Indices wurden als Basis für das Cronbach's Alpha die durchschnittlichen (Pearson) Korrelationen der Items innerhalb eines Index gewählt (vgl. Tabelle 3-9). Die durchschnittlichen Korrelationen der einzelnen Items der HLS-EU-Q16-Skala und des GKM-Q12-Index sind recht ähnlich für die unterschiedlichen Stichproben. Für die HLS-EU-Q16-Skala sind die Korrelationen in den GKM-Stichproben sogar etwas höher als in der Österreichstichprobe (vgl. Tabelle 3-9). Die auf Basis dieser Korrelationen berechneten Cronbach's Alpha-Koeffizienten liegen für beide Indices deutlich über den akzeptablen Schwellenwerten von 0,7 bzw. 0,6³⁹ (siehe Tabelle 3-10).

³⁷ Und nicht wie die HLS-EU-Q47 Indices auf eine Metrik zwischen 0 und 50.

³⁸ Höchsten Anteil an fehlenden Werten hatten folgende Items: „GKM-Q12-7 eine muttersprachliche Ärztin oder Arzt zu finden?“ (BKS: 19,4%, TR: 5,3% fehlende Werte); GKM-Q12-2 Therapiemöglichkeiten bei psychischen Problemen in Ihrer Muttersprache bzw. in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen? (BKS 15,1%, TR 4,3% fehlende Werte); GKM-Q12-8 einen Antrag auf eine Sozialleistung (Kur, Pflegegeld, etc.) zu stellen? (BKS:14,8%, TR: 7,3% fehlende Werte) (vgl. auch entsprechende Tab. im Anhang).

³⁹ Meist werden Werte ab 0,7 als ausreichend angesehen (Nunnally & Bernstein, 1994) bzw. zumindest in der explorativen Phase auch ein Schwellenwert von 0,6 (Lance et al., 2006; Garson, 2012), um einen Zusammenhang zwischen jedem Einzel-Item und allen anderen Items im Index anzunehmen.

Tabelle 3-9: Durchschnittliche Pearson-Korrelationskoeffizienten (aller inkludierten Items miteinander) der HLS-EU-Q16-Skala und des GKM-Q12-Index für die TR- (N=300), die BKS- (N=325) und die HLS-Ö-Stichproben (N=1813)

Ø Pearson-Korrelation	TR	BKS	HLS-Ö
HLS-EU-Q16	,33	,37	,31
GKM-Q12	,37	,30	n. a.

Tabelle 3-10: Cronbach's Alpha für die HLS-EU-Q16-Skala und den GKM-Q12-Index für die TR- (N=300), die BKS- (N=325) und die HLS-Ö-Stichproben (N=1813)

Cronbach's Alpha	TR	BKS	HLS-Ö
HLS-EU-Q16	,89	,90	,96
GKM-Q12	,87	,84	n. a.

Während Cronbach's Alpha-Koeffizienten die interne Konsistenz eines Indexes quantifizieren, sagen sie aber nichts über die Homogenität oder Eindimensionalität aus und können nicht als Nachweis für die Validität eines Instruments interpretiert werden (Cortina, 1993). Daher wurden beide GK-Indices auf Rasch-Homogenität überprüft (siehe 3.3.1.3).

3.4.1.3 Validität

Die HLS-EU-Q16-Skala ist eine 16-Item-Kurzform des ursprünglichen, 47 Items umfassenden HLS-EU-Instruments. Die Items der Kurzform wurden so ausgewählt, dass die Item-Matrix des Kerninstruments (Tabelle 3-1) möglichst gut und ausgewogen repräsentiert ist und gleichzeitig möglichst gute psychometrische Eigenschaften aufweist. Das Ergebnis dieses Optimierungsprozesses waren 16 Items mit dichotomen Antwortkategorien, die bis auf die Informationsanwendung im Bereich der Gesundheitsförderung die inhaltliche Breite des HLS-EU-Instruments abdecken. Zusätzlich zur Item-Reduktion wurde auch die Anzahl der Antwortkategorien für die Skalenbildung dichotomisiert, die Antwortkategorien „sehr einfach“ und „ziemlich einfach“ bzw. „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“ wurden für die Skalenberechnung zu „einfach“ und „schwierig“ zusammengefasst.

Die Konstruktvalidität dieser 16-Item-Skala wurde von internationalen Daten aus der HLS-EU-Studie geprüft. Die Rasch-Homogenität⁴⁰ der Kurzform konnte bestätigt werden.

In einer Überprüfung innerhalb der GKM-Studie erfüllte das HLS-EU-Q16-Instrument auch in der TR- und BKS-Stichprobe die Rasch-Homogenitätskriterien (siehe Anhang D), der GKM-Q12 jedoch nicht. Dies ist nicht verwunderlich, da das HLS-EU-Q16-Instrument aus ursprünglich 47 Items aus-

⁴⁰ Mit ausführlichen psychometrischen Analysen unter Anwendung des Rasch-Modells (Software: eRm Package der Plattform R) konnte die Rasch-Homogenität der Kurzform für alle acht nationalen Teilstichproben bestätigt werden. Dabei wurden in jedem Land Teilstichproben miteinander verglichen, um die relativen Itemschwierigkeiten zwischen den Gruppen auf ihre Unterschiede hin zu testen (α Level 0,01; Alpha-Anpassung nach Bonferroni).

Folgende Teilstichproben wurden dabei auf nationaler Ebene miteinander verglichen: (a) Personen mit hoher und niedriger GK (Teilungskriterium: Median), (b) Männer und Frauen (Teilungskriterium: Geschlecht) (c) Personen mit/ohne Matura (oder Vergleichbares in anderen Ländern) (Teilungskriterium: Bildung). Diese Analysen ergaben, dass mit der Kurzform auf nationaler Ebene verschiedenste Gruppen von Erwachsenen (15+) fair miteinander verglichen werden können. Die gleichen 16 Items, die für die Erwachsenenstichprobe als Kurzform entwickelt wurden, sind auch für eine Stichprobe 15-jähriger österreichischer Jugendlicher mittels eines Rasch-Modells (Software LpcmWin) auf ihre Homogenität bezüglich wichtiger Gruppenvergleiche erfolgreich überprüft worden (Röthlin et al., 2013).

gewählt wurde. Der GKM-Q12-Index dagegen enthält alle Items, die auf Basis der qualitativen Studie entwickelt wurden. Die Content- und Face-Validity (Inhaltsvalidität) dieses Instruments ist daher durch diese qualitative Studie abgesichert. Es würde sich aber lohnen, das Instrument weiterzuentwickeln und als migrantenspezifisches Gesundheitskompetenzmaß zu propagieren.

3.4.1.4 Korrelation der HLS-EU-Q16-Skala mit dem GKM-Q12-Index

Betrachtet man die Korrelationen der beiden Indices, die in der TR-Stichprobe etwas höher als in der BKS-Stichprobe sind, so deuten Zusammenhangsstärken von etwa $r=0,6$ (Pearson-Korrelation) in beiden Stichproben (vgl. Tabelle 3-11) auf einen starken, aber nicht sehr starken oder gar perfekten linearen Zusammenhang hin (Brosius, 1998). Damit bestätigt sich, dass der GKM-Q12-Index zwar etwas Ähnliches nämlich Gesundheitskompetenz aber doch auch etwas Unterschiedliches nämlich migrantenspezifische Gesundheitskompetenz (im Vergleich zur allgemeinen HLS-EU-Q16-Skala) misst. Daher kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Indices einander ersetzen können. Aus diesem Grund werden im weiteren Verlauf dieses Berichts Analysen und Ergebnisse jeweils für beide Indices präsentiert.

Tabelle 3-11: Pearson-Korrelationskoeffizienten der beiden Gesundheitskompetenzmaße (HLS-EU-Q-16 und GKM-Q12) für die TR- (N=300) und die BKS- (N=325) Stichproben

	TR	BKS
R	,686**	,539**

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig) ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

3.4.2 Verteilungen und Verteilungsmaße der allgemeinen Gesundheitskompetenz-Skala und des migrantenspezifischen Gesundheitskompetenz-Index

3.4.2.1 Verteilung und Verteilungsmaße der allgemeinen HLS-EU-Kurzskala (HLS-EU-Q16)

Die allgemeine GK-Skala ist auch für die beiden Migranten-Gruppen, sogar etwas stärker als für die HLS-Ö, links-schief verteilt. Es gibt einen starken Deckeneffekt für bessere GK-Skalenwerte, d.h. die Skala differenziert nicht mehr diejenigen mit einer sehr guten Gesundheitskompetenz. Ein Vergleich der Mittelwerte (vgl. Tabelle 3-12), der Summenkurven (vgl. Abbildung 3-5) und der Histogramme (vgl. Abbildung 3-4) ergibt, wie bereits die Verteilungen der GK-Einzelitems (vgl. Kap. 4.1) erwarten lassen, dass Personen mit einem Migrationshintergrund aus der Türkei oder aus Ex-Jugoslawien eine bessere GK haben als Personen der HLS-Ö-Stichprobe.

Personen mit Migrationshintergrund aus Ex-Jugoslawien (Mittelwert =13,80; Median =15) haben eine bessere GK als Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei (Mittelwert =12,92, Median =14) und beide haben eine bessere GK als ÖsterreicherInnen in der HLS-Ö-Stichprobe (Mittelwert =11,96; Median =13) (vgl. Tabelle 3-12). Das Balkendiagramm zeigt auf, dass diese Mittelwertsunterschiede vor allem dadurch zustande kommen, dass MigrantInnen öfter sehr hohe Werte in der GK-Skala erzielten. Das hängt u.a. mit ihrer Tendenz zusammen, die Kategorie „sehr einfach“ bei der Beantwortung der Einzelfragen zu präferieren (vgl. Kap. 3.2.1). Auch die Standardabweichungen unterscheiden sich deutlich (SD TR=3,26; SD BKS=2,84; SD HLS-Ö=3,47). Die beiden Migrantengruppen besonders die BKS sind bezüglich der Gesundheitskompetenz homogener als die Ö-Stichprobe.

Diese unerwarteten Ergebnisse zur ersten Forschungsfrage, dem Vergleich der beiden Migrantengruppen mit der Gesamtbevölkerung werden in Kapitel 3.5 weiter analysiert und interpretiert.

Im Hinblick auf die zweite Forschungsfrage, dem Vergleich der beiden Migrantengruppen, so unterscheiden sich ihre Mittelwerte nicht mehr signifikant voneinander, wenn der Einfluss der sozialen Determinanten in einer multiplen Regression berücksichtigt wird (vgl. Anhang). Die unterschiedlichen Durchschnitte der beiden Migrantengruppen sind also eher auf deren unterschiedliche sozioökonomische und demographische Profile in den Stichproben bzw. Populationen zurückzuführen als auf unterschiedliche Migrationshintergründe bzw. kulturelle Unterschiede.

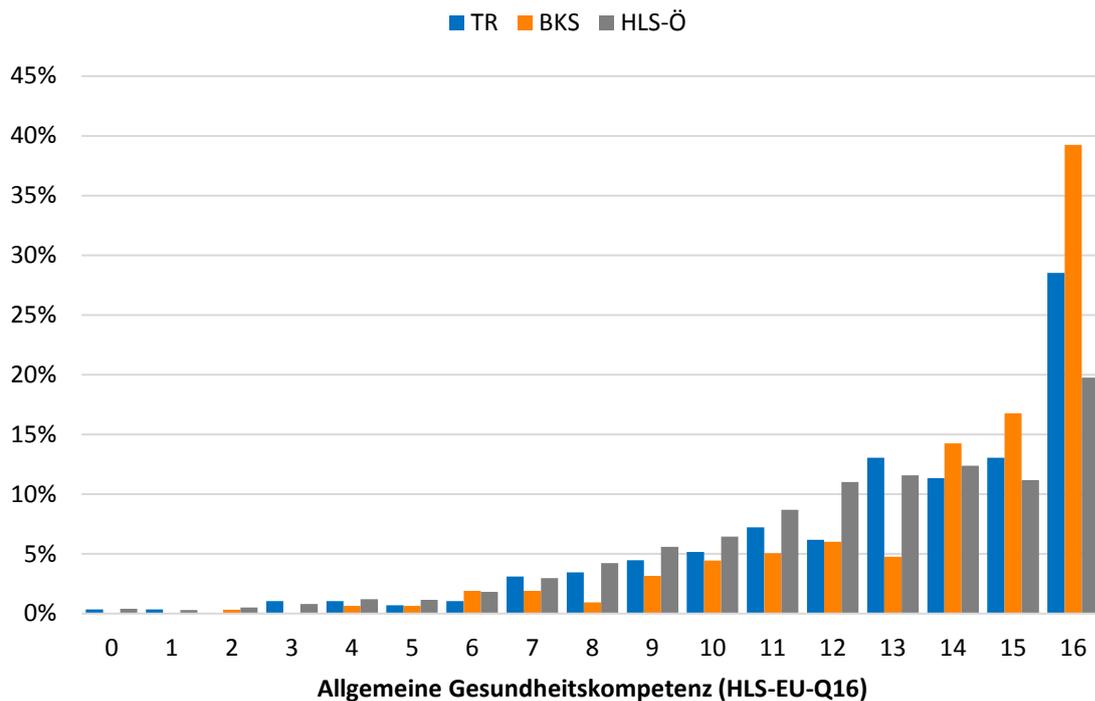


Abbildung 3-4: Histogramm der Verteilung der HLS-EU-Q16-Skala (in %) für die TR-, die BKS- und die HLS-Ö-Stichproben

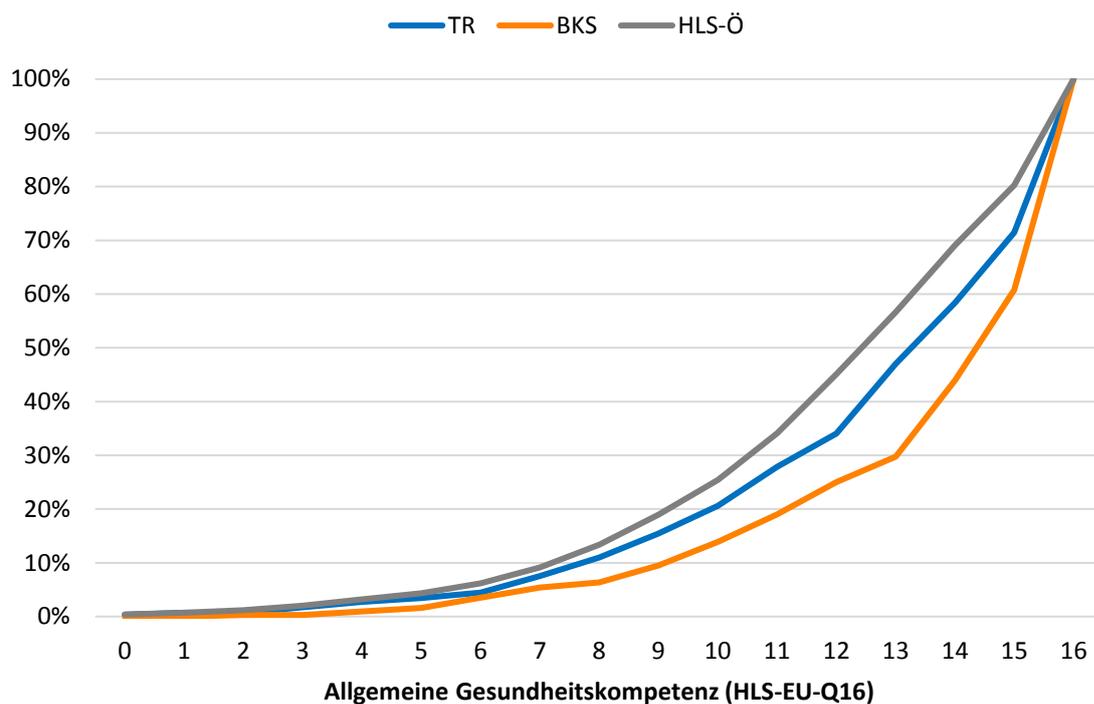


Abbildung 3-5: Summenkurven der kumulativen Häufigkeiten des HLS-EU-Q16 Gesundheitskompetenzskala für die TR-, BKS- und die HLS-Ö-Stichproben

Tabelle 3-12: Deskriptive Statistiken für die HLS-EU-Q16-Skala für TR- (N=300), BKS- (N=325) und HLS-Ö-Stichproben (N=1800)

		HLS-EU-Q16		
		TR	BKS	HLS-Ö
N	Gültig	291 (97,0%)	316 (97,2%)	1737 (95,8%)
	Fehlend	9 (3,0%)	9 (2,8%)	76 (4,2%)
Mittelwert		12,92	13,80	11,96
Std. Fehler des Mittelwertes		0,19	0,16	0,08
Median		14	15	13
Std. Abweichung		3,26	2,84	3,468
Schiefe		-1,25	-1,55	-0,88
Kurtosis		1,36	1,99	0,06
Range		16,00	14,00	0,31
Minimum		0,00	2,00	16
Maximum		16	16	0
Perzentile	10	8,0	10,0	7
	20	10,0	12,0	9
	25	11,0	12,3	10
	30	12,0	14,0	11
	40	13,0	14,0	12
	50	14,0	15,0	13
	60	15,0	15,0	13
	70	15,0	16,0	14
	75	16,0	16,0	15
80	16,0	16,0	15	
90	16,0	16,0	16	

3.4.2.2 Verteilung und Verteilungsmaße des migrationspezifischen Gesundheitskompetenz-Index (GKM-Q12)

Der GKM-Q12-Index ist für die TR- und BKS-Stichprobe eingipfelig verteilt und hat einen leichten Deckeneffekt, d.h. unterscheidet bei hohen Werten nicht mehr weiter. (vgl. Abbildung 3-6).

Analog zur allgemeinen GK haben Personen mit BKS-Hintergrund auch eine im Schnitt signifikant bessere migrationspezifische GK als Personen mit Hintergrund in der Türkei. Dabei haben die TR mit 8,19 nicht nur einen niedrigeren Mittelwert als die BKS mit 9,21, sondern mit 2,44 auch eine höhere Standardabweichung als die BKS mit 1,93 (vgl. Tabelle 3-13).

Der Unterschied zugunsten der BKS bleibt auch dann signifikant erhalten, wenn der Einfluss der sozialen Determinanten berücksichtigt wird (siehe Anhang). Er kann also nicht auf die unterschiedlichen sozioökonomischen und demographischen Stichprobenprofile der beiden Stichproben zurückgeführt werden, sondern wohl auf kulturelle oder migrationspezifische Unterschiede der beiden Gruppen von MigrantInnen.

In Kapitel 3.5 werden die Unterschiede in der GK der beiden Gruppen zur Beantwortung der Forschungsfrage zwei weiter analysiert und interpretiert.

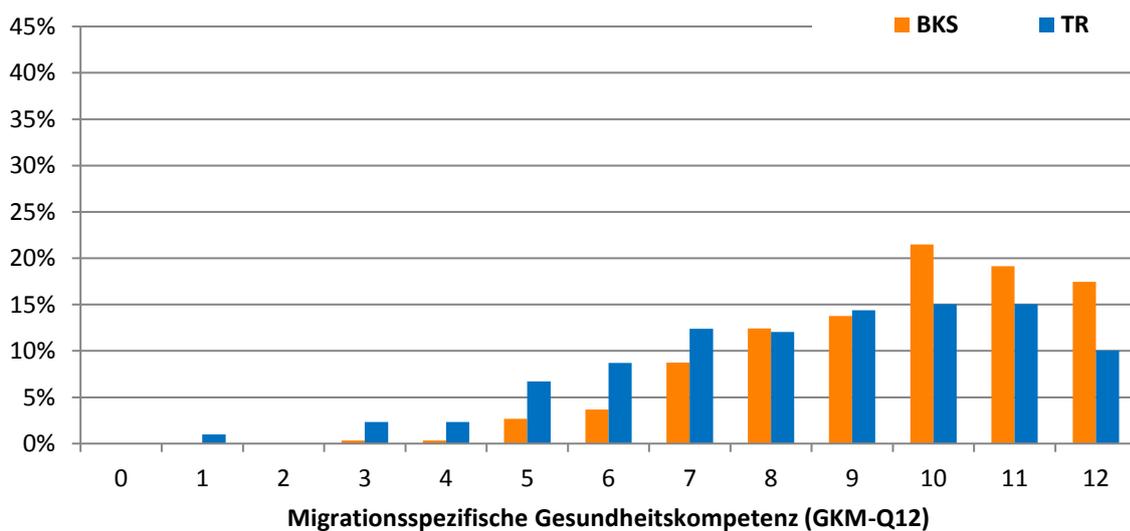


Abbildung 3-6: Histogramm der Verteilung des GKM-Q12 Index (in %) für die TR- und BKS-Stichproben

Tabelle 3-13: Deskriptive Statistik für den GKM-Q12-Index für die TR- und BKS-Stichproben

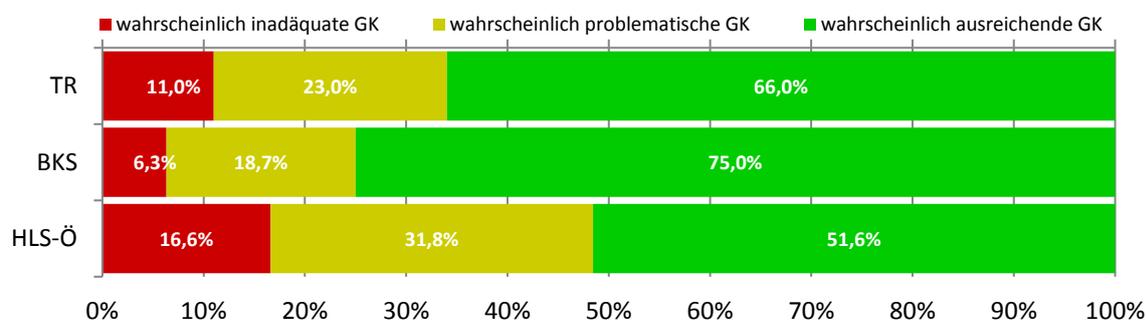
		GKM-Q12	
		TR	BKS
N	Gültig	299 (99,7%)	298 (91,7%)
	Fehlend	1 (0,3%)	27 (8,3%)
Mittelwert		8,19	9,21
Std. Fehler des Mittelwertes		0,14	0,11
Median		8,67	9,33
Std. Abweichung		2,44	1,93
Schiefe		-0,58	-0,56
Kurtosis		-0,14	-0,30
Range		11,67	9,00
Minimum		0,33	3,00
Maximum		12	12
Perzentile	10	4,7	6,7
	20	6,0	7,6
	25	6,5	7,7
	30	6,9	8,3
	40	7,7	9,0
	50	8,7	9,3
	60	9,1	10,0
	70	10,0	10,7
	75	10,2	10,7
	80	10,3	11,0
	90	11,3	11,7

3.5 Gesundheitskompetenz-Level (HLS-EU-Q16) und Bestimmung von benachteiligten Gruppen mit überdurchschnittlichen Anteilen limitierter Gesundheitskompetenz

3.5.1 Bestimmung der Levels

Für den HLS-EU-Q16-Index wurden, wie auch für die Langform des Instruments (HLS-EU-Q47), Levels für GK definiert⁴¹ – basierend auf den Ergebnissen der HLS-EU Studie und der HLS-EU Österreichstudie (HLS-EU Consortium 2012, Pelikan et al. 2013). Da die Verteilung der HLS-EU-Q16 Kurzform im Gegensatz zur HLS-EU-Q47 Langform nicht normalverteilt, sondern linksschief ist, d.h. im oberen Bereich nicht mehr so genau differenziert, wurden statt vier Levels nur drei gebildet und damit auf eine Unterscheidung von „exzellenter“ und „ausreichender“ Gesundheitskompetenz verzichtet. Die drei Levels wurden (auch wegen der linksschiefen Verteilung) etwas vorsichtiger benannt und unterscheiden zwischen „wahrscheinlich ausreichender“ (13-16 Punkte), „wahrscheinlich problematischer“ (9-12 Punkte) und „wahrscheinlich inadäquater“ (0-8 Punkte) Gesundheitskompetenz.

Erwartungsgemäß zeigt auch die Betrachtung der Prozentsätze der Levels das bereits bekannte unerwartete Ergebnis: die beiden GKM-Gruppen haben eine bessere Gesundheitskompetenz als die Österreichstichprobe. Personen mit BKS-Hintergrund haben einen viel niedrigeren Anteil an Personen mit limitierter GK (25%) als Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei (34%) oder Personen aus der HLS-Ö-Stichprobe (48,4%). (Vgl. Abbildung 3-7) Diese Unterschiede sind ziemlich beträchtlich, hat doch in der Österreichstichprobe fast jeder Zweite eine wahrscheinlich limitierte Gesundheitskompetenz, dagegen bei den TR nur jeder Dritte und bei den BKS sogar nur jeder Vierte.



TR[N=291] | BKS[N=316] | HLS-Ö[N=1737]

Abbildung 3-7: Prozentverteilung der unterschiedlichen Levels des allgemeinen Gesundheitskompetenz-Index (HLS-EU-Q16) für TR-, BKS- und HLS-Ö-Stichproben

Daher ist es notwendig genauer zu untersuchen, wie dieses unerwartete Ergebnis zustande kommt und wie es interpretiert werden kann (vgl. Kap. 3.5).

⁴¹ Für den GK-Index des Instruments GKM-Q12 gibt es (noch) keine definierten Levels der migrationspezifischen GK!
LBIHPR | 2016

3.5.2 Benachteiligte Personengruppen mit überdurchschnittlichen Anteilen an Personen mit limitierter allgemeiner Gesundheitskompetenz

Als benachteiligte Personengruppen werden im Folgenden wie auch in den HLS-EU-Berichten Gruppen mit überdurchschnittlich hohen Anteilen an Personen mit limitierter (= inadäquater oder problematischer) allgemeiner Gesundheitskompetenz verstanden. Für die TR-Stichprobe beträgt dieser Anteil 33%, für die BKS-Stichprobe 25% und für die HLS-Ö Stichprobe 48,4%. Gruppen, die diesen Anteil um mindestens 5% übersteigen, werden in Tabelle 3-14 als benachteiligte Gruppen dargestellt.

3.5.2.1 Benachteiligte Personengruppen: Ein Vergleich zwischen den beiden Migrantengruppen und Österreich

Im Vergleich mit der HLS-Ö Stichprobe sind die die benachteiligte Gruppen in der TR-, der BKS- und der HLS-Ö-Stichprobe ähnlich. Folgende Gruppen haben in der TR-, der BKS- und der HLS-Ö-Stichprobe den größten Anteil an Personen mit überdurchschnittlicher niedriger GK:

- Finanziell schwache Personen (d.h. die Schwierigkeiten haben, Rechnungen oder Medikamente zu bezahlen oder sich einen Arzt leisten zu können)
- Personen mit einem selbst-eingeschätzten schlechten Gesundheitsstatus (Personen mit einem schlecht eingeschätzten Gesundheitszustand, mit Langzeiterkrankungen, mit gesundheitsbedingten Einschränkungen)
- Personen, die häufig das Krankenbehandlungssystem aufsuchen (außer andere Gesundheitsberufe als Ärzte).

Entsprechend den unterschiedlichen Niveaus der GK in den drei Stichproben erreichen dabei bei den HLS-Ö sieben Untergruppen Werte über 60%, bei den TR fünf Untergruppen Werte über 50% und bei den BKS sechs Untergruppen Werte über 40% (vgl. Tabelle 3-10).

Tabelle 3-14: Benachteiligte Gruppen (mit überdurchschnittlich hohem Anteil in der jeweiligen Stichprobe, von Personen mit limitierter GK (HLS-EU-Q16) im Zusammenhang mit allgemeinen sozialen Determinanten und gesundheitsbezogenen Konsequenzen in der TR-, BKS- und HLS-Ö-Stichproben

			TR		BKS		HLS-Ö	
			HLS-EU-Q16					
			Limitierte GK (inadäquat + problematisch)					
			N	%	N	%	N	%
Gesamt			99	34,0%	79	25,0%	842	48,4%
Soziale Determinanten	Alter	über 55 Jahre	16	40,0%	x	x	309	55,1%
	Bildung	Keine Pflichtschule/Pflichtschule	56	45,2%	17	45,9%	216	60,5%
	Sozialer Status	unteren 40%	x	x	20	46,5%	145	64,7%
	Medikamente leisten	sehr oder eher schwierig	25	58,1%	22	55,0%	147	63,4%
	Arzt leisten	Eher einfach	36	40,0%	29	38,2%	x	x
		sehr oder eher schwierig	19	57,6%	16	47,1%	104	75,0%
	Schwierigkeiten Rechnungen zu bezahlen	meistens oder manchmal	68	50,7%	28	31,5%	268	57,1%
Gesundheitsstatus	BMI	Adipositas	24	38,1%	18	36,7%	106	55,0%
	Selbst-eingeschätzte Gesundheit	mittelmäßig bis sehr schlecht	59	52,2%	30	40,5%	322	66,8%
	Langzeiterkrankungen	eine oder mehrere	50	40,7%	36	33,3%	356	59,6%
	Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag	eingeschränkt oder erheblich eingeschränkt	46	47,9%	30	40,0%	314	63,9%
Inanspruchnahme des KB-Systems	Notdienst in den letzten 12 Monaten	3 mal oder öfter	x	x	x	x	38	67,9%
	Krankenhaus in den letzten 12 Monaten	1 mal oder öfter	32	37,2%	24	30,8%	277	59,6%
	Arzt in den letzten 12 Monaten	3 mal oder öfter	59	42,4%	43	29,9%	466	53,6%
	Andere Gesundheitsberufe in den letzten 12 Monaten	nie	x	x	18	33,3%	x	x
		3 mal oder öfter	x	x	x	x	252	56,2%
		6 mal oder öfter	15	48,4%	x	x	x	x
Spitalsambulanz in den letzten 12 Monaten	3mal oder öfter	16	53,3%	12	41,4%	X ¹	X ¹	

X keine benachteiligte Gruppe oder zu kleine Stichprobe (Stichproben unter N=10 sind in dieser Tabelle nicht dargestellt)

X¹ wurde in der österreichischen Studie nicht erhoben.

3.5.2.2 Benachteiligte Gruppen: Ein Vergleich zwischen den beiden Migrantengruppen

Nimmt man über 50% bei den TR und über 40% bei den BKS zum Maßstab, dann haben bei den TR vor allem Personen, die sich in Österreich nicht heimisch fühlen bzw. die wenig Selbstvertrauen haben, eine relativ stark limitierte GK. Bei den BKS spielen der Migrationsstatus und das Selbstvertrauen nur eine geringe Rolle, aber Personen mit geringem Vertrauen in das österreichische Krankenbehandlungssystem bzw. mit schlechten Interaktionserfahrungen in diesem haben eine deutlich erhöhte limitierte GK (vgl. Tabelle 3-15).

Tabelle 3-15: Benachteiligte Gruppen (mit überdurchschnittlich hohem Anteil in der jeweiligen Stichprobe, von Personen mit limitierter GK (HLS-EU-Q16) in der TR, BKS und HLS-Ö Stichproben

			TR		BKS	
			HLS-EU-Q16			
			Limitierte GK (inadäquat + problematisch)			
			N	%	N	%
Gesamt			99	34,0%	79	25,0%
Interaktionserfahrungen im KB-System	Ungerecht behandelt aufgrund von Herkunft	Manchmal bis immer	35	41,7%	19	52,8%
	Genug Zeit nehmen	manchmal bis nie	41	40,2%	39	40,2%
	Ernst nehmen	manchmal oder nie	33	38,8%	24	42,9%
		Sehr selten bis nie	14	45,2%	x	x
	Zu schnelles Sprechen	Manchmal bis immer	32	45,1%	58	47,5%
	Beim Sprechen unterbrochen	Manchmal bis immer	42	41,6%	25	41,7%
	Sarkastischer unfreundlicher Ton	Manchmal bis immer	41	44,1%	25	43,9%
	Index Interaktionserfahrung im KB-System	Schlechte Erfahrungen (4-5Pkt)	59	41,8%	41	47,7%
Vertrauen in das Österreichische KB-System			24	47,1%	11	61,1%
Migrationssp. Det.	Migrationserfahrung der Eltern	beide Eltern wurden im Ausland geboren	x ³	x ³	x ³	x ³
	Migrationsstatus	1.Generation	86	39,4%	x	x
	Aufenthalt Status	Ohne Österreichische Staatsbürgerschaft	37	44,6%	21	29,6%
	Fühlt sich in Österreich heimisch	überhaupt nicht heimisch / weniger heimisch	26	51,0%	6	46,2%
	Gefühl von Benachteiligung	Immer/meistens	64	35,8%	36	33,0%
Psychische Det.	RSS1: Manchmal fühle ich mich wertlos.	trifft eher zu bis trifft voll und ganz zu	28	44,4%	27	48,2%
	RSS2: Ich glaube, dass ich eine Reihe an sehr guten Eigenschaften habe.	weder noch bis trifft überhaupt nicht zu	12	40,0%	8	47,1%
	RSS3: Ich kann Dinge ebenso gut wie die meisten anderen Leute.	trifft eher nicht zu bis trifft überhaupt nicht zu	12	54,5%	10	45,5%
	RSS4: Ich habe das Gefühl, ein wertvoller Mensch zu sein, mit anderen mindestens auf gleicher Stufe zu stehen.	trifft eher nicht zu bis trifft überhaupt nicht zu	14	43,8%	x	x
		weder noch bis trifft überhaupt nicht zu	x	x	14	41,2%
	RSS6: Bestimmt gibt es Zeiten, in denen ich mich nutzlos fühle.	trifft voll und ganz zu bis trifft eher zu	42	39,3%	33	40,2%
	Rosenbergskala	Wenig Selbstvertrauen (3 bis 5 Punkte)	18	54,4%	8	47,1%
	LOC1: Ich habe mein Leben selbst in der Hand	trifft gar nicht zu bis trifft wenig zu	31	73,8%	8	42,1%
	LOC2: Wenn ich mich anstrengte, werde ich auch Erfolg haben	trifft gar nicht zu bis trifft wenig zu	18	51,4%	12	42,9%
Index Internaler LOC	Geringer Internaler LOC (0 bis 2,5 pkt)	27	48,3%	27	61,4%	

LOC3: Mein Leben wird zum großen Teil von anderen bestimmt	trifft ziemlich zu bis trifft voll und ganz zu	x	x	25	37,9%
	trifft voll und ganz zu	15	39,5%	x	x
LOC 4: Meine Pläne werden oft vom Schicksal durchkreuzt	trifft ziemlich zu bis trifft voll und ganz zu	44	41,5%	38	35,2%
Index Externaler LOC	Hoher Externaler LOC (2,6 bis 4 Pkt.)	13	48,1%	9	50,0%

3.6 Ein Vergleich der allgemeinen Gesundheitskompetenz der beiden Migrantengruppen (TR, BKS) mit den „ÖsterreicherInnen“ (HLS-Ö) - Ergebnisse zur ersten Forschungsfrage

Sowohl die Auswertungen der Einzelitems zur allgemeinen GK (vgl. Kap. 3.2.1) wie dann die Maßzahlen des allgemeinen GK-Index (vgl. Kap. 3.4.2) haben das unerwartete Ergebnis erbracht, dass die beiden Migrantengruppen eine bessere GK haben als die ÖsterreicherInnen der HLS-Ö Stichprobe. Für die Einzelaufgaben wurde auch gezeigt, dass diese bei den MigrantInnen stark nach migrations-spezifischen Indikatoren variieren. Aber nur für wenige Aufgaben und nur bei den „schlechter integrierten“ TR zeigte sich dann auch die erwartete größere Schwierigkeit im Vergleich zu den HLS-Ö (vgl. Abb. 3-4).

Im Zusammenhang mit dieser unerwarteten Beantwortung der Aufgaben wurden dann auch mögliche Erklärungen formuliert, die hier noch einmal zusammengefasst dargestellt werden:

- MigrantInnen zeigten eine Tendenz, die Antwortkategorie „sehr einfach“ relativ öfter zu verwenden, was dreierlei unterschiedliche Ursachen haben kann:
 - o Erhebungstechnische (vgl. Kap. 2.4), d.h. sequentielles Vorlesen der Antwortkategorien „sehr einfach“ bis „sehr schwierig“ im Telefoninterview statt gleichzeitige Vorgabe auf einer Karte in den persönlichen Interviews HLS-Ö
 - o Eine Tendenz, erwünschte Antworten zu geben (GfK Austria (vgl. Kap. 2.3.5)) bzw. gut dastehen zu wollen und daher Schwierigkeiten zu verleugnen
 - o Aufgrund der migrantischen Erfahrungen im Alltag mehr Schwierigkeiten zu erleben und deshalb unterschiedliche Standards, d.h. einen höheren für „schwierig“ bzw. einen niedrigeren für „einfach“ haben.
- Weitere mögliche Erklärungen sind (vgl. Kap. 2.3.6)
 - o die unterschiedliche soziale Zusammensetzung der drei verglichenen Populationen
 - o bzw. die festgestellte ingeschränkte Repräsentativität der MigrantInnen-Stichproben im Vergleich zu den Mikrozensus-Verteilungen für ausgewählte soziale Indikatoren, die mit allgemeiner GK korreliert sind (vgl. Kap. 4.1 und 4.2 bzw. Tab. Anhang).

So enthalten beide MigrantInnen-Stichproben deutlich mehr 30-59-jährige und sehr deutlich weniger Ältere, bei den TR mehr Männer als die beiden andere Stichproben, in beiden MigrantInnen-Stichproben deutlich mehr besser Gebildete als bei den HLS-Ö, bei den TR aber auch mehr „ohne Schulbildung

oder nur mit Pflichtschuleⁿ und in beiden MigrantInnen-Gruppen vergleichsweise deutlich mehr Erwerbstätige. Da Gesundheitskompetenz bei Älteren geringer und bei besser Gebildeten höher ist, sind zumindest aufgrund der günstigeren Zusammensetzung hinsichtlich dieser beiden Merkmale tendenziell bessere Gesamtergebnisse der Gesundheitskompetenz bei beiden Migrantengruppen, besonders der BKS, zu erwarten.

Die beiden letztgenannten möglichen Erklärungen können mit den vorhandenen Daten der GKM-Studie teilweise überprüft werden.

3.6.1 Spezifische Analysen der GK Levels (HLS-EU-Q16) für Untergruppen in den TR-, BKS- und HLS-Ö Stichproben – Eine Überprüfung des unerwarteten Unterschieds in der Gesundheitskompetenz

Da die eingeschränkte Repräsentativität nicht mit Gewichtungen korrigiert werden konnte, wurde als Alternative gewählt, nicht die GK-Werte der Gesamtstichproben miteinander zu vergleichen, sondern die GK-Werte für bestimmte Untergruppen. Dafür ausgewählt wurden Untergruppen nach jenen Charakteristika, die in der Stichprobe mangelhaft repräsentiert sind und von denen bekannt ist, dass sie auch mit GK korreliert sind. Dadurch können Effekte der Verzerrungen der Repräsentativität und/oder der unterschiedlichen sozialen Zusammensetzung kontrolliert werden. Dieses Verfahren konnte allerdings nur auf Variablen angewandt werden, deren Verzerrung bekannt ist, und stößt auch durch die begrenzte Größe der Stichprobe rasch an Grenzen, vor allem hinsichtlich der multivariaten Analysierbarkeit. Entsprechende Untersuchungen erfolgten zunächst für drei der fünf sozialen Determinanten (Geschlecht, Alter, Schulbildung), die in der GKM-Studie systematisch berücksichtigt wurden. (Der soziale Gradient dieser fünf Determinanten erklärte bei den beiden MigrantInnen-Gruppen auch deutlich mehr Varianz der allgemeinen GK als bei den HLS-EU-Ö (vgl. Kap. 4.1.2).

Für diese bi- bzw. multivariaten Analysen (vgl. Tabellen 1-6) wurde als abhängige Variable der Prozentsatz der limitierten, d.h. der wahrscheinlich inadäquaten oder problematischen Gesundheitskompetenz (vgl. Kap. 3.5) gewählt, da dieses Maß der Gesundheitskompetenz im Gegensatz zu Skalen-Mittelwerten intuitiv besser nachvollziehbar ist. Wie bereits beschrieben, ist der entsprechende Wert für die vollständigen Stichproben mit 25% bei den BKS viel niedriger als bei den TR (34,0 %) bzw. den HLS-EU-Ö (48,4 %).

Der bivariate Vergleich (vgl. Tabelle 3-16) zeigt zunächst, auch bei getrennter Betrachtung von Untergruppen, dass deren Anteile in den Stichproben nicht repräsentativ bzw. schon in den zugrundeliegenden Populationen unterschiedlich sind, bleiben die Unterschiede zwischen den beiden Migrantengruppen und der HLS-Ö Stichprobe doch prinzipiell erhalten. Wir müssen also davon ausgehen, dass die vergleichsweise bessere allgemeine GK der MigrantInnen nicht allein auf Populationsunterschiede oder mangelnde Repräsentativität der Stichproben zurückgeführt werden kann.

Die ausgewählten sozialen Determinanten beeinflussen die GK der beiden Migrantengruppen noch deutlich stärker als dies bei den HLS-Ö der Fall ist (vgl. Kap. 4-1). Der Vergleich der Werte für die Untergruppen macht aber interessante Interaktionseffekte deutlich (vgl. Tabelle 3-12). Es zeigt sich sowohl bei den BKS wie den TR, dass eher Männer, Ältere, besser Gebildete sowie jene, die ihren sozialen Status höher einschätzen und jene, die eine geringere finanzielle Benachteiligung erleben,

ihre GK deutlich besser als die entsprechenden Gruppen der HLS-Ö einschätzen. In keiner der Untergruppen haben die MigrantInnen eine schlechtere GK als die entsprechenden HLS-Ö. Aber auch für Untergruppen mit schlechter Bildung (max. Pflichtschule) in Kombination mit den anderen sozialen Determinanten trifft das nur auf die sehr kleine Gruppe von BKS mit zusätzlich starker finanzieller Benachteiligung zu (vgl. Tabelle 3-15) bzw. wenn man die Gruppe mit starker finanzieller Benachteiligung betrachtet, auch noch auf die noch kleinere Gruppe von jungen (15-29 jährigen) BKS (vgl. Tabelle 3-16).

Tabelle 3-16: Prozentverteilung und Differenzen der limitierten (= inadäquaten + problematischen) GK für die TR-, BKS- und HLS-Ö-Stichproben nach den 5 sozialen Determinanten

		HLS-EU-Q16 (LEVELS)					
		PROZENTVERTEILUNG DER LIMITIERTE GK			DIFFERENZ DER LIMITIERTE GK		
		BKS	TR	HLS-Ö	(HLS-Ö) minus (BKS)	(HLS-Ö) minus (TR)	(TR) minus (BKS)
Limitiere (inadäquat + problematisch) GK GESAMT		25,0% (N=325)	34,0% (N=300)	48,4% (N=1800)	23,40%	14,40%	9,00%
SOZIO-DEMOGRAFISCHE DETERMINANTEN							
GESCHLECHT	Männlich	20,6% (N=159)	31,4% (N=155)	51,6% (N=833)	31,00%	20,20%	10,80%
	Weiblich	29,2% (N=132)	37,1% (N=161)	45,5% (N=903)	16,30%	8,40%	7,90%
ALTER	15-29 Jahre	22,0% (N=41)	23,6% (N=55)	44,0% (N=386)	22,00%	20,4%	1,60%
	30-59 Jahre	26,3% (N=232)	36,5% (N=222)	47,0% (N=879)	20,70%	10,50%	10,20%
	ab 60 Jahren	20,9% (N=43)	35,7% (N=14)	54,9% (N=472)	34,00%	19,20%	14,80%
BILDUNG	Uni/Hochschule	15,3% (N=72)	21,4% (N=28)	40,6% (N=143)	25,30%	19,20%	6,10%
	höhere Lehrgänge	19,6% (N=51)	10,8% (N=37)	41,1% (N=192)	21,50%	30,30%	-8,80%
	AHS/Lehrabschluss	26,3% (N=156)	32,4% (N=102)	46,6% (N=1044)	20,30%	14,20%	6,10%
	Pflichtschule/keine Pflichtschule	45,9% (N=37)	45,2% (N=124)	60,5% (N=357)	14,60%	15,30%	-0,70%
SOZIALER STATUS	(Sehr) niedrig	35,7% (N=42)	46,5% (N=43)	64,7% (N=224)	29,00%	18,20%	10,80%
	Untere Mitte	33,3% (N=87)	39,1% (N=92)	51,2% (N=424)	17,90%	12,10%	5,80%
	Mitte	21,3% (N=61)	31,4% (N=35)	48,7% (N=359)	27,40%	17,30%	10,10%
	Obere Mitte	17,6% (N=68)	28,6% (N=56)	43,8% (N=365)	26,20%	15,20%	11,00%
	(Sehr) hoch	18,0% (N=50)	21,7% (N=60)	37,6% (N=245)	19,60%	15,90%	3,70%
	SOZIALER STATUS Kategorien	Niedrig (1-5)	34,1% (N=129)	41,5% (N=135)	55,9% (N=648)	21,8%	14,4%
	Hoch (6-10)	19,0% (N=179)	26,5% (N=151)	44,1% (N=968)	25,1%	17,6%	7,5%
FINANZIELLE BENACHTEILIGUNG	niedrig	11,9% (N=118)	24,5% (N=94)	38,8% (N=643)	26,9%	14,3%	12,6%
	mittel	22,2% (N=117)	27,1% (N=96)	52,4% (N=542)	30,2%	25,3%	4,9%
	hoch	48,6% (N=70)	50,0% (N=96)	56,9% (N=469)	8,3%	6,9%	1,1%

*Nicht in HLS-Ö erhoben.

Bei Untergruppenbildung nach migrationsspezifischen Determinanten, wobei hier aber nur mit dem Gesamt-Durchschnitt der HLS-Ö verglichen werden kann, zeigt sich für beide Migrantengruppen: Es sind die besser integrierten MigrantInnen, die eine im Vergleich zu den HLS-Ö bessere GK haben. D.h. jene, die die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen, die ihre Deutschkenntnisse als sehr gut bis gut einschätzen, die das Interview in Deutsch absolviert haben, die der 2. Generation angehören, die sich eher bis völlig heimisch in Österreich fühlen und die selten oder nie ein Gefühl von Benachteiligung haben. Bestimmte Untergruppen haben dann sogar eine schlechtere GK als der Durchschnitt der HLS-Ö: TR, die Türkisch als Interviewsprache gewählt hatten, die ihre Deutschkenntnisse als mittelmäßig bis sehr schlecht einschätzten oder die sich wenig bis überhaupt nicht heimisch fühlen (vgl. Tabelle 3-13). Erst, wenn man die jeweils schlechter integrierten MigrantInnen betrachtet, die zusätzlich auch über eine schlechte Bildung (bis Pflichtschule) verfügen, haben die meisten Untergruppen eine schlechtere GK als die vergleichbaren HLS-Ö mit schlechter Bildung (vgl. Tabelle 3-16).

Tabelle 3-17: Prozentverteilung und Differenzen der limitierten (= inadäquaten + problematischen) GK für die TR-, BKS- und HLS-Ö-Stichproben nach den 6 migrationsspezifischen Determinanten

		HLS-EU-Q16 (LEVELS)					
		PROZENTVERTEILUNG DER LIMITIERTE GK			DIFFERENZ DER LIMITIERTE GK		
		BKS	TR	HLS-Ö	(HLS-Ö) minus (BKS)	(HLS-Ö) minus (TR)	(TR) minus (BKS)
Limitierte GK (inadäquat + problematisch) GESAMT		25,0% (N=325)	34,0% (N=300)	48,4% (N=1800)	23,40%	14,40%	9,00%
MIGRANTENSPEZIFISCHE DETERMINANTEN							
INTERVIEWSPRACHE^a	Deutsch	23,7% (N=291)	26,4% (N=212)	48,4%* (N=1800)	24,70%	22,00%	2,70%
	BKS-Sprachen oder Türkisch	40,0% (N=25)	54,4% (N=79)		8,40%	-6,00%	14,40%
DEUTSCHKENNTNISSE^a	Sehr gut bis gut	23,8% (N=265)	25,3% (N=186)	48,4%* (N=1800)	24,60%	23,10%	1,50%
	mittelmäßig bis sehr schlecht	31,4% (N=51)	49,5% (N=105)		17%	-1,1%	18,10%
GENERATION	1.Generation	26,1% (N=268)	39,4% (N=218)	48,4%* (N=1800)	22,30%	9,00%	13,30%
	2.Generation	18,8% (N=48)	17,8% (N=73)		29,60%	30,60%	-1,00%
AUFENTHALTSTATUS^a	befristet/unbefristet	29,6% (N=71)	44,46% (N=83)	48,4%* (N=1800)	18,8%	3,94%	27,70%
	Österreichischer Staatsbürger	23,0% (N=196)	29,4% (N=204)		25,40%	19,00%	6,40%
GEFÜHL VON HEIMAT^a	Weniger bis überhaupt nicht heimisch	46,2% (N=13)	51,0% (N=51)	48,4%* (N=1800)	2,20%	-2,60%	4,80%
	Eher bis Völlig heimisch	24,1% (N=303)	30,5% (N=239)		24,30%	17,90%	6,40%
GEFÜHL VON BENACHTEILIGUNG^a	Immer/meistens/manchmal	33,0% (N=109)	35,8% (N=179)	48,4%* (N=1800)	15,40%	12,60%	2,80%
	Selten/nie	20,8% (N=207)	31,3% (N=112)		27,60%	17,10%	10,50%

Auch für die psychischen Determinanten ergeben sich interessante Interaktionseffekte bei beiden Immigrantengruppen: Es haben, wiederum im Vergleich zum HLS-Ö Durchschnitt, jene eine deutlich bessere GK, deren Selbstwertgefühl hoch ist bzw. die eine hohe interne, aber eine niedrige externe

Kontrollüberzeugung aufweisen. Bestimmte Untergruppen haben dann auch eine etwas schlechtere GK als der Durchschnitt der HLS-Ö: BKS und TR mit niedrigem Selbstwert und TR mit niedriger interner Kontrollüberzeugung (vgl. Tabelle 3-14).

Tabelle 3-18: Prozentverteilung und Differenzen der limitierten (= inadäquaten + problematischen) GK für die TR-, BKS- und HLS-Ö-Stichprobe nach den 3 psychischen Determinanten

		HLS-EU-Q16 (LEVELS)					
		PROZENTVERTEILUNG DER LIMITIERE GK			DIFFERENZ DER LIMITIERE GK		
		BKS	TR	HLS-Ö	(HLS-Ö) minus (BKS)	(HLS-Ö) minus (TR)	(TR) minus (BKS)
Limitiere GK (inadäquat + problematisch) GESAMT		25,0% (N=325)	34,0% (N=300)	48,4% (N=1800)	23,40%	14,40%	9,00%
PSYCHISCHE DETERMINANTEN							
SELBSTWERT (NACH ROSENBERG)	Niedrig (1- 2,9)	54,30% (N=35)	49,10% (N=53)	48,4%* (N=1800)	-5,90%	-0,70%	-5,20%
	Hoch (3- 5)	20,50% (N=268)	30,50% (N=233)		27,90%	17,90%	10,00%
LOCUS OF CONTROL (INTERNAL)^a	Niedrig (1-3)	34,7% (N=101)	50,5% (N=99)	48,4%* (N=1800)	13,7%	-1,7%	15,8%
	Hoch (3,1-4)	20,9% (N=211)	25,0% (N=188)		27,5%	23,5%	4,1%
LOCUS OF CONTROL (EXTERNAL)	Niedrig (1-2,9)	18,9% (N=212)	32,6% (N=175)	48,4%* (N=1800)	29,50%	15,80%	13,70%
	Hoch (3-4)	37,6% (N=101)	37,3% (N=110)		10,80%	11,10%	-0,30%

Tabelle 3-19: Prozentwerte der limitierten (= inadäquat + problematisch) GK für die TR-, BKS- und HLS-Ö-Stichproben bei Personen in niederen Bildungskategorien (Keine Pflichtschule/ Pflichtschule) und weitere soziale Determinanten

		HLS-EU-Q16 (LEVELS)					
		PROZENTVERTEILUNG DER LIMITIERTE GK			DIFFERENZ DER LIMITIERTE GK		
		BKS	TR	HLS-Ö	(HLS-Ö) minus (BKS)	(HLS-Ö) minus (TR)	(TR) minus (BKS)
Limitiere GK (inadäquat + problematisch) GESAMT		25,00%	34,00%	48,40%	23,40%	14,40%	9,00%
Bildung	Geschlecht						
max. Pflichtschule	männlich	45,50% (N=11)	41,40% (N=58)	60,20% (N=158)	14,70%	18,80%	-4,10%
	weiblich	46,20% (N=26)	48,50% (N=66)	60,80% (N=199)	14,60%	12,30%	2,30%
Bildung	Finanzielle Schwierigkeiten						
max. Pflichtschule	keine	20,00% (N=10)	28,60% (N=28)	44,30% (N=95)	24,30%	15,70%	8,60%
	mittlere	30,80% (N=13)	38,20% (N=34)	61,40% (N=60)	30,60%	23,20%	7,40%
	große	76,90% (N=13)	56,70% (N=60)	66,50% (N=178)	-10,40%	9,80%	-20,20%
Bildung	Sozialer Status						
max. Pflichtschule	niedriger: 1-5	47,80% (N=23)	48,70% (N=78)	67,40% (N=214)	19,60%	18,70%	0,90%
	höherer: 6-10	41,70% (N=12)	37,20% (N=43)	50,20% (N=124)	8,50%	13,00%	-4,50%
Bildung	Alter						
max. Pflichtschule	15 - 29	22,20% (N=9)	27,30% (N=22)	47,80% (N=88)	25,60%	20,50%	5,10%
	30 - 59	58,80% (N=17)	50,50% (N=91)	60,40% (N=108)	1,60%	9,90%	-8,30%
	60+	45,50% (N=11)	36,40% (N=11)	67,40% (N=162)	21,90%	31,00%	-9,10%

Tabelle 3-20: Prozentwerte der limitierten (= inadäquaten + problematischen) GK für die TR-, BKS- und HLS-Ö-Stichproben nach kombinierten sozialen Determinanten

		HLS-EU-Q16 (LEVELS)					
		PROZENTVERTEILUNG DER LIMITIERTE GK			DIFFERENZ DER LIMITIERTE GK		
		BKS	TR	HLS-Ö	(HLS-Ö) minus (BKS)	(HLS-Ö) minus (TR)	(TR) minus (BKS)
Fin. Schwierigkeiten groß	Geschlecht männlich	33,30% (N=42)	40,60% (N=122)	61,70% (N=305)	28,40%	21,10%	7,30%
	weiblich	50,00% (N=58)	47,50% (N=59)	52,60% (N=382)	2,60%	5,10%	-2,50%
Fin. Schwierigkeiten groß	Alter 15 - 29	62,50% (N=8)	33,30% (N=21)	49,10% (N=161)	-13,40%	15,80%	-29,20%
	30 - 59	41,90% (N=74)	45,40% (N=97)	53,10% (N=335)	11,20%	7,70%	3,50%
	60+	38,90% (N=18)	60,00% (N=5)	69,20% (N=192)	30,30%	9,20%	21,10%
Fin. Schwierigkeiten groß	Sozialer Status niedriger: 1-5	50,00% (N=58)	47,00% (N=66)	61,70% (N=329)	11,70%	14,70%	-3,00%
	höherer: 6-10	32,50% (N=40)	38,20% (N=55)	51,90% (N=323)	19,40%	13,70%	5,70%
Fin. Schwierigkeiten groß	Bildung Uni/FH	27,30% (N=11)	15,40% (N=13)	51,30% (N=41)	24,00%	35,90%	-11,90%
	bis Pflichtschule	76,90% (N=13)	56,70% (N=60)	66,50% (N=178)	-10,40%	9,80%	-20,20%

Insgesamt belegen diese Analysen, dass die bessere GK der MigrantInnen nicht allein auf ihre unterschiedliche soziale Zusammensetzung bereits in den zugrunde liegenden Populationen oder die nicht völlig repräsentativen Stichproben zurückgeführt werden kann. Es bleibt ein davon unabhängiger z.T. beträchtlicher migrationsspezifischer Restunterschied mit interessanten Interaktionseffekten, der anders erklärt werden muss.

3.6.2 Erklärungsmöglichkeiten für die verbleibenden migrantenspezifischen Unterschiede bei der HLS-EU-Q16 Skala

Welche migrantenspezifischen Faktoren könnten den systematischen Unterschied in der GK bewirken? Warum beantworten MigrantInnen die GK-Items tendenziell eher als „sehr einfach“? Welche Hypothesen oder Annahmen sind plausibel? Folgende Hypothesen kommen in Frage.

1. Die telefonische Form der Befragung unterstützt eine Tendenz, zustimmend auf die zuerst vorgegebene Antwort-Kategorie „sehr einfach“ zu reagieren.
2. MigrantInnen haben andere Standards für das, was sie als schwierig empfinden, d.h. sie sind mehr Schwierigkeiten im Alltag gewöhnt und haben daher höhere Schwellenwerte für die Schwierigkeit auch gesundheitsrelevanter Aufgaben (unterschiedliche Erwartungsniveaus).
3. MigrantInnen haben eine Tendenz, sozial erwünscht zu antworten, d.h. sie geben erlebte Schwierigkeiten weniger zu bzw. verleugnen diese (Integrationsdruck).
4. MigrantInnen nutzen das Krankenbehandlungssystem weniger als ÖsterreicherInnen und sind deshalb mit den Schwierigkeiten des Systems weniger vertraut (Erfahrungsmangel). Ein

Blick auf die Tabelle 7-7-7 (Endbericht S. 107) über die Inanspruchnahme unterschiedlicher Dienste des Krankenbehandlungssystems zeigt aber, dass es diesbezüglich zwischen den Ö und den TR bzw. BKS keine systematischen Unterschiede gibt. Diese Hypothese muss also ausgeschlossen werden!

5. Gut etablierte MigrantInnen sind tatsächlich kompetenter. Um höhere Schulabschlüsse zu erreichen, müssen MigrantInnen besser motiviert und qualifiziert sein als ÖsterreicherInnen, und das wirkt sich auch auf ihre GK positiv aus (Selektionseffekt, wie er auch für erfolgreiche Frauen angenommen wird).

Da die Daten zeigen, dass MigrantInnen hinsichtlich ihrer GK mehr von Bildung und besserer gesellschaftlicher Stellung profitieren als ÖsterreicherInnen, erscheint zunächst Hypothese 5 als plausibel. Ein Zutreffen der Hypothesen 1 bis 3 würde dagegen bedeuten, dass MigrantInnen ihre GK, selbst wenn nach Bildungsgruppen unterschieden wird, eher überschätzen. Es ist deshalb auch plausibel, dass die GK in beiden GKM-Stichproben insgesamt – und somit auch die Unterschiede zwischen etablierten BKS und TR auf der einen Seite und Ö auf der anderen Seite – höher als in der Bevölkerung ausfallen (umgekehrt wären benachteiligte MigrantInnen noch deutlicher von schlechter GK betroffen als in der GKM-Studie aufgezeigt wurde). Mit Sicherheit lässt sich aber nicht entscheiden, inwieweit MigrantInnen eine bessere GK haben oder eher eine Tendenz, diese zu überschätzen.

Für die Ableitung von Interventionen oder Maßnahmen sind aber die Unterschiede im Ausmaß der GK zwischen MigrantInnen und Ö und ihre Interpretation nicht so bedeutsam. Denn die Daten zeigen, dass bei den MigrantInnen, sogar noch stärker als bei den Ö, allgemeine soziale Faktoren die GK determinieren und darüber hinaus noch migrantenspezifische Handicaps und psychische Faktoren die GK beeinflussen. Es muss und kann daher an diesen drei Faktorengruppen angesetzt werden, um unzureichende GK von MigrantInnen zu verbessern bzw. durch Veränderungen im System entsprechend zu kompensieren.

4 Determinanten der Gesundheitskompetenz

Die wissenschaftliche Literatur (siehe z.B. Rechel et al., 2011; Malmusi et al., 2010; Razum & Spallek, 2007) sowie viele der im Rahmen der Studie befragten ExpertInnen weisen darauf hin, dass keine allgemeingültigen Aussagen über den Gesundheitszustand von MigrantInnen möglich sind und noch weniger über die Determinanten der GK von MigrantInnen, da es bisher nur sehr wenige Studien dazu gibt (vgl. Kap.1). Die GKM-Studie kann zu mindestens für zwei wichtige Migrantengruppen in Österreich Ergebnisse zu ausgewählten Determinanten der GK liefern und diese auch mit der Österreich-Stichprobe vergleichen. In diesem Kapitel werden dem generischen Rahmenmodell für Determinanten und Konsequenzen von Gesundheitskompetenz folgend (siehe: Abbildung 1-3) drei Arten von persönlichen Determinanten der Gesundheitskompetenz anhand von ausgewählten Indikatoren untersucht: *allgemeine soziale Determinanten*, *migrationsspezifische Determinanten* und *psychische Determinanten*.

4.1 Die allgemeinen sozialen Determinanten der Gesundheitskompetenz

Der internationalen Literatur folgend kann davon ausgegangen werden, dass bestimmte bisher untersuchte allgemeine soziale Determinanten die GK von Personen beeinflussen. Neben allgemeiner Literacy zählen vor allem Bildung, sozialer Status, Alter, Geschlecht und Migrationsstatus (bzw. Ethnizität) zu den am häufigsten erforschten Determinanten für GK (Kickbusch et al., 2013; Ng et al., 2014; HLS-EU Consortium, 2012; Australian Bureau of Statistics, 2008; Paasche-Orlow et al., 2005; Rudd et al., 2004).

In der HLS-EU-Studie und auch der GKM-Studie wurden – wenn auch z.T. mit leicht unterschiedlichen Indikatoren – Geschlecht⁴², Alter⁴³, Bildung⁴⁴, sozialer Status⁴⁵ und finanzielle Benachteiligung⁴⁶ als soziale Determinanten gemessen und systematisch analysiert.

In der Literatur und von mehreren der befragten ExpertInnen wurde auch darauf hingewiesen, dass bestimmte Muster in MigrantInnenpopulationen nicht migrantenspezifisch, sondern bildungs- und schichtabhängig seien. Eine differenzierte Betrachtung der unterschiedlichen Arten von Determinanten ist daher wesentlich für eine angemessene Interpretation der Ergebnisse (Vgl. Malmusi et al., 2010)

⁴² Itemtext: Geschlecht: männlich / weiblich (HLS-EU-Q86)

⁴³ Itemtext: Darf ich fragen, wie alt Sie sind? (HLS-EU-Q86)

⁴⁴ Itemtext: Was ist der höchste Bildungsabschluss, den Sie erreicht haben (in der Regel haben Sie dafür ein Zeugnis oder ein Diplom erhalten)? (HLS-EU-Q86)

⁴⁵ Itemtext: Auf einer Skala von 1 bis 10, entspricht die Stufe 1 der niedrigsten, die Stufe 10 der höchsten Stellung in der Gesellschaft. Können Sie mir sagen wo Sie sich selbst einordnen würden? (HLS-EU-Q86)

⁴⁶ Itemtext: 1. Können Sie bei Bedarf Geld für Medikamente aufbringen, die Sie aus gesundheitlichen Gründen benötigen? Ist das für Sie ... (sehr einfach bis sehr schwierig)? (HLS-EU-Q86) 2. Können Sie es sich leisten, zum Arzt zu gehen? Ist das für Sie ...? (Hinweis: Zeit, Krankenversicherung, Kosten, Transport) (HLS-EU-Q86) 3. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten am Ende des Monats Schwierigkeiten beim Bezahlen Ihrer Rechnungen? (HLS-EU-Q86)

Tabelle 4-1: Prozentverteilungen der fünf sozialen Determinanten für die TR- (N=325), die BKS- (N=300) und die HLS-Ö- (N=1800) Stichproben

		TR	BKS	HLS-Ö
Geschlecht^b	Männlich	55,0%	49,2%	48,4%
	Weiblich	45,0%	50,8%	51,6%
Alter^{a b}	Mittelwert	40,7	44,2	46,1%
	SD	12,3	12,9	18,2
Alterskategorien^{a b c}	15-29	18,7%	12,9%	23,0%
	30-44	41,7%	38,5%	24,5%
	45-59	34,7%	34,8%	25,6%
	60+	5,0%	13,8%	26,9%
Bildung^{a b c}	Kein Pflichtschulabschluss	17,3%	1,8%	3,3%
	Pflichtschule	26,0%	10,8%	17,4%
	AHS/Lehrabschluss/BMS	34,6%	48,9%	60,4%
	Höhere Lehrgänge	12,4%	16,3%	11,0%
	Universität/ Hochschule	9,6%	22,2%	8,0%
Sozialer Status (kategorial)^b	Sehr niedrig	9,2%	7,6%	5,4%
	Niedrig	5,4%	6,6%	8,2%
	Untere Mitte	32,9%	29,0%	26,2%
	Mitte	12,5%	19,6%	22,4%
	Obere Mitte	19,7%	21,5%	22,6%
	Hoch	12,9%	11,0%	10,4%
	Sehr hoch	7,5%	4,7%	4,7%
Sozialer Status (metrisch)	Mittelwert	5,95	5,91	5,98
	SD	1,93	1,70	1,58
Finanzielle Schwierigkeiten-Index^{47a}	Mittelwert	0,1	-0,09	*
	SD	1,0	0,97	
finanzielle Schwierigkeiten - Kategoriale Variablen:				
Medikamente leisten	Sehr einfach	49,0%	49,0%	45,9%
	Eher einfach	36,6%	37,9%	40,8%
	Eher schwierig	12,1%	9,2%	10,5%
	Sehr schwierig	2,3%	3,8%	2,7%
Arzt / Ärztin leisten^{b c}	Sehr einfach	58,7%	64,5%	56,4%
	Eher einfach	30,3%	24,9%	35,7%
	Eher schwierig	9,7%	8,1%	5,8%
	Sehr schwierig	1,3%	2,5%	2,0%
Schwierigkeiten Rechnungen zu bezahlen^{a b c}	Meistens	21,2%	8,0%	4,4%
	Gelegentlich	25,3%	20,0%	23,7%
	Nahezu nie/nie	53,5%	72,0%	71,8%

^a signifikanter Unterschied zwischen TR und BKS ($\alpha = 0,05$)

^b signifikanter Unterschied zwischen TR und HLS-Ö ($\alpha = 0,05$)

^c signifikanter Unterschied zwischen BKS und HLS-Ö ($\alpha = 0,05$)

* Werte wurden stichprobenspezifisch berechnet. Exakte Vergleiche zwischen den GKM-Stichproben und der Österreich-Stichprobe sind daher nicht sinnvoll. Ein negativer Wert bedeutet weniger finanzielle Schwierigkeiten als im Durchschnitt, ein positiver Wert bedeutet größere finanzielle Schwierigkeiten als im Durchschnitt.

SOZIO-ÖKONOMISCHES PROFIL: (vgl. Tabelle 4-1) Die sozio-ökonomischen Profile der beiden Stichproben unterscheiden sich nicht nur stark von den entsprechenden Mikrozensus-Daten (vgl. Kap 2.3.6), auch die Verteilungen der TR-, BKS- und HLS-Ö-Stichproben sind unterschiedlich. So haben

⁴⁷ Der Index der finanziellen Schwierigkeiten besteht aus drei Indikatoren: den Variablen D12 (Können Sie bei Bedarf Geld für Medikamente aufbringen, die Sie aus gesundheitlichen Gründen benötigen? Ist das für Sie ...? Sehr einfach/Ziemlich Einfach/Ziemlich schwierig/sehr schwierig), D13 (Können Sie es sich leisten, zum Arzt zu gehen? Ist das für Sie ...? (Hinweis: Zeit, Krankenversicherung, Kosten, Transport) Sehr einfach/Ziemlich Einfach/Ziemlich schwierig/Sehr schwierig) und D14 (Hatten Sie in den letzten 12 Monaten am Ende des Monats Schwierigkeiten beim Bezahlen Ihrer Rechnungen? Meistens/Gelegentlich/Nahezu nie/Nie (missing values case wise). Die berechneten Faktorscores sind z-Werte, das heißt sie weisen einen Mittelwert von Null und eine Standardabweichung von 1 auf. Ein negativer Wert bedeutet weniger finanzielle Schwierigkeiten als im Durchschnitt, ein positiver Wert bedeutet größere finanzielle Schwierigkeiten als im Durchschnitt.

im Vergleich zur TR- in der BKS- und HLS-Ö-Stichprobe etwas mehr Frauen teilgenommen (45,0% TR vs. 50,8% BKS vs. 51,6 HLS-Ö). Die BKS-StudienteilnehmerInnen sind im Schnitt fast vier Jahre älter als die Personen in der TR-Stichprobe, aber damit noch immer um zwei Jahre jünger als der Altersdurchschnitt in der HLS-Ö-Stichprobe. Die BKS (mit einem sehr hohen Anteil an Personen mit Universitäts- und Hochschulabschluss) sind im Schnitt deutlich höher gebildet als Personen in der TR- oder der HLS-Ö-Stichprobe. In der HLS-Ö-Stichprobe befindet sich mit 60,4% ein im Vergleich zu TR (34,6%) und BKS (48,9%) sehr großer Anteil von Personen mit Lehr- oder AHS-Abschluss. Auch bei der finanziellen Benachteiligung gibt es signifikante Unterschiede zwischen den beiden GKM-Stichproben, vor allem beim Item „Schwierigkeiten Rechnungen zu bezahlen“. Beim sozialen Status⁴⁸ unterscheiden sich die drei Gruppen nicht signifikant voneinander.

Auch bei den **ZUSAMMENHÄNGEN ZWISCHEN DEN SOZIO-ÖKONOMISCHEN DETERMINANTEN** gibt es z.T. deutliche Unterschiede zwischen den drei Stichproben. Nur bei den TR sind Alter und Geschlecht signifikant korreliert, wobei die Frauen im Schnitt älter sind. Ebenfalls bei den TR und den HLS-Ö gibt es einen stärkeren signifikanten Zusammenhang von Alter und Bildung (Ältere sind weniger gebildet). In allen 3 Gruppen schätzen weniger Gebildete, aber auch finanziell Schwache und Ältere ihren sozialen Status als niedriger ein. Dies ist in der HLS-Ö-Stichprobe zum Teil noch etwas ausgeprägter. Ältere Menschen sind nur in der BKS-Stichprobe signifikant finanziell schwächer. In der BKS- und HLS-Ö-Stichprobe sind Personen mit niedriger Bildung signifikant finanziell schwächer (siehe Tabelle 4-2).

Tabelle 4-2: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen den fünf allgemeinen sozialen Determinanten für die TR- (N=325), die BKS- (N=300) und die HLS-Ö-Stichproben (N=1800)

		Geschlecht	Alter	Bildung	Fin. Schw.	Sozialer Status
Alter	TR	-,184**	1			
	BKS	,015	1			
	HLS-Ö	,042	1			
Bildung	TR	-,042	-,201*	1		
	BKS	-,015	-,070	1		
	HLS-Ö	-,074**	-,106**	1		
Finanzielle Schwierigkeiten	TR	,098	,099	-,076	1	
	BKS	,048	,215**	-,220**	1	
	HLS-Ö	,054*	-,045	-,198**	1	
Sozialer Status	TR	,068	-,131*	,312**	-,184**	1
	BKS	-,019	-,134*	,258**	-,278**	1
	HLS-Ö	-,052*	-,119**	,295**	-,340**	1

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig); ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

Geschlecht: 0 = männlich, 1 = weiblich; Alter in Jahren; Bildung in 5 Kategorien: niedrig bis hoch; Finanzielle Schwierigkeiten (Faktor Scores): keine bis große; selbst-eingeschätzter sozialer Status in 10 Kategorien: niedrig bis hoch.

⁴⁸ Der soziale Status wurde mittels einer Selbsteinschätzungsfrage erhoben, die aus dem Internationalen Social Survey Programme 2009 Social Inequality IV stammt (siehe: <http://www.gesis.org/issp/issp-modules-profiles/social-inequality/2009/>) und auch schon in der HLS-Studie (leicht verändert) verwendet wurde. Dabei ordnen sich die Befragten einer Skala von 1 (niedrigster sozialer Status) bis 10 (höchster sozialer Status) zu. Die komplette Skala wurde in den Regressionsmodellen verwendet, aber für tabellarische Darstellungen wurden die Kategorien stärker zusammengefasst (Werte 1 bis 3 = "Sehr niedrig"; 4="Niedrig"; 5="Untere Mitte"; 6="Mitte"; 7="Obere Mitte"; 8="Hoch"; 9 und 10="Sehr hoch").

4.1.1 Wie hängt die Gesundheitskompetenz mit den allgemeinen sozialen Determinanten zusammen?

Für alle *allgemeinen sozialen Determinanten* (ausgenommen Geschlecht) sind die Zusammenhänge zu beiden Messungen von Gesundheitskompetenz statistisch signifikant und in beiden GKM-Stichproben ähnlich stark. Allerdings sind die Zusammenhänge bei den TR, ausgenommen die finanzielle Schwierigkeiten, tendenziell ein wenig stärker (Vgl. Tabelle 4-3).

Wie schon in der Österreich-Studie, hängen in der GKM-Studie sowohl die allgemeine GK als auch die migrationsspezifische GK am stärksten mit finanziellen Schwierigkeiten zusammen, wobei wie erwartet Personen mit finanziellen Schwierigkeiten eine geringere GK aufweisen. Ebenfalls deutlich und vergleichbar mit den Zusammenhängen in der Österreich-Studie sind jene zwischen GK und sozialem Status. Personen mit niedrigeren Statuswerten haben im Durchschnitt auch eine niedrigere GK (vgl. Tabelle 4-3).

Tabelle 4-3: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen der Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16 und GKM-Q12) und den fünf sozialen Determinanten für die TR- (N=300), die BKS- (N=325) und die HLS-Ö-Stichproben (N=1800)

		HLS-EU-Q16	GKM-Q12
Geschlecht	TR	-,082	-,031
	BKS	-,102	,001
	HLS-Ö	,055*	
Alter	TR	-,178**	-,190**
	BKS	-,130*	-,115*
	HLS-Ö	-,141**	
Bildung ⁴⁹	TR	,240**	,276**
	BKS	,237**	,175**
	HLS-Ö	,148**	
Finanzielle Schwierigkeiten	TR	-,307**	-,384**
	BKS	-,351**	-,380**
	HLS-Ö	-,219**	
Sozialer Status	TR	,258**	,248**
	BKS	,217**	,245**
	HLS-Ö	,157**	

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig); ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

HLS-EU-Q16 & GKM-Q12: niedrig bis hohe GK; Geschlecht: 0 = männlich, 1 = weiblich; Alter in Jahren; Bildung in 5 Kategorien: niedrig bis hoch; Finanzielle Schwierigkeiten (Faktor Scores): keine bis große; selbst-eingeschätzter sozialer Status in 10 Kategorien: niedrig bis hoch.

Auf die Auswirkungen von *finanziellen Schwierigkeiten* und niedrigem *sozialen Status* auf Gesundheit und Gesundheitskompetenz machten Fokusgruppen-TeilnehmerInnen und befragte ExpertInnen häufig aufmerksam. Finanzielle Probleme, Armut, Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes (kein Berufsschutz), niedriger sozialer Status und ein ungesundes Wohnumfeld stellten, so die Ergebnisse der qualitativen Teilstudien, für MigrantInnen häufig eine große auch gesundheitliche Belastung dar. Deshalb wurde im GKM-Survey quantitativ überprüft, ob finanzielle Schwierigkeiten und niedriger sozialer Status, wie in der Österreich-Studie, auch mit niedrigerer Gesundheitskompetenz einhergehen. Was auch der Fall ist!

⁴⁹Bildung wurde in der GKM-Studie anders als in der Österreich-Studie erhoben. Die Korrelationen für AT weichen auch leicht von denen im HLS-Ö-Bericht ab, da sie, um exakt vergleichbar zu sein, ebenfalls nur für die Items der Kurzform HLS-EU-Q16 berechnet wurden.

Sowohl in den Fokusgruppen als auch in den Experteninterviews wurde auf geringe *Bildung* und Analphabetismus als problematische Faktoren hingewiesen. Analphabetismus wurde in der GKM-Studie nicht erhoben. Allerdings wurde geprüft, ob sich niedrige Bildung, wie auch schon in der Österreich-Studie, negativ auf die GK auswirkt. Das hat sich bestätigt, in beiden GKM-Stichproben war dieser Zusammenhang noch deutlich stärker als in der Österreich-Stichprobe.

In den Fokusgruppen wurde in Bezug auf *Alter* erwähnt, dass die harte körperliche Arbeit auf Baustellen, die vorwiegend von Männern ausgeübt wird, mit fortschreitendem Alter ihren Tribut fordere. Ähnliches gelte jedoch auch für die Frauen der ‚Gastarbeitergeneration‘, die schwere körperliche Arbeit geleistet haben. Tatsächlich hängen auch GK und Alter in beiden MigrantInnen-Stichproben zusammen, ältere Personen haben eine im Schnitt geringere GK. Für die TR ist das etwas deutlicher und für die BKS etwas weniger deutlich ausgeprägt als in der Österreich-Studie. In der Folge wurde auch in beiden MigrantInnen-Stichproben ein negativer Zusammenhang zwischen GK und Alter gefunden, der zwar geringfügig weniger ausgeprägt, aber immer noch statistisch signifikant und durchaus mit der Österreich-Studie vergleichbar ist.

In den Fokusgruppen und von den ExpertInnen wurde in Bezug auf *Geschlecht* vor allem auf die Benachteiligung von Frauen aufgrund patriarchaler Strukturen verwiesen, besonders bei Familien aus der Türkei. Eine Expertin merkte an, dass Frauen oft nur über Männer Zugang zu Angeboten und Diensten haben. Die Kontrolle durch die Männer mache sich z.B. durch die Begleitung zu gynäkologischen Untersuchungen bemerkbar. Türkischsprachige Fokusgruppen-Teilnehmerinnen und zwei Expertinnen wiesen darauf hin, dass der gemeinsame Haushalt mit den Schwiegereltern eine zusätzliche Last darstelle. In den BKS-sprachigen Fokusgruppen wurde erwähnt, dass die Männer sich eher um das „Technische“ kümmern, z.B. Informationen beschaffen oder kontrollieren, ob Medikamente von Familienmitgliedern eingenommen werden. Im Zusammenhang mit dem Besuch von Informationsveranstaltungen und Workshops sei sozialer Druck dahingehend zu beobachten, dass solche Kurse von anderen Familienmitgliedern belächelt würden, so eine Expertin. Letztere würden stattdessen eigene Ratschläge geben und bestimmtes Wissen werde als selbstverständlich vorausgesetzt (z.B. wenn Kochkurse angeboten werden). Aufgrund dieser Ergebnisse der qualitativen Datenanalyse wurde im GKM-Survey hinsichtlich des Geschlechts die Hypothese überprüft, ob anders als in der Österreich-Studie, wo Frauen eine im Schnitt höhere GK als Männer aufweisen, die GK von weiblichen MigrantInnen in beiden Subpopulationen niedriger ist als die von Männern. Das ist zwar der Fall, aber im Gegensatz zur Österreich-Stichprobe sind die Zusammenhänge zwischen Geschlecht und GK in den beiden zahlenmäßig kleineren GKM-Stichproben nicht signifikant.

4.1.2 Wie groß ist der soziale Gradient der Gesundheitskompetenz?

Im Vergleich zur Österreich-Studie erklären in der GKM-Studie in beiden Migrantengruppen die fünf sozialen Determinanten in einer multiplen Regressionsanalyse gemeinsam deutlich mehr *Varianz* der *allgemeinen GK* (des HLS-EU-Q16-Instruments), für die TR mit 22,0% noch mehr als für die BKS mit 16,0% (nur 9,8% für die Ö). Für die migrationspezifische GK sind diese Werte mit 24% bzw. 17% sogar noch etwas höher.

Die *finanzielle Schwierigkeit* ist in beiden GKM-Stichproben die stärkste soziale Determinante von *allgemeiner Gesundheitskompetenz*, wie schon bei den bi-variateren Korrelationen (vgl. Tabelle 4-4) und auch in der Österreich-Stichprobe mit etwas kleinerer Effektstärke. Höhere *Bildung* erweist sich in allen drei Stichproben als günstig für bessere GK. Der Einfluss der Bildung ist nach finanziellen Schwierigkeiten sowohl für die TR als auch für die BKS am zweitstärksten. Aber Bildung hat für die BKS, im Vergleich zu den TR ebenso wie zur Österreich-Stichprobe (wo Bildung nur die viertwichtigste Determinante ist) deutlich mehr Gewicht. In der BKS-Stichprobe sind finanzielle Schwierigkeiten und Bildung die einzigen signifikanten sozialen Determinanten der GK.

Tabelle 4-4: Multivariater Zusammenhang zwischen allgemeiner bzw. migrationspezifischer Gesundheitskompetenz und sozialen Determinanten (beta weights und korrigiertes R²) für die TR-, BKS- und HLS-Ö-Stichprobe (für die allgemeine GK)

		TR	BKS	HLS-Ö	TR	BKS	
		HLS-EU-Q16			GKM-Q12		
Gesundheitskompetenz		HLS-EU-Q16	HLS-EU-Q16	HLS-EUQ16	GKM-Q12	GKM-Q12	
Soziale Determinanten	Geschlecht	-,088	-,068	,107**	-,025	,027	
	Alter	-,133*	,016	-,120**	-,120*	-,049	
	Bildung	Universität/Hochschule	,085	,206*	,049	,110*	,150
		BHS/Kolleg	,158**	,181*	,072*	,144*	,071
		AHS/Lehrabschluss	,100	,214*	,054	,128*	,080
	keine Pflichtschule/Pflichtschule	Referenz	Referenz	Referenz	Referenz	Referenz	
	Finanzielle Schwierigkeiten	-,303**	-,335**	-,229**	-,326**	-,325**	
	Sozialer Status	,156**	,095	,061*	,175**	,130*	
	Korr. R ²	,220	,160	,098	,241	,165	
N	281	298	1547	290	283		

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig)

** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

Geschlecht: 0 = männlich, 1 = weiblich; Alter in Jahren; Finanzielle Schwierigkeiten (Faktor Scores): keine bis große; selbst-eingeschätzter sozialer Status in 10 Kategorien: niedrig bis hoch.

Im multivariaten Regressionsmodell verliert der *soziale Status* als GK-Determinante vor allem bei den BKS, aber auch in der Österreich-Stichprobe, stark an Bedeutung. Für die TR ist der soziale Status im Gegensatz zu den BKS und auch der Österreich-Stichprobe immer noch eine beträchtliche, signifikante und insgesamt die dritt wichtigste GK-Determinante. Während das *Alter* bei den BKS keinen Einfluss auf die GK hat, steht es bei den TR an vierter und letzter Stelle der signifikanten sozialen Determinanten. In der Österreich-Stichprobe dagegen war Alter bei vergleichbarer Einflussgröße nach finanziellen Schwierigkeiten die zweitwichtigste soziale Determinante der GK.

Anders als in der HLS-Ö-Stichprobe, wo Frauen im multivariaten Modell eine signifikant höhere GK aufwiesen als Männer, ist der Einfluss von *Geschlecht* in beiden Migrantengruppen nicht signifikant und wechselt die Richtung, d.h. Männer haben bei den MigrantInnen tendenziell eine etwas höhere GK.

Zur Erklärung der Varianz der *migrationsspezifischen GK* leisten die fünf sozialen Determinanten einen noch geringfügig höheren Beitrag – verglichen mit der allgemeinen GK. Für die TR erklären sie wiederum mit 24,2% deutlich mehr Varianz als für die BKS mit 16,5%.

Finanzielle Schwierigkeiten sind wieder die wichtigste soziale Determinante. *Bildung* beeinflusst bei den TR die migrationsspezifische GK ähnlich deutlich wie auch die allgemeine GK, während der Bildungseinfluss auf die migrationsspezifische GK der BKS nicht signifikant ist. *Sozialer Status* ist in beiden Stichproben für die migrationsspezifische GK bedeutsamer als für die allgemeine GK und zumeist auch signifikant. In der BKS Stichprobe ist der soziale Status neben finanziellen Schwierigkeiten die einzige signifikante Determinante für migrationsspezifische GK. *Alter* ist, wie bei der allgemeinen GK, nur in der TR Stichprobe eine signifikante soziale Determinante.

AUF EINEN BLICK

Einflüsse der allgemeinen sozialen Determinanten auf die Gesundheitskompetenz

- Die erhobenen allgemeinen sozialen Determinanten beeinflussen die *allgemeine GK* bei den beiden MigrantInnen-Gruppen viel stärker als in der HLS-Ö-Stichprobe: bei Personen mit Hintergrund in der Türkei mehr als doppelt so stark, bei BKS Hintergrund 1,5 Mal stärker.
- Die erklärte Varianz der *migrationsspezifischen GK* ist jeweils noch etwas höher.
- Für beide Arten von GK wird jeweils mehr Varianz für die türkischstämmigen MigrantInnen erklärt als für diejenigen mit BKS-Hintergrund.
- Die fünf Indikatoren beeinflussen die GK sehr unterschiedlich:
 - *Finanzielle Schwierigkeiten*: Finanzielle Schwierigkeiten haben in allen Gruppen den stärksten Einfluss auf die GK. Personen, mit finanziellen Schwierigkeiten, haben in allen Gruppen eine niedrigere GK, bei den MigrantInnen ist dieser Effekt noch deutlich stärker ausgeprägt.
 - *Bildung*: Bildung wirkt in allen Gruppen positiv auf die GK. Bei den MigrantInnen (insbesondere bei Personen mit BKS-Hintergrund) ist sie sehr viel wichtiger für die GK als in der Österreich-Befragung.
 - *Sozialer Status*: Der soziale Status beeinflusst die GK deutlich positiv, zumeist signifikant und stärker bei den MigrantInnen als bei den HLS-Ö.
 - *Alter*: Bei Personen mit Hintergrund in der Türkei und Personen in der Österreich-Befragung hat höheres Alter einen negativen Effekt auf die GK, aber praktisch keinen Effekt bei den BKS.
 - *Geschlecht*: Frauen haben in beiden Migrantengruppen im Gegensatz zur Österreich-Befragung keine höhere GK als Männer, sondern tendenziell eine etwas niedrigere.

4.2 Die migrationsspezifischen Determinanten der Gesundheitskompetenz

Sowohl die einschlägige Literatur als auch die befragten ExpertInnen verweisen darauf, dass bestimmte migrationsspezifische Faktoren relevant für die GK (und für Gesundheit) sind. Neben den Sprachkenntnissen werden etwa kulturelle Diversität⁵⁰, der Migrationsprozess selbst, der Migrationsstatus, der Prozess der Akkulturation bzw. Integration, die institutionelle Diskriminierung (etwa im Krankenbehandlungssystem), das Herkunftsland und die soziale Unterstützung als *migrationsspezifische Determinanten* der GK genannt (Stewart et al., 2014; Zanchetta & Poureslami, 2014; Wandahl et al., 2014; Choi et al., 2013; Geltman, 2013; Ingleby, 2012; Poureslami et al., 2010; Easton et al., 2010; Shaw et al., 2009; Kreps & Sparks, 2008; Nielsen-Bohlman et al., 2004).

Fünf *migrationsspezifische Determinanten* wurden auf Grundlage der internationalen Literatur und der qualitativen Teilstudie in das Befragungsinstrument aufgenommen: *Generation*⁵¹, *Aufenthaltsstatus*⁵², *selbst-ingeschätzte Deutschkenntnisse*⁵³, *das Gefühl, in Österreich heimisch zu sein*⁵⁴ sowie *das Gefühl, aufgrund von Herkunft benachteiligt zu werden*⁵⁵. Allgemein lässt sich aus der Literatur und der qualitativen Studie folgern, dass der Zugang zum Gesundheitssystem für MigrantInnen erschwert ist. Als Gründe dafür nennt die Literatur – abseits des Sprachproblems – unter anderem eine fehlende interkulturelle Öffnung und mangelnde Ausbildung bzw. Schulung des Gesundheitspersonals im Bereich transkulturelle Kompetenzen (Kreps & Sparks, 2008; Kimbrough, 2007; Zanchetta & Poureslami, 2006;). Einige ExpertInnen wiesen darauf hin, dass sich die problematische Zugangssituation im Alter zumeist noch verschärfe. Für MigrantInnen sei es besonders schwierig, einen Platz in der geriatrischen Versorgung zu finden. In jeder Hinsicht besonders prekär sei die Situation von Asylsuchenden. Dies wurde sowohl in den Fokusgruppen als auch in den ExpertInnen-Interviews festgestellt.

⁵⁰ Es besteht eine Vielfalt an unterschiedlichen medizinischen Vorstellungen und Handlungsweisen, bedingt durch unterschiedliche kulturelle Herkunft. Wobei Kultur als wandelbarer, zeitgebundener und instabiler, offener Prozess des Aushandels von Bedeutung (Wimmer, 1996 zit. nach Wolf, 2010) verstanden werden sollte und nicht allein über nationale oder ethnische Zugehörigkeit erschlossen werden kann (Hunt, 2005).

⁵¹Itemtext: 1. In welchem Land sind Sie geboren (heutige Staatsgrenze)? Wenn nicht in Österreich, geben Sie bitte das Land an. (Ö. Gesundheitsbefragung, EU-SILC) a) Filter für alle im Ausland Geborenen: Seit welchem Jahr leben Sie hauptsächlich in Österreich? 2. In welchem Land sind Ihre Eltern geboren (heutige Staatsgrenzen)? (KiGGS, Mindestindikatoren zur Erfassung des Migrationsstatus RKI)

⁵²Itemtext: Welche Staatsbürgerschaft besitzen Sie? (Ö. Gesundheitsbefragung, European Background Module (EBM9), HLS-EU-Q86) a) Filter für ausländische StaatsbürgerInnen, die über keine EWR-Staatsbürgerschaft verfügen bzw. nicht die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen: Ist Ihre derzeitige Aufenthaltsbewilligung, also die Erlaubnis sich in Österreich aufzuhalten, befristet oder unbefristet? (EU-SILC- Modul Arbeitskräfteerhebung 2008)

⁵³Itemtext: 1. Was ist Ihre Muttersprache? (Spontan: Mehrfachnennungen möglich) (KiGGS, Mindestindikatoren zur Erfassung des Migrationsstatus RKI) a) Filter: Wenn Deutsch nicht Ihre (einzige) Muttersprache ist: Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein? (KiGGS, Mindestindikatoren zur Erfassung des Migrationsstatus RKI, Migrantenbus 2008-gfK - kombiniert), b) Filter: Wenn Deutsch nicht Ihre (einzige) Muttersprache ist: Wie schätzen Sie Ihre Muttersprachkenntnisse (Türkisch, Bosnisch, Serbisch, Kroatisch) ein? (19.12.2013-GKM-Meeting)

⁵⁴Itemtext: Fühlen Sie sich in Österreich heimisch bzw. zu Hause? (Statistischer Integrationsbericht 2013)

⁵⁵Itemtext: Haben Sie das Gefühl, dass Sie aufgrund ihrer Herkunft in Österreich benachteiligt werden? (Statistischer Integrationsbericht 2013, adaptiert)

Tabelle 4-5: Prozentverteilungen der fünf migrationsspezifischen Determinanten für die TR- (N=300) und BKS-Stichprobe (N=325)

		TR	BKS
Generation ^a	1. Generation	75,3%	84,9%
	2. Generation	24,7%	15,1%
Aufenthaltsstatus	österreichische Staatsbürgerschaft	70,0%	62,0%
	unbefristet/befristet	30,0%	38,0%
Deutschkenntnisse ^a	sehr gut	34,0%	56,0%
	gut	29,3%	27,1%
	mittelmäßig	30,3%	16,0%
	schlecht	5,3%	0,9%
Gefühl von Heimat ^a	sehr schlecht	1,0%	0,0%
	überhaupt nicht heimisch/weniger heimisch	18,1%	4,0%
Gefühl von Benachteiligung ^a	völlig heimisch/eher heimisch	81,9%	96,0%
	immer/meistens/manchmal	60,3%	34,2%
	selten/nie	39,7%	65,8%

^a signifikanter Unterschied zwischen TR und BKS ($\alpha = 0.05$)

MIGRATIONSSPEZIFISCHE DETERMINANTEN, PROFILE DER BEIDEN GKM-STICHPROBEN:

Die migrationsspezifischen Indikatoren (ausgenommen der Aufenthaltsstatus) unterscheiden sich signifikant zwischen den beiden Stichproben. Im Vergleich zur TR-Stichprobe geben die BKS-TeilnehmerInnen deutlich häufiger an, zur ersten Generation (84,9% vs. 75,3%) zu gehören, haben häufiger die österreichische Staatsbürgerschaft (70% vs. 62%), haben deutlich häufiger sehr gute oder gute Deutschkenntnisse (83,1% vs. 63,3%), fühlen sich deutlich häufiger heimisch (96,0% vs. 81,9%) und auch beträchtlich seltener benachteiligt (65,8% vs. 39,7%) (vgl. Tabelle 4-5).

ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN DEN MIGRATIONSSPEZIFISCHEN DETERMINANTEN: In beiden Stichproben schätzen Personen der 1. Generation ihre Deutschkenntnisse schlechter ein als Personen der 2. Generation. Befragte, die sich in Österreich weniger heimisch fühlen, geben häufiger an, aufgrund ihrer Herkunft benachteiligt zu werden. In der TR-Stichprobe sind die Zusammenhänge zwischen den migrationsspezifischen Variablen stärker, so geben Personen der 1. Generation häufiger an, dass sie nicht die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen und die TR mit schlechteren Deutschkenntnissen geben auch an, sich in Österreich weniger heimisch zu fühlen bzw. häufiger aufgrund ihrer Herkunft benachteiligt zu werden (vgl. Tabelle 4-6).

Tabelle 4-6: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen den fünf migrationsspezifischen Determinanten für die TR- (N=300) und BKS-Stichproben (N=325)

		Generation	Aufenthalts-sta-tus	Deutsch-kennt-nisse	Gefühl von Hei-mat	Benach-teili-gung
Aufenthaltsstatus	TR	-,176**	1			
	BKS	-,061	1			
Deutsch-kennt-nisse	TR	-,457**	,212**	1		
	BKS	-,310**	,102	1		
Gefühl von Heimat	TR	,128*	-,095	-,244**	1	
	BKS	-,002	-,003	-,030	1	
Benachteiligung	TR	,089	-,015	-,125*	,169**	1
	BKS	,031	,032	-,083	,151**	1

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig); ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

Generation: 0 = 1. Generation, 1 = 2. Generation; Aufenthaltsstatus: 0 = österreichische Staatsbürgerschaft, 1 = unbefristet/befristet; Deutschkenntnisse in 5 Kategorien: sehr gut bis sehr schlecht; Gefühl von Heimat: 0 = weniger/überhaupt nicht heimisch, 1 = völlig/eher heimisch; gefühlte Benachteiligung: 0 = immer/meistens/manchmal; 1=selten, nie.

4.2.1 Wie hängt die Gesundheitskompetenz mit den migrationsspezifischen Determinanten zusammen?

Die Korrelationen der migrantenspezifischen Determinanten mit den GK-Indices variieren beträchtlich je nach Indikator zwischen 0,076 und -0,358 für die allgemeine und zwischen 0,100 und -0,396 für die migrantenspezifische GK (vgl. Tabelle 4-7). Aber für alle Indikatoren wurden zumindest in einer der beiden GKM-Stichproben signifikante Zusammenhänge mit der allgemeinen GK gefunden. Das gilt mit Ausnahme des Aufenthaltsstatus auch für die migrationsspezifische GK.

Die *allgemeine* GK hängt in der TR-Stichprobe mit sämtlichen migrationsspezifischen Determinanten stärker zusammen als in der BKS-Stichprobe, mit Ausnahme des Indikators für Benachteiligung. Im Falle der *migrationsspezifischen* GK gibt es mit dem Aufenthaltsstatus, neben Benachteiligung, noch eine zweite Variable, die in der BKS-Stichprobe stärkere Zusammenhänge aufweist. Während in der TR-Stichprobe allgemeine und migrationsspezifische GK ähnlich starke Zusammenhänge mit den migrationsspezifischen Determinanten aufweisen, trifft dies in der BKS-Stichprobe für die migrationsspezifische GK deutlich stärker zu als für die allgemeine GK.

Von allen untersuchten migrationsspezifischen Determinanten korrelieren die Deutschkenntnisse in beiden Stichproben am stärksten mit der GK. Personen, die ihre Deutschkenntnisse schlechter bewerten, haben auch eine geringere GK.

Tabelle 4-7: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen der allgemeinen (HLS-EU-Q16) und der migrationsspezifischen (GKM-Q12) Gesundheitskompetenz und den fünf migrationsspezifischen Determinanten für die TR- (N=300) und BKS-Stichproben (N=325)

		HLS-EU-Q16	GKM-Q12
Generation	BKS	,087	,129*
	TR	,210**	,200**
Aufenthaltsstatus	BKS	-,095	-,191**
	TR	-,168**	-,108
Deutschkenntnisse	BKS	-,135*	-,310**
	TR	-,358**	-,396**
Gefühl von Heimat	BKS	,076	,100
	TR	,197**	,181**
Benachteiligung	BKS	,128*	,254**
	TR	,099	,201**

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig); ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

HLS-EU-Q16 & GKM-Q12: von niedrig bis hoch; Generation: 0 = 1. Generation, 1 = 2. Generation; Aufenthaltsstatus: 0 = österreichische Staatsbürgerschaft, 1 = befristet/unbefristet; Deutschkenntnisse in 5 Kategorien: sehr gut bis sehr schlecht; Gefühl von Heimat: 0 = weniger/überhaupt nicht heimisch, 1 = völlig/eher heimisch; gefühlte Benachteiligung: 0 = immer/meistens/manchmal; 1 = selten/nie.

Die Sprachbarriere wurde bereits öfter als ein wesentlicher Grund dafür hervorgehoben, dass MigrantInnen im Schnitt eine niedrigere GK aufweisen. In den Fokusgruppen und ExpertInnen-Interviews wurde auch betont, dass Sprachbarrieren im Gesundheitsbereich die größte situative Barriere darstellen. Dies gelte insbesondere für MigrantInnen der 1. Generation (ungeachtet ihres Alters). Einige ExpertInnen betonten, dass eine mangelnde Beherrschung der offiziellen Sprache dazu führe, dass der Zugang zu Leistungen im Gesundheitssystem nur eingeschränkt oder gar nicht möglich sei. Deshalb würden auch Präventionsmaßnahmen die Gruppe der älteren MigrantInnen oft nicht erreichen. Aber auch eine differenzierte Beschreibung der eigenen Symptome und Beschwerden, sowie das Verstehen von Anweisungen seien nur schwer möglich. Dies könne in letzter Konsequenz dazu führen, dass MigrantInnen häufiger falsch diagnostiziert und/oder falsch behandelt würden bzw. medizinische Heilmittel nicht korrekt anwendeten.

ExpertInnen erklärten, dass v.a. „GastarbeiterInnen“ den Plan gehabt hätten, nach der Erwerbstätigkeit ins Herkunftsland zurückzukehren und dass dies ein wesentlicher Grund dafür sei, weshalb viele nicht gut Deutsch können, obwohl sie schon seit 30, 40 Jahren in Österreich sind. Jetzt, im Alter von 50, 60 Jahren, sei es jedoch sehr schwierig, eine Sprache zu lernen. Auch Fokusgruppen-TeilnehmerInnen mit ex-jugoslawischem Hintergrund merkten an, dass Sprachkenntnis vor allem anfangs und für ältere Personen ein Problem darstelle. Darüber hinaus spielten Diskriminierungserfahrungen beim Spracherwerb eine Rolle. Einige Fokusgruppen-TeilnehmerInnen gaben an, dass sie nach dem Sprachkurs keine Möglichkeiten gehabt hätten, die Sprache anzuwenden, weil sie Hemmungen hatten und schlechte Reaktionen befürchteten. Auch einige ExpertInnen wiesen auf die häufige Erwartungshaltung der Mehrheitsbevölkerung bzw. der Institutionen hin, dass es notwendig sei, fehlerfrei Deutsch zu sprechen.

Das *Benachteiligungsgefühl* hat den zweitgrößten Zusammenhang mit der migrationsspezifischen GK in beiden GKM-Stichproben, für die allgemeine GK aber signifikant nur in der BKS-Stichprobe. Mit zunehmender Häufigkeit von Benachteiligungsempfindungen ist die durchschnittliche GK geringer.

Das Problem der Diskriminierung bzw. der Benachteiligung wurde sowohl von Fokusgruppen-TeilnehmerInnen als auch von ExpertInnen häufig genannt. In den Fokusgruppen wurde von Diskriminierungserfahrungen im Zusammenhang mit mangelnden Deutschkenntnissen, mit dem Tragen

„ausländischer“ Nachnamen, aber auch mit Religion gesprochen. In den Fokusgruppen wurde beispielsweise erwähnt, dass Frauen oft aufgrund ihres Kopftuches Diskriminierung erfahren. Eine Expertin machte darauf aufmerksam, dass Frauen im Gegensatz zu Männern hinsichtlich der Religion insofern benachteiligt seien, als einerseits Männern in der Regel weniger Verbote auferlegt seien und andererseits bei ihnen die Religionszugehörigkeit häufig nicht sichtbar sei. Bei Frauen sei die Religion durch die Bekleidung eher erkennbar und führe somit auch eher zu Diskriminierung.

Die gesundheitlichen Folgen von Diskriminierungserfahrungen sind vielfältig. Von den ExpertInnen wurde vor allem auf mangelndes Selbstbewusstsein, -gefühl und -vertrauen sowie auf Schamgefühle hingewiesen, die mit negativen und diskriminierenden Erfahrungen verbunden seien. MigrantInnen seien daher häufiger depressiv oder ängstlich. Die ExpertInnen erwähnten auch, dass die Angst von MigrantInnen vor medizinischen Untersuchungen vor allem daher stammt, nicht verstanden oder ernst genommen zu werden. Aufgrund von Misstrauen, Diskriminierungserfahrungen, Gefühlen der Schutzlosigkeit und des Ausgeliefertseins würden zum Teil auch Angebote (Kurse u.ä.) nicht in Anspruch genommen. Ebenso würden Diskriminierungserlebnisse zu Unzufriedenheit und Identitätsproblemen beitragen. Aufgrund dieser Probleme ließe sich bei männlichen Jugendlichen zum Teil eine Flucht in Computer-, Spiel- bzw. Drogensucht beobachten. Darüber hinaus mache sich einem Experten zufolge bei Jugendlichen auch eine Zunahme an Essstörungen bemerkbar.

Generation hängt in der BKS-Stichprobe mit beiden Gesundheitskompetenz-Indices, in der TR-Stichprobe aber nur mit der allgemeinen GK signifikant zusammen. Personen aus der 2. MigrantInnengeneration haben höhere GK-Werte als Personen aus der 1. Generation.

Unterschiede zwischen den Generationen wurden von den ExpertInnen v.a. hinsichtlich der Bildung und der Sprachkenntnisse thematisiert. Die 1. Generation, häufig „GastarbeiterInnen“, habe meist ein niedriges Bildungsniveau, was auch für Sprachbarrieren relevant sei. Kräftig und gesund zu sein, sei das einzige Kriterium (v.a. gesunde Zähne) bei der Anwerbung von ArbeitsmigrantInnen in den 1970er Jahren gewesen. Die meisten hätten über wenig bis keine Ausbildung verfügt und die Arbeit sei meist hart gewesen. Später, in den 1990er Jahren, seien aus Ex-Jugoslawien v.a. Kriegsflüchtlinge nach Österreich gekommen, die in der Regel besser gebildet waren. Die 2. Generation, unabhängig vom Herkunftsland, habe meist bessere Sprachkenntnisse. Zum Thema Gesundheit habe die 2. Generation v.a. durch den Schulbesuch einen besseren Zugang. ExpertInnen beobachteten, dass muttersprachliche Angebote und Broschüren von der 2. Generation kaum in Anspruch genommen würden. Die neuen Generationen hätten es einfacher, sich Informationen zu beschaffen, und könnten sich besser ausdrücken. Daran, wie sie als PatientInnen wahrgenommen werden, habe sich jedoch nichts geändert. Mehrmals wurde von ExpertInnen darauf hingewiesen, dass die 2. Generation oft mit Problemen im Zusammenhang mit dem „Leben zwischen zwei Welten“ konfrontiert sei. Die Zusammenhänge zwischen Generation und GK beruhen daher wahrscheinlich größtenteils auf unterschiedlichen Sprachkompetenzen und Bildungsniveaus.

Das Gefühl, in Österreich heimisch zu sein, hängt nur in der TR-Stichprobe signifikant mit beiden GK-Indices zusammen. Wer sich heimischer fühlt, hat eine bessere GK.

Der Aufenthaltsstatus korreliert in der TR-Stichprobe statistisch signifikant nur mit der allgemeinen GK und in der BKS-Stichprobe nur mit der migrationsspezifischen GK. In beiden Fällen haben Personen mit der österreichischen Staatsbürgerschaft eine höhere GK als solche mit einem unbefristeten oder befristeten Aufenthaltsstatus.

Sowohl von ExpertInnen als auch von den Fokusgruppen-TeilnehmerInnen wurde darauf hingewiesen, dass der Aufenthaltsstatus ein Grund sein könne, der den Prozess des Spracherwerbs erschwere. Damit könnte etwa auch ein befristeter oder auch unbefristeter Aufenthaltsstatus gegenüber einer Staatsbürgerschaft indirekt zu einer reduzierten GK beitragen. Die Fokusgruppen-TeilnehmerInnen einer türkischsprachigen Fokusgruppe waren der Meinung, dass man aufgrund des Aufenthalts in Österreich die deutsche Sprache erlernen müsse. Bildungshintergrund, Alter und Aufenthaltsstatus wurden als wichtige Gründe angeführt, die diesen Prozess erschwerten. Insbesondere AnalphabetInnen und Personen mit geringer Ausbildung falle es demnach besonders schwer, sich die neue Sprache anzueignen.

4.2.2 Wie groß ist der migrationspezifische Gradient der Gesundheitskompetenz?

Von der Gesamtvarianz der *allgemeinen GK* erklären die fünf erhobenen migrationspezifischen Determinanten gemeinsam in der TR-Stichprobe mit 14,2% mehr als doppelt so viel als in der BKS-Stichprobe mit nur 6,2%. Aber verglichen mit der Erklärung der fünf allgemeinen sozialen Determinanten (24,1% TR / 13,0% BKS) ist der Anteil der erklärten Varianz deutlich kleiner (vgl. Tab. 4-8).

Für die *allgemeine GK* sind Deutschkenntnisse in beiden Stichproben die wichtigste migrationspezifische Determinante, in der TR-Stichprobe sogar die einzige statistisch signifikante. In der BKS-Stichprobe ist neben Deutschkenntnissen auch der Effekt des Benachteiligungsgefühls auf die allgemeine GK statistisch signifikant. Generation und Aufenthaltsstatus haben dagegen in beiden Gruppen keinen signifikanten oder nennenswerten Effekt auf die allgemeine Gesundheitskompetenz.

Von der *migrationspezifischen GK* erklären die migrationspezifischen Determinanten gemeinsam in beiden Stichproben jeweils knapp 20% der Varianz und damit deutlich mehr als für die allgemeine GK und im Fall der BKS sogar mehr als die allgemeinen sozialen Determinanten. Deutschkenntnisse haben, wie bei der allgemeinen GK, den stärksten Effekt. Der Effekt der Benachteiligungsgefühle ist (im Gegensatz zur allgemeinen GK) in beiden Stichproben statistisch signifikant und für die BKS deutlich größer. Für diese ist der Aufenthaltsstatus auch als dritter Effekt auf migrationspezifische GK statistisch signifikant.

Tabelle 4-8: Multivariater Zusammenhang zwischen allgemeiner (HLS-EU-Q16) bzw. migrationspezifischer (GKM-Q12) Gesundheitskompetenz und migrationspezifischen Determinanten (betaweights und korrigiertes R²) für die TR- und BKS-Stichproben

		TR	BKS	TR	BKS
Gesundheitskompetenz		HLS-EU-Q16	HLS-EU-Q16	GKM-Q12	GKM-Q12
Migrationspezifische Det.	Generation	,050	,005	,032	,028
	Aufenthaltsstatus	-,096	-,093	-,051	-,167**
	Deutschkenntnisse	-,289**	-,163**	-,347**	-,282**
	Gefühl von Heimat	,101	,123*	,082	,053
	Benachteiligung	,040	,130*	,155**	,254**
	Korr. R ²	,142	,062	,194	,194
	N	286	267	294	250

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig); ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

HLS-EU-Q16 & GKM-Q12: von niedrig bis hoch; Generation: 0 = 1. Generation, 1 = 2. Generation; Aufenthaltsstatus: 0 = österreichische Staatsbürgerschaft, 1 = befristet/unbefristet; Deutschkenntnisse in 5 Kategorien: sehr gut bis sehr schlecht; Gefühl von Heimat: 0 = weniger/überhaupt nicht heimisch, 1 = völlig/eher heimisch; gefühlte Benachteiligung: 0 = immer/meistens/manchmal; 1 = selten/nie.

AUF EINEN BLICK

Einflüsse der migrationspezifischen Determinanten auf die Gesundheitskompetenz

- Die migrationspezifischen Determinanten erklären gemeinsam deutlich weniger Varianz der GK als die allgemeinen sozialen Determinanten.
- Insgesamt beeinflussen die migrationspezifischen Determinanten die GK von Personen mit Hintergrund in der Türkei mehr als doppelt so stark wie die von Personen mit BKS-Hintergrund.
- Die durch migrationspezifische Determinanten erklärte Varianz der migrationspezifischen GK ist deutlich größer als die der allgemeinen GK
 - *Deutschkenntnisse*: Deutschkenntnisse haben den stärksten Einfluss auf die GK. Personen mit besseren Deutschkenntnissen haben in beiden Migrantengruppen eine höhere GK. Dieser Effekt ist bei Personen mit Hintergrund in der Türkei deutlich stärker als bei Personen mit BKS-Hintergrund.
 - *Gefühl von Benachteiligung*: Personen, die sich häufiger aufgrund ihrer Herkunft benachteiligt fühlen, haben in beiden MigrantInnen-Gruppen eine niedrigere migrationspezifische GK. Für die allgemeine GK trifft das nur bei Personen mit BKS-Hintergrund statistisch signifikant zu.
 - *Generation* hat keinen signifikanten Einfluss auf GK, der *Aufenthaltsstatus* und das *Gefühl von Heimat* hat nur für die BKS einen signifikanten Einfluss.

4.3 Psychische Determinanten der Gesundheitskompetenz

Sowohl in der Literatur als auch in der qualitativen Studie wird ein Einfluss von psychischen Dispositionen auf den Gesundheitszustand⁵⁶ bzw. Gesundheitskompetenz von MigrantInnen explizit hervorgehoben, dabei werden dem Selbstwert bzw. der Selbstsicherheit als auch dem Fatalismus bzw. dem Locus of Control eine besondere Rolle bei MigrantInnen zugeschrieben (vgl. Grotz et al., 2011; Franz et al., 2007; Hudson et al., 2006; Nesdale & Mak, 2003; Mielck, 2000). In Österreich etwa beurteilten MigrantInnen (aus der Türkei und Ex-Jugoslawien) ihre Lebensqualität bezüglich Vitalität und psychischem Wohlbefinden schlechter als Personen ohne Migrationshintergrund (Statistik Austria, 2008). MigrantInnen schreiben ihren Gesundheitszustand eher fatalistischen, externen Ursachen zu und nehmen auch Gesundheitsdienstleistungen, die sie bräuchten, weniger in Anspruch, da sie, oft begründeter Weise, Angst davor haben, sich durch die dominierende Kultur beschämt zu fühlen („Fear of Shame“) (Minitz, 2012). Auch von Seiten der ExpertInnen wurde darauf hingewiesen, dass MigrantInnen aufgrund von negativen oder diskriminierenden Erfahrungen ein mangelndes Selbstbewusstsein haben. FokusgruppenteilnehmerInnen äußerten sich öfters über fatalistische Einstellungen von MigrantInnen gegenüber Krankheiten, was womöglich zu negativen Auswirkungen auf die Gesundheit bzw. die Gesundheitskompetenz führen könne.

Aufgrund der Forschungsergebnisse in der Literatur und der qualitativen Teilstudie wurden in den GKM-Surveys Fragen zum *Selbstwert* (*Self-esteem nach Rosenberg, 1965*) in Form der von Maehler und Schmidt-Denter (2013) entwickelten Kurzform⁵⁷ und zu *internen und externen Kontrollüberzeugungen*⁵⁸ (*Locus of Control*⁵⁹) integriert.

Das Konzept bzw. die Skala „Selbstwert“ basiert auf der Arbeit von Rosenberg (1965) und erfasst laut Maehler und Schmidt-Denter (2013:64) Folgendes: *„Die Skala Selbstwert beschreibt die Akzeptanz gegenüber der eigenen Person, sowie das Ausmaß der positiven Einstellung zu sich selbst auf Grundlage der persönlichen Wertvorstellungen (Rosenberg, 1979). Ein hoher Selbstwert bedeutet, dass sich eine Person als gleichwertig zu anderen Personen wahrnimmt und sich eigene Schwächen ohne negative Konsequenzen (wie z.B. Ablehnung) eingestehen kann.“*

Zur Berechnung der von Maehler und Schmidt-Denter (2013) entwickelten Kurzform Selbstwert-Skala wurden die unterschiedlich gepolten Items umgepolzt und das arithmetische Mittel aller Items gebildet. Höhere Werte zeigen damit einen höheren Selbstwert an.

Das Konzept *Kontrollüberzeugung (Locus of control)*: stammt ursprünglich aus der sozialen Lerntheorie. Im GKM-Survey wurde eine Kurzskala zur Messung von Kontrollüberzeugung nach Kovaleva

⁵⁶ Dazu wie psychische Dispositionen mit der GK zusammenhängen, ist bis her noch nichts bekannt.

⁵⁷ Itemtext: Die nächsten Aussagen beziehen sich auf Ihre Gefühle sich selbst gegenüber. Überlegen Sie, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen. Zur Bewertung jeder Aussage steht Ihnen eine fünffach gestufte Skala zur Verfügung, von stimmt überhaupt nicht (1) bis stimmt sehr überein (5). (SelfesteemScale nach Rosenberg; Maehler & Schmidt-Denter, 2013). Manchmal fühle ich mich wertlos. | Ich glaube, dass ich eine Reihe an sehr guten Eigenschaften habe. | Ich kann Dinge ebenso gut wie die meisten anderen Leute. | Ich habe das Gefühl, ein wertvoller Mensch zu sein, mit anderen mindestens auf gleicher Stufe zu stehen. | Ich wünsche mir, dass ich mich selbst mehr achten könnte. | Bestimmt gibt es Zeiten, in denen ich mich nutzlos fühle.

⁵⁸ Itemtext: Die folgenden Aussagen können mehr oder weniger auf Sie zutreffen. Bitte geben Sie bei jeder Frage an, inwieweit diese auf Sie persönlich zutrifft. (Kurzskala zur Messung von Kontrollüberzeugungen nach Kovaleva et al., 2012)

⁵⁹ Kovaleva, A., C. Beierlein, C. J. Kemper und B. Rammstedt, 2012: Eine Kurzskala zur Messung von Kontrollüberzeugung: Die Skala Internale-Externale-Kontrollüberzeugung-4 (IE-4). GESIS-Working Papers 2012|19. Köln: GESIS. http://www.gesis.org/fileadmin/kurzskalen/working_papers/IE4_Workingpaper.pdf

et. al (2012) eingesetzt. In ihrer Definition des Konstrukts folgen Kovaleva et al (ebd.:7) den Definitionen von (Levenson, 1972) und (Rotter, 1966)⁶⁰ und verstehen unter Kontrollüberzeugung: „Kontrollüberzeugung ist definiert als generalisierte Erwartung der internen/externen Verstärkung, wobei internale Kontrollüberzeugung das Ausmaß beschreibt, in dem ein Individuum überzeugt ist, Ereignisse kontrollieren zu können und diese als Konsequenz seines eigenen Verhaltens erlebt. Externale Kontrollüberzeugung ist definiert als das Ausmaß, in dem das Individuum das Geschehen als Schicksal, Zufallsumstände oder unter der Kontrolle von „mächtigen Anderen“ betrachtet, auf die es keinen Einfluss hat.“

Tabelle 4-9: Psychische Determinanten: Mittelwerte und Standardabweichungen (SD) für die TR-- (N=325) und die BKS-Stichproben (N=300)

		TR	BKS
Itemkennwerte: Selbstwert (nach Rosenberg)			
RSS1: Manchmal fühle ich mich wertlos.	Mittelwert	3,8	4,0
	SD	1,3	1,3
RSS 2: Ich glaube, dass ich eine Reihe an sehr guten Eigenschaften habe. (-)	Mittelwert	4,3	4,5
	SD	,9	,7
RSS 3: Ich kann Dinge ebenso gut wie die meisten anderen Leute. (-)	Mittelwert	4,3	4,3
	SD	,9	1,0
RSS 4: Ich habe das Gefühl, ein wertvoller Mensch zu sein, mit anderen mindestens auf gleicher Stufe zu stehen. (-)	Mittelwert	4,2	4,4
	SD	1,1	,9
RSS 5: Ich wünsche mir, dass ich mich selbst mehr achten könnte.	Mittelwert	2,3	3,2
	SD	1,4	1,5
RSS 6: Bestimmt gibt es Zeiten, in denen ich mich nutzlos fühle.	Mittelwert	3,3	3,7
	SD	1,4	1,4
Selbstwert Index (nach Rosenberg)^a	Mittelwert	3,7	4,0
	SD	,6	,7
LOC (intern)			
LOC1 (intern): Ich habe mein Leben selbst in der Hand.	Mittelwert	3,42	3,54
	SD	,861	,650
LOC2(intern): Wenn ich mich anstrenge, werde ich auch Erfolg haben.	Mittelwert	3,45	3,43
	SD	,813	,744
Locus of Control Index (intern)	Mittelwert	3,43	3,48
	SD	0,67	0,58
LOC2 (extern): Egal ob privat oder im Beruf: Mein Leben wird zum großen Teil von anderen bestimmt.	Mittelwert	1,98	1,88
	SD	1,080	,885
LOC4 (extern): Meine Pläne werden oft vom Schicksal durchkreuzt.	Mittelwert	2,17	2,25
	SD	1,045	,933
Locus of Control Index (extern)	Mittelwert	2,08	2,06
	SD	0,80	0,73

^a signifikanter Unterschied zwischen TR und BKS ($\alpha = 0.05$)

Anmerkung. (-) bezeichnet, dass diese Items zur Berechnung der Itemwerte umkodiert wurden.

Selbstwert (Rosenberg Self-Esteem Scale): niedrig bis hoch; internale Kontrollüberzeugungen (Locus of Control Scale): niedrig bis hoch; externe Kontrollüberzeugungen (Locus of Control Scale): niedrig bis hoch.

PROFIL DER PSYCHISCHEN DISPOSITIONEN IN BEIDEN STICHPROBEN: (vgl. Tabelle 4-9)

Während sich die Werte für internen bzw. externen Locus of control⁶¹ für die beiden Stichproben kaum unterscheiden, erreichen die BKS im Vergleich zu den TR einen durchschnittlich signifikant etwas höheren Selbstwert auf der Rosenberg Self-Esteem Skala, was vor allem von einem sehr viel höheren Anteil von Personen mit dem Höchstwert herrührt (vgl. Tabelle 4-9; Abbildung 4-1).

⁶¹ Eine detaillierte Auswertung des Locus of Control nach Geschlecht und der Stichprobe befindet sich im Anhang.

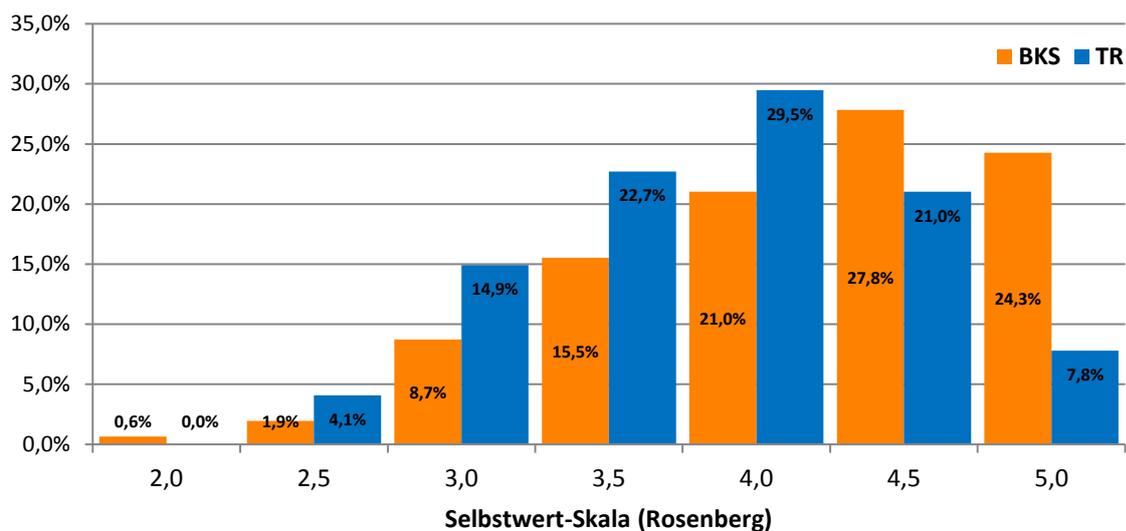


Abbildung 4-1: Prozentverteilungen der Rosenberg Self-Esteem Skala für die TR- und die BKS-Stichproben

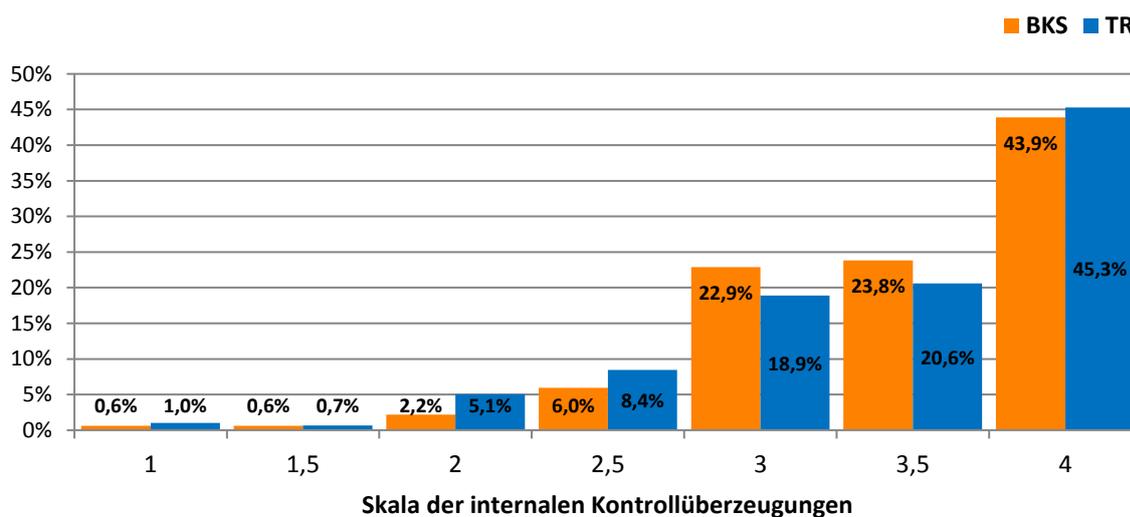


Abbildung 4-2: Prozentverteilungen der Skala interne Kontrollüberzeugung für die TR- und BKS-Stichproben

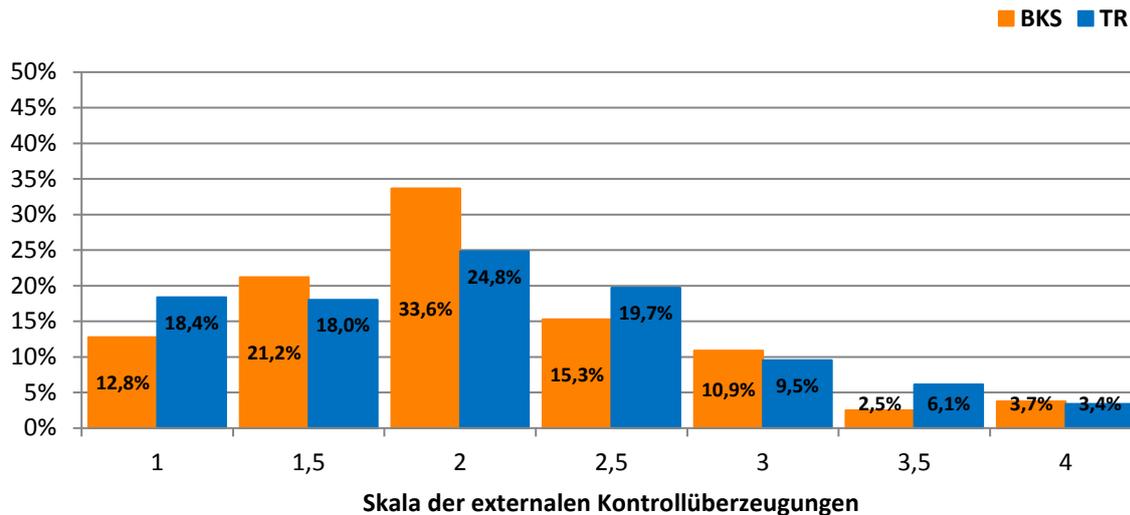


Abbildung 4-3: Prozentverteilungen der Skala externe Kontrollüberzeugung für die TR- und BKS-Stichproben

ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN DEN PSYCHISCHEN DETERMINANTEN: In beiden Stichproben hängt ein höherer Selbstwert mit gesteigerten internen und verringerten externen Kontrollüberzeugungen signifikant zusammen, während interne und externe Kontrollüberzeugungen praktisch nicht miteinander korrelieren. (vgl. Tabelle 4-10).

Tabelle 4-10: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen den psychischen Determinanten für die TR- (N=300) und die BKS-Stichproben (N=325)

	Selbstwert	Intern. LOC	Extern. LOC
Internale LOC	TR ,263**	1	
	BKS ,391**	1	
Externale LOC	TR -,247**	-,055	1
	BKS -,370**	-,463**	1

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig); ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

Selbstwert (Rosenberg Self-Esteem Scale): niedrig bis hoch; internale Kontrollüberzeugungen (Locus of Control Scale): niedrig bis hoch; externale Kontrollüberzeugungen (Locus of Control Scale): niedrig bis hoch.

4.3.1 Wie hängt die Gesundheitskompetenz mit den psychischen Determinanten zusammen?

Beide GK-Indices korrelieren mit den drei gemessenen *psychischen Determinanten* in beiden GKM-Stichproben recht deutlich und fast durchwegs signifikant (vgl. Tabelle 4-11). Die Korrelationen mit der *migrationsspezifischen GK* sind jeweils deutlich stärker ausgeprägt als mit der *allgemeinen GK*. In der TR-Stichprobe sind diese Zusammenhänge tendenziell etwas schwächer als in der BKS-Stichprobe (mit Ausnahme des Zusammenhangs zwischen internaler Kontrollüberzeugung und allgemeiner GK).

Die Richtungen der Zusammenhänge entsprechen den Erfahrungen aus bisherigen Studien und den qualitativen Ergebnissen. Ein höherer *Selbstwert* geht mit einer im Schnitt höheren GK einher. Das gleiche gilt für die *internalen Kontrollüberzeugungen*. Bei den *externalen Kontrollüberzeugungen* sind die Trends aber erwartungsgemäß gegenläufig. Personen, die eher davon ausgehen, dass ihr Leben von ihrer Umwelt bestimmt wird, haben eine im Schnitt niedrigere GK. In der BKS-Stichprobe besteht der relativ stärkste Zusammenhang für beide GK-Indices mit dem *Selbstwert*. In der TR-Stichprobe

sind die Korrelationen für beide GK-Indices deutlich am schwächsten mit der *externalen Kontrollüberzeugung*.

Tabelle 4-11: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen der Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16 und GKM-Q12) und den drei psychischen Determinanten für die TR- (N=300) und die BKS-Stichproben (N=325)

		HLS-EU-Q16	GKM-Q12
Selbstwert (RSS)	BKS	,263**	,358**
	TR	,216**	,295**
Internale Kontrollüberzeugung	BKS	,224**	,340**
	TR	,261**	,322**
Externale Kontrollüberzeugung	BKS	-,250**	-,278**
	TR	-,097	-,141*

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig) ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

HLS-EU-Q16 & GKM-Q12: von niedrig bis hoch; Selbstwert (Rosenberg Self-Esteem Scale): niedrig bis hoch; internale Kontrollüberzeugungen (Locus of Control Scale): niedrig bis hoch; externale Kontrollüberzeugungen (Locus of Control Scale): niedrig bis hoch.

MigrantInnen (vor allem Personen mit hoher Religiosität, vgl. Fiori et al., 2006) machen häufig externe Ursachen (Locus of Control, vgl. Rotter, 1966) für ihre Krankheit verantwortlich (Grotz et al., 2011; Mielck, 2000), was sich negativ auf ihren Gesundheitszustand auswirken kann. Eine Schweizer Studie kommt zu dem Schluss, dass dieser Zusammenhang (*je geringer die Kontrollüberzeugungen, desto schlechter der Gesundheitszustand*) speziell bei MigrantInnen zu beobachten ist (Schweizer Bundesamt für Gesundheit, 2010). Krankheit wird dabei als etwas wahrgenommen, das jemandem passiert, nicht als etwas, das von einem selbst beeinflusst werden kann. Häufig schätzen beispielsweise MigrantInnen aus der Türkei ihre Krankheitsverläufe pessimistisch ein und befürchten stärker eine langfristige Chronifizierung als deutsche PatientInnen (Franz et al., 2007).

In der Literatur (Minitz, 2012) wie auch von den ExpertInnen wurde vor allem auf mangelndes Selbstbewusstsein, -gefühl und -vertrauen sowie Schamgefühle hingewiesen, die mit negativen und diskriminierenden Erfahrungen verbunden seien. In den Fokusgruppen wurde einerseits betont, dass Selbstdisziplin nötig sei, um gesund zu leben. Andererseits äußerten einige Fokusgruppen-TeilnehmerInnen fatalistische Einstellungen hinsichtlich ihrer Erkrankungen: Persönliche Gesundheitsprobleme wie hoher Blutdruck oder Cholesterin wurden z.B. auf die Familie, auf das Geschlecht oder das Alter zurückgeführt. Diese Einstellungstendenzen wurden auch von den ExpertInnen bestätigt. Jedoch haben die FokusgruppenteilnehmerInnen auch angesprochen, dass es für die psychische Gesundheit wichtig sei, Stress zu vermeiden, Hobbies zu pflegen oder Zeit in Vereinen zu verbringen. Außerdem würden familiäre bzw. soziale Kontakte und Austausch als besonders wichtig angesehen. Auch Reisen in die Herkunftsländer würden der Seele gut tun.

4.3.2 Welcher Anteil der Gesundheitskompetenz wird durch die psychischen Determinanten erklärt?

An der *allgemeinen Gesundheitskompetenz* erklären die drei gemessenen psychischen Determinanten gemeinsam in beiden Stichproben mit 11,7% einen gleich großen Anteil der Varianz (vgl. Tabelle 4-12). Die durch psychische Determinanten erklärte Varianz ist damit deutlich kleiner als für die fünf migrationsspezifischen (mit jeweils 19,4 %) bzw. für die fünf sozialen Determinanten (mit 24,1% bzw. 16,5%).

Der *Selbstwert* ist in beiden MigrantInnengruppen ein beträchtlicher und signifikanter Einflussfaktor auf die allgemeine GK. Die *internale Kontrollüberzeugung* ist in der TR-Stichprobe aber ein deutlich wichtigerer Prädiktor für die allgemeine GK, während in der BKS-Stichprobe die externe Kontrollüberzeugung der wichtigste (negative) Prädiktor ist.

Im Vergleich zur allgemeinen GK erklären die psychischen Determinanten gemeinsam für die *migrationsspezifische GK* in beiden Stichproben mit 16,9% in der TR-Stichprobe bzw. 16,4% in der BKS-Stichprobe einen deutlich höheren Anteil der Varianz. Dieser ist jedoch zumeist etwas geringer als der Erklärungsanteil der sozialen (vgl. Tabelle 4-4) oder der migrationsspezifischen (vgl. Tabelle 4-8) Determinanten.

Der *Selbstwert* und die *internale Kontrollüberzeugung* haben für beide Migrantengruppen signifikante und (im Vergleich zur allgemeinen GK) beträchtlichere Einflüsse auf die migrantenspezifische GK. Die *externale Kontrollüberzeugung* dagegen hat, wie auch im Fall der allgemeinen GK, nur in der BKS-Stichprobe einen signifikanten Einfluss.

Tabelle 4-12: Multivariater Zusammenhang zwischen allgemeiner (HLS-EU-Q16) bzw. migrationsspezifischer (GKM-Q12) Gesundheitskompetenz und psychischen Determinanten (betaweights und korrigiertes R^2) für die TR- und BKS-Stichprobe

		TR	BKS	TR	BKS
Gesundheitskompetenz		HLS-EU-Q16	HLS-EU-Q16	GKM-Q12	GKM-Q12
Psychische Det.	Selbstwert	,170**	,162*	,238**	,235**
	Internale Kontrollüberzeugungen	,258**	,123	,270**	,146
	Externale Kontrollüberzeugungen	-,028	-,167**	-,049	-,143*
	Korr. R^2	,117	,117	,169	,164
	N	278	298	286	283

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig) ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

Selbstwert (Rosenberg Self-Esteem Scale): niedrig bis hoch; internale Kontrollüberzeugungen (Locus of Control Scale): niedrig bis hoch; externe Kontrollüberzeugungen (Locus of Control Scale): niedrig bis hoch.

AUF EINEN BLICK

Einflüsse der psychischen Determinanten auf die Gesundheitskompetenz

- Die psychischen Determinanten erklären in beiden Stichproben einen deutlich kleineren Anteil der Varianz der GK als die sozialen oder migrationsspezifischen Determinanten.
- Sie erklären mehr Varianz der *migrationsspezifischen* GK als der *allgemeinen* GK und es gibt keine Unterschiede im Ausmaß der erklärten Varianz zwischen den TR und den BKS.
 - *Selbstwert*: Ein höherer Selbstwert hat in beiden MigrantInnen-Gruppen einen positiven Einfluss – vor allem auf die migrationsspezifische - GK.
 - *Internale Kontrollüberzeugung*: Stärkere internale Kontrollüberzeugungen haben einen positiven Einfluss auf die GK.
 - *Externale Kontrollüberzeugung*: Stärkere externale Kontrollüberzeugungen haben einen negativen Einfluss auf die GK, aber nur bei den BKS.

4.4 Welcher Anteil der GK wird durch die sozialen, migrationspezifischen und psychischen Determinanten gemeinsam erklärt?

Im kombinierten Gesamtmodell mit den insgesamt 13 Indikatoren für soziale, migrationspezifische und psychische Determinanten ist der erklärte Anteil der Varianz der GK jeweils deutlich größer als in den drei spezifischen Modellen (vgl. Tabelle 4-13). Die Determinanten erklären gemeinsam jeweils mehr Varianz für die *migrationspezifische* GK (31,3% bzw. 27,6%) als für die *allgemeine* GK (27,7% bzw. 19,5%) und jeweils mehr Varianz für die TR (27,7% bzw. 31,3%) als für die BKS (19,5% bzw. 27,6%).

Tabelle 4-13: Multivariater Zusammenhang zwischen allgemeiner und migrationspezifischer Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16 und GKM-Q12) und fünf sozialen, vier migrationspezifischen und vier psychischen Determinanten (beta weights und korrigiertes R²) für die TR- und BKS-Stichproben

		TR	BKS	TR	BKS	
Gesundheitskompetenz		HLS-EU-Q16	HLS-EU-Q16	GKM-Q12	GKM-Q12	
Soziale Determinanten	Geschlecht	-,097	-,062	-,038	,036	
	Alter	-,144*	,061	-,095	,034	
	Bildung	Universität/Hochschule	,047	,257**	,072	,141
		BHS/Kolleg	,095	,206*	,053	,074
		AHS/Lehrabschluss	,029	,290**	,046	,104
	keine Pflichtschule/Pflichtschule	Referenz	Referenz	Referenz	Referenz	
	Finanzielle Schwierigkeiten	-,266**	-,172*	-,257**	-,214**	
Sozialer Status	,093	,065	,091	,039		
Migrations-spezifische Determ.	Generation	-,086	,069	-,073	,056	
	Aufenthaltsstatus	-,132*	,033	-,076	-,080	
	Deutschkenntnisse	-,131	-,055	-,172*	-,156*	
	Gefühl von Heimat	,137*	,093	,107	-,025	
	Benachteiligung	,007	,059	,115*	,183**	
Psychische Determ.	Selbstwert	,030	,040	,084	,092	
	Int. Kontrollüberz.	,120*	,095	,138*	,069	
	Ext. Kontrollüberz.	,034	-,171*	,031	-,124	
Korr. R² gesamt Modell		,277	,195	,313	,276	
Korr. R² soziale Determinanten		,220	,160	,241	,165	
Korr. R² migrations-spezifische Determinanten		,062142	,142	,199	,194	
Korr. R² psychische Determinanten		,117	,117	,169	,164	
N (Gesamtmodell)		265	237	274	225	

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig) ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

Geschlecht: 0 = männlich, 1 = weiblich; Alter in Jahren; Finanzielle Schwierigkeiten (Faktor Scores): keine bis große; selbst eingeschätzter sozialer Status in 10 Kategorien: niedrig bis hoch; Generation: 0 = 1. Generation, 1 = 2. Generation; Aufenthaltsstatus: 0 = österreichische Staatsbürgerschaft, 1 = unbefristet/befristet; Deutschkenntnisse in 5 Kategorien: sehr gut bis sehr schlecht; Gefühl von Heimat: 0 = weniger/überhaupt nicht heimisch, 1 = völlig/eher heimisch; gefühlte Benachteiligung:

0 = immer/meistens/manchmal; 1 = selten/nie; Selbstwert (Rosenberg Self-Esteem Scale): niedrig bis hoch; internale Kontrollüberzeugungen (Locus of Control Scale): niedrig bis hoch; externale Kontrollüberzeugungen (Locus of Control Scale): niedrig bis hoch.

Die einzelnen Determinanten haben unterschiedlich starke bzw. signifikante Effekte auf die beiden Arten von GK bzw. in den beiden Gruppen von MigrantInnen. Im kombinierten Modell haben Geschlecht, sozialer Status, Generation und Selbstwert in keinem Fall einen signifikanten Effekt, finanzielle Schwierigkeiten dagegen in beiden Gruppen und für beide GK-Maße (und in drei auch den höchsten). Zusätzlich zu finanziellen Schwierigkeiten beeinflussen das Alter, der Aufenthaltsstatus, das Gefühl von Heimat und interne Kontrollüberzeugungen signifikant die *allgemeine* GK der TR, bzw. Bildung und externale Kontrollüberzeugungen die *allgemeine* GK der BKS. Die *migrationsspezifische* GK wird beeinflusst beiden TR und BKS noch durch Deutschkenntnisse und das Gefühl von Benachteiligung, und bei den TR auch noch durch internale Kontrollüberzeugungen.

AUF EINEN BLICK

Effekte der drei Arten von Determinanten auf die GK

- Alle drei Arten von Determinanten erklären (wegen ihrer starken Interkorrelationen) zusammen nur etwas mehr Varianz der GK als die drei Arten jeweils für sich allein.
- Erklärt wird jeweils mehr Varianz der migrationsspezifischen als der allgemeinen GK bzw. der GK der TR als der GK der BKS.
- Die sozialen Determinanten haben deutlich größeren Einfluss als die psychologischen oder migrationsspezifischen Determinanten auf die GK von beiden Migrantengruppen.
- Nach den sozialen Determinanten sind für die GK bei Personen mit Hintergrund in der Türkei eher die migrationsspezifischen Determinanten von Bedeutung, bei Personen mit BKS-Hintergrund eher die psychologischen.
- Finanzielle Schwierigkeiten haben immer signifikante und bedeutsame negative Effekte. Dagegen haben Geschlecht, sozialer Status, Generation und Selbstwert keine signifikanten Effekte. Alter und Bildung, Aufenthaltsstatus, Deutschkenntnisse, Gefühl von Heimat und von Benachteiligung, sowie internale oder externale Kontrollüberzeugungen weisen nur je nach Art der GK oder der Migrantengruppe signifikante Effekte auf.

5 Gesundheitsrelevante Konsequenzen der Gesundheitskompetenz

Neben der Verteilung und den Determinanten von Gesundheitskompetenz werden in der Literatur gleichermaßen deren Auswirkungen auf gesundheitsrelevantes Verhalten bzw. Konsequenzen für Gesundheit (zumeist bei PatientInnen) erforscht und diskutiert (Sun, 2013; Osborn et al., 2011; Berkman et al., 2011; De Walt et al., 2004; Nielsen-Bohlmann et al., 2004), wobei es wenige spezifische Studien zu MigrantInnen gibt. Die Darstellung der Ergebnisse zu den Konsequenzen folgt der Auswertungsstrategie vorhergegangener GK-Studien (vgl. HLS-EU Consortium, 2012; Pelikan et al., 2013) und dem für die GKM-Studie weiterentwickelten generischen Rahmenmodell (vgl. Abbildung 1-3) dabei werden auch Resultate der qualitativen Teilstudien berücksichtigt.

In den einschlägigen Studien wird die Wirkung von Gesundheitskompetenz auf das Gesundheitsverhalten (*„Je geringer die GK, desto ungesünder verhalten sich die Personen“*), auf den Gesundheitsstatus (*„Je geringer die GK, desto schlechter der selbst-eingeschätzte Gesundheitszustand“*) und auf die Inanspruchnahme des Krankbehandlungssystems (*„Je geringer die GK, desto häufiger wird das Gesundheitssystem in Anspruch genommen“*) diskutiert. Diese Hypothesen wurden im Rahmen der HLS-EU (HLS-EU Consortium, 2012) und der Österreichischen HLS-Bundesländer-Studie (Pelikan et al., 2013) aufgegriffen und für ausgewählte nationale Bevölkerungsstichproben geprüft. Da Vergleichbarkeit mit diesen Studien angestrebt wurde, wurden im GKM-Survey weitestgehend dieselben Indikatoren abgefragt und nur wenige Indikatoren vor dem Hintergrund der Literatur und der qualitativen Teilstudie hinzugefügt. Diese Indikatoren können auch den Säulen 3 (*„Gesundheitsverhalten“*), 4 (*„Gesundheitsstatus“*) und 5 (*„Krankheitsbewältigung“*) des generischen Rahmenmodells für Determinanten und Konsequenzen der Gesundheitskompetenz (siehe: Abbildung 1-3) zugeordnet werden.

- **Gesundheitsverhalten (Gesundheits- und Risikoverhalten):**
 - **Indikatoren des Gesundheits- und Risikoverhalten:** Häufigkeit sportlicher Betätigung, Rauchverhalten und BMI diese Indikatoren⁶² wurden bereits in vorhergegangenen GK-Studien (HLS-EU Consortium, 2012; Pelikan et al., 2013) erhoben; in der GKM-Studie wurde das Ernährungsverhalten als zusätzlicher Indikator abgefragt.

⁶² Im Gegensatz zu den vorhergegangenen Studien wurde nicht nach dem Alkoholkonsum gefragt, dafür wurden aber zusätzliche Fragen nach dem Ernährungsverhalten eingebaut.

- **Gesundheitsstatus (*selbst-eingeschätzter Gesundheitsstatus*):**
 - **Indikatoren des selbst-eingeschätzten Gesundheitsstatus:** selbst-eingeschätzter Gesundheitszustand, Langzeiterkrankungen und gesundheitliche Einschränkungen im Alltag. Diese drei Indikatoren wurden bereits in vorangegangenen GK-Studien abgefragt (ebd.) und sind Teil des European Minimum Health Module (MEHM).
- **Krankheitsbewältigung (*Inanspruchnahme und Erfahrungen im Krankenbehandlungssystem*):**
 - **Indikatoren der Inanspruchnahme des Krankenbehandlungssystems:** Häufigkeiten der Inanspruchnahme von Notfalldiensten (in den letzten zwei Jahren), von Arztbesuchen (in den letzten zwölf Monaten), von Krankenhausaufenthalten (in den letzten zwölf Monaten) und von anderen Gesundheitsberufen als Ärzten (in den letzten zwölf Monaten) wurden bereits in den vorangegangenen GK-Studien abgefragt (ebd.). In der GKM-Studie wurde die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen (in den letzten zwölf Monaten) und von Vorsorgeuntersuchungen (jemals) zusätzlich abgefragt.

In diesem Kapitel werden zunächst die Messungen der Indikatoren und deren Verteilungen beschrieben, anschließend deren Korrelationen mit den beiden Indices der Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16 und GKM-Q12). In einigen Sub-Fragestellungen werden auch multiple Regressionsmodelle präsentiert, in denen der Einfluss der Gesundheitskompetenz auf gesundheitsrelevante Indikatoren unter Konstanthaltung weiterer Determinanten überprüft wird.

5.1 Gesundheits- und Risikoverhalten

5.1.1 Ergebnisse der Literatur- und der qualitativen Studie

Das Gesundheits- bzw. Risikoverhalten ist eine wichtige Determinante von Gesundheit und Studien weisen darauf hin, dass Personen mit einer höheren GK auch dazu tendieren, sich gesünder zu verhalten⁶³ (Geboers et al., 2014; Sun et al., 2013; Wolf et al., 2007). Da es aber noch keine Studien zum Zusammenhang von GK mit dem Gesundheits- bzw. Risikoverhalten bei MigrantInnen gibt, kann hier nicht auf vorhandene Ergebnisse zurückgegriffen werden.

Aus der Literatur wissen wir jedoch, dass das Gesundheitsverhalten von MigrantInnen durch das neue Umfeld und die neue Kultur, also durch Akkulturation, negativ wie auch positiv beeinflusst wird (Joshi et al., 2014; Landringe & Klonoff, 2004; Abraido-Lanza et al., 2005). Analog zur Akkulturationshypothese kann angenommen werden, dass MigrantInnen mit zunehmender Aufenthaltsdauer das Gesundheitsverhalten des Ziellandes mehr und mehr übernehmen (Jasso et al., 2004). Dies gilt auch für im Zielland verbreitete ungesunde Verhaltensweisen (vgl. Kohls, 2008; Abraido-Lanza et al., 2005).

Etwa im Bereich Ernährung weisen internationale Studien darauf hin, dass sich die Ernährungsgewohnheiten von MigrantInnen nach Ankunft in von westlichen Ernährungsgewohnheiten geprägten Zielländern großteils verschlechtern, was wiederum negative Auswirkungen auf deren Gesundheit hat bzw. haben kann (Übergewicht, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck und Typ2-Diabetes) (vgl. Holmboe-Ottensen & Wandel, 2012; Gilbert & Khorhar, 2008). In diesem Zusammenhang wird von „Ernährungsakkulturation“ (dietary acculturation) (Satia-Abouta et al., 2002) gesprochen, wobei traditionelle Nahrungsmittel oft durch ungesündere, meist Fertigprodukte, ersetzt werden. Eine deutsche Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS) kommt zu dem Ergebnis, dass bei in Deutschland lebenden Familien mit Migrationshintergrund die Wahrscheinlichkeit für ein ungünstiges Ernährungsverhalten mit der Aufenthaltsdauer und der Migrationsgeneration ansteigt (Mensink et al., 2007).

Für MigrantInnen in Österreich ist die Datenlage zum Gesundheits- bzw. Risikoverhalten, wie beispielsweise Bewegung, Rauchen, Ernährung, Alkoholkonsum etc., eher spärlich und bezieht sich zu meist auf die Gesundheitsbefragung 2006/2007 (Statistik Austria, 2008⁶⁴). Die AutorInnen der Studie kommen dabei zu folgendem zusammenfassendem Ergebnis:

„Migrantinnen und Migranten aus Ex-Jugoslawien und der Türkei zeigen ein riskanteres Gesundheitsverhalten als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Männer mit Migrationshintergrund haben ein 1,8-faches Adipositas-Risiko, Frauen mit Migrationshintergrund haben ein mehr als doppelt so hohes Risiko, stark übergewichtig zu sein. Das tägliche Rauchen ist unter der Bevölkerung mit Migrationshintergrund weiter verbreitet als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Männer aus Ex-Jugoslawien und der Türkei haben ein doppelt

⁶³ Einige Studien geben Hinweise darauf, dass geringe GK mit Risikoverhalten wie Rauchen, erhöhtem Alkoholkonsum, unzureichender Bewegung und einer zu geringen Früchte- und Gemüseaufnahme verbunden ist (Wolf et al., 2007) wiederum andere Studien finden nur geringe Zusammenhänge zwischen einem gesunden Ernährungsverhalten und der GK (Speirs et al., 2013).

⁶⁴ Hier wurden die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2006/2007 und nicht die Daten Gesundheitsbefragung 2014 herangezogen, da derzeit noch keine MigrantInnen-Spezifische Auswertung vorliegt.

so hohes Risiko, täglich zu rauchen als jene ohne Migrationshintergrund. Des Weiteren sind Personen mit Migrationshintergrund weniger häufig sportlich aktiv als jene ohne Migrationshintergrund, wobei bei den Frauen die Unterschiede größer als bei den Männern sind." (Statistik Austria, 2008)

In der qualitativen Studie wurde die Wichtigkeit von gesundheitsförderlichem Verhalten (wie *etwa Sport, frische Luft, fettarme Ernährung, ein geregelter Tagesablauf, Schlaf oder Ruhe*) ebenfalls thematisiert. Das wurde auch von Personen mit geringer bis gar keiner Ausbildung angemerkt, die sich v.a. durch Fernsehsendungen informiert haben. Die TeilnehmerInnen legten ihren Aussagen nach Wert auf gesunde Ernährung mit frischen Zutaten, wenig Fett und Verzicht auf Alkohol. Sie betonten auch, dass sie auf die Gesundheit der Kinder achteten, v.a. dass diese kein Fast Food und wenig Zucker zu sich nähmen. Von einigen wurden auch regelmäßige Arztbesuche als wichtig erachtet. Darüber hinaus wurde betont, dass man nicht zu viele Medikamente einnehmen sollte, und wenn, dass diese dann regelmäßig eingenommen werden sollten.

Unter den ExpertInnen herrschten dagegen unterschiedliche Meinungen: Während einige betonten, dass das Körper- bzw. Gesundheitsbewusstsein von MigrantInnen steige, wiesen andere darauf hin, dass teilweise noch wenig Wissen darüber vorhanden sei. Zum Teil werde auch falsches bzw. nicht zeitgemäßes Wissen überliefert. Manchen ExpertInnen zufolge achteten immer mehr Menschen auf ihr Körpergewicht und betrieben Sport wie Joggen, Schwimmen, Radfahren oder Wandern. Jedoch seien speziell weibliche MigrantInnen vermehrt gesundheitlichen Risiken durch Lebensstile und Lebensverhältnisse ausgesetzt, da diese sich mehr um andere kümmerten als um sich selbst und viele nach der Familiengründung inaktiver würden, d.h. sportliche Betätigung vernachlässigten.

Insgesamt wurde in der qualitativen Studie hervorgehoben, dass ein gesunder Lebensstil gerade für Menschen, die in Armut leben, keine Priorität habe und da gerade MigrantInnen (insbesondere AsylwerberInnen) sich öfter in schlechteren sozio-ökonomischen Lagen befinden (z.B. BMASK, 2011), treffe dies bei dieser Gruppe verstärkt zu.

5.1.2 Wie sind die Indikatoren des Gesundheits- und Risikoverhaltens verteilt und wie hängen diese zusammen?

In der quantitativen Studie wurde das Gesundheits- und Risikoverhalten durch ähnliche Indikatoren wie in den vorhergegangenen GK-Studien (vgl. Pelikan et al., 2013; HLS-EU Consortium, 2012;) gemessen. Zusätzlich zu den bisherigen Indikatoren (Häufigkeit sportlicher Betätigung⁶⁵, Rauchverhalten⁶⁶ und BMI⁶⁷) wurde in der GKM-Studie das Ernährungsverhalten in Hinblick auf die These der „Ernährungsakkulturation“ abgefragt.

GESUNDHEITS- UND RISIKOVERHALTEN-PROFILE (vgl. Tabelle 5-2 und Abbildung 5-1): Hinsichtlich ihrer Häufigkeit, *Sport* zu betreiben, unterscheiden sich TR und BKS nur geringfügig, aber beide Gruppen betreiben signifikant öfter Sport als die österreichische Bevölkerung.

NichtraucherInnen gibt es bei den BKS (60,6%) etwas häufiger als bei den TR (52,7%), aber in beiden MigrantInnen-Gruppen (deutlich) seltener als in der österreichischen HLS-EU-Stichprobe (64,8%).

Hinsichtlich des *BMI* gibt es in den beiden MigrantInnen-Gruppen, noch etwas ausgeprägter für die TR als für die BKS, signifikant weniger normalgewichtige und mehr Adipöse oder Präadipöse als in der HLS-Österreich-Stichprobe.

Gemäß dem Food-Frequency-Ansatz wurde ein Gesunde Ernährung-Index nach folgendem Schema und mit den folgenden Items berechnet (Hofmann & Felder-Puig, 2012; Robert Koch Institut, 2007)

Tabelle 5-1: Punkteschema zur Berechnung des Gesunde Ernährung-Index

Wie oft in der Woche isst oder trinken Sie normalerweise die folgenden Dinge?

(HBSC, KiGGS – adaptiert)

Punkteschema	mindestens 1 mal am Tag	5-6 mal die Woche	3-4 mal die Woche	1-2 mal die Woche	seltener als 1 mal die Woche
Obst/Früchte	2	1	1	0	0
Gemüse	2	1	1	0	0
Vollkornprodukte	2	1	1	0	0
Süßigkeiten/Schokolade	0	0	1	2	2
Erfrischungsgetränke, Zuckerhaltige Limonade (Cola, Energy Drinks, gezuckerten Tee etc.)	0	0	1	2	2
Fast Food (Hamburger, Pommes Frites, Würstel, Kebab etc.)	0	0	1	2	2
Knabberartikel (Kartoffelchips, Soletti, etc.)	0	0	1	2	2

Die Durchschnittswerte des Index zur *gesunden Ernährung*, der Werte zwischen 0 und 14 annehmen kann (je höher der Wert, desto eher entspricht das Ernährungsverhalten den Empfehlungen), liegen mit 9,7 in der TR-Stichprobe und 10,21 in der BKS-Stichprobe sehr nahe beieinander, unterscheiden sich jedoch signifikant. Personen in der BKS-Stichprobe haben geringfügig bessere Werte beim „Gesunde Ernährung-Index“.

⁶⁵ Item: Wie oft haben Sie im letzten Monat mindestens 30 Minuten lang Sport getrieben (z. B. Laufen, Spaziergehen / Walking oder Radfahren)? (HLS-EU-Q86)

⁶⁶ Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie in Bezug auf das Rauchen von Tabak (z.B. Zigaretten, Zigarren, Pfeifen oder Wasserpfeifen) zu? (HLS-EU-Q86 → adaptiert mit Wasserpfeifen)

⁶⁷ Wie groß sind Sie ohne Schuhe? (HLS-EU, Ö. Gesundheitsbefragung, EHD⁶⁷) Wie viel wiegen Sie ohne Kleidung und Schuhe? (HLS-EU, Ö. Gesundheitsbefragung, EHD⁶⁷)

Tabelle 5-2: Prozentverteilungen des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheitsrisikovariablen für die TR- (N=300), die BKS- (N=325) und die HLS-Ö-Stichproben (N=1800)

		TR	BKS	HLS-Ö	
Gesundheits- und Risikoverhalten	Sport ^{b c}	Fast jeden Tag	23,3%	21,3%	12,7%
		Ein paar Mal pro Woche	33,8%	36,2%	23,1%
		Ein paar Mal im letzten Monat	19,5%	23,5%	29,7%
		Überhaupt nicht	23,3%	19,0%	34,4%
	Rauchverhalten ^{b c}	RaucherInnen	37,7%	31,4%	31,6%
		GelegenheitsraucherInnen	9,7%	8,0%	3,6%
		NichtraucherInnen	52,7%	60,6%	64,8%
	BMI ^{b c}	Untergewicht	2,0%	2,2%	2,4%
		Normalgewicht	39,2%	44,7%	53,8%
		Präadipositas	36,8%	37,9%	32,2%
		Adipositas	22,0%	15,2%	11,5%
	Gesunde Ernährung-Index ^a	Mittelwert	9,70	10,21	n.a.*
SD		2,34	2,28	n.a.*	

^a signifikanter Unterschied zwischen TR und BKS ($\alpha = 0.05$)

^b signifikanter Unterschied zwischen TR und HLS-Ö ($\alpha = 0.05$)

^c signifikanter Unterschied zwischen BKS und HLS-Ö ($\alpha = 0.05$)

* wurde in der österreichischen GK Studie nicht erhoben (vgl. Pelikan et al., 2013)

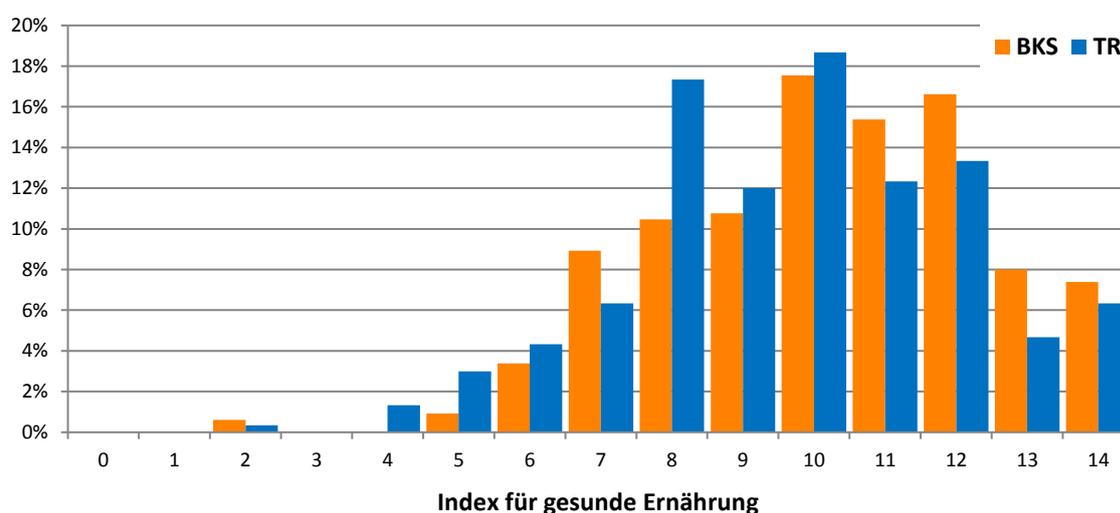


Abbildung 5-1: Prozentverteilungen des Index für gesunde Ernährung für die TR- und BKS-Stichproben

ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN DEN GESUNDHEITS- UND RISIKOVARIABLN (vgl. Tabelle 5-3): In den beiden GKM-Stichproben geben Personen, die häufiger Sport betreiben, auch an, sich besser zu ernähren. (In der Österreich-Stichprobe wurde Ernährung nicht abgefragt!) Dagegen gilt der Zusammenhang, der in der Österreich-Stichprobe gefunden wurde, dass Personen, die häufiger Sport betreiben, auch einen niedrigeren Body-Mass-Index haben, in den beiden GKM-Stichproben nicht. In beiden GKM-Stichproben geben Personen, die sich gesünder ernähren, auch eher an, Nicht-raucherInnen zu sein. In der TR-Stichprobe haben diejenigen, die sich gesünder ernähren, darüber hinaus auch einen niedrigeren Body-Mass-Index. Sowohl in der TR-Stichprobe, wie auch in der HLS-Österreich-Stichprobe, geben Personen, die häufiger Sport treiben, sehr signifikant häufiger an, RaucherInnen zu sein. In der BKS-Stichprobe weist die Korrelation in die Richtung, ist aber nicht signifikant.

Tabelle 5-3: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen Gesundheitsverhalten und Gesundheitsrisikovariablen für die TR-(N=300), BKS (N=300) und die HLS-Ö-Stichprobe (N=1800)

		Sport	Rauchverhalten	BMI	Gesunde Ernährung-Index
Rauchverhalten	TR	-,166**	1		
	BKS	-,042	1		
	HLS-Ö	-,153**	1		
BMI	TR	,090	,015	1	
	BKS	,058	-,064	1	
	HLS-Ö	,199**	0,34	1	
Gesunde Ernährung-Index	TR	-,157**	,131*	,123*	1
	BKS	-,247**	,110*	-,031	1

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig); ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

Sport: 1 = fast jeden Tag, 2 = ein paar Mal pro Woche, 3 = ein paar Mal im letzten Monat, 4 = überhaupt nicht; Rauchverhalten: 1 = RaucherIn, 2 = GelegenheitsraucherIn, 3 = NichtraucherIn; BMI metrisch von niedrig bis hoch; Gesunde Ernährung-Index: je höher der Wert, desto eher entspricht das Ernährungsverhalten den Empfehlungen

5.1.3 Wie hängen das Gesundheits- und das Risikoverhalten mit der Gesundheitskompetenz zusammen?

Die Zusammenhänge bzw. Effekte der GK mit bzw. auf das Gesundheits- und Risikoverhalten sind meist nur schwach ausgeprägt, nicht signifikant und unterscheiden sich beträchtlich für die untersuchten Indikatoren (siehe Tabelle 5-4)

Sport: In der *Österreich-Studie* gab es einen signifikanten bivariaten Zusammenhang, d.h. dass Personen mit einer höheren GK mehr Sport oder Bewegung angaben. Dieser Zusammenhang blieb im multivariaten Modell signifikant und bemerkenswert. Gesundheitskompetenz war damit für die HLS-Ö nach finanziellen Schwierigkeiten der zweitstärkste Prädiktor im Modell, welches 7% der Varianz erklärte. Dagegen sind die multivariaten Modelle für die beiden *Migrantengruppen* nicht signifikant und es gibt auch keine signifikanten oder bemerkenswerten bivariaten Zusammenhänge zwischen sportlicher Betätigung und GK (mit Ausnahme des Zusammenhangs für migrantenspezifische GK bei den BKS, der aber im multivariaten Modell auch nicht mehr signifikant ist).

Rauchen: In der *Österreich-Stichprobe* hatte GK keinen bemerkenswerten oder signifikanten Effekt auf das Rauchverhalten, das vor allem von Alter, finanziellen Schwierigkeiten und Geschlecht beeinflusst wurde. Bei den beiden *Migrantengruppen* dagegen gibt es signifikante Zusammenhänge zwischen GK und Rauchen, jedoch in unterschiedlicher Richtung für die beiden Gruppen. In der TR-Stichprobe sind Personen mit einer höheren GK seltener RaucherInnen, in der BKS-Stichprobe dagegen öfter RaucherInnen.

BMI: In der *Österreich-Stichprobe* gab es zwar einen signifikanten und nicht zu vernachlässigenden Zusammenhang, d.h. je besser die GK, desto günstiger war der BMI. Dieser Zusammenhang war aber in der multivariaten Regression nicht mehr signifikant und bedeutsam. Die 12% der erklärten Varianz des BMI wurden vor allem durch Alter, Geschlecht und finanzielle Schwierigkeiten erklärt. In den *Migranten-Stichproben* dagegen gab es nur bei den TR, und für den multivariaten Effekt auch nur signifikant bei der migrantenspezifischen GK, einen bemerkenswerten Zusammenhang derart,

dass ein niedrigeren BMI mit einer höheren GK zusammenhing. Aber GK war nur der drittstärkste Prädiktor nach Alter und Geschlecht in dem Modell, das 22% der Varianz erklärte.

Ernährung: Nur in der GKM-Studie wurde eine Matrix mit Fragen zur Ernährung (siehe Tabelle 5-1) vorgegeben. Aus diesen wurde ein Index für gesundes Ernährungsverhalten gebildet. Je höher die Punkteanzahl, desto besser das Ernährungsverhalten. Einen signifikanten Zusammenhang, d.h. je besser die GK, desto besser ist auch das Ernährungsverhalten, gibt es nur für die migrantenspezifische GK bei den BKS. Dieser signifikante Zusammenhang bleibt auch in der Regression erhalten, ist aber nicht so stark wie der Geschlechts- bzw. Alterseffekt.

Tabelle 5-4: Bivariater Zusammenhang (Spearman's Rho-Korrelationen) der allgemeinen und migrationspezifischen Gesundheitskompetenz mit den vier Gesundheits- und Risikovariablen sowie multivariater Zusammenhang bei Kontrolle von fünf sozialen Determinanten (beta weights und korrigiertes R²) für die TR- (N=300), BKS- (N=325) und HLS-Ö- (N=1800) Stichproben

		rho	GK	Geschl.	Alter	Bildung				Fin. Schw.	Soz. Stat.	Korr. R ²	N
						Uni/HS	BHS/Kolleg	AHS/Lehre	Keine PS				
Sport	HLS-TR	,028	,087	,003	,039	,005	-,026	,057	Ref.	,086	-,054	-,013	270
	EU-BKS	-,028	-,046	-,049	,040	,007	,055	,066	Ref.	-,031	-,161*	,009	289
	Q16-HLS-Ö	-,202**	-,126*	-,072*	,011	-,033	-,063*	-,015	Ref.	,167*	-,037	,069*	1441
	GKM-TR	-,030	,035	,001	,030	,029	-,014	,064	Ref.	,065	-,055	-,018	277
	Q12-BKS	-,118*	-,090	-,056	,057	-,018	,070	,033	Ref.	-,063	-,124	,010	276
Rauchen	HLS-TR	,134*	,165*	,047	,011	-,168**	-,023	-,099	Ref.	,161*	,229**	,073*	281
	EU-BKS	-,085	-,128*	-,007	,107	,144	,007	-,030	Ref.	-,075	-,012	,024	298
	Q16-HLS-Ö	,026	-,015	,131*	,216*	-,018	,042	-,066	Ref.	-,163*	,006	,096*	1543
	GKM-TR	,045	-,178*	,000	,084	,135	-,009	-,030	Ref.	-,098	,022	,058*	290
	Q12-BKS	-,084	,047	,031	-,007	-,168*	-,002	-,098	Ref.	,134*	,247*	,030*	283
BMI	HLS-TR	-,103	-,030	-,215*	,333*	-,089	,003	-,017	Ref.	,148*	,018	,196*	278
	EU-BKS	-,042	-,015	-,245*	,316*	-,187*	-,074	-,103	Ref.	,136	-,016	,202*	295
	Q16-HLS-Ö	-,149**	-,043	-,192*	,251*	-,022	-,021	-,015	Ref.	,117*	-,037	,116*	1458
	GKM-TR	-,234**	-,146*	-,221**	,323**	-,082	,014	-,005	Ref.	,100	,036	,217*	287
	Q12-BKS	-,093	-,006	-,243**	,335**	-,181*	-,058	-,104	Ref.	,139*	-,050	,216*	280
Ernährung	HLS-TR	-,024	,077	,123*	,370**	,010	,007	,057	Ref.	-,042	,022	,098*	281
	EU-BKS	-,005	,013	,260**	,227**	,052	-,049	-,009	Ref.	,020	,132*	,112*	298
	Q16-HLS-Ö												
	GKM-TR	-,001	,059	,117*	,370**	,003	,008	,052	Ref.	-,049	,022	,098*	290
	Q12-BKS	,160**	,151*	,291**	,211**	,050	-,083	-,024	Ref.	,083	,114*	,155*	283

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig); ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

Sport: 1 = fast jeden Tag, 2 = ein paar Mal pro Woche, 3 = ein paar Mal im letzten Monat, 4 = überhaupt nicht; Rauchverhalten: 1 = RaucherIn, 2 = GelegenheitsraucherIn, 3 = NichtraucherIn; BMI metrisch von niedrig bis hoch; Ernährung: ungesund bis gesund; Geschlecht: 0 = männlich, 1 = weiblich; Alter in Jahren; Finanzielle Schwierigkeiten (Faktor Scores): keine bis große; selbst-eingeschätzter sozialer Status in 10 Kategorien: niedrig bis hoch.

AUF EINEN BLICK

Zusammenhänge der GK mit dem Gesundheits- und Risikoverhalten

- Die Zusammenhänge zwischen der GK und dem Gesundheits- und Risikoverhalten sind eher schwach, unterscheiden sich zwischen der TR-, BKS- und der HLS-Ö-Stichprobe und sind z.T. unerwartet.
 - *Sport*: Auf das Sport – und Bewegungsverhalten wirkt sich die allgemeine GK nur in der Österreich-Befragung signifikant positiv aus, bei den beiden Migrantengruppen dagegen nicht signifikant und eher in unterschiedlicher Richtung.
 - *BMI*: Die GK wirkt sich positiv auf einen niedrigeren BMI in der Österreich-Befragung und für die TR aus, nicht aber für die BKS.
 - *Rauchen*: Auf das Rauchverhalten wirkt sich die GK nur für die TR positiv aus, nicht aber für die HLS-Ö und für die BKS. Für die BKS wirkt sich die GK sogar negativ auf das Rauchverhalten aus.
 - *Ernährung*: Nur in der BKS-Stichprobe und nur für die migrantenspezifische GK zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang, d.h. je besser die GK, desto gesünder das Ernährungsverhalten.

5.2 Gesundheitsstatus

5.2.1 Ergebnisse der Literatur- und der qualitativen Studie

Die HLS-Studien in Österreich, aber auch Studien in anderen Ländern zeigten teils sehr deutliche positive Zusammenhänge zwischen der Einschätzung der Gesundheitskompetenz und des Gesundheitsstatus auf (vgl. Pelikan et al., 2013; HLS-EU Consortium, 2012; Röthlin et al., 2012; Berkman et al., 2011; Bennett, et al., 2009; CCL, 2008).

Da es noch keine Studien zum Zusammenhang von GK mit dem Gesundheitsstatus bei MigrantInnen gibt, kann hier nicht auf vorhandene Ergebnisse zurückgegriffen werden. Es wurden jedoch mehrere Studien zum Gesundheitsstatus von MigrantInnen durchgeführt, die aber zu keinem eindeutigen Ergebnis kommen. D.h. MigrantInnen haben nicht per se einen schlechteren oder besseren Gesundheitszustand als die allgemeine Bevölkerung.

MigrantInnen müssen sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung einerseits besonderen gesundheitlichen Herausforderungen stellen und sind dadurch vermehrt gesundheitlichen Risiken⁶⁸ ausgesetzt (Rechel et al., 2011_1). Andererseits wurde bei MigrantInnen eine geringere Mortalitätsrate („*healthy migrant effect*“) und auch weniger Asthma, Neurodermitis und Heuschnupfen beobachtet (Grüber, 2005; Rottem et al., 2005; Windorfer & Bruns-Philippis, 2002 zit. nach Schenk, 2007). Es muss auch für diese Zusammenhänge bedacht werden, dass MigrantInnen keine homogene Gruppe bilden. Sie bestehen aus sehr unterschiedlichen Typen etwa aus Flüchtlingen, ausländischen StudentInnen, ArbeitsmigrantInnen, Saison-ArbeiterInnen, Opfern des Menschenhandels, nicht dokumentierten MigrantInnen oder auch transnationalen Familien (IOM, 2010) die sich bezüglich ihrer Religion, Kultur, Sprache, Ethnizität und auch nach ihrem sozialen Status unterscheiden. Diese Unterschiede können sich auch auf die Prävalenz von gesundheitlichen Risiken auswirken. Dennoch wird in der Literatur Migrationsstatus als eine wichtige unabhängige Determinante von Gesundheit gesehen⁶⁹ (Ingleby 2012; Davies et al., 2009; Schenk, 2007; Razum & Geiger, 2003).

In Österreich unterscheidet sich die Lebenserwartung der im Ausland geborenen Personen kaum von der im Inland geborener Personen: Personen aus den EU-/EWR-Staaten sowie aus sonstigen Staaten haben eine geringfügig höhere Lebenserwartung, dagegen Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei eine geringere (Statistik Austria, 2015).

Des Weiteren zeigt sich in den Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung, dass Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei etwas häufiger von chronischen Krankheiten betroffen sind als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (Männer: 66% versus 59%; Frauen 69% versus

⁶⁸ Dass MigrantInnen vermehrt gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind, mag zum Teil daran liegen, dass sie der Mehrheitsbevölkerung gegenüber oft sozio-ökonomisch benachteiligt sind: sie sind schlechteren Arbeitsbedingungen ausgesetzt, arbeiten unter hohen körperlichen Belastungen und für eine schlechtere Bezahlung, sie sind öfter von materiellen Armutslagen betroffen und schlechter ausgebildet als die Mehrheitsbevölkerung (WHO, 2003; Razum, 2006; 2007; Burkert et al., 2012; Statistik Austria, 2008; BMASK, 2011). Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheitschancen ist national wie auch international bereits vielfach belegt (Marmot & Wilkinson, 2006; Mielck, 2008, Klimot et al., 2008; Till-Tentschert et al., 2011). Dabei wird festgestellt, dass Personen mit einem niedrigen sozialen Status einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen, kränker sind und früher sterben als Menschen mit einem höheren Sozialstatus.

⁶⁹ „Der niedrigere soziale Status kann jedoch als alleiniger Faktor gesundheitliche Ungleichheiten zwischen MigrantInnen und Nicht-MigrantInnen nicht hinreichend erklären. So bleibt ungeklärt, warum bei Betrachtung von Personen derselben Sozialschicht der Migrationshintergrund ein zusätzlicher Risikofaktor sein kann oder warum in einigen Bereichen trotz sozialer Benachteiligung günstigere Gesundheitsaussichten bestehen.“ (Schenk, 2005) „Es müssen daher weitere erklärende Faktoren herangezogen werden, die sich etwa aus einem anderen kulturellen Hintergrund, aus der gesundheitlichen und sozialen Lage im Herkunftsland oder aus speziellen Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem ergeben. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken innerhalb der MigrantInnenpopulation stark differieren und sich im Verlauf des Aufenthalts im Zielland ändern können.“ (Schenk, 2007)

63%; Statistik Austria, 2008). Außerdem ist die Wahrscheinlichkeit, an Migräne und häufigen Kopfschmerzen, chronischen Angstzuständen und Depression, aber auch an Wirbelsäulenbeschwerden zu leiden, bei Männern mit Migrationshintergrund signifikant höher als bei Männern ohne Migrationshintergrund. Im Vergleich zu Frauen österreichischer Herkunft haben Frauen mit Migrationshintergrund zudem ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko, an Diabetes zu erkranken. Weitere häufige Krankheiten sind Bluthochdruck, Depression und chronische Angstzustände, Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus. Das Risiko, an Allergien zu erkranken, ist allerdings bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund nur halb so hoch wie bei der autochthonen Bevölkerung (Statistik Austria, 2008).

Laut der Gesundheitsbefragung Österreich 2006/2007 lässt sich die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands von MigrantInnen folgendermaßen zusammenfassen:

„Personen mit Migrationshintergrund schätzen ihren Gesundheitszustand schlechter ein als Personen ohne unmittelbaren Migrationshintergrund. Die Wahrscheinlichkeit für einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand ist im Vergleich zu MigrantInnen aus Ex-Jugoslawien oder der Türkei bei Männern ohne Migrationshintergrund über alle Altersgruppen hinweg mehr als doppelt so groß. Bei Frauen ohne Migrationshintergrund ist die Wahrscheinlichkeit, sich gesundheitlich sehr gut oder gut zu fühlen, beinahe drei Mal so hoch wie bei Migrantinnen aus diesen Herkunftsländern.“ (Statistik Austria, 2008)

In den Fokusgruppen des qualitativen Teils der GKM-Studie wurde eine Reihe an unterschiedlichen Beschwerden genannt. In den türkischsprachigen Fokusgruppen waren dies insbesondere Probleme mit dem Bewegungsapparat, wie Bandscheibenvorfall, Hals-Hernie oder Rückenschmerzen, die meist arbeitsbedingt sind. Schilddrüsenprobleme, Asthma, Epilepsie, Diabetes, Bluthochdruck, Rheumatismus, Eisenmangel, Körperverletzung durch Schusswaffen, Nierenprobleme sowie Cholesterin wurden ebenfalls thematisiert. An psychischen und psychosomatischen Erkrankungen wurden Depression, Schlafstörung, ständige Müdigkeit, Appetitlosigkeit oder auch das Gefühl, nicht satt zu werden, genannt. Die FokusgruppenteilnehmerInnen gaben auch an, dass die Ärzte und Ärztinnen für ihre Beschwerden keine Ursachen finden konnten und daher Symptome wie Schwindelgefühl, Tinnitus, Kopfschmerzen oder nicht abnehmen zu können als psychosomatisch deuteten.

Von den BKS-sprachigen Fokusgruppen-TeilnehmerInnen wurden u.a. folgende Beschwerden genannt: allgemeine Immunschwäche, diverse Allergien, Kopfschmerzen, schlechtes Sehvermögen, aber auch Beschwerden mit inneren Organen. Einige TeilnehmerInnen berichteten von Herzinfarkten, Bluthochdruck, zu hohen Cholesterinwerten oder Thrombosen. Auch Beschwerden des Bewegungsapparates waren unter den TeilnehmerInnen sehr verbreitet. Viele berichteten von starken Rückenschmerzen, Wirbelsäulenproblemen und zurückliegenden Bandscheibenvorfällen.

Nach Aussagen der befragten ExpertInnen zählen psychische und psychosomatische Beschwerden wie Depressionen und Angsterkrankungen zu den häufigsten Gesundheitsproblemen von MigrantInnen. Diese seien u.a. durch posttraumatische Belastungsstörungen, Gewalterfahrungen und Isolation bedingt. Auch Kriegsfolgen würden häufig zu den Ursachen für psychische Erkrankungen zählen; oft seien derartige Erlebnisse nicht ausreichend verarbeitet und verdrängt worden.

Hinzu komme auch, dass MigrantInnen häufig körperlich beanspruchende Arbeit in der Niedriglohnbranche verrichteten und daher körperlich erschöpft seien. Körperliche Beschwerden wie Rücken- und Bandscheibenprobleme hätten auch psychische Folgen und umgekehrt. Bei MigrantInnen seien, oft aufgrund der schweren Arbeit und Schichtarbeit, häufig Rhythmus- bzw. Schlafstörung und Depressionen vorhanden. Aus diesen Gründen gäbe es auch viele Anträge von MigrantInnen auf Früh-

bzw. Invaliditätspension. Eine Expertin wies darauf hin, dass bei MigrantInnen überdurchschnittlich häufig die Kategorie von ICD10 „Symptome mit abnormen klinischen Laborbefunden“ festgestellt würde, wobei nicht genau feststellbar sei, was die Krankheit und ihre Ursache sei.

Auch bei der jüngeren bzw. zweiten Generation lassen sich den ExpertInnen zufolge Depressionen und psychosomatische, psychologische und psychiatrische Beschwerden feststellen. Diese wurden meist auf Probleme mit dem „Leben zwischen zwei Welten“ zurückgeführt. Ebenso würden Diskriminierungserlebnisse zu Unzufriedenheit und Identitätsproblemen beitragen. Aufgrund dieser Probleme ließe sich bei männlichen Jugendlichen zum Teil eine Flucht in Computer-, Spiel- oder Drogensucht beobachten. Darüber hinaus gibt es bei Jugendlichen einem Experten zufolge auch eine Zunahme an Essstörungen, v.a. bei Burschen. Ebenso ließe sich ein Anstieg an Übergewicht, Adipositas und Bewegungsmangel beobachten, teilweise im Zusammenhang mit der vermehrten digitalen Freizeitgestaltung.

Trotz gesundheitlicher Beschwerden fühlten sich die meisten Fokusgruppen-TeilnehmerInnen aber gesund. Es herrschte die Ansicht vor, dass bestimmte Krankheiten in einem bestimmten Alter normal seien. Auch Religion und eine optimistische Einstellung spielten bei dieser Einschätzung eine Rolle. Mehrere TeilnehmerInnen fühlten sich durch ihre Situation psychisch belastet: Sie hatten Sehnsucht nach Verwandten, Probleme von/mit Familienmitgliedern, Sorge um Kinder, finanzielle Sorgen.

Von bereits pensionierten Fokusgruppen-TeilnehmerInnen, die der 1. Generation angehören, wurde angemerkt, dass seit dem Ruhestand ihre Lebensverhältnisse zwar besser seien, ihre Gesundheit jedoch schlechter. Oft würden sich gesundheitliche Folgen jetzt erst bemerkbar machen. Während der Erwerbstätigkeit hätten sie „keine Zeit für eine Depression“ gehabt. Sie hätten es sich nicht leisten können, nicht zu arbeiten und mussten immer stark sein. Der Aspekt der Verdrängung wurde auch von den ExpertInnen betont. Viele belastende Erinnerungen würden erst in der Pension zurückkommen und traumatische Erlebnisse müssten dann verarbeitet werden. Auf die besondere psychische Belastung und prekäre Situation von AsylwerberInnen (aufgrund von Asylverfahren und Bürokratie, rechtlicher Lage, etc.) wiesen sowohl Fokusgruppe-TeilnehmerInnen als auch ExpertInnen hin.

5.2.2 Wie sind die Indikatoren des selbst-ingeschätzten Gesundheitsstatus verteilt und wie hängen diese zusammen?

Der selbst-ingeschätzte Gesundheitszustand wurde, wie in der HLS-EU Studie, mit 3 Indikatoren aus dem European Minimum Health Module (MEHM) gemessen (De Palma&Criaslesi, 2008), die von Eurostat auch zur Berechnung der Healthy Life Years verwendet werden (Eurostat, 2011). Dies sind der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand⁷⁰, eine Frage nach Langzeiterkrankungen⁷¹ und eine danach, wie sehr der Alltag durch die Langzeiterkrankungen einschränkt⁷² ist.

Tabelle 5-5: Prozentverteilungen des Gesundheitsstatus für die TR- (N=300), die BKS- (N=325) und HLS-Ö-Stichproben (N=1800)

		TR	BKS	HLS-Ö	
Selbst-ingeschätzter Gesundheitsstatus	Selbst-ingeschätzte Gesundheit ^{a b c}	sehr gut	26,0%	37,2%	33,1%
		gut	35,0%	38,8%	38,9%
		mittelmäßig	29,0%	15,4%	22,8%
		schlecht	8,3%	5,5%	4,5%
		sehr schlecht	1,7%	2,8%	0,4%
		keine Angabe	0,0%	0,3%	0,3%
		Mittelwert	2,25	1,98	2,00
		S.D.	0,998	1,001	0,881
	Langzeiterkrankungen ^b	mehr als eine	16,3%	15,4%	11,5%
		eine	26,0%	19,4%	22,5%
		keine	57,7%	65,2%	64,8%
		keine Angabe	0,0%	0,0%	1,2%
	Einschränkungen ^{b c}	erheblich eingeschränkt	40,9%	30,4%	30,8%
		eingeschränkt, aber nicht erheblich	37,8%	39,3%	52,0%
		überhaupt nicht eingeschränkt	21,3%	30,4%	17,2%

^a signifikanter Unterschied zwischen TR und BKS ($\alpha = 0,05$)

^b signifikanter Unterschied zwischen TR und HLS-Ö ($\alpha = 0,05$)

^c signifikanter Unterschied zwischen BKS und HLS-Ö ($\alpha = 0,05$)

GESUNDHEITSSTATUS-PROFILE (Vgl. Tabelle 5-5): Die selbst-ingeschätzte Gesundheit unterscheidet sich signifikant zwischen den drei Gruppen, die Langzeiterkrankungen nur signifikant zwischen TR und HLS-Ö und die Einschränkungen durch Langzeiterkrankungen sowohl zwischen TR wie BKS und HLS-Ö.

In der BKS-Stichprobe haben Personen im Vergleich zur TR-Stichprobe eine bessere selbst-ingeschätzte Gesundheit, etwas weniger Langzeiterkrankungen und auch deutlich weniger gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag. Damit schätzen die BKS ihren Gesundheitsstatus etwas besser ein als die österreichische Allgemeinbevölkerung.

In der TR-Stichprobe geben 42,3% der Personen an, zumindest an einer länger dauernden Erkrankung (oder einem länger dauernden Gesundheitsproblem) zu leiden. In der BKS-Stichprobe sind es mit nur 34,8% ähnlich viele, wie in der Österreich-Stichprobe mit 34%. Bei der Frage, inwiefern eine solche Erkrankung den Alltag einschränkt (diese Frage wurde nur denjenigen gestellt, die angaben,

⁷⁰ Itemtext: Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er... (HLS-EU-Q86)(Ö. Gesundheitsbefragung, EHSM, EU-SILC⁷⁰)

⁷¹ Itemtext: Haben Sie irgendeine lang andauernde Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem? Mit lang andauernd meine ich Probleme, die bereits 6 Monate oder länger andauern oder von denen Sie annehmen, dass sie so lange dauern werden.(HLS-EU-Q86)

⁷² Diese Frage wurde ausschließlich Personen gestellt, die zumindest eine Langzeiterkrankung angaben. Filter: nur chronisch Kranke. Wenn Sie zumindest an die letzten 6 Monate zurück denken, wie stark haben Ihre gesundheitlichen Probleme Ihre üblichen Aktivitäten eingeschränkt? (HLS-EU-Q86)

eine solche Erkrankung zu haben), unterscheidet sich das Antwortverhalten in beiden Stichproben kaum.

ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN DEN GESUNDHEITSINDIKATOREN (Vgl. Tabelle 5-6): Die Gesundheitsstatusindikatoren hängen in beiden GKM-Stichproben, wie auch in der Österreichstichprobe, sehr signifikant und stark zusammen. Personen, die ihre Gesundheit als besser einschätzen, berichten seltener von Langzeiterkrankungen bzw. davon, im Alltag aufgrund ihrer Gesundheit eingeschränkt zu sein.

Tabelle 5-6: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen den Gesundheitsstatus-Variablen für die TR-(N=325); die BKS-(N=300) und die HLS-Ö (N=1800) Stichproben

		Selbst-eingeschätzte Gesundheit	Langzeiterkrankungen	Einschränkungen
Langzeit-erkrankungen	TR	-,563**	1	
	BKS	-,547**	1	
	HLS-Ö	-,591**	1	
Einschränkungen ⁷³	TR	-,456**	,189*	1
	BKS	-,458**	,254**	1
	HLS-Ö	-,501**	,395**	1

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig); ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

Selbst-eingeschätzte Gesundheit in 5 Kategorien: sehr gut bis sehr schlecht; Langzeiterkrankung: 1 = ja, mehr als eine, 2 = ja, eine, 3 = nein, keine; krankheitsbedingte Einschränkungen: 1 = erheblich eingeschränkt, 2 = eingeschränkt, aber nicht erheblich, 3 = überhaupt nicht eingeschränkt;

5.2.3 Wie hängt der selbst-eingeschätzte Gesundheitsstatus mit der Gesundheitskompetenz zusammen?

Die Zusammenhänge der GK mit den drei Indikatoren für selbst-eingeschätzten Gesundheitsstatus sind, verglichen mit jenen des Gesundheits- und Risikoverhaltens (siehe Tabelle 5-4) bzw. mit der Inanspruchnahme des Krankenbehandlungs(KB)-Systems, relativ stark (siehe Tabelle 5-7).

Für die einzelnen Indikatoren gilt:

Selbst-eingeschätzte Gesundheit: Je besser die GK, desto besser wird auch die eigene Gesundheit eingeschätzt. Dieser signifikante bivariate Zusammenhang ist bemerkenswert hoch und für die migrantenspezifische GK in beiden Migrantengruppen und für TR auch bei der allgemeinen GK höher als in der Österreich-Stichprobe. Dies gilt mit reduzierten Werten auch für den signifikanten Effekt der GK in den multivariaten Modellen, die zwischen 20% und 33% der Varianz der selbst-eingeschätzten Gesundheit erklären. Für die TR ist GK der stärkste Prädiktor, für die Österreich-Stichprobe nach dem Alter der zweitstärkste und für die BKS nach Bildung und Alter der drittgrößte.

Chronische Krankheiten: Es gibt einen weniger starken bivariaten negativen Zusammenhang zwischen der GK und der Wahrscheinlichkeit für eine chronische Krankheit, der bei beiden Migrantengruppen (mit Ausnahme der TR für die migrantenspezifische GK) etwas weniger stark ausgeprägt ist als in der Österreich-Stichprobe. Das gilt auch für die reduzierten, aber signifikanten Effektwerte der GK in den multivariaten Modellen, die zwischen 9% und 19% der Variation erklären. GK ist sowohl

⁷³ Diese Frage wurde ausschließlich Personen gestellt, die zumindest eine Langzeiterkrankung angaben.
LBIHPR | 2016

für die Österreich-Stichprobe als auch für die TR nach dem Alter der zweitgrößte signifikante Prädiktor. Für BKS ist der GK-Effekt nicht signifikant und schwächer als für die meisten sozialen Determinanten.

Einschränkungen: Je besser die GK, desto weniger fühlten sich jene Befragten, die eine chronische Krankheit angaben, durch diese in ihren üblichen Aktivitäten eingeschränkt. Diese bivariaten signifikanten Zusammenhänge sind zumeist ähnlich stark wie für die selbst-ingeschätzte Gesundheit und für die allgemeine GK, insbesondere für die TR noch stärker als in der Österreich-Stichprobe. In den multivariaten Modellen, die zwischen 10% und 15% der Varianz erklären, sind die Effekte für GK deutlich geringer und nur für die Österreich-Stichprobe signifikant. Aber nach der finanziellen Schwierigkeiten ist GK für die TR der zweitwichtigste und für die BKS nach der finanziellen Schwierigkeiten und dem Alter der dritt wichtigste Prädiktor.

Tabelle 5-7: Bivariater Zusammenhang (Spearman's Rho-Korrelationen) der allgemeinen und migrationspezifischen Gesundheitskompetenz mit den drei Gesundheitsstatusvariablen sowie multivariater Zusammenhang bei Kontrolle von fünf sozialen Determinanten (betaweights und korrigiertes R²) für die TR- (N=300), BKS- (N=325) und HLS-Ö- (N=1800) Stichproben

			rho	GK	Ge-schl.	Alter	Bildung				Fin. Schw.	Soz. Stat.	Korr. R ²	N
							Uni/HS	BHS/Kolleg	AHS/Lehre	Keine PS				
Ge-sund-heit	HLS-EU-Q16	TR	-,34**	-,282**	-,019	,223**	,045	,065	-,114	Ref.	,074	-,067	,208*	281
		BKS	-,27**	-,171**	-,008	,211**	-,280**	-,207**	-,181*	Ref.	,180**	-,049	,216*	297
		HLS-Ö	-,31**	-,220**	,038	,433**	-,006	-,006	-,036	Ref.	,173**	-,064**	,331*	1544
	GKM-Q12	TR	-,36**	-,258**	-,006	,236**	,038	,047	-,129*	Ref.	,064	-,066	,203*	290
		BKS	-,35**	-,226**	,010	,218**	-,280**	-,206**	-,190*	Ref.	,155**	-,066	,249*	282
	chron. Krank-heiten	HLS-EU-Q16	TR	,19**	,131*	-,023	-,206**	-,004	-,081	,039	Ref.	-,121	,027	,086*
BKS			,15**	,106	-,124*	-,193**	,146	,151	,148	Ref.	-,145*	,000	,117*	298
HLS-Ö			,24**	,173**	,014	-,360**	,013	,000	,017	Ref.	-,117**	-,014	,192*	1539
GKM-Q12		TR	,26**	,194**	-,024	-,210**	-,003	-,083	,041	Ref.	-,091	,011	,106*	290
		BKS	,15**	,076	-,137*	-,189**	,156	,133	,146	Ref.	-,130*	-,028	,094*	283
Ein-schrän-kungen		HLS-EU-Q16	TR	,38**	,205	,008	-,022	,070	,018	,097	Ref.	-,218*	,067	,123*
	BKS		,29**	,162	,061	-,207*	,052	,086	,057	Ref.	-,221	-,017	,104*	102
	HLS-Ö		,28**	,197**	,039	-,196**	,054	,025	,016	Ref.	-,130**	,098*	,148*	530
	GKM-Q12	TR	,28**	,089	,005	-,032	,075	,040	,109	Ref.	-,256**	,098	,098*	124
		BKS	,19	,102	,108	-,204*	,087	,093	,040	Ref.	-,246*	,063	,139*	96

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig); ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

HLS-EU-Q16 und GKM-Q12: gering bis hoch; selbst-ingeschätzte Gesundheit in 5 Kategorien: sehr gut bis sehr schlecht; Langzeiterkrankung: 1 = ja, mehr als eine, 2 = ja, eine, 3 = nein, keine; krankheitsbedingte Einschränkungen: 1 = erheblich eingeschränkt, 2 = eingeschränkt, aber nicht erheblich, 3 = überhaupt nicht eingeschränkt; Geschlecht: 0 = männlich, 1 = weiblich; Alter in Jahren; Finanzielle Schwierigkeiten (Faktor Scores): keine bis große; selbst-ingeschätzter sozialer Status in 10 Kategorien: niedrig bis hoch;

AUF EINEN BLICK

Zusammenhänge der GK mit dem Gesundheitsstatus

- Die Zusammenhänge der GK mit dem selbst-eingeschätzten Gesundheitsstatus sind in der TR-, BKS- und der HLS-Ö-Stichprobe relativ stark, d.h. je besser die GK, desto besser ist der selbst-eingeschätzte Gesundheitsstatus.
 - *Selbst-eingeschätzter Gesundheitszustand:* Der selbst-eingeschätzte Gesundheitszustand hängt in allen Gruppen sehr deutlich mit der GK zusammen. Personen mit niedriger GK haben einen schlechteren Gesundheitszustand. Dieser Zusammenhang ist bei TR etwas stärker ausgeprägt als in der Österreich-Befragung, bei BKS dagegen etwas schwächer.
 - *Chronische Erkrankungen:* Personen mit niedriger GK leiden in allen Gruppen häufiger an chronischen Erkrankungen. Dieser Zusammenhang ist in den beiden Migrantengruppen aber etwas schwächer als bei den HLS-Ö.
 - *Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag* erleben in allen Gruppen Personen mit niedrigerer GK häufiger. Wenn der Einfluss der sozialen Determinanten berücksichtigt wird, ist dieser Zusammenhang nur noch für die HLS-Ö signifikant, aber nicht mehr für die beiden Migrantengruppen.

5.3 Inanspruchnahme des professionellen Systems der Krankenbehandlung

5.3.1. Ergebnisse der Literatur- und der qualitativen Studie

In der Literatur wird ein Zusammenhang zwischen geringerer Gesundheitskompetenz und höherer Inanspruchnahme des Krankenbehandlungssystems (vor allem von Notfallambulanz) diskutiert (z.B. Hardie, et al. 2011; Bennett, et al., 2009; Derose, et al., 2009; Cho, et al., 2008; Baker, et al., 2002).

MigrantInnen nehmen das KB-System anders in Anspruch als die allgemeine Bevölkerung (Norredam, et al. 2011). Gesundheitliche Leistungen werden von MigrantInnen insgesamt weniger in Anspruch genommen als von der allgemeinen Bevölkerung, dabei ist der Anteil der Inanspruchnahme von kurativen Behandlungen (z.B. Notfallambulanz) gegenüber präventiven Angeboten bei MigrantInnen höher (vgl. Tarraf et al., 2014; FRA, 2012; Mayer, 2011; Spallek et al., 2010; Razum, et al. 2008 & 2004; Borde, et al., 2003). Auch aus Österreich gibt es Daten, die diesen ungleichen Zugang zum Gesundheitssystem bestätigen (Statistik Austria, 2013; Statistik Austria, 2008; Wimmer-Puchinger et al., 2006, Statistik Austria, 2008). So werden nach Daten des EU-SILC⁷⁴ notwendige medizinische Untersuchungen oder Behandlungen von MigrantInnen weit häufiger unterlassen als von der allgemein Bevölkerung (FRA, 2013).

Die vergleichsweise geringere Inanspruchnahme des Krankenbehandlungssystems durch MigrantInnen kann sich zum einen durch eine ungleiche Nutzung und zum anderen durch ungleiche Zugangsmöglichkeiten zum Krankenbehandlungssystem ergeben (Razum et al., 2008). Als mögliche Ursachen werden meist unterschiedliche Zugangsbarrieren genannt (Rechel et al., 2013). Diese lassen sich zum einen auf formale (etwa rechtliche Beschränkungen, Unterschiede im Versicherungsstatus) und zum anderen auf informale Barrieren zurückführen, wie etwa Sprachbarrieren, kulturelle Barrieren (z.B. unterschiedliche Krankheitskonzepte), aber auch auf mangelnde Vertrautheit mit dem Krankenbehandlungssystem des Aufenthaltslandes (Ingleby et al., 2012; Razum et al., 2004).

Darüberhinaus fanden sich in der Literatur, wie auch in den qualitativen GKM-Studien, weitere Erklärungsansätze dafür, warum das Krankenbehandlungssystem von MigrantInnen weniger in Anspruch genommen wird als von der allgemeinen Bevölkerung:

Transnationale Orientierung bei der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen:

In der Literatur als auch in der qualitativen Studie gibt es Hinweise auf eine verstärkte transnationale Orientierung bei der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen (Stan, 2015; Strumpfen, 2012; DeAnne & Messias, 2002;). Dabei wird von ExpertInnen und in den Fokusgruppen davon berichtet, dass MigrantInnen häufig zwei Gesundheitssysteme nutzen – jenes in Österreich, aber auch jenes im jeweiligen Herkunftsland. In den Fokusgruppen zeigte sich, dass die TeilnehmerInnen dadurch die Möglichkeit haben, die Systeme zu vergleichen und so das für sie bessere zu wählen bzw. auch Diagnosen abzugleichen oder bestätigen zu lassen. Auffallend war dabei, dass sich die

⁷⁴ EU-SILC, englisch European Union Statistics on Income and Living Conditions, deutsch Europäische Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen, ist eine Erhebung zu Einkommen und Lebensbedingungen in Europa.

FokusgruppeTeilnehmerInnen in der Türkisch-islamischen Union (ATIB) bei jeder Gelegenheit in der Türkei untersuchen lassen, während die anderen Fokusgruppen-TeilnehmerInnen dies nur tun, wenn es um eine schwerwiegende Krankheit geht, wie z.B. Krebs. Allgemein empfanden die TeilnehmerInnen das Nutzen von zwei Gesundheitssystemen als positiv und stellten fest, dass die Diagnose in den beiden Ländern meist übereinstimmte. In der Türkei bekomme man allerdings schneller eine Diagnose als in Österreich. Für Pflege und Folgetherapien wird von den Fokusgruppen-TeilnehmerInnen hingegen das österreichische Gesundheitssystem bevorzugt. Ein Experte erwähnte überdies, dass vermehrt auch telefonisch Meinungen von ÄrztInnen im Herkunftsland zu Befunden und Diagnosen, die in Österreich erstellt wurden, eingeholt würden. Zum Teil liege dies an mangelndem Vertrauen gegenüber den österreichischen ÄrztInnen, was wiederum zum Teil auf schlechten Erfahrungen beruhe.

Kulturelle Perspektive auf die Qualität der Gesundheitsversorgung:

In den türkischsprachigen Fokusgruppen fiel auf, dass v.a. Vertrauen in die Technologie im österreichischen Gesundheitssystem besteht. Dieses Vertrauen in moderne Medizin wurde auch von ExpertInnen bestätigt. In den Fokusgruppen und in den ExpertInnen-Interviews zeigte sich jedoch auch, dass MigrantInnen sich häufig als Versuchskaninchen fühlen (z.B. weil viele Medikamente verschrieben würden) und der Meinung sind, dass ÄrztInnen zu schnell und zu viele Operationen anordnen. In den BKS-sprachigen Fokusgruppen ließen sich Unterschiede in den Wahrnehmungen und Erfahrungen der jungen und der älteren Generation gekoppelt an ihre Aufenthaltsdauer in Österreich identifizieren. Einige der jüngeren TeilnehmerInnen, die seit weniger als einem Jahr in Österreich leben, vertraten die Ansicht, dass die ÄrztInnen hier nicht so gut ausgebildet seien. Sie würden sich daher auf jeden Fall auch im Heimatland untersuchen lassen. Von hauptsächlich positiven Erfahrungen mit den ÄrztInnen in Österreich berichteten einige der älteren TeilnehmerInnen, die für das gut entwickelte Gesundheitssystem in Österreich „dankbar“ sind.

Mit dem österreichischen Gesundheitssystem sind den ExpertInnen zufolge sowohl Personen aus der Türkei als auch aus Ex-Jugoslawien im Wesentlichen zufrieden; dies sei mit ein Grund, weshalb viele im Alter hier blieben. Die medizinischen Leistungen in Österreich seien jedoch nicht benutzerfreundlich. PatientInnen würden häufig nicht aufgeklärt und meist stehe nicht genügend Zeit zur Verfügung.

In mehreren Studien wird davon berichtet, dass die Qualität von Krankenbehandlungseinrichtungen von MigrantInnen anders wahrgenommen wird als von der Mehrheitsgesellschaft (Bagchi et al., 2012). So werden Spiritualität, Familie und der Respekt vor traditionellen Vorstellungen und Handlungsweisen als wichtige Faktoren in der Krankenbehandlung von MigrantInnen genannt (ebd.).

Erfahrungen im Krankenhaus (Spitalsambulanzen und Dolmetschdienste):

In den türkischsprachigen Fokusgruppen sprechen sich fast alle TeilnehmerInnen positiv über Aufenthalte in österreichischen Krankenhäusern aus, v.a. hinsichtlich Hygiene und Pflegepersonal. Von den TeilnehmerInnen der BKS-sprachigen Fokusgruppen wurden hingegen oft negative Erfahrungen in Krankenhäusern gemacht und ablehnende Behandlung erfahren.

Ein Experte wies darauf hin, dass bei Personen mit Migrationshintergrund oft ungenügendes Wissen bzw. Verständnis bezüglich des erwarteten Verhaltens im Krankenhaus vorhanden sei (z.B. viel Besuch, mitgebrachte Lebensmittel, Rauchen). Für die verbesserte Kommunikation wurde es als wichtig erachtet, professionelle DolmetscherInnen heranzuziehen, und auch das Videodolmetschen sollte

vermehrt eingesetzt werden. Beim Personal bestünden zum Teil stereotype Vorstellungen; dies könne auch zu Konflikten führen. Eine weitere Schwierigkeit sei die gleichgeschlechtliche Behandlung und Pflege: bei manchen Frauen sei es ein Problem, wenn sie nackt operiert werden müssten, da OP-Gehilfen meist Männer seien. Unklar seien die Gründe, weshalb im Spital selten spiritueller Beistand eingefordert werde. Möglicherweise sei das Angebot nicht bekannt oder viele würden sich hinsichtlich der Religion nicht ‚outen‘ wollen.

Speziell für MigrantInnen sind Spitalsambulanzen oft erste Anlaufstellen in einem für sie wenig vertrauten Gesundheitsversorgungssystem (vgl. z.B. Tarraf et al., 2014). Daher müssen gerade Krankenhäuser eine kulturell sehr heterogene Klientel betreuen. Das Migrant-Friendly Hospital war ein europäisches Benchmarking-Projekt, das gerade dort ansetzt und an dem für Österreich das Kaiser Franz Josef-Spital in Wien teilgenommen hat (Karl-Trummer & Novak-Zezula, 2009).

Doctor Hopping, Fehldiagnosen, Übermedikation und Non-Compliance aufgrund von Sprachbarrieren und kulturellen Barrieren:

In den Fokusgruppen wurde festgestellt, dass die Diagnose in Österreich deutlich länger dauere als im Herkunftsland. Auch ExpertInnen beobachteten, dass die Diagnose bei MigrantInnen verhältnismäßig länger dauere als bei Nicht-MigrantInnen. In diesem Zusammenhang wurde auch erwähnt, dass viele sogenanntes „Doctor Hopping“ betrieben und häufig den Arzt wechselten, da die Beschwerden sehr häufig nicht geklärt würden. Gründe dafür seien, dass ÄrztInnen und PatientInnen einander gegenseitig nicht verstünden und die ÄrztIn-PatientIn-Kommunikation in der Regel mangelhaft sei.

Eine Studie aus Deutschland zeigt auch, dass der Anteil der Frauen, die ihre Frauenärztin oder ihren Frauenarzt mehrfach wechseln, bei Frauen mit Migrationshintergrund doppelt so groß ist wie bei deutschen Frauen. Auch werden unterschiedliche Gründe für den Arztwechsel angegeben. So geben Frauen mit Migrationshintergrund meist unfreundliche Umgangsformen und Diskriminierung, eine schlechte Aufklärung durch die Ärztin oder den Arzt, Sprachprobleme und eine erfolglose Behandlung als Gründe an. Die deutschen Frauen hingegen wechseln ihren Arzt aufgrund eines Wohnortwechsels, wegen unterschiedlicher Vorstellungen zur Behandlung oder weil sie einen Spezialisten oder eine Spezialistin aufsuchen wollten (Borde, 2002 zit nach Razum, 2008). Als weiterer Grund für das „Doctor Hopping“ wurde in den Fokusgruppen auch genannt, dass die ÄrztInnen sich zu wenig Zeit für ihre PatientInnen nähmen. Dies liege zum Teil an der Leistungsorientiertheit des Gesundheitssystems, das darauf abziele, möglichst viele PatientInnen in geringer Zeit zu behandeln.

In der Literatur gibt es Hinweise darauf, dass vor allem sprachliche und kulturelle Barrieren zu Fehldiagnosen und zu Problemen in der ÄrztIn-PatientIn-Kommunikation führen, die wiederum aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten in Non-Compliance oder auch in einer übermäßigen Medikamentenverordnung resultieren können (Wengerl, 2012; Komaric et al., 2012; Cohen et al., 2005; Dohan & Levintova, 2007; Gany et al., 2005). Dabei wird u.a. davon ausgegangen, dass MigrantInnen ein unterschiedliches Verständnis von Krankheit und Gesundheit haben als die allgemeine Bevölkerung. So können in ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktionen verschiedene Wahrnehmungs- und Deutungsmuster aufeinander treffen, die von unterschiedlichen kulturellen Einflüssen, Wissensständen, Erfahrungen und Vorstellungen geprägt sind und womöglich zu Missverständnissen führen können (Berg, 1998). Studien zum Krankheitsempfinden von türkischen MigrantInnen berichten etwa, dass Krankheit als ein eigenständiges Phänomen verstanden und ganzheitlich empfunden wird, was eine klare

Benennung und Verortung von Schmerzen schwer macht (Wengerl, 2012; Kizilhan & Haag, 2011; Ete, 1995). Daraus können Fehldiagnosen und eine übermäßige Medikamentenverordnung resultieren (ebd.; Brucks, 2004; von Ferber et al., 2003; Weilandt et al., 2006).

Sowohl die Fokusgruppen-TeilnehmerInnen als auch die befragten ExpertInnen kritisierten die häufige Übermedikation bei MigrantInnen. Übermäßige Medikamenteneinnahme führe den TeilnehmerInnen zufolge dazu, dass der Körper sich an die Medikamente gewöhne und Medikamente dementsprechend dann keine Wirkung mehr zeigten, wenn es dringend notwendig sei. Die Übermedikation wurde von den TeilnehmerInnen v.a. in Bezug auf Antidepressiva als problematisch empfunden, da diese betäubend wirkten und so das Leben beeinträchtigen. Problematisch sei es auch, wenn die verschriebenen Medikamente nicht nach Vorschrift eingenommen würden.

Hinter der erhöhten Anzahl an Medikamentenverschreibungen für MigrantInnen vermuten ExpertInnen auch, dass ÄrztInnen oft den eigentlichen Ursachen der Krankheit nicht nachgingen, sondern häufig allgemeine Schmerzmittel verschrieben. Teilweise seien ÄrztInnen (aufgrund von Sprachbarrieren) mit der Situation überfordert und würden vorschnell Medikamente verschreiben, anstatt systematisch zu behandeln. Darüber hinaus würden ÄrztInnen die Ursachen vieler Beschwerden im psychischen Bereich sehen und daher häufig Antidepressiva verschreiben. Dies wurde auch in den Fokusgruppen erwähnt. Die Fokusgruppen-TeilnehmerInnen kritisierten zudem, dass ihnen nicht die ‚guten‘ Medikamente verschrieben würden, da diese zu teuer seien. Auch eine Expertin berichtete dies. Eine andere Expertin wies darauf hin, dass MigrantInnen oft auf Originalprodukten bestehen würden.

5.3.2 Wie sind die Indikatoren der Inanspruchnahme des professionellen Systems der Krankenbehandlung verteilt und wie hängen diese zusammen?

Die Inanspruchnahme des Systems der Krankenbehandlung wurde in der quantitativen GKM-Studie durch insgesamt sechs Indikatoren gemessen: vier Indikatoren stammen aus den vorhergegangenen GK-Studien (vgl. Pelikan, et al., 2013; HLS-EU Consortium, 2012) - darunter die Fragen nach der Frequenz der Notfalldienste⁷⁵; der Arztbesuche⁷⁶; der Krankenhausaufenthalte⁷⁷ und der Frequenz des Kontaktes mit anderen Gesundheitsberufen als Ärzten.⁷⁸ Aufgrund der Ergebnisse der Literatur und der qualitativen Teilstudie wurden zwei weitere Indikatoren erhoben – zum einen die Frage nach der Frequenz der Spitalsambulanz-Besuche⁷⁹ und zum anderen die Frage, ob die Personen schon einmal bei einer Vorsorgeuntersuchung⁸⁰ waren.

Tabelle 5-8: Prozentverteilungen der Indikatoren der Inanspruchnahme des KB-Systems für die TR- (N=325), die BKS- (N=300) und die HLS-Ö-(N=1800) Stichproben

		TR	BKS	HLS-Ö	
Häufigkeit von Kontakten mit dem Gesundheitssystem	Notfalldienste (in den letzten zwei Jahren)	Nie	75,3%	79,1%	76,3%
		1-2 mal	19,7%	17,8%	20,0%
		3-5 mal	3,7%	2,8%	2,9%
		6 mal oder öfter	1,3%	0,3%	0,8%
	Spitalsambulanzen (in den letzten zwölf Monaten)	Nie	66,7%	65,8%	n.a.
		1-2 mal	23,3%	25,2%	n.a.
		3-5 mal	6,0%	4,9%	n.a.
		6 mal oder öfter	4,0%	4,0%	n.a.
	Arztbesuche (in den letzten zwölf Monaten) ^b	Nie	20,7%	16,6%	12,4%
		1-2 mal	31,0%	38,8%	37,4%
		3-5 mal	26,0%	23,7%	27,5%
		6 mal oder öfter	22,3%	20,9%	22,7%
	Krankenhausaufenthalte (in den letzten zwölf Monaten)	Nie	70,0%	76,0%	72,2%
		1-2 mal	25,3%	18,5%	23,6%
		3-5 mal	3,0%	4,0%	3,3%
		6 mal oder öfter	1,7%	1,5%	0,9%
	Frequenz des Kontaktes mit Gesundheitsberufen (in den letzten zwölf Monaten) ^{a b c}	Nie	37,0%	17,5%	18,3%
		1-2 mal	34,0%	43,7%	55,8%
		3-5 mal	18,0%	23,0%	19,1%
		6 mal oder öfter	11,0%	15,7%	6,7%
	Vorsorgeuntersuchung ^a	Nein	43,4%	38,9%	n.a.
		Ja, einmal	29,3%	18,8%	n.a.
		Ja, mehrmals	27,3%	42,3%	n.a.

^a signifikanter Unterschied zwischen TR und BKS ($\alpha = 0,05$);

^b signifikanter Unterschied zwischen TR und HLS-Ö ($\alpha = 0,05$);

^c signifikanter Unterschied zwischen BKS und HLS-Ö ($\alpha = 0,05$);

n.a. wurde in der HLS-Österreichstudie nicht erhoben

⁷⁵ Wie oft mussten Sie in den letzten zwei Jahren den ärztlichen Notfalldienst in Anspruch nehmen? (Hinweis: Krankenwagen, Bereitschaftsdienst, Notaufnahme) (HLS-EU-Q86)

⁷⁶ Itemtext: Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten einen niedergelassenen Arzt aufsuchen? (HLS-EU-Q86)

⁷⁷ Itemtext: Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten als Patient ins Krankenhaus? (HLS-EU-Q86)

⁷⁸ Itemtext: Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten Dienstleistungen von anderen medizinischen Fachleuten, wie z.B. Zahnarzt, Physiotherapeut, Psychologe, Diätassistent oder Optiker, in Anspruch nehmen? (HLS-EU-Q86)

⁷⁹ Itemtext: Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten einer Spitalsambulanz aufsuchen? (GKM)

⁸⁰ Waren Sie jemals bei einer kostenlosen Vorsorgeuntersuchung?

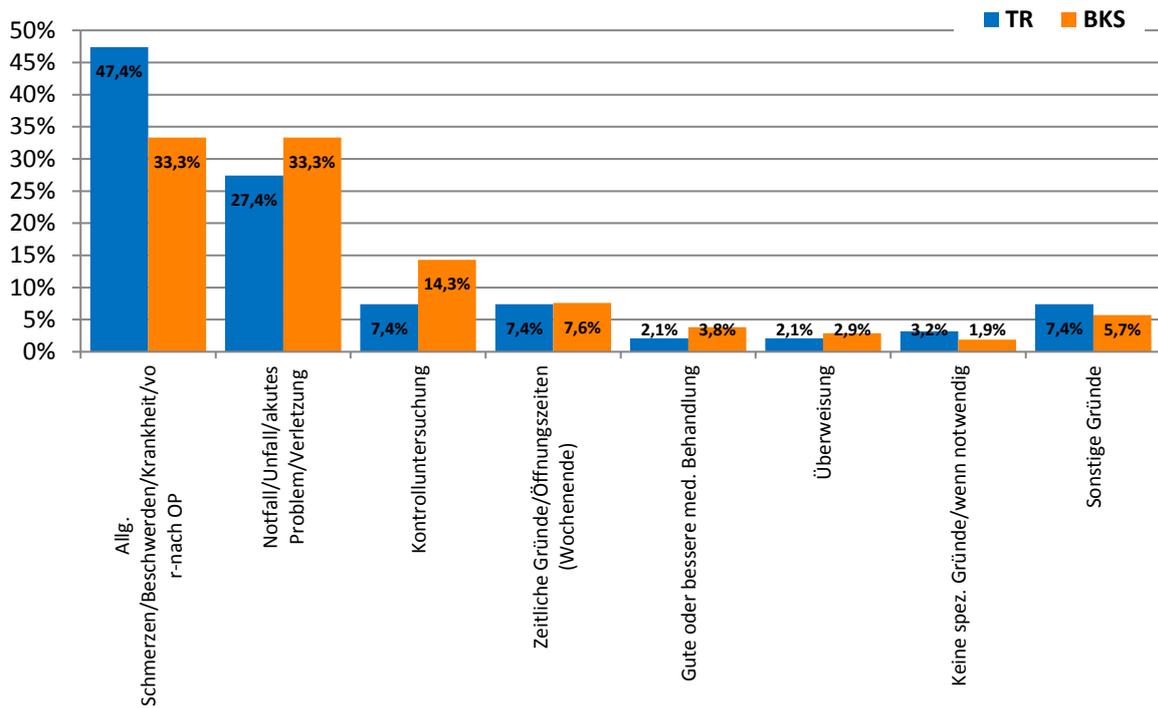


Abbildung 5-2: Aus welchen Gründen gehen Sie in eine Spitalsambulanz? (Offene Frage) Kodierte Antworten für die TR- (N=99) und BKS- (N=108) Stichproben (aufgrund von Mehrfachantworten sind Summierungen auf über 100% möglich)

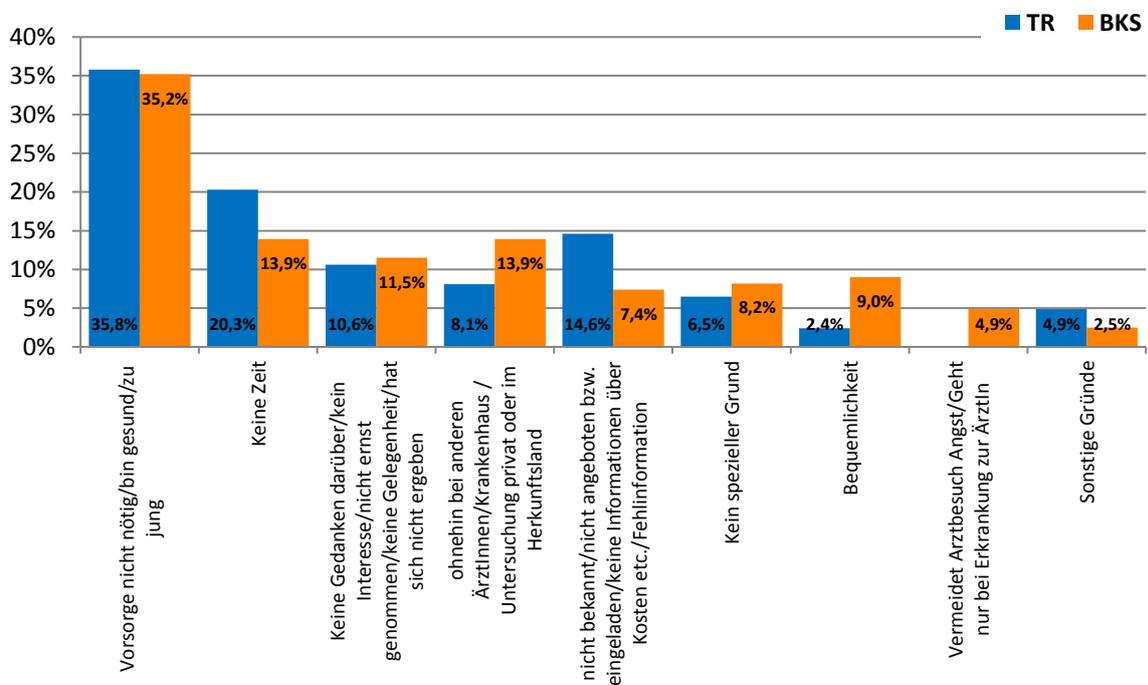


Abbildung 5-3: Aus welchen Gründen waren Sie nicht bei einer kostenlosen Vorsorgeuntersuchung? (Offene Frage) Kodierte Antworten für die TR- (N=127) und BKS- (N=130) Stichproben (aufgrund von Mehrfachantworten sind Summierungen auf über 100% möglich)

PROFILE DER INANSPRUCHNAHME DES SYSTEMS DER KRANKENBEHANDLUNG:

Im Hinblick auf die Fragen zur Inanspruchnahme von verschiedenen Services im KB-System unterscheiden sich beide Migrantengruppen und die HLS-Ö nur wenig. Das gilt vor allem im Hinblick auf Nutzungsfrequenzen von Notfalldiensten und bei Arztbesuchen. Auch wenn bei den Arztbesuchen die „heavy user“-Kategorien (3-5 mal; 6 Mal oder öfter) von den TR und HLS-Ö tendenziell häufiger genannt wurden als von den BKS.

Spitalsambulanzen: Bei der Frequenz der Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen (für Österreich nicht gemessen) ähneln sich die beiden Migrantengruppen ebenfalls. Mit 66,7% in der TR- bzw. 65,8% in der BKS-Stichprobe gaben etwa zwei Drittel der Befragten an, in den letzten zwölf Monaten nicht in einer Spitalsambulanz gewesen zu sein (vgl. Tabelle 5-8). Diejenigen, die Spitalsambulanzen genutzt hatten, wurden auch nach den Gründen der Nutzung befragt. Vor allem Personen aus der TR-Stichprobe (47,4%) nannten sehr häufig allgemeine Schmerzen bzw. die Vor- und Nachversorgung bei einer OP als Ursache. In der BKS-Stichprobe gaben nur 33,3% der Befragten diesen Grund an. Personen aus der BKS-Stichprobe nutzen Spitalsambulanzen häufiger aufgrund von akuten Problemen und Notfällen als Personen aus der TR-Stichprobe (33,3% BKS im Vergleich zu 27,4% TR) (Vgl. Abbildung 5-2).

Krankenhausaufenthalte: TR (70,0%) geben etwas seltener als BKS (76,0%) an, im letzten Jahr gar nicht im Krankenhaus gewesen zu sein. Die HLS-Ö liegen mit einem Anteil von 72,2% dazwischen.

Andere Gesundheitsberufe als Ärzte: Besonders deutliche Unterschiede zeigen sich bei der Inanspruchnahme der Mischkategorie „andere Gesundheitsberufe als Ärzte“. 37,0% der TR, aber nur 17,5% bzw. 18,3% der BKS bzw. HLS-Ö gaben an, im letzten Jahr keine dieser Berufsgruppen in Anspruch genommen zu haben.

Vorsorgeuntersuchung: Deutlich mehr Befragte der BKS (42,3%) als der TR (27,3%) gaben an, mehrmals bei einer Vorsorgeuntersuchung gewesen zu sein (vgl. Tabelle 5-8). Vorsorgeuntersuchungen werden in beiden Gruppen aus ähnlichen Gründen nicht in Anspruch genommen. Am häufigsten waren die Befragten der Ansicht, dass Vorsorgeuntersuchungen für sie unnötig wären, da sie gesund oder noch zu jung dafür seien. TR gaben mit 20,3% allerdings häufiger an, keine Zeit zu haben und gut 14,6% gaben an, dass sie Vorsorgeuntersuchungen nicht kennen oder nicht wissen, ob sie diese (gratis) in Anspruch nehmen können. BKS gaben häufiger an (13,9%), Vorsorgeuntersuchungen privat oder im Herkunftsland durchzuführen beziehungsweise führen ihre Nicht-Teilnahme häufiger auf Bequemlichkeit (9,0%) zurück (vgl. Abbildung 5-3).

ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN DEN INDIKATOREN DER INANSPRUCHNAHME (vgl. Tabelle 5-9): Alle Indikatoren der Inanspruchnahme (mit Ausnahme der Vorsorgeuntersuchungen) hängen in beiden GKM-Stichproben, wie auch in der Österreich-Stichprobe, soweit dort erhoben, ziemlich bis sehr stark zusammen. Personen, die eines der Angebote vermehrt nutzen, nutzen zumeist auch die anderen Angebote (etwas) öfter.

Tabelle 5-9: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen Indikatoren der Inanspruchnahme des KB-Systems für die TR- (N=300), die BKS- (N=325) und die HLS-Ö-Stichproben (N=1800)

	Notfall- dienste	Spitals-am- bulanz	Arztbesuche	Krankenhaus- aufenthalte	Gesundheits- berufe	Vorsorge-un- tersuchung
--	---------------------	-----------------------	-------------	-----------------------------	------------------------	----------------------------

Spitals-ambu- lanz	TR	,305**	1				
	BKS	,291**	1				
Arztbesuche	TR	,199**	,203**	1			
	BKS	,223**	,352**	1			
	HLS-Ö	,355**	-	1			
Krankenhaus- aufenthalte	TR	,254**	,412**	,208**	1		
	BKS	,320**	,559**	,259**	1		
	HLS-Ö	,511**	-	,468**	1		
Gesundheits- berufe	TR	,230**	,153**	,423**	,115*	1	
	BKS	,132*	,204**	,319**	,195**	1	
	HLS-Ö	,221**	-	,398**	,238**	1	
Vorsorge-unter- suchung	TR	-,036	-,041	,120*	,009	,024	1
	BKS	,036	-,013	-,105	-,070	,105	1

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig); ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

Frequenz der Notfalldienste in 4 Kategorien: nie bis 6 mal oder öfter; Frequenz der Spitalsambulanz in 4 Kategorien: nie bis 6 mal oder öfter; Frequenz der Arztbesuche in 4 Kategorien: nie bis 6 mal oder öfter; Frequenz der Krankenhausaufenthalte in 4 Kategorien: nie bis 6 mal oder öfter; Frequenz anderer Gesundheitsberufe in 4 Kategorien: nie bis 6 mal oder öfter; Vorsorgeuntersuchung: 1 = nein, 2 = ja, einmal, 3 = ja, mehrmals.

5.3.3 Wie hängt die Inanspruchnahme des Systems der Krankenbehandlung mit der Gesundheitskompetenz zusammen?

Insgesamt finden sich für die TR-, die BKS- und die HLS-Ö-Stichprobe ähnliche Zusammenhänge zwischen der GK und der Inanspruchnahme des Systems der Krankenbehandlung: für die meisten Indikatoren gilt: je geringer die GK, desto häufiger wird das System der Krankenbehandlung in Anspruch genommen.

Arztbesuche: Den schon in der Österreich-Stichprobe nachweisbaren signifikanten, bivariaten Zusammenhang bzw. abgeschwächten Einfluss der GK im multivariaten Modell, d.h. je höher die GK, desto geringer das Aufsuchen von ÄrztInnen, gibt es auch bei den beiden Migrantengruppen, insbesondere bei den TR, aber die Effekte sind nicht mehr signifikant und die Modelle erklären auch deutlich weniger Varianz als in der Österreich-Stichprobe.

Krankenhausaufenthalte: Die Verhältnisse sind prinzipiell ähnlich wie die bei den Arztbesuchen. Es besteht ein signifikanter, starker, bivariater Zusammenhang d.h. je besser die GK, desto seltener sind Krankenhausaufenthalte in der Österreich-Stichprobe, der in der multivariaten Regression zwar abgeschwächt wird, aber signifikant erhalten bleibt. Dies gilt aber nicht für die beiden Migrantengruppen, hier bleiben die Zusammenhänge im multivariaten Modell nicht bestehen.

Notfalldienste: Während es in der Österreich-Stichprobe einen signifikanten bivariaten Zusammenhang und multivariaten Einfluss von GK auf die Inanspruchnahme von Notfalldiensten gab, d.h. je besser die GK, desto seltener wurden Notfalldienste aufgesucht, traf dies in der GKM-Studie nur und sogar etwas stärker für die TR und die migrantenspezifische GK zu.

Andere Gesundheitsberufe als Ärzte: Während in der Österreich-Stichprobe GK einen signifikanten bivariaten Zusammenhang mit dem Aufsuchen von anderen Gesundheitsberufen hatte (je besser die GK, desto seltener wurden diese besucht), der auch als signifikanter Einfluss im multivariaten Modell erhalten blieb, gab es für die beiden Migrantengruppen keinen signifikanten oder auch nur erwähnenswerten Zusammenhang mit beiden Arten von GK.

Spitalsambulanzen: Je höher die GK, desto signifikant seltener wurden in den letzten zwölf Monaten Spitalsambulanzen von den Befragten aufgesucht. Diese Zusammenhänge sind (etwas) stärker für die migrantenspezifische als für die allgemeine GK und ungefähr gleich stark für die TR und die BKS. Das gilt zunächst für die bivariaten Zusammenhänge, bleibt aber für die Effekte im multivariaten Modell erhalten, wobei die GK im Vergleich zu den berücksichtigten sozialen Determinanten jeweils den stärksten Effekt hat. Dennoch erklären alle Prädiktoren zusammen nur zwischen 2% und 9% der Varianz des Aufsuchens von Spitalsambulanzen und jeweils deutlich mehr für die BKS (8-9%) als für die TR (2-3%).

Vorsorgeuntersuchungen: Es gibt keine signifikanten, bivariaten Zusammenhänge zwischen der Beteiligung an Vorsorgeuntersuchungen und der GK, mit Ausnahme für die BKS bei der migrantenspezifischen GK, wo dieser Zusammenhang auch im multivariaten Modell aufrecht bleibt. Die Beteiligung hängt stärker direkt von der Bildung ab bzw. vor allem signifikant vom Alter bei den TR (Ältere nehmen häufiger daran teil), was auch nachvollziehbar macht, dass die Modelle für die TR deutlich mehr Varianz erklären.

Die Häufigkeit der Nutzung von *Spitalsambulanzen* sinkt mit höherer GK bei beiden Migrantengruppen, während kein Effekt der GK auf die Nutzung von *Vorsorgeuntersuchungen* gefunden wurde.

Tabelle 5-10: Bivariater Zusammenhang (Spearman's Rho-Korrelationen) der allgemeinen und migrationspezifischen Gesundheitskompetenz mit den sechs Indikatoren für Inanspruchnahme des Krankenbehandlungssystems sowie multivariater Zusammenhang bei Kontrolle von fünf sozialen Determinanten (betaweights und korrigiertes R²) für die TR- (N=300), BKS- (N=325) und HLS-Ö- Stichproben (N=1800)

			rho	GK	Geschl.	Alter	Bildung				Fin. Schw.	Soz. Stat.	Korr. R ²	N
							Uni/HS	BHS/Kolleg	AHS/Lehre	Keine PS				
Notfall-dienste	HLS- EU- Q16	TR	-,09	-,104	,049	-,049	-,102	,062	-,116	Ref.	,028	,041	,020	281
		BKS	-,09	-,052	,022	,051	-,003	-,031	,089	Ref.	-,023	-,060	-,004	298
		HLS-Ö	-,12**	-,092**	,022	,156**	-,040	-,056	-,056	Ref.	,197**	,082**	,077*	1537
	GKM- Q12	TR	-,15**	-,145*	,037	-,069	-,101	,057	-,120	Ref.	,001	,045	,027*	290
		BKS	-,06	-,064	,014	,055	-,036	-,024	,096	Ref.	-,030	-,046	,001	283
Spitals-ambu-lan-zen	HLS- EU- Q16	TR	-,13*	-,153*	,124*	-,018	-,012	,043	-,043	Ref.	-,016	-,034	,022	281
		BKS	-,15**	-,201**	,106	,168**	-,052	-,008	,138	Ref.	-,008	,089	,088*	298
	GKM- Q12	TR	-,20**	-,168*	,142*	-,016	-,006	,053	-,020	Ref.	-,015	-,028	,028*	290
		BKS	-,16**	-,196**	,122*	,150*	-,084	-,045	,111	Ref.	-,013	,085	,079*	283
Arzt-be-suche	HLS- EU- Q16	TR	-,17**	-,110	,049	,181**	,023	,174**	-,043	Ref.	,107	-,024	,079*	281
		BKS	-,12*	-,079	,061	,165**	-,025	-,065	,012	Ref.	,028	-,019	,029*	298
		HLS-Ö	-,16**	-,071**	,078**	,387**	,006	-,005	-,026	Ref.	,146**	,012	,191*	1545
	GKM- Q12	TR	-,16**	-,085	,052	,192**	,006	,152*	-,063	Ref.	,098	-,026	,074*	290
		BKS	-,001	,028	,032	,160**	-,058	-,069	-,014	Ref.	,054	-,026	,013	283
Kranken-hausauf-enthalte	HLS- EU- Q16	TR	-,10	-,072	,071	,014	-,088	,006	-,161*	Ref.	-,004	,067	,016	281
		BKS	-,13*	-,118	,006	,051	,051	,007	,182	Ref.	,038	,102	,023	298
		HLS-Ö	-,19**	-,109**	,019	,185**	-,028	-,065*	-,038	Ref.	,214**	,071**	,101*	1538
	GKM- Q12	TR	-,11*	-,101	,084	,021	-,091	,008	-,152*	Ref.	-,015	,074	,022	290
		BKS	-,12*	-,049	-,009	,082	,008	,003	,181	Ref.	,056	,083	,025	283
Gesund-heits-be-rufe	HLS- EU- Q16	TR	-,01	-,066	,101	,019	,025	,225**	-,022	Ref.	,028	,027	,042*	281
		BKS	,02	,008	,089	-,054	,001	,035	,031	Ref.	,061	,108	-,003	298
		HLS-Ö	-,10**	-,081**	,128**	,158**	,067*	,093**	,084**	Ref.	,081**	,054*	,054*	1544
	GKM- Q12	TR	,02	-,007	,102	,032	-,001	,203**	-,048	Ref.	,048	,026	,038*	290
		BKS	-,02	-,020	,076	-,036	-,014	,043	,039	Ref.	,039	,113	-,007	283
Vor-sorge-unter-su-chung	HLS- EU- Q16	TR	,07	,038	,090	,397**	,139*	,130*	,111	Ref.	-,139**	-,049	,151*	279
		BKS	,06	,068	,056	,159**	-,179	,130	,092	Ref.	-,035	,068	,034*	297
		TR	,06	,047	,075	,401**	,133*	,120*	,108	Ref.	-,146*	-,057	,154*	288
	GKM- Q12	BKS	,15*	,130*	,070	,185**	,176*	,125	,109	Ref.	-,047	,083	,089*	282

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig); ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

HLS-EU-Q16 und GKM-Q12: gering bis hoch, Frequenz der Notfalldienste in 4 Kategorien: nie bis 6 mal oder öfter; Frequenz der Spitalsambulanz in 4 Kategorien: nie bis 6 mal oder öfter; Frequenz der Arztbesuche in 4 Kategorien: nie bis 6 mal oder öfter; Frequenz der Krankenhausaufenthalte in 4 Kategorien: nie bis 6 mal oder öfter; Frequenz anderer Gesundheitsberufe in 4 Kategorien: nie bis 6 mal oder öfter; Vorsorgeuntersuchung: 1 = nein, 2 = ja, einmal, 3 = ja, mehrmals;

AUF EINEN BLICK

Zusammenhänge der GK mit der Inanspruchnahme des Krankenbehandlungssystems

- Die Zusammenhänge zwischen der Inanspruchnahme des Krankenbehandlungssystems und der GK sind für die TR-, die BKS- und die HLS-Ö-Stichprobe ähnlich. Für die meisten Indikatoren gilt: je geringer die GK, desto häufiger wird das System der Krankenbehandlung in Anspruch genommen.
 - *Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte:* Wie in der Österreich-Befragung geben auch MigrantInnen mit niedrigerer GK häufiger an, zum Arzt zu gehen bzw. sind häufiger als PatientInnen im Krankenhaus. Aber dieser Zusammenhang ist in den Migrantengruppen, wenn der Einfluss der sozialen Determinanten berücksichtigt wird, nicht mehr signifikant.
 - *Notfalldienste:* Wie in der Österreich-Befragung nutzen auch MigrantInnen mit niedrigerer GK häufiger Notfalldienste. Aber nur für Personen mit Hintergrund in der Türkei und für die migrationsspezifische GK bleibt dieser Zusammenhang auch dann signifikant, wenn der Einfluss der sozialen Determinanten kontrolliert wird.
 - *Andere Gesundheitsberufe als Ärzte:* Nur in der Österreich-Befragung, aber nicht für die Migrantengruppen gilt, dass Personen mit geringerer GK die Dienstleistungen von (nicht ärztlichen) Gesundheitsdienstleistern seltener in Anspruch nehmen.
 - *Spitalsambulanzen:* In beiden Migrantengruppen werden Spitalsambulanzen von Personen mit besserer GK seltener in Anspruch genommen.
 - *Vorsorgeuntersuchungen:* Nur Personen mit BKS-Hintergrund nehmen, wenn sie eine bessere (migrationsspezifische) GK haben, auch eher an Vorsorgeuntersuchungen teil.

6 Wertschätzende Kommunikation im, Vertrauen in das und kultursensible Angebote im Krankenbehandlungssystem

6.1 Ergebnisse der Literatur- und der qualitativen Studie

Häufig wird für MigrantInnen von ungleichen Zugängen in das Krankenbehandlungssystem (KB-System) (vgl. Kap.5.3) und von einer ungleichen Behandlung im Krankenbehandlungssystem berichtet (Shavers et al., 2012; Flores et al., 2010; Nazroo & Karlsen, 2001; IOM, 2002). Sprachbarrieren wie auch wertschätzende bzw. diskriminierende⁸¹ Interaktionserfahrungen werden u.a. für diese Ungleichbehandlung im KB-System verantwortlich gemacht. (FRA, 2013) Diskriminierungserfahrungen im KB-System wirken sich wiederum negativ auf die Qualität der Krankenbehandlung aus (Sorkin et al., 2010). In der Literatur finden viele Studien, u.a. auch systematische Reviews, einen starken Zusammenhang zwischen Diskriminierungserfahrungen und schlechterer Gesundheit (vgl. Paradies et al., 2006). Eine repräsentative deutsche Studie (Igel et al., 2010) zeigte etwa, dass Personen ihren Gesundheitszustand umso schlechter einschätzen, je stärker sie sich diskriminiert fühlen.

In diesem Zusammenhang wurden auch in der qualitativen Studie die sprachlichen Barrieren wie auch wertschätzende bzw. diskriminierende Erfahrungen diskutiert. In den Fokusgruppen etwa berichteten die TeilnehmerInnen, dass das Gesundheitspersonal sich anders verhalte, wenn es bemerke, dass man nicht so gut Deutsch spreche. Man werde erst dann ernst genommen, wenn man sich beschwere. In beiden Gruppen wurde erwähnt, dass die TeilnehmerInnen sich in der Kommunikation mit den ÄrztInnen und dem Krankenhauspersonal aufgrund ihrer Sprachkenntnisse „komisch angesehen“ und unfreundlich behandelt fühlten. Diskriminierung wurde z.B. wegen mangelnder Sprachbeherrschung, aber auch aufgrund des Nachnamens oder des Tragens eines Kopftuchs wahrgenommen. Einige TeilnehmerInnen waren der Meinung, sie würden nicht ernstgenommen und „die Rechte der Ausländer“ würden ohnehin nur auf dem Papier bestehen. Über Diskriminierungserfahrungen von MigrantInnen, auch im Gesundheits- bzw. Krankenbehandlungsbereich, berichteten auch die befragten ExpertInnen. MigrantInnen hätten demnach manchmal das Gefühl, als Menschen zweiter Klasse behandelt zu werden; solche Erfahrungen wurden auch in den Gruppendiskussionen thematisiert.

Fokusgruppen-TeilnehmerInnen berichteten, dass ÄrztInnen meist erst dann die PatientInnen über ihren Gesundheitszustand informierten, wenn diese nachfragen. MigrantInnen würden dies aber häufig nicht tun, u.a. aufgrund von Sprachbarrieren (zu Sprachbarrieren siehe auch Kapitel 7). Dies führe zu Misstrauen gegenüber den ÄrztInnen, da sich MigrantInnen aufgrund von übermäßiger Medikalisierung als „Versuchskaninchen“ fühlten und es immer wieder zu Fehldiagnosen komme. Diese

⁸¹ Auch wenn Diskriminierung von vielen Personen mit Migrationshintergrund im österreichischen Krankenbehandlungssystem erlebt wird (ECRI, 2010; ZARA, 2013), so zeigt eine europäische Studie, „European Union Minorities and Discrimination survey“ (EU-MIDIS), dass MigrantInnen sich im Krankenbehandlungssystem im Vergleich zu anderen Bereichen des Alltags weniger diskriminiert fühlen. Es zeigt sich für Österreich aber auch, dass es Unterschiede innerhalb der MigrantInnen gibt, und dass Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei sich stärker diskriminiert fühlen als jene aus Ex-Jugoslawien (FRA, 2009).

Beobachtungen wurden auch von ExpertInnen bestätigt. Aufgrund dieser Problematik würden MigrantInnen den Arztbesuch aufschieben. Um der Angst vor Arztbesuchen entgegenzuwirken, werde daher von einigen Einrichtungen Begleitung angeboten.

Um zu untersuchen, welche Erfahrungen die befragten MigrantInnen mit wertschätzender Kommunikation im KB-System gemacht haben und ob es einen Zusammenhang mit ihrer Gesundheitskompetenz gibt, wurden im Survey sieben Indikatoren zu wertschätzenden Kommunikationserfahrungen erhoben. Die meisten dieser Indikatoren entstammen dem CAHPS⁸² (Cultural Competence Item Set), einem Instrument zur Messung interkultureller Kompetenz von Gesundheitsberufen. Die Items wurden übersetzt, adaptiert und bauen auch auf den Ergebnissen der qualitativen GKM-Studie auf (vgl. Tabelle 6-1).

Die sieben Indikatoren fragen konkret danach, wie häufig die Kommunikation im KB-System als wertschätzend erlebt wird. Aus diesen 7 Items wurde ein Index „wertschätzende Kommunikation im KB-System“ gebildet. Des Weiteren wurde mit einem Item das generelle Vertrauen in das österreichische KB-System erhoben.

Tabelle 6-1: Items zur wertschätzenden Kommunikation im und zum Vertrauen in das KB-System: Fragetexte und Referenzen/Referenzstudien

Wie oft haben Sie sich von den Ärzten vom Gesundheitspersonal (Krankenschwester, Pflegepersonal,...) aufgrund Ihrer Herkunft ungleich behandelt gefühlt? (SOC-29 mit CAHPS Cultural Competence, Fokusgruppen, Experteninterviews)
Wie oft nehmen sich die Ärzte genug Zeit, um auf Ihr Problem einzugehen? (Fokusgruppen, Experteninterview)
Wie häufig fühlen Sie sich von den Ärzten ernst genommen? (Fokusgruppen, Experteninterviews)
Wie häufig sprechen die Gesundheitsdienstleister (z.B. Ärzte, Krankenschwestern,...) zu schnell, sodass es schwierig ist sie zu verstehen? (CAHPS – Cultural Competence, Fokusgruppen, Experteninterviews)
Wie häufig werden Sie von Gesundheitsdienstleistern (Ärzten, Krankenschwestern,...) beim Sprechen unterbrochen? (CAHPS – Cultural Competence, Fokusgruppen, Experteninterviews)
Wie häufig sprechen Gesundheitsdienstleister (Ärzte, Krankenschwestern,...) herablassend, sarkastisch, oder in einem unfreundlichen Ton mit Ihnen? (CAHPS – Cultural Competence, Fokusgruppen, Experteninterviews)
Wie sehr vertrauen Sie dem österreichischen Gesundheitssystem? (Fokusgruppen)

Index für wertschätzende Kommunikation im KB-System

Der „Index für wertschätzende Kommunikation im KB-System“ (Mittelwertsindex) wurde gebildet, um generelle Trends und Zusammenhänge ökonomischer abbilden zu können. Der Index hat ein Minimum von 1 (selten oder nie wertschätzend) und ein Maximum von 4 (immer wertschätzend). Je höher der Wert des Index, desto häufiger werden die Kommunikationserfahrungen im Krankenbehandlungssystem als wertschätzend erlebt.

Die Reliabilität des Index für wertschätzende Kommunikation im KB-System wurde durch den Alpha Koeffizienten nach Cronbach überprüft⁸³. Die Items sind bei den TR stärker interkorreliert als bei den BKS (vgl. Tabelle 6-2). In beiden Stichproben wurde aber der Schwellenwert von 0,6 mit 0,73

⁸² AHRQ, CAHPS (Survey and Tools to Advance Patient-Centered Care) <https://cahps.ahrq.gov/surveys-guidance/item-sets/cultural/index.html>

⁸³ Der Koeffizient gibt an, ob die Items, die einem Index zugeordnet wurden, auch etwas Ähnliches messen, also ob sie inhaltlich zusammenpassen (Cortina, 1993). Meist werden Werte ab 0,7 als ausreichend angesehen (Nunnally & Bernstein, 1994) bzw. zumindest in der explorativen Phase auch ein Schwellenwert von 0,6 (Lance et al., 2006; Garson, 2012), um einen ausreichenden Zusammenhang zwischen jedem Einzel-Item und allen anderen Items im Index anzunehmen.

bei TR bzw. mit 0,62 bei BKS überschritten (vgl. Tabelle 6-3). Der Index kann daher für diese erste explorative Phase hinsichtlich seiner Reliabilität als akzeptabel angesehen werden.

Tabelle 6-2: Durchschnittliche Pearson-Korrelationskoeffizienten (aller inkludierten Items miteinander) des Index für wertschätzende Kommunikation im KB-System für die TR- (N=300) und die BKS- (N=325) Stichproben

Pearson-Korrelationskoeffizient	TR	BKS
Index für wertschätzende Kommunikation im KB-System	,327	,251

Tabelle 6-3: Cronbach's Alpha für den Index für wertschätzende Kommunikation im KB-System für die TR- (N=300) und die BKS- (N=325) Stichproben

Cronbach's Alpha	TR	BKS
Index für wertschätzende Kommunikation im KB-System	0,73	0,62

6.2 Wie sind die Antworten auf die Fragen zur wertschätzenden Kommunikation im und zum Vertrauen in das KB-System verteilt?

TR erleben die Kommunikation im KB-System generell als signifikant weniger wertschätzend als BKS (vgl. Tabelle 6-4, anschaulicher Abbildung 6-2) bzw. machen häufiger problematische Erfahrungen bei Interaktionen im Krankenbehandlungssystem. Die relativ häufigsten problematischen Erfahrungen sind: zu schnell sprechende, unverständliche ÄrztInnen (für 23% der BKS bzw. 43% der TR); ÄrztInnen, die sich nicht genug Zeit nehmen, um auf Probleme einzugehen; von GesundheitsdienstleisterInnen unterbrochen werden; von GesundheitsdienstleisterInnen herablassend, sarkastisch oder in einem unfreundlichen Ton angesprochen werden; sich von den ÄrztInnen nicht ernst genommen fühlen; sich von ÄrztInnen oder GesundheitsdienstleisterInnen aufgrund der Herkunft ungerecht behandelt fühlen (noch 11% der BKS bzw. 28% der TR). Minoritäten von 6% der BKS und 18% der TR haben kein Vertrauen in das österreichische Gesundheitssystem.

Auf dem Index erreichen TR im Schnitt mit 3,3 Punkten um etwa 0,3 Punkte weniger als BKS mit 3,6 Punkten. Dieser Unterschied scheint auf den ersten Blick recht gering zu sein, doch kann aufgrund der kleinen Standardabweichungen ($SD(TR)=0,6$; $SD(BKS)=0,3$) geschlossen werden, dass dieser Unterschied von Bedeutung ist.

Tabelle 6-4: Prozent-Verteilungen der Indikatoren für wertschätzende Kommunikation und Vertrauen in das Krankenbehandlungssystem für die TR--(N=325) und BKS- Stichprobe n(N=300)

			TR	BKS
Wertschätzende Kommunikation im KB System	Wie oft haben Sie sich von Ärzten oder vom Gesundheitspersonal aufgrund ihrer Herkunft ungerecht behandelt gefühlt? ^a	Sehr selten oder nie Manchmal Meistens Immer	71,7% 20,9% 5,7% 1,7%	88,8% 8,7% 1,9% 0,6%
	Wie oft nehmen sich die Ärzte genug Zeit, um auf Ihr Problem einzugehen?	Sehr selten oder nie Manchmal Meistens Immer	17,7% 17,3% 26,5% 38,4%	11,2% 19,3% 32,7% 36,8%
	Wie häufig fühlen Sie sich von den Ärzten ernst genommen? ^a	Sehr selten oder nie Manchmal Meistens Immer	10,5% 18,3% 29,8% 41,4%	6,6% 11,3% 33,8% 48,4%
	Wie häufig sprechen die Gesundheitsdienstleister zu schnell, sodass es schwierig ist sie zu verstehen? ^a	Sehr selten oder nie Manchmal Meistens Immer	56,8% 28,7% 11,1% 3,4%	77,4% 19,2% 2,2% 1,2%
	Wie häufig werden Sie von Gesundheitsdienstleistern beim Sprechen unterbrochen? ^a	Sehr selten oder nie Manchmal Meistens Immer	64,8% 24,6% 8,2% 2,4%	80,4% 16,7% 2,2% 0,6%
	Wie häufig sprechen Gesundheitsdienstleister herablassend, sarkastisch oder in einem unfreundlichen Ton mit Ihnen? ^a	Sehr selten oder nie Manchmal Meistens Immer	68,8% 22,1% 6,7% 2,3%	81,7% 16,1% 2,2% 0,0%
	Index wertschätzende Kommunikation im KB-System ^a	Mittelwert S.D.	3,3 0,6	3,6 0,4
	Vertrauen ins KB System	Vertrauen in das österreichische Gesundheitssystem ^a	Sehr	35,5%
Ziemlich			47,0%	46,8%
Nicht sehr			13,5%	4,3%
Überhaupt nicht			4,1%	1,8%

^a signifikanter Unterschied zwischen TR und BKS ($\alpha = 0.05$)

Diejenigen, die häufiger von problematischen Kommunikationserfahrungen berichten, geben auch signifikant eher an, dem österreichischen Gesundheitssystem nicht zu vertrauen (Vgl. Tabelle 6-5. Dieser Zusammenhang gilt in beiden GKM-Stichproben und ist für die TR wiederum noch stärker ausgeprägt als für die BKS. Schlechte Kommunikationserfahrungen reduzieren somit das Vertrauen von MigrantInnen in das österreichische KB-System!

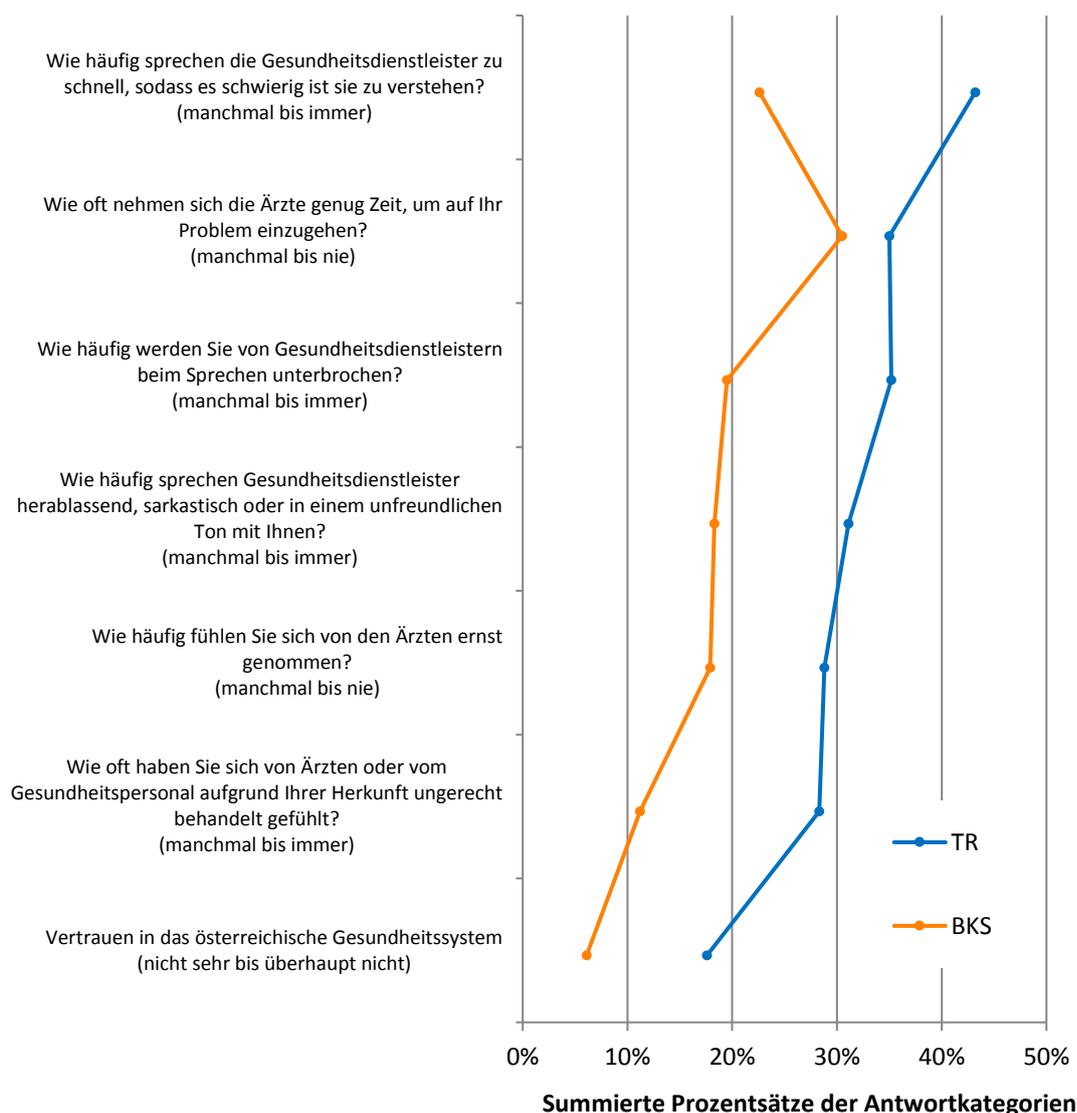


Abbildung 6-1: Problematische Erfahrungen mit dem Krankenbehandlungssystem: Summierte Prozentsätze der Antwortkategorien „manchmal bis immer“ und „selten oder nie bis manchmal“ für die TR- und BKS-Stichproben

Tabelle 6-5: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen dem Index „wertschätzende Kommunikation im KB-System“ und dem Vertrauen in das Krankenbehandlungssystem für die TR- (N=300) und die BKS- Stichproben (N=325)

		Index wertschätzenden Kommunikation im KB System
Vertrauen in das österreichische Gesundheitssystem	TR	-,347**
	BKS	-,275**

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig); ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

Index wertschätzende Kommunikation im KB System: von schlechten Erfahrungen bis guten Erfahrungen; Vertrauen in das österreichische Gesundheitssystem: von sehr bis überhaupt nicht.

6.3 Wie hängen die Kommunikationserfahrungen und das Vertrauen ins Krankenbehandlungssystem mit der Gesundheitskompetenz zusammen?

Der Index für wertschätzende Kommunikationserfahrungen im KB-System hängt deutlich und sehr signifikant mit der Gesundheitskompetenz zusammen, tendenziell noch etwas stärker mit der migrantenspezifischen als mit der allgemeinen GK. Personen mit höherer GK berichten in beiden Stichproben häufiger von erlebter wertschätzender Kommunikation im Krankenbehandlungssystem. Dieser Trend ist in der TR-Stichprobe für die migrationspezifische GK noch etwas deutlicher ausgeprägt als für die allgemeine GK (vgl. Tabelle 6-6).

Da GK mit verschiedenen sozialen Determinanten zusammenhängt, die auch einen Einfluss auf wertschätzende Kommunikationserfahrungen haben (vgl. Korrelationstabelle im Anhang), ist es sinnvoll zu überprüfen, ob der Zusammenhang mit der GK auch dann bestehen bleibt, wenn diese Determinanten kontrolliert werden.

Der Gesamterklärungswert der Modelle ist in der BKS-Stichprobe mit 16% gegenüber 9,4 % im Falle der allgemeinen GK bzw. für Modelle mit migrationspezifischer GK mit 16,3 % vs. 13,8% höher als in der TR-Stichprobe.

Tatsächlich haben in beiden Stichproben beide Formen der GK, die migrantenspezifische noch stärker als die allgemeine, für die BKS noch etwas stärker als für die TR, auch dann einen sehr signifikanten und gleichzeitig den stärksten Einfluss auf die wertschätzend erlebte Kommunikation im KB-System, wenn die fünf sozialen Determinanten und die Deutschkenntnisse in einer multivariaten Regressionsanalyse kontrolliert werden (vgl. Tabelle 6-5). Von MigrantInnen mit höherer GK wird die Kommunikation im KB-System tendenziell als wertschätzender erlebt. Neben der GK sind je nach Migrationshintergrund und Art der GK auch finanzielle Schwierigkeiten, Alter und Bildung signifikante Einflüsse, aber nie die Deutschkenntnisse.

Tabelle 6-6: Multivariater Zusammenhang zwischen dem Index „wertschätzende Kommunikationserfahrungen im KB-System“ mit Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16 und GKM-Q12), den fünf sozialen Determinanten und den Deutschkenntnissen (beta weights und korrigiertes R²) für die TR- und BKS-Stichproben

Index wertschätzende Kommunikation im KB System		rho	Bildung										Korr. R ²	N
			GK	Geschl.	Alter	Uni/HS	BHS/Kolleg	AHS/Lehre	Keine PS	Fin. Schw.	Soz. Stat.	Deutschkenntnisse		
HLS-EU-Q16	TR	,25**	,185**	-,062	,093	-,138*	,005	-,027	Ref.	-,142*	,088	-,085	,094*	267
	BKS	,34**	,333**	-,068	,152*	-,065	-,045	-,063	Ref.	-,151*	-,017	-,054	,159*	289
GKM-Q12	TR	,35**	,315**	-,064	,088	-,144*	-,009	-,036	Ref.	-,106	,061	-,040	,138*	276
	BKS	,33**	,355**	-,108	,139*	-,054	-,019	-,023	Ref.	-,155*	-,025	,012	,163*	279

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig); ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

HLS-EU-Q16 und GKM-Q12: gering bis hoch; Index wertschätzende Kommunikation im KB System: von schlechten Erfahrungen bis gute Erfahrungen; Geschlecht: 0 = männlich, 1 = weiblich; Alter in Jahren; finanzielle Schwierigkeiten (Faktor Scores): keine bis große; selbst-eingeschätzter sozialer Status in 10 Kategorien: niedrig bis hoch; Deutschkenntnisse in 5 Kategorien: sehr gut bis sehr schlecht.

Auch das Vertrauen in das österreichische Gesundheitssystem ist bei besserer Gesundheitskompetenz zumeist signifikant besser, aber weniger stark ausgeprägt als bei der wertschätzenden Kommunikation. Dieser Zusammenhang ist für beide Migrantengruppen stärker für die migrantenspezifische als für die allgemeine GK und jeweils für die TR etwas stärker als für die BKS. (vgl. Tabelle 6-7)

Um zu überprüfen, wie das Vertrauen in das österreichische Gesundheitssystem mit der GK (bei konstant halten der sozialen Determinanten) zusammenhängt, wurde ein logistisches Modell berechnet, da die Modellbedingungen (Verteilung der Residuen) für eine lineare Regression nicht erfüllt sind. Dazu wurden die vier Kategorien der abhängigen Variablen „Vertrauen in das österreichische Gesundheitssystem“ dichotomisiert. Die neue Kategorie 1 vereinigt die „sehr“ und „ziemlich“ Antworten, die neue Kategorie 0 die „nicht sehr“ und „überhaupt nicht“ Antworten.

Insgesamt erklären die Modelle mit GK, sozialen Determinanten und Deutschkenntnissen als erklärenden Variablen für das Vertrauen ins KB-System in der BKS-Stichprobe deutlich mehr Varianz als in der TR-Stichprobe; in der BKS-Stichprobe im Modell mit der allgemeinen GK 14,1% bzw. im Modell mit der migrationsspezifischen GK sogar 22,4%. In der TR-Stichprobe sind es im Vergleich dazu nur 8,8% bzw. 11,4%.

Auf das Vertrauen ins KB-System hat die allgemeine GK bei Kontrolle der sozialen Determinanten und der Deutschkenntnisse in beiden GKM-Substichproben keinen statistisch signifikanten Einfluss mehr (vgl. Tabelle 6-7). Der Einfluss der migrationsspezifischen GK dagegen ist im multivariaten Modell etwas größer und daher auch signifikant. So erhöht sich in der TR-Stichprobe jedes Mal, wenn sich die Kategorie der migrationsspezifischen GK verbessert, die Chance, dem KB-System ziemlich oder sehr zu vertrauen; in der TR-Stichprobe um 18,9%, in der BKS-Stichprobe sogar um 53,2%.

In beiden Stichproben sind neben der signifikanten migrationsspezifischen GK Bildung (und bei den BKS auch Sozialstatus für das Modell der migrationsspezifischen GK) die einzigen signifikanten Prädiktoren im Modell. So sinkt die Chance, dem KB-System zu vertrauen, in der Gruppe derjenigen mit Universitäts- oder Hochschulabschluss im Vergleich zur Gruppe ohne Pflichtschulabschluss um 85% (Modell mit migrationsspezifischer GK als Kovariate) bzw. 81% (Modell mit allgemeiner GK als Kovariate).

Tabelle 6-7: Multivariater Zusammenhang zwischen dem Vertrauen in das österreichische Gesundheits-System mit der GK (HLS-EU-Q16 und GKM-die TR- und BKS-Stichproben)

Vertrauen ins öster. Gesundheits-System		rho	GK	Geschl.	Alter	Bildung				Fin. Schw.	Soz. Stat.	Dt.-kenntnisse	R ²	N
						Uni/HS	BHS/Kolleg	AHS/Lehre	Keine PS					
HLS-EU-Q16	TR	-,16**	1,083	1,028	1,014	0,191**	0,409	0,371*	Ref.	0,866	1,144	0,825	,088	278
	BKS	-,12*	1,147	0,505	1,013	3,892	1,041	1,038	Ref.	0,798	1,321	1,566	,141	298
GKM-Q12	TR	-,24**	1,189*	1,111	1,016	0,150**	0,375	0,349*	Ref.	0,885	1,140	0,889	,114	286
	BKS	-,19**	1,532**	0,615	1,025	4,091	1,278	1,756	Ref.	1,037	1,563*	1,572	,224	283

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig); ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

HLS-EU-Q16 und GKM-Q12: gering bis hoch; Vertrauen ins KB System: 0 = überhaupt nicht/nicht sehr, 1 = ziemlich/sehr; Geschlecht: 0 = männlich, 1 = weiblich; Alter in Jahren; finanzielle Schwierigkeiten (Faktor Scores): keine bis große; selbst-eingeschätzter sozialer Status in 10 Kategorien: niedrig bis hoch; Deutschkenntnisse in 5 Kategorien: sehr gut bis sehr schlecht

AUF EINEN BLICK

Zusammenhänge der GK mit der wertschätzenden Kommunikation und dem Vertrauen in das Krankenbehandlungssystem

- Insgesamt erleben TR die Kommunikation im KB-System als weniger wertschätzend und vertrauen dem österreichischen Gesundheitssystem auch weniger als die BKS. Die Zusammenhänge beider Indikatoren mit GK sind in beiden MigrantInnen-Gruppen ähnlich stark.
 - *Wertschätzende Kommunikation:* Für die BKS und die TR sind die Zusammenhänge mit der GK stark – je höher die allgemeine oder migrationspezifische GK, desto wertschätzender wird die Kommunikation im österreichischen Krankenbehandlungssystem erlebt.
 - *Vertrauen in das Krankenbehandlungssystem:* Die Zusammenhänge mit der GK sind in beiden Stichproben ähnlich, doch weit weniger stark ausgeprägt als mit der wertschätzenden Kommunikation. Je höher vor allem die migrationspezifische GK, desto mehr wird dem österreichischen Gesundheitssystem vertraut.

7 Kultursensible Präferenzen und Angebote im Krankenbehandlungs-System

7.1 Ergebnisse der Literatur- und der qualitativen Studie

Um eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für MigrantInnen anbieten zu können, ist adäquate Kommunikation ein Schlüsselfaktor. Im Rahmen einer Befragung von Gesundheitspersonal aus 16 europäischen Ländern wurde das Problem der mangelnden Verständigung als häufigstes Problem genannt (Priebe et al., 2011). Sprachbarrieren werden deshalb immer wieder in Studien zur Migration und Gesundheit/Gesundheitsversorgung thematisiert (David&Rhee, 1998; Morales et al. 1999; Timmins, 2002). Die vorhandenen Studien belegen, dass Sprachbarrieren im Gesundheitssystem den Zugang zu Gesundheitsversorgung, die Qualität der Gesundheitsversorgung, die Patientenzufriedenheit sowie den Gesundheitszustand negativ beeinflussen (Bischoff, 2003). Mangelnde Verständigung trägt zu einer geringeren Qualität in der Gesundheitsversorgung bei und gefährdet die Behandlung, beispielsweise durch Missverständnisse, die zu falschen Diagnosen führen (Bowen, 2001). Andere Studien weisen darauf hin, dass die Sprachbarriere zwischen den AnbieterInnen und PatientInnen dazu führen kann, dass eine Vielzahl an medizinischen Tests angeordnet (Waxmann&Levitt, 2000) werden, bzw. Informationen zu Nebenwirkungen von Medikamenten oder die Anweisungen des Arztes nicht verstanden werden.

Auch in der GKM-Studie war Sprache ein wichtiges Thema. Die befragten ExpertInnen berichteten im Einklang mit den Erkenntnissen internationaler Studien, dass in Österreich Sprache ein wichtiges Hindernis für eine adäquate Versorgung sei. Die Fokusgruppen-TeilnehmerInnen berichteten davon, dass Sprachhürden etwa das Nachfragen in Interaktionen mit Gesundheitsdienstleistern verhindern und damit zum möglichen Scheitern von ÄrztIn-PatientIn Kommunikationen beitragen.

Einigen der befragten ExpertInnen zufolge machen MigrantInnen häufig die Erfahrung, dass ÄrztInnen nicht auf sie bzw. ihre Beschwerden eingehen, wenn sie Schwierigkeiten haben, sich auszudrücken. ÄrztInnen würden sich oft nicht die Zeit nehmen oder hätten nicht die nötige Geduld, die zum Überwinden der Sprachbarrieren erforderlich wäre. Für manche Symptome gebe es keine deutschen Begriffe und es falle vielen schwer, diese zu erklären oder zu umschreiben. Häufig würden ÄrztInnen den PatientInnen dann keinen Glauben schenken. Die ExpertInnen betonten, dass eine verbesserte ÄrztIn-PatientIn-Kommunikation notwendig sei, für die ausreichend Zeit zur Verfügung stehe und die sprachlich an die benachteiligten Gruppen angepasst sei. Sprachbarrieren seien aber nicht nur eine Versorgungshürde; mangelnde Sprachkenntnisse würden auch als Grund für Diskriminierung wahrgenommen.

In den BKS-sprachigen Fokusgruppen zeigte sich, dass die TeilnehmerInnen v.a. zu Beginn ihres Aufenthalts, aber auch später bevorzugt ÄrztInnen mit muttersprachlichen Kenntnissen wählen. Auch die befragten ExpertInnen stellten fest, dass viele MigrantInnen versuchen, muttersprachliche ÄrztInnen aufzusuchen, um Verständigungsprobleme und unangenehme Situationen zu vermeiden. Diese hätten aufgrund der ähnlichen Herkunft auch ein besseres Verständnis für das Leben und die Situation der MigrantInnen. Der Mangel an muttersprachlichen ÄrztInnen in den Bereichen Gynäkologie und Psychologie/Psychiatrie wurde als besonders problematisch erachtet.

Ein Experte wies darauf hin, dass die PatientInnen-Charta vorsieht, dass jede/r PatientIn das Recht auf verständliche Kommunikation hat. Hier handle es sich um eine Bringschuld der ÄrztInnen bzw. Krankenhäuser, nicht um eine Holschuld der MigrantInnen. Einigen ExpertInnen zufolge behandeln ÄrztInnen nicht gerne PatientInnen, mit denen die Kommunikation „aufwändig“ bzw. „mühselig“ ist. Dies betreffe insbesondere HausärztInnen und jene Bereiche, in denen „nicht maschinell behandelt wird“.

Dolmetschdienste wurden von ExpertInnen nicht immer als ideale Lösung betrachtet, besonders im Bereich der psychischen Erkrankungen (z.B. Psychotherapie). Als sehr problematisch wurden überdies LaiendolmetscherInnen angesehen. Mehrere ExpertInnen machten darauf aufmerksam, dass es sehr problematisch für alle Beteiligten sei, wenn Bekannte, Reinigungskräfte oder Kinder bei Arzt- bzw. Krankenhausbesuchen dolmetschen. Professionelle DolmetscherInnen gibt es den ExpertInnen zufolge zu selten im Krankenbehandlungsbereich. Neuere Techniken wie Videodolmetschen wurden positiv eingeschätzt.

Aufgrund der Aktualität des Themas muttersprachlicher Angebote und Dolmetschdienste im KB-System wurde der Fragebogen des GKM-Survey um einige einschlägige Indikatoren erweitert, um die Wichtigkeit des und die Erfahrungen mit dem Thema zu erheben.

Zur Messung von Kultursensibilität im KB-System wurde der Wunsch nach einem gleichgeschlechtlichen Arzt bzw. Ärztin als weiterer Indikator aufgenommen. Aus der Literatur ist bekannt, dass es vor allem für muslimische Personen aus religiösen und kulturellen Gründen wichtig ist, von einer gleichgeschlechtlichen Person behandelt zu werden (Becker, et al., 2001). Auch einige Fokusgruppen-Teilnehmerinnen gaben an, dass sie bewusst eine weibliche Hausärztin wählen, da sie sich bei einer Frau besser aufgehoben fühlen.

Tabelle 7-1: Items zu muttersprachlichen Angeboten, professionellen Übersetzungsdiensten und gleichgeschlechtlichem(r) Arzt/Ärztin: Fragetexte und Referenzen/Referenzstudien

Wie wichtig ist es für Sie einen Arzt zu haben, der Ihre Muttersprache spricht? (Fokusgruppen, Experteninterviews)
Haben Sie einen Arzt, der Ihre Muttersprache spricht? (Fokusgruppen, Experteninterviews)
Wurden Ihnen bei Arztbesuchen oder im Krankenhaus professionelle Übersetzungsdienste angeboten? (Fokusgruppen, Experteninterviews)
Wie wichtig ist es für Sie eine(n) gleichgeschlechtlichen Arzt bzw. Ärztin zu haben? (Fokusgruppen, Experteninterviews)

7.2 Präferenzen und Angebote für muttersprachliche Ärzte, professionelle Übersetzungsdienste und gleichgeschlechtliche Ärzte

Muttersprachliche Ärzte: Einen muttersprachlichen Arzt zu haben ist für Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei signifikant wichtiger als für Personen mit BKS Hintergrund: für 53,9% der TR ist das „sehr wichtig“ oder „wichtig“, aber nur für 19,1% der BKS (vgl. Tabelle 7-2).

Tabelle 7-2: Prozentverteilungen der Präferenzen für muttersprachliche oder gleichgeschlechtliche ÄrztInnen sowie Angebote und Inanspruchnahmen von professionellen Übersetzungsdiensten, für die TR- (N=300) und die BKS-Stichproben (N=325)

		TR	BKS
Wie wichtig ist es für Sie einen Arzt zu haben, der Ihre Muttersprache spricht? ^a	Sehr wichtig	43,5%	11,7%
	Ziemlich wichtig	10,4%	7,4%
	Nicht sehr wichtig	24,4%	25,9%
	Überhaupt nicht wichtig	21,7%	54,9%
Haben Sie einen Arzt, der Ihre Muttersprache spricht?	Ja	22,7%	21,8%
	Nein	77,3%	78,2%
Wurden Ihnen bei Arztbesuchen oder im Krankenhaus schon einmal professionelle Übersetzungsdienste angeboten?	Ja	13,0%	10,5%
	Nein	87,0%	89,5%
Haben Sie bei Arztbesuchen oder im Krankenhaus schon einmal professionelle Übersetzungsdienste in Anspruch genommen? ^a	Ja	8,7%	4,3%
	Nein	91,3%	95,7%
Wie wichtig ist es für Sie eine weibliche Ärztin zu haben? ^a (Nur Frauen)	Sehr wichtig	18,5%	7,9%
	Ziemlich wichtig	12,6%	10,9%
	Nicht sehr wichtig	27,4%	21,2%
	Überhaupt nicht wichtig	41,5%	60,0%
Wie wichtig ist es für Sie einen männlichen Arzt zu haben? ^a (Nur Männer)	Sehr wichtig	8,5%	1,3%
	Ziemlich wichtig	4,8%	3,1%
	Nicht sehr wichtig	21,2%	15,6%
	Überhaupt nicht wichtig	65,5%	80,0%

^a signifikanter Unterschied zwischen TR und BKS ($\alpha = ,05$)

Wie weit ist das Bedürfnis, eine(n) muttersprachlichen Arzt/ Ärztin zu haben, für die beiden MigrantInnenengruppen auch tatsächlich erfüllt? Insgesamt hat in etwa jede/r Fünfte in den beiden Migrantengruppen einen Arzt/eine Ärztin, der/die die eigene Muttersprache spricht. Wenn BKS-Migrantinnen aber den Wunsch nach einem Arzt / einer Ärztin ihrer Muttersprache haben, so gelingt es ihnen deutlich öfter, diesen Wunsch auch zu realisieren, als das für TR der Fall ist; für die Kategorie „sehr wichtig“ z.B. für 55,3% der BKS gegenüber 28,5% der TR (vgl. Tabelle 7-2). Das mag auch daran liegen, dass es für einen viel höheren Anteil der TR als der BKS wichtig ist, einen muttersprachlichen Arzt zu haben (vgl. Tabelle 7-2). In beiden Gruppen gilt aber: je stärker der Wunsch, desto eher ist er auch erfüllt. Dieser Zusammenhang ist aber nur für die BKS signifikant und für sie auch viel stärker ausgeprägt als für die TR (vgl. Tabelle 7-3).

Professionelle Übersetzungsdienste: Professionelle Übersetzungsdienste bei Arztbesuchen oder im Krankenhaus wurden in etwa jedem Zehnten der Befragten in beiden Migrantengruppen schon einmal angeboten, aber von jedem/jeder zweiten TR und nur jedem/jeder vierten BKS auch angenommen (vgl. Tabelle 7-4). D.h. einerseits, dass solche Angebote noch nicht sehr verbreitet sind, andererseits, dass der Bedarf danach für die TR viel größer ist als für die BKS.

Tabelle 7-3: Kreuztabelle zwischen den Variablen zu muttersprachlichen Ärzten „Wie wichtig ist es für Sie...“ und „Haben sie einen...“ für TR- (N = 299) und BKS-Stichproben (N=324).

			Haben Sie einen Arzt, der Ihre Muttersprache spricht?		Anzahl der Personen
			ja	nein	
BKS (N=324)	Wie wichtig ist es für Sie einen Arzt zu haben, der Ihre Muttersprache spricht?	Sehr wichtig	55,3%	44,7%	N=38 (100%)
		Ziemlich wichtig	45,8%	54,2%	N=24 (100%)
		Nicht sehr wichtig	20,2%	79,8%	N=84 (100%)
		Überhaupt nicht wichtig	12,4%	87,6%	N=178 (100%)
	Gesamt		21,9%	78,1%	N=324 (100%)
TR (N=299)	Wie wichtig ist es für Sie einen Arzt zu haben, der Ihre Muttersprache spricht?	Sehr wichtig	28,5%	71,5%	N=130 (100%)
		Ziemlich wichtig	22,6%	77,4%	N=31 (100%)
		Nicht sehr wichtig	16,4%	83,6%	N=73 (100%)
		Überhaupt nicht wichtig	16,9%	83,1%	N=65 (100%)
	Gesamt		22,4%	77,6%	N=299 (100%)

BKS: $\chi^2(3) = 42,357$; $p < ,001$ ** TR: $\chi^2(3) = 5,361$; $p = ,147$

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ Niveau; ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ Niveau

Tabelle 7-4: Kreuztabelle zwischen den Variablen „Wurden Ihnen professionelle Übersetzungsdienste angeboten“ und „Haben Sie schon einmal professionelle Übersetzungsdienste in Anspruch genommen...“ für TR-(N =299) und BKS-Stichproben (N=324).

		Haben Sie bei Arztbesuchen oder im Krankenhaus schon einmal professionelle Übersetzungsdienste in Anspruch genommen?		Anzahl der Personen	
		ja	nein		
TR (N=299)	Wurden Ihnen bei Arztbesuchen oder im Krankenhaus schon einmal professionelle Übersetzungsdienste angeboten?	Ja	51,30%	48,70%	100% (39)
		Nein	2,30%	97,70%	100% (260)
	Gesamt		8,70%	91,30%	100% (299)
BKS (N=325)	Wurden Ihnen bei Arztbesuchen oder im Krankenhaus schon einmal professionelle Übersetzungsdienste angeboten?	Ja	26,50%	73,50%	100% (34)
		Nein	1,70%	98,30%	100% (291)
	Gesamt		4,30%	95,70%	100 (325)%

BKS: $\chi^2(1) = 45,248; p < ,001^{**}$ TR: $\chi^2(1) = 102,450; ; p < ,001^{**}$

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ Niveau; ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ Niveau

Präferenzen für gleichgeschlechtliche ÄrztInnen: Einen Arzt / eine Ärztin des gleichen Geschlechts zu haben, ist für Frauen in beiden Migrantengruppen weitaus wichtiger als für Männer und für TR deutlich wichtiger als für BKS. Für 31,1% der TR Frauen, aber nur für 18,8% der BKS Frauen bzw. nur 13,3% der TR Männer, aber nur 4,5% der BKS Männer ist das „sehr wichtig“ oder „wichtig“.

Tabelle 7-5: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen Indikatoren der Inanspruchnahme des KB-Systems für die TR-(N=300), BKS- (N=325) und HLS-Ö-Stichprobe (N=1800)

		Wichtigkeit Arzt/Ärztin der Muttersprache spricht	Inanspruchnahme von muttersprachlichem Arzt	Präferenz eines gleichgeschlechtlichen Arzt/Ärztin		Angebote von prof. Übersetzungsdienste
				w	m	
Inanspruchnahme von muttersprachlichem Arzt	TR	,127*	1			
	BKS	,319**	1			
Präferenz eines gleichgeschlechtlichen Arzt/Ärztin	TR	w	,059	,003	1	-
		m	,216**	,047	-	1
	BKS	w	,423**	,087	1	-
		m	,169*	-,027	-	1
Angebote von prof. Übersetzungsdiensten	TR	,101	,050	,023	-,098	1
	BKS	,068	-,035	,144	,146	1
Inanspruchnahme von prof. Übersetzungsdiensten	TR	,204**	,116*	,068	-,039	,585**
	BKS	,109	-,112*	,059	,077	,373**

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig); ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

Wichtigkeit, dass Arzt/Ärztin Muttersprache spricht, in 4 Kategorien: sehr wichtig bis überhaupt nicht wichtig; Inanspruchnahme von muttersprachlichem Arzt / Ärztin: 0= ja, 1=nein; Präferenz eines gleichgeschlechtlichen Arzt/Ärztin in 4 Kategorien: sehr wichtig bis überhaupt nicht wichtig; Angebote von prof. Übersetzungsdiensten: 0=ja, 1=nein; Inanspruchnahme von prof. Übersetzungsdiensten: 0=ja, 1=nein.

Zusammenhänge für die Präferenzen und die Inanspruchnahme von Angeboten: Wer Übersetzungsdienste angeboten bekommt, nimmt diese auch mit einer relativ hohen Wahrscheinlichkeit an, TR eher als BKS. Für wen ein muttersprachlicher Arzt wichtig ist, der nimmt auch tatsächlich einen solchen eher in Anspruch (was von den BKS eher realisiert wird als von den TR) bzw. bei den TR auch Übersetzungsdienste eher in Anspruch. Bei den TR korreliert auch die Inanspruchnahme von muttersprachlichen Ärzten und von Übersetzungsdiensten. Für die Männer, für die ein muttersprachlicher Arzt wichtig ist, ist auch eher ein gleichgeschlechtlicher Arzt wichtig. Für die Frauen ist das nur bei den BKS so (vgl. Tabelle 7-3).

7.3 Zusammenhänge mit Gesundheitskompetenz

Präferenzen für und Vorhandensein von muttersprachlichen Ärzten: Anzunehmen ist, dass Personen mit höherer GK sich eher weniger häufig einen Arzt ihrer Muttersprache wünschen. Das ist auch tatsächlich der Fall: wer eine höhere GK hat, für den ist es auch weniger wichtig einen Arzt der eigenen Muttersprache zu haben. Dieser Zusammenhang ist 2-3 Mal so stark bei den TR wie bei den BKS und bei den BKS ist er etwas stärker und signifikant nur für die migrantenspezifische GK. Dagegen hängt der tatsächliche Zugang zu einem muttersprachlichen Arzt nur bei den BKS und nur für die migrantenspezifischen GK signifikant ab (vgl. Tabelle 7-5).

Angebote und Inanspruchnahme von professionellen Übersetzungsdiensten: Ob schon einmal professionelle Übersetzungsdienste angeboten wurden, hängt mit der eigenen GK nicht signifikant zusammen, auch nicht, ob diese angenommen werden (vgl. Tabelle 7-5).

Präferenz für einen gleichgeschlechtlichen Arzt: Der Wunsch nach einem Arzt des gleichen Geschlechts hängt nur bei BKS und stärker bei Frauen als bei Männern signifikant mit ihrer GK zusammen. Für BKS mit einer höheren GK ist es für Frauen weniger wichtig, einen gleichgeschlechtlichen Arzt zu haben. Für Männer gilt das nur für die migrantenspezifische GK (vgl. Tabelle 7-6).

Tabelle 7-6: Spearman's Rho-Korrelationen zwischen der Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16 und GKM-Q12) und den Indikatoren für muttersprachliche Angebote bzw. professionelle Übersetzungsdienste im KB System für die TR- (N=325) und BKS-Stichproben (N=300)

		HLS-EU-Q16	GKM-Q12
Wie wichtig ist es für Sie einen Arzt zu haben, der Ihre Muttersprache spricht?	BKS	,102	,167**
	TR	,342**	,316**
Haben Sie einen Arzt, der Ihre Muttersprache spricht?	BKS	-,001	-,133*
	TR	-,030	-,090
Wurden Ihnen bei Arztbesuchen oder im Krankenhaus schon einmal professionelle Übersetzungsdienste angeboten?	BKS	,049	,099
	TR	,074	,107
Haben Sie bei Arztbesuchen oder im Krankenhaus schon einmal professionelle Übersetzungsdienste in Anspruch genommen?	BKS	,020	,046
	TR	,074	,107
Wie wichtig ist es für Sie eine weibliche Ärztin zu haben? (Nur Frauen)	BKS	,271*	,255*
	TR	,055	,084
Wie wichtig ist es für Sie einen männlichen Arzt zu haben? (Nur Männer)	BKS	-,085	,168*
	TR	,094	,123

* signifikant auf $\alpha = 0,05$ (2-seitig); ** signifikant auf $\alpha = 0,01$ (2-seitig)

Wie wichtig ist es für Sie einen Arzt zu haben, der Ihre Muttersprache spricht? von sehr wichtig bis überhaupt nicht wichtig; Haben Sie einen Arzt, der Ihre Muttersprache spricht? 0=ja, 1=nein; Wurden Ihnen bei Arztbesuchen oder im Krankenhaus schon einmal professionelle Übersetzungsdienste angeboten? 0=ja, 1=nein; Filter: Haben Sie bei Arztbesuchen oder im Krankenhaus schon einmal professionelle Übersetzungsdienste in Anspruch genommen? 0=ja, 1=nein; Wie wichtig ist es für Sie eine/n weibliche/männlichen Arzt/Ärztin zu haben? Von sehr wichtig bis überhaupt nicht wichtig.

AUF EINEN BLICK

Zusammenhänge der GK mit kultursensiblen Präferenzen und Angeboten im Krankenbehandlungssystem

- Eine Behandlung durch muttersprachliche Ärzte ist für TR weitaus wichtiger als für BKS.
- Für Personen mit höherer GK ist die Behandlung durch muttersprachliche Ärzte weniger wichtig, vor allem für TR.
- TR, die sich einen muttersprachlichen Arzt wünschen, haben im Gegensatz zu BKS keine höheren Chancen, tatsächlich auch von einem solchen behandelt zu werden.
- Professionelle Übersetzungsdienste wurden bei Arztbesuchen bzw. im Krankenhaus bisher etwa jedem zehnten Befragten schon einmal angeboten und dann von jedem zweiten TR und jedem vierten BKS auch schon einmal in Anspruch genommen.
- Frauen wünschen sich häufiger weibliche Ärzte, insbesondere Frauen mit Hintergrund in der Türkei.
- Nur bei Frauen mit BKS-Hintergrund verringert eine höhere GK die Wichtigkeit einer gleichgeschlechtlichen Ärztin.

8 Gesundheitskompetenz-Interventionen für MigrantInnen: Bilanz und Empfehlungen für Österreich

8.1 Was folgt aus den Ergebnissen des Survey für Interventionen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz der beiden MigrantInnen-Gruppen in Österreich?

Zunächst einmal weisen die Ergebnisse darauf hin, dass auch die GK dieser beiden Gruppen verbesserungsfähig und verbesserungswürdig ist.

Denn, auch wenn das Ausmaß der GK bei den beiden MigrantInnen-Gruppen in dieser Studie möglicherweise etwas besser ist als in der österreichischen Gesamtbevölkerung (mit EU-Staatsbürgerschaft), so ergibt die Studie doch genügend Indizien dafür, dass es wichtig und möglich ist, in Maßnahmen zur Verbesserung der GK dieser beiden MigrantInnen-Gruppen zu investieren.

Die einzelnen Fragen der Skala der allgemeinen GK zeigen zunächst auf, bei welchen Aufgaben die Befragten in höherem Ausmaß Schwierigkeiten erleben. Daher sollte daran gearbeitet werden, die als besonders schwierig erlebten Aufgaben jeweils spezifisch zu vereinfachen, zu erleichtern oder kompensatorische Unterstützung zu deren Bewältigung anzubieten. Am besten sollte das in Kooperation von ExpertInnen und betroffenen NutzerInnen geschehen. Bei den MigrantInnen wurden die gleichen Aufgaben wie in der Gesamtbevölkerung als besonders schwierig erlebt, also die Vertrauenswürdigkeit der Informationen in den Medien zu beurteilen (11); zu beurteilen, ob man eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen soll (5); aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?(12) Diese Schwierigkeiten sind wohl am besten durch neutrale, qualitätsgesicherte Informations- und Beratungsangebote zu verbessern, wie sie in der Österreichischen Gesundheitsreform, z.B. in der Zielvereinbarung bzw. auch im Maßnahmen-Bericht der Arbeitsgruppe zum Rahmengesundheitsziel 3 (BMG, 2014) auch geplant sind. Diese Maßnahmen bekämen allerdings bestimmten Untergruppen der MigrantInnen nur dann zugute, wenn sie auch in deren Muttersprachen angeboten würden.

Bei den in dieser Studie erfassten GK-Aufgaben, werden die migrantenspezifischen Aufgaben stets als schwieriger erlebt als die allgemeinen GK-Aufgaben (Vgl. Kapite. 3.2 und 3.3). An der Spitze stehen: eine muttersprachliche Ärztin oder Arzt zu finden? (7), herauszufinden, welche Leistungen von der Krankenkasse bezahlt werden? (1), einen gesunden Lebensstil umzusetzen? (3), Therapiemöglichkeiten bei psychischen Problemen in Ihrer Muttersprache bzw. in einer für Sie verständlichen Sprache zu bekommen? (12) Diese konkret erfassten Schwierigkeiten können am besten verringert werden, wenn die entsprechenden Angebote besser auf die begrenzte GK mancher Nutzer ausgerichtet würden. Das kann jeweils nur spezifisch bezogen auf die jeweilige Aufgabe geschehen. (Vgl. Tab 3-5 S 58)

Was das Ausmaß der allgemeinen bzw. migrantenspezifischen GK betrifft, so sind die Mittelwerte der HLS-EU-Q-16 Skala nicht dramatisch besser bei beiden MigrantInnen-Gruppen (vor allem bei den TR) als bei der Gesamtbevölkerung. Es gibt auch beträchtliche Anteile (25 % BKS bzw. 35 % TR) mit

limitierter allgemeiner GK und auch besonders benachteiligte Gruppen mit relativ hohen Anteilen von limitierter GK (vor allem bei finanziellen Schwierigkeiten, schlechter Bildung, schlechter Gesundheit). Aber auch migrantenspezifische Merkmale, wie sich in Österreich nicht heimisch zu fühlen, schlechte Interaktionserfahrungen mit dem österreichischen Krankenbehandlungssystem zu machen oder mangelndes Vertrauen in dieses, bzw. auch psychische Dispositionen, wie mangelndes Selbstbewusstsein, sind mit höheren Anteilen limitierter GK verbunden. D.h. es gibt auch bei den MigrantInnen beträchtliche vulnerable Untergruppen, die besonderer Unterstützung bei gesundheitsrelevantem Informationsmanagement bzw. bei gesundheitlicher Entscheidungsfindung bedürfen. (Vgl. Kap. 3.4. bis 3.6)

Schon diese vulnerablen Untergruppen zeigen, dass auch bei den MigrantInnen die GK sozial ungleich verteilt ist. Statistisch betrachtet, gibt es einen beträchtlichen (und auch deutlich größeren als für die österreichische Allgemeinbevölkerung) sozialen Gradienten für die allgemeine GK bei den beiden MigrantInnen-Gruppen und einen ebenfalls beträchtlichen sozialen Gradienten für die migrationsspezifische GK, der jeweils größer für die TR als die BKS ist. Darüber hinaus gibt es auch beträchtliche migrationsspezifische Gradienten (vor allem bezüglich Deutschkenntnissen) für die allgemeine (stärker für die TR) und die migrationsspezifische GK, und auch einen bemerkenswerten psychischen Gradienten, stärker für die migrantenspezifische als die allgemeine GK. (Vgl. Kapitel 4) Es gibt damit auch innerhalb der beiden MigrantInnen-Gruppen genügend Anlass, Ungleichheit der GK abzubauen. Das kann wie immer in der Gesundheitsförderung nur dadurch geschehen, dass spezifische, die benachteiligten oder vulnerablen Gruppen unterstützenden Massnahmen entwickelt werden, z.B. Beseitigung von Sprachbarrieren für MigrantInnen-Unter-Gruppen mit schlechten Deutschkenntnissen.

Eine Investition in die Verbesserung der GK von MigrantInnen ist angebracht, weil die Studie gezeigt hat, dass auch bei den MigrantInnen die GK relevante Konsequenzen für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten hat. Die Zusammenhänge zwischen der GK und dem Gesundheits- und Risikoverhalten sind zwar eher schwach und inkonsistent, (Vgl. Kapitel 5.1.), aber die Zusammenhänge der GK mit dem selbst-eingeschätzten Gesundheitsstatus sind in der TR- und BKS-Stichprobe relativ stark und ähnlich wie in der Allgemeinbevölkerung, d.h. je besser die GK, desto besser ist der selbst-eingeschätzte Gesundheitsstatus. (Vgl. Kapitel 5.2) Und auch die Zusammenhänge zwischen der Inanspruchnahme des Krankenbehandlungssystems und der GK sind für die TR-, die BKS- und die HLS-Ö-Stichprobe ähnlich. Für die meisten Indikatoren gilt: je geringer die GK, desto häufiger wird das System der Krankenbehandlung in Anspruch genommen. (Vgl. Kapitel 5.3.)

Daher ist auch für die beiden MigrantInnen-Gruppen GK nicht nur ein ungleich verteiltes, sondern auch ein relevantes Konzept für eine gute Gesundheit. Alle diese Ergebnisse sprechen dafür, dass es sinnvoll ist in die Verbesserung der GK dieser beiden MigrantInnen-Gruppen zu investieren.

Darüber hinaus hat der Survey spezifische Probleme der MigrantInnen mit dem österreichischen Krankenbehandlungssystem identifiziert, die Anlass für spezifische Interventionen geben.

Es gibt zwar nur sehr kleine Anteile der Befragten (TR 17,6 %, BKS 6,1%), die angeben kein Vertrauen in das österreichische Krankenbehandlungssystem zu haben, aber relativ viel mehr MigrantInnen (jeweils eher TR als BKS) haben schlechte Erfahrungen mit der Kommunikation in diesem System gemacht, sich aufgrund ihrer Herkunft ungerecht behandelt gefühlt, sich von den Ärzten nicht ernst genommen gefühlt, wurden herablassend oder unfreudlich angesprochen, beim Sprechen

unterbrochen, hatten durch zu schnelles Sprechen der Gesundheitsdienstleister Schwierigkeiten zu verstehen, fühlten sich von den Ärzten nicht ernst genommen, oder die Ärzte hatten nicht genug Zeit um auf ihre Probleme einzugehen (Vgl. Kapitel 6). Dabei haben Personen mit schlechterer Gesundheitskompetenz tendenziell weniger Vertrauen in das österreichische Krankenbehandlungssystem und machen häufiger nicht wertschätzende Erfahrungen in diesem. Auch wenn nicht bekannt ist, ob diese Ergebnisse für die österreichische Gesamtbevölkerung besser wären, so besteht doch zumindestens für die beiden MigrantInnengruppen ein beträchtliches Verbesserungspotenzial bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe für eine bessere Kommunikation mit ihnen.

Zusätzlich wurden *kultursensible Präferenzen und Angebote* erhoben, die z.T. auch mit GK zusammenhängen, und Hinweise für sinnvolle Interventionen beinhalten. (Vgl. Kapitel 7) Danach ist es für mehr als die Hälfte der TR, aber nur für etwa jeden fünften BKS sehr oder ziemlich wichtig einen Arzt zu haben, der ihre Muttersprache spricht. Jedoch nur etwa jeder fünfte Angehörige der beiden MigrantInnen-Gruppen hat auch so einen Arzt, d.h. bei den TR gibt es einen beträchtlichen nicht erfüllten Bedarf. Professionelle Übersetzungsdienste, die eine Alternative zum muttersprachlichen Arzt darstellen, wurden bei Arztbesuchen bzw. im Krankenhaus bisher nur etwa von jedem zehnten Befragten schon einmal angeboten und dann von jedem zweiten TR und jedem vierten BKS auch schon einmal in Anspruch genommen. Ein Ausbau dieser Dienste vor allem für die TR wäre daher sinnvoll. Für 30% der weiblichen TR und ca. 20% der weiblichen BKS ist es sehr oder ziemlich wichtig einen weiblichen Arzt zu haben, aber nur für ca. 13% der männlichen TR und ca. 4% der männlichen BKS einen männlichen Arzt zu haben. Bei besserer GK ist vor allem die Präferenz für einen muttersprachlichen Arzt, aber teilweise auch die für einen gleichgeschlechtlichen Arzt geringer.

Mit Hilfe der quantitativen Survey-Untersuchung konnten somit, neben der prinzipiellen Bedeutung der GK für die Gesundheit der MigrantInnen, vor allem migranten-spezifische Probleme, Defizite und Präferenzen festgestellt werden. Daraus ergibt sich nicht immer sofort und schlüssig, welche Interventionen und Massnahmen am besten geeignet sind diese Defizite zu bearbeiten und diese Probleme zu lösen.

Deshalb wurden sowohl in der Literaturstudie, wie auch in den Experteninterviews und Fokusgruppen auch mögliche Interventionen gesucht bzw. thematisiert.

Die folgenden Unter-Kapitel sind den Interventionen gewidmet, die von WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen, aber auch (potentiellen) PatientInnen als maßgeblich erachtet werden, um die Gesundheitskompetenz von MigrantInnen zu verbessern. Zunächst wird kurz auf die relevante internationale Literatur eingegangen. Anschließend werden die Auskünfte der ExpertInnen und den Fokusgruppen-TeilnehmerInnen, die im Rahmen der GKM-Studie befragt wurden, zu den bestehenden und notwendigen Interventionen in Österreich zusammenfassend dargestellt (Eine ausführliche Darstellung findet sich in Anhang E).

8.2. Literaturstudie

Sowohl im deutschsprachigen als auch im englischsprachigen Raum sowie in mehreren EU-Ländern wurden bereits Interventionen für die Verbesserung der Gesundheitskompetenz der allgemeinen Bevölkerung entwickelt. Eine umfassende Aufarbeitung bestehender und notwendiger Interventionen für den deutschsprachigen Raum liefern Pelikan et al. (2013). In den USA wurde ein "National Action Plan to Improve Health Literacy" sowie ein "Health Literacy Universal Precautions Toolkit" erarbeitet (beides U.S. Department of Health and Human Services, 2010). Auch in Kanada wurden entsprechende allgemeine GK-Interventionen entwickelt (Canadian Public Health Association, 2006).

In dem von der WHO (2013) herausgegebenen Dokument „Health literacy. The solid facts“ werden GK-Interventionen sowohl für die allgemeine Bevölkerung als auch speziell für MigrantInnen angeführt. Zu letzteren zählen vier Kernpunkte: (1) spezielle GK-Strategien für MigrantInnen entwickeln sowie Einbezug von MigrantInnen in die Planung, Umsetzung und Evaluation dieser Strategien; (2) umweltbezogene Interventionen wie PatientInnen-Navigatoren, übersetzte Beschilderung und professionelle DolmetscherInnen; (3) Schulungen für Gesundheitspersonal für bessere Kommunikation und Kultursensibilität; (4) Netzwerke und sektorenübergreifende Interventionen, z.B. Zusammenarbeit mit Apotheken, Schulen, NGOs, Unternehmen etc. (WHO, 2013)

Ähnliche Interventionen werden auch von Zanchetta und Poureslami (2006) und Kimbrough (2007) genannt. Zanchetta und Poureslami schlagen zudem vor, dass Literacy-Profile und Sprachpräferenzen der PatientInnen in die persönliche Akte aufgenommen werden sollen. Kulturelle Kompetenz soll außerdem in den gesundheitsbezogenen Studien- und Lehrgängen verstärkt gelehrt werden. Kimbrough betont die Wichtigkeit von Dokumenten in unterschiedlichen Sprachen sowie besondere Techniken für die Verbesserung des PatientInnen-Verständnisses wie z.B. „teach-back“-Techniken oder visuelle Lehrhilfen. In den USA hat sich ein multidisziplinäres Team von DesignerInnen, Studierenden, WissenschaftlerInnen und anderen ExpertInnen auf die Entwicklung universeller Orientierungssymbole im Gesundheitssystem fokussiert. (Hablamos Juntos & SEGD, o.J.) In seinem "Implementation Guidebook" schlägt es über 20 neue Symbole vor, die eingesetzt werden sollen, um besonders Personen mit niedriger Literacy und geringen Englischkenntnissen zu helfen, sich im Gesundheitswesen (insbesondere im Krankenhaus) zu orientieren. Symbole können allgemein zu einer vereinfachten und verbesserten Kommunikation führen, besonders aber in mehrsprachigen Kontexten.

8.3. Ergebnisse aus den ExpertInnen-Interviews und Fokusgruppen

8.3.1 Bilanz

In Wien, dem Bundesland mit der größten Zahl an MigrantInnen, wurden von den ExpertInnen im Vergleich zu den anderen Bundesländern die meisten bestehenden Initiativen (Maßnahmen und Interventionen) genannt. Alle Bereiche werden jedoch von den ExpertInnen als ausbaufähig betrachtet.

Besonderer Aufholbedarf herrscht den ExpertInnen zufolge in den übrigen Bundesländern. In jedem Bundesland besteht eine gewisse Versorgungsstruktur, auch werden immer wieder Projekte im Bereich der Gesundheit(skompetenz) von MigrantInnen durchgeführt. Das politische Bewusstsein sei zwar zum Großteil vorhanden, es werde aber wenig umgesetzt. Von den Bundesländern fiel vor allem die Steiermark mit einer guten Angebotsinfrastruktur für MigrantInnen auf. Besonderer Angebotsmangel wurde im Burgenland sichtbar; hier müsse meist auf die Angebote in Wien ausgewichen werden. In Vorarlberg wurde insbesondere auf das Problem des ÄrztInnenmangels, v.a. bei FachärztInnen, hingewiesen.

8.3.2 Empfehlungen

Konkrete Vorschläge für die Verbesserung der Gesundheit bzw. GK von MigrantInnen in Österreich brachten sowohl ExpertInnen als auch FG-TeilnehmerInnen ein. Generell kann festgehalten werden, dass ihnen zufolge die bestehenden Angebote nicht ausreichen und entsprechend ausbaufähig sind. Insbesondere der Mangel an institutionalisierten Angeboten wurde kritisiert. Ausschlaggebend für die Verbesserung der Situation seien einerseits der politische Wille für die notwendige Umsetzung von migrantInnenspezifischen Angeboten und Maßnahmen und andererseits gesellschaftliche Akzeptanz und Respekt für MigrantInnen. Diskriminierung sei auch im Krankenbehandlungssystem ein wesentliches Problem. ExpertInnen und FG-TeilnehmerInnen, wiesen darauf hin, dass Angebote im Gesundheitsbereich für MigrantInnen niederschwellig, aufsuchend und kostenlos sein sollen. Zudem sollten die Angebote nachhaltig, sozial und kultursensibel sein. Es werden professionelle Angebote mit bezahlten MitarbeiterInnen angeraten sowie Angebote, die auf spezielle Zielgruppen (z.B. Ältere) zugeschnitten sind. Insbesondere im Bereich der Psychotherapie sind muttersprachliche Angebote den ExpertInnen zufolge dringend notwendig. Hinsichtlich der Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal und PatientInnen werden sowohl von ExpertInnen als auch von FG-TeilnehmerInnen Verbesserungen in mehreren Bereichen gefordert. Kommunikation soll primär verständlich sein und auch in der Muttersprache ermöglicht werden. Sie soll außerdem wertschätzend und nicht diskriminierend sein. Während diese Maßnahmen auch für die Mehrheitsbevölkerung gelten, sind für MigrantInnen im Gesundheitsbereich zusätzlich professionelle Dolmetschdienste vonnöten. Darüber hinaus sind verstärkte Informationsvermittlung und PatientInnen-Edukation in unterschiedlichen Themenbereichen von großer Bedeutung für die Verbesserung der Gesundheitskompetenz. Für das Personal im Krankenbehandlungssystem werden einerseits bessere interkulturelle Kompetenzen gefordert. Andererseits wird auf organisationaler Ebene für verbessertes Diversity Management plädiert.

Um Maßnahmen und Angebote effektiver und nachhaltiger zu gestalten, empfehlen ExpertInnen eine verstärkte Kooperation unterschiedlicher Akteure auf nationaler, aber auch internationaler Ebene.

Zusätzlich könnten Maßnahmen, die in anderen Ländern erfolgreich sind als Vorbild für Interventionen in Österreich dienen.

8.3.3 Maßnahmenkatalog – 10 Empfehlungen für die Praxis

Bezugnehmend auf die ExpertInnen-Interviews, die Fokusgruppen und Literatur könnten folgende Empfehlungen gemacht werden (siehe detaillierte Aufstellung im Anhang Teil E):

1. Spezielle GK-Strategien für MigrantInnen entwickeln. In Österreich wurden spezielle GK-Strategien für MigrantInnen bisher nur vereinzelt entwickelt, nicht aber auf einer bundesweiten, institutionalisierten Ebene. Es gibt viele kleine Projekte, aber zu wenig institutionalisiertes Angebot. (Literatur, Qualitative Studie)
2. Einbezug von MigrantInnen in die Planung, Umsetzung und Evaluation dieser Strategien. (Literatur)
3. Umweltbezogene Interventionen wie PatientInnen-Navigatoren, übersetzte Beschilderung, professionelle DolmetscherInnen und muttersprachliche Angebote (Literatur, Qualitative Studie)
4. Diversity Management. Schulungen für Gesundheitspersonal für bessere Kommunikation und Kultursensibilität. (Literatur, Qualitative Studie)
5. Netzwerke und sektorenübergreifende Interventionen, z.B. Zusammenarbeit mit Apotheken, Schulen, NGOs, Unternehmen etc. Verstärkte Kooperation mit unterschiedlichen Akteuren auf nationaler und internationaler Ebene (Andere Länder könnten als Vorbild für Österreich dienen). (Literatur, Qualitative Studie)
6. Angebote für spezielle Zielgruppen (Ältere, Männer,..). (Qualitative Studie)
7. Angebote in den Bundesländern bzw. auch in ländlichen Gegenden. Das Angebot in Österreich variiert deutlich nach Bundesländern bzw. nach Stadt/Land. In Wien und in der Steiermark (bzw. Graz) wurden, dem Anteil an Personen mit Migrationshintergrund entsprechend, von den ExpertInnen die meisten bereits bestehenden Angebote genannt. In den übrigen Bundesländern besteht dagegen besonderer Aufholbedarf. (Qualitative Studie)
8. Niederschwellige und aufsuchende Angebote. (Qualitative Studie)
9. Kostenlose Angebote. (Qualitative Studie)
10. Informationsvermittlung und PatientInnen-Edukation in verschiedenen Bereichen (Qualitative Studie)

Abkürzungsverzeichnis

AHRQ	...	Agency for Healthcare Research and Quality
AHS	...	Allgemeinbildende höhere Schulen
BHS	...	Berufsbildende höhere Schulen
bzw.	...	Beziehungsweise
CATI	...	Computer Assisted Telephone Interviewing
CAHPS	...	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (Konsumentenbewertung der Gesundheitsdienstleister und Systeme)
dt.	...	Deutsch
ebd.	...	ebenda
etc.	...	et cetera (und so weiter)
HLS-EU	...	Die europäische Gesundheitskompetenzstudie
HLS-Ö	...	Die HLS-Österreich Studie
EHDM	...	European Health Determinants Module (Europäischen Determinanten der Gesundheit Modul)
EU-SILC	...	European Union Statistics on Income and Living Conditions
Fin. Schw.	...	Finanzielle Schwierigkeiten
FG	...	Fokusgruppen
FGÖ	...	Fonds Gesundes Österreich
GfK	...	Gesellschaft für Konsumforschung
GK	...	Gesundheitskompetenz
GKM	...	Gesundheitskompetenz und Migrations-Studie
GKM-Q12	...	migrationsspezifisches Gesundheitskompetenzinstrument
HVB	...	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungensträger
HALS	...	Health Activity Literacy Scale
HBSC	...	Health Behaviour in School-aged Children Study (Studie zum Gesundheitsverhalten von SchülerInnen)
HLS-EU-	...	
Q16	...	Kurzskala zur Messung der allgemeinen Gesundheitskompetenz
HS	...	Hochschule
Kap.	...	Kapitel
r	...	Korrelationskoeffizient
Korr.	...	Korrigiert
KB	...	Krankheitsbewältigung
LOC	...	Locus of Control (Kontrollüberzeugung)
LBIHPR	...	Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research
MSD	...	Merck Sharp & Dohme Ges. m. b. H.
NAAL	...	National Assessment of Adult Literacy
NVS	...	Newest Vital Sign
OÖ	...	Oberösterreich
Ö	...	Österreich (bezogen auf erweiterte Österreichbefragung)
AT	...	Österreich (bezogen auf ursprüngliche HLS-EU-Studie)
BKS	...	Personen mit Migrationshintergrund aus Ex-Jugoslawien (1. und 2. Generation) (Definition nach Statistik Austria, 2014)
TR	...	Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei (1. und 2. Generation) (Definition nach Statistik Austria, 2014)

PS	...	Pflichtschule
PISA	...	Programme for International Student Assessment (Programm zur internationalen Schülerbewertung)
RKI	...	Robert Koch Institut
RSS	...	Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg Selbstwertkala)
SOC	...	Sense of coherence (Kohärenzgefühl)
sig.	...	Signifikant
Soz. Stat.	...	Sozialer Status
Std.	...	Standard
SD	...	Standardabweichung
Stmk	...	Steiermark
KIGGS	...	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
TOFHLA	...	Test of Functional Health Literacy in Adults (Test der funktionalen Gesundheitskompetenz für Erwachsene)
ATIB	...	Türkisch-islamische Union
u.ä.	...	und ähnliches
et al.	...	und andere
usw.	...	und so weiter
Vgl.	...	Vergleich
Vbg	...	Vorarlberg
W	...	Wien
WHO	...	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
zit.	...	zitiert
zb.	...	zum Beispiel
z.T.	...	zum Teil

Bibliographie

- Abel, T., Bruhin, E. (2003): Health Literacy/Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In : Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung : Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, 4. Erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a.d.Selt : Fachverlag Peter Sabo.
- Abraido-Lanza, A.F., Chao, M.T., Florez, K.R. (2005) : Do health behaviors decline with greater acculturation ? Implications for the Lationa mortality paradox. *Soc Sci Med*, 61 :1243-1255
- Abraido-Lanza, A.F., Dohrenwend, B.P., Ng-Mak, D.S., Turner, J.B. (1999): The Latino mortality paradox: a test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses, in: *American Journal of Public Health*, 89, 1543-1548.
- Adam, Y., Krause, K. (2010): Einleitung. Migration und Medizin in transnationalen Verflechtungen, in: Dilger, Hansjörg; Hadolt (Hg.): *Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*, Frankfurt am Main.
- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs AMA (1999): Health literacy: report of the council on scientific affairs. *J Am Med Assoc.*, 281(6):552-557.
- American Association for Public Opinion Research (AAPOR) (2011) Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 7th edition. AAPOR.
- Andrulis, D.P. (2003): Reducing Racial and Ethnic Disparities in Disease Management to Improve Health Outcomes, *Disease Management and Health Outcomes*. 11(12):789-800.
- Andrus, M.R., Roth, M.T. (2002): Health Literacy: A Review. *Pharmacotherapy*, 22(3)
- Anson, J. (2002): Immigrant Mortality in Belgium: The Person and the Place, in: *Archiv Public Health*, 60, 1 21.
- Anzenberger, J., Bodenwinkler, A., Breyer, E. (2015): Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich. Im Auftrag der Arbeiterkammer Wien und des Bundesministeriums für Geusndheit. Wien: *Gesundheit Österreich GmbH*.
- Aparicio, M.L., Döring, A., Mielck, A., Holle, R., und die KORA Studiengruppe (2005): Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten – Eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000. *Soz Präventivmed*; 50 (2): 107-18.
- Atkin, N. (2008): Getting the message across – professional interpreters in general practice. *Australian Family Physician*, 37(3): 174–6.
- Australian Bureau of Statistics. (2008): Health literacy, Australia. Catalogue No. 4233.0. Canberra: Australian Bureau of Statistics.
- Aydinkoc, K., Schindler, K., Kautzky-Willer, A., Ludvik, B., Fasching, P. (2012): Migration und Diabetes. In: *Wiener klinische Wochenschrift* 124 (S2): 97-99.
- Bagchi, A.D.; Ursin, R.; Leonard, A. (2012): Assessing Cultural Perspectives on Healthcare Quality. In: *J Immigrant Minority Health* 14:175-182.
- Baillargeon, J. (2001): Characteristics of the healthy worker effect. *Occup Med* 16(2), 359-66.
- Baker, D.W. (2006): The Meaning and the Measure of Health Literacy. *JGIM*, 21 878-883.
- Baker D.W., Gazmararian J.A., Williams M.V., Scott T., Parker R.M., Green D., Ren J., Peel J. (2002): Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health*, 92(8):1278-1283.
- Baker D.W., Wolf, M.S., Feinglass, J., Thompson, J.A., Gazmararian, J.A., Huang, J. (2007): Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. *Arch Intern Med*. 2007;167(14):1503-1509.
- Baldaszi, E., Wimmer-Puchinger, B., Lösckke, K., Venus, M. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (Hrsg.) (2002): Entwicklung von Strategien zur zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Frauen, Migrantinnen und schwangeren Frauen. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung.
- Bauer, U. (2005): Das Präventionsdilemma: Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

- Bauer, W.T. (2008): Zuwanderung nach Österreich. Österreichische Gesellschaft für Politikberatung.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2011): Gesundheit und Migration. Bayrischer Bericht. Gesundheitsberichterstattung Bayern.
- Becker, M.H. (Hrsg.) (1974): The health belief model and personal health behaviour. Thorofare, NJ: Slack.
- Becker, S. A. , Wunderer, E.; Schultz-Gambard, J. (2001):Muslimische Patienten: Ein eifaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis, Zuckerschwerdt Verlag, München.
- Bennet, I.M., Chen, J., Soroui, J.S., White, S. (2009): The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Ann Fam Med*; 7(3): 204-11.
- Berkmann, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., Crotty, K. (2011): Low health literacy ad health outcomes: an updated systematic review. *Ann. Intern. Med.*, (4):18.
- Berg, G. (1998) „Subjektive Krankheitskonzepte - eine kommunikative Voraussetzung für die Arzt-Patienten-Information“, in: David, Matthias/Borde, Theda/Kentenich, Heribert (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zustandsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 81-94 .
- Bischoff, A. (2003): Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions. *Swiss Forum for Migration and Population Studies* 43. Basel.
- Blohm, M.; Diehl, C. (2001): Wenn Migranten Migranten befragen. Zum Teilnahmeverhalten von Einwanderern bei Bevölkerungsbefragungen. *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 30/3, S.223-242.
- BMASK (2011): Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich. Ergebnisse aus EU-SILC. Studie der Statistik Austria im Auftrag des BMASK.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2015): Empfehlungen zur Einrichtung der „Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz“ (OPGK).
- Bowen, S. (2001): Language Barriers in Access to Health Care. Health Canada, Ottawa.
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L.M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, AJ., Schillinger, D. (2012): Attributes of Health Literate Organization, Discussion Paper, Institute of Medicine of the national academies. http://www.iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2012/Discussion-Papers/BPH_HLit_Attributes.pdf
- Borde, T. (2002): Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrung und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Dissertation. Technische Universität Berlin, Fakultät VIII Wirtschaft und Management, Berlin.
- Borde, T., Braun,T., David, M. (2003): Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanz durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen. Schlussbericht für das BMBF. Berlin.
- Brosius, F. (1998): SPSS 8, Kapitel 21: Korrelationen, S.503.
- Brucks, Ursula; Wahl, Wulf-Bodo (2003): Über-, unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücke und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten, in: Brode, Thea; David, Matthias (Hg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Frankfurt am Main.
- Bundesinstitut für Bildungsforschung (o.J.): PISA 2009: Erste Ergebnisse. <https://www.bifie.at/buch/1249/5/2>. Letzter Zugriff: 19.12.2013.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2010): Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz, 2010. <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00572/index.html?lang=de>
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (2006): 42. Vereinbarung zur Sicherstellung der PatientInnenrechte. http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2006_I_42/BGBLA_2006_I_42.pdf
- Bundeskanzleramt Österreich (2013): Migration und Integration in Österreich.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2014): Rahmen-Gesundheitsziel 3. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Bericht der Arbeitsgruppe. http://www.gesundheitsziele-oessterreich.at/wp-content/uploads/2014/10/RGZ3_Bericht_201404143.pdf

- Burkert, N., Rásky, É., Freidl, W., (2012): Social inequalities regarding health and health behaviour in Austrian Adults. *Wiener klinische Wochenschrift*, Vol 123(7-8), S 256-261.
- Canadian Council on Learning (CCL), (2008): Health Literacy in Canada. A Healthy Understanding. <http://www.ccl-cca.ca/pdfs/HealthLiteracy/HealthLiteracyReportFeb2008E.pdf>
- Cho Y.I., Lee S.Y.D., Arozullah A.M., Crittenden K.S. (2008): Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med*, 66:1809-16
- Choi, S.E., Rush, E., Henry, S. (2012): Health Literacy in Korean Immigrants at Risk for Type 2 Diabetes. *Journal of Immigrant and Minority Health* 15(3): 553-559.
- Cohen, A.; Rivara, F., Marcuse, E.K.; McPhillips, H.; Davis, R. (2005): Are Language Barriers Associated with Serious Medical Events in Hospitalized Pediatric Patients? *Pediatrics*, 116(3): 575-579
- Coleman, D.A., (1982): *Demography of Immigrants and Minority Groups in the United Kingdom*. London: Academic Press.
- Cortina, J.M. (1993): What is coefficient alpha? An examination of theory and applications, *Journal of Applied Psychology*, 78(1).
- Couper, M.P.; De Leeuw, E.D. (2003): Nonresponse in cross-cultural and cross-national surveys. In: Harkness, J.; van de Vijver, F.J.R. & Mohler, P.P. *Cross cultural survey methods*. Hoboken NJ: Wiley.
- Courbag, Y., Klat, M. (1996): Mortality and causes of death of Maroccans in France, 1979-91, in: *Population: an English selection*, 8, 59-94.
- David, M., Borde, T., Kentennich, H., (Hrsg.) (2000): *Migration – Frauen- Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext*. Frankfurt am Main. Marbuse.
- David R.A., Rhee M. (1998): The impact of language as a barrier to effective health care in an underserved urban Hispanic community. *Mount Sinai Journal of Medicine*.
- Davidovitch, N., Filc, D., Novack, L., Balicer, R.D. (2012): Immigrating to a universal health care system: Utilization of hospital services by immigrants in Israel. *Health & Place* Mar. 20: 13-8.
- Davies, A.A.; Basten, A.; Frattini, C. (2006): *Migrations: A Social Determinant of the Health of Migrants*. Backgroundpaper. International Organization for Migration (IOM). Geneva, Switzerland.
- DeAnna, K., Messias, H., (2002): Transnational Health Resources, Practices, and Perspectives: Brazilian Immigrant Women's Narratives. *Journal of Immigrant Health*, 4(4): 183- 200.
- de Freitas, C. (2005) "'Health has no Borders': Cape Verdean Immigrants in the Netherlands and the Transnational Quest for Health Care Across Europe", *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 1 ()1: 19 – 36.
- De Palma E., Cialesi R., 2003: *Comparative Analysis of Minimum European Health Module and Questions Used in Europe*. Rome: ISTAT Available from: <http://www.handicapincifre.it/europa/Mehm.pdf>
- DeWalt, D.A., Berkman, N.D., Sheridan, S., Lohr, K.N., Pignone, M.P. (2004): Literacy and Health Outcomes. A Systematic Review of the Literature. *J Gen Intern Med* 2004;19: 1228–1239.
- Dietzel-Papakyriakou, M. (1987): *Krankheit und Rückkehr. Frühindividualität ausländischer Arbeitnehmer am Beispiel griechischer Rückkehrer*. Berlin: Edition sigma.
- Dietzel-Papakyriakou, M. (2005): Potentiale älterer Migranten und Migrantinnen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(6): 396-406.
- Dietzel-Papakyriakou, M., Obermann, E. (1996): Soziale Netzwerke älterer Migranten. Zur Relevanz familiärer und innerethischer Unterstützung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29(1): 34-41.
- Derpse, K.P., Bahney, B.W., Lurie, N. (2009): Immigrants and Health Care Access, Quality, and Cost. *Medical Care Research and Review*. 66(4): 355-408
- Dohan, D., Levintova, M. (2007): Barriers Beyond Words: Cancer, Culture, and Translation in a community of Russian Speakers. *J Gen Intern Med*; 22(Suppl2):3000-3005.

- Easton, P., Entwistle, V.A., Williams, B. (2010): Health in the 'hidden population' of people with low literacy. A systematic review of the literature. BMC Public Health 10:459.
- Eckert, J., Rommel, A., Weilandt, C. (2006): Gesundheitliche Lage und Gesundheitsverhalten in der Migration. Ergebnisse des Gesundheitsmonitorings der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM) 2004.
- ECRI (European Commission against Racism and Intolerance) (2010): ECRI Report on Austria (fourth monitoring cycle).
- Eeuwijk, P., Obrist, B. (2006): Gesundsein und Kranksein als kultureller Prozess, siehe: <http://www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/bulletin200602/kap1/02obristeeuwijk.html>
- Ete, E. (1995): Ethnomedizinische Aspekte der Interaktion mit türkischen PatientInnen, in: Koch, Eckhardt; Özekm, Metin; Peiffer, Wolfgang (Hg.): Psychologie und Pathologie der Migration. Deutsch türkische Perspektiven, Freiburg in Breisgau, S. 209-216.
- Europäische Kommission (2007): Weißbuch der Kommission vom 23. Oktober 2007 „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013. http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2007/com2007_0630de01.pdf
- Europäisches Parlament (2013): Themenpapier: Vom Aussterben bedrohte Sprachen und Sprachenvielfalt in der Europäischen Union. Generaldirektion für interne Politikbereiche. Europäische Union, Brüssel 2013. http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2013/495851/IPOL-CULT_NT%282013%29495851_DE.pdf
- Europäische Union (2000): Charta der Grundrechte der Europäischen Union. Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften. Artikel 35. http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_de.pdf
- Eurostat, 2011: Healthy life years statistics. Available from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthy_life_years_statistics
- Faltermaier, T. (2001): Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive, in: Marschalck, P & Wiedl, KH (Hg.), Migration und Krankheit, Universitätsverlag Rasch, Osnabrück, 93-112.
- Fiori, K.L., Brown, E.E., Cortina, K.S., Antonucci, T. (2006): Locus of control as a mediator of the relationship between life satisfaction: Age, race, and gender differences. Mental Health, Religion and Culture, 9: 239-263.
- Flick, U. (2002): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung, Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flores, G. (2006): Language barriers to health care in the United States. 20;355(3):229-31.
- Font, J., Méndez, M. (2013): Introduction: The methodological challenges of surveying populations of immigrant origin. In: Font, J., & Méndez (Eds.), M., Surveying Ethnic Minorities and Immigrant Populations (pp. 11-41). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- FRA-European Union Agency for Fundamental Rights (2013): Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fransen, M., Leenaars, K.E.F., Rowlands, G., Weiss, B.D., Maat, H.P., Essink-Bot, M.L. (2014): International application of health literacy measures: Adaptation and validation of the newest vital sign in The Netherlands in: Patient Education and Counseling, 97(3):403-9
- Fransen, M., Harris, V.C., Essink-Bat M.L. (2013): Low health literacy in ethnic minority patients: understandable language is the beginning of good healthcare. Ned. Tjdschr Geneesky 157(12): A5581 (Artikel auf Niederländisch)
- Franz, M., Lujic, C., Koch, e., Wüsten, B., Yürkük, N., Gallhoffer (2007): Subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten mit psychischen Störungen – Besonderheiten im Vergleich zu deutschen Patienten. Psychiatrische Praxis, 34: 332 – 338.
- Frisch, A.L., Camerini, L., Diviani, N., Schulz, P.J. (2012): Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains? Health Promotion International, 27 (1), 117-126.
- Fousek, S., Domittner, B., Nowak, P. (2012): Health Literacy – Grundlagen und Vorschläge für die Umsetzung des Rahmen-Gesundheitszieles „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH (Hg.) Wien.

- Gabler, S. & Häder, S. (Hrsg.): Telefonstichproben. Methodische Innovationen und Anwendungen in Deutschland. Münster: Waxmann Verlag.
- Gany, F., Kapelusznik, L., Prakash, K., Gonzalez, J., Orta, L., Tseng, C.H., Changrani, J. (2007): The Impact of Medical Interpretation Method on Time and Errors. *J Gen Intern Med.* 22(Suppl2): 319-323
- Garson, D.G. (2012): Testing Statistical Assumptions. Statistical Associates Publishing. <http://www.statisticalassociates.com/assumptions.pdf>
- Ghaeni, Z. (1999): Krank in der Ferne – Perspektiven zur interkulturellen Entwicklung von deutschen Kliniken. VAS-Verlag.
- Geboers, B., de Winter, A.F., Luten, K.A., Jansen, C.J.M., Reijneveld, S.A. (2015): The Association of Health Literacy with Physical Activity and Nutritional Behavior in Older Adults, and Its Social Cognitive Mediators. *Journal of Health Communication* 19: 61-76.
- Geltman, P.L., Hunter Adams, J., Penrose, K.L., Cochran, J., Rybin, D., Doros, G., Henshaw, M., Paasche-Orlow, M. (2014): Health literacy, acculturation, and the use of preventive oral health care by Somali refugees living in Massachusetts. 16(4): 622-30
- Gilbert, P.A., Khokhar, S. (2008): Changing dietary habits of ethnic groups in Europe and implications for health. *Nutr. Rev.*; 66(4): 203-15.
- Gillis, D.E., Gray, N.J., Murphy, E. (2012): Multiple domains of health literacy as reflected in breastfeeding promotion practice: A Canadian case study. In: *Journal of Health Psychology* 18(8): 1023.1035
- Grilz-Wolf, M. (2003): Ältere Migrantinnen und Migranten in Österreich. In: *Stimme von und für Minderheiten*, Nr. 46.
- Grotz, M., Hapke, U., Lampert, T., Baumeister, H. (2011): Health locus of control and health behavior: results from a nationally representative survey. *Psychol Health Med*; 16(2):129-40.
- Grüber C. (2005). Asthma und Allergie bei türkischstämmigen Kindern in Berlin. In: Borde T., David M., (Hrsg.). *Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit.* Frankfurt am Main: Mabuse: 161–167.
- Guggisberg, J., Gardiol, L., Graf, I., Oesch, T., Künzi, K., Volken, T., Rüesch, P., Abel, T., Ackermann, S., Müller, C. (2011): Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht. August 2011. Letzter Zugriff: 16.12.2014: http://www.buerobass.ch/pdf/2011/SCHLUSSBERICHT_GMMII_20110916.pdf
- Gushulak, B., Pace, P., Weekers J. (2010): Migration and Health of Migrants in : Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe
- Hardie, N.A., Kyanko, K., Busch, S., LoSasso, A.T., Levin, R.A. (2011): Health Literacy and Health Care Spending and Utilization in a Consumer-Driven Health Plan. *Journal of Health Communication: International Perspectives* 16, Supplement 3: 308-321.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2010). Masterplan Gesundheit: Einladung zum Dialog. Strategische Handlungsoptionen zur Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens aus Sicht der Sozialversicherung. Wien, November 2010. http://www.hauptverband.at/mediaDB/730577_Masterplan%20Gesundheit_Langfassung.pdf
- Herzog-Punzenberger, B. (Hrsg.) (2006): Bildungsbe/nach/teiligung in Österreich und im internationalen Vergleich. KMI Working Paper Series, Working Paper Nr. 10, Kommission für Migrations- und Integrationsforschung. Wien.
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. (Second Extended and Revised Version, Date July 22th, 2014), Online Publication. http://lbi-hpr.lbg.ac.at.w8.netz-werk.com/sites/files/lbi-hpr/attachments/neu_rev_hls-eu_report_2014_07_22_lit_0.pdf
- Hofmann, F., Felder-Puig, R. (2012): Das Ernährungsverhalten österreichischer Schülerinnen und Schüler: Ergebnisse 2010 und Trends. HBSC-Factsheet Nr. 03 / 2012. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; LBIHPR.
- Holmboe-Ottesen, G., Wandel, M. (2012): Changes in dietary habits after migration and consequences for health: a focus on South Asians in Europe. *Food & Nutrition Research* 56: 10.3402/fnr.v56i0.18891.

- Hudson, K., Kohn-Wood, L.P., Spencer, M. (2006): An Examination of the African American Experience of Everyday Discrimination and Symptoms of Psychological Distress. *Community Mental Health Journal*, Vol. 42 (6): 555-570.
- Humpert, A. und Schneiderheinze, K., (2000): Stichprobenziehung für telefonische Zuwandererumfragen. *Einsatzmöglichkeiten der Namensforschung*. ZUMA-Nachrichten 24 (47): 36-64
- Hunt, L. M. (2005): Health Research: What's culture got to do with it?, in_ *Lancet*, 366: 616-618.
- Idler, E.L. & Benyamini; Y. (1997): Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies, *J Health Soc Behav*, Vol. 38, No. 1: 21-37.
- Ingleby, D. (2012): Acquiring health literacy as a moral task. *Int J Migration Health Soc Care*, 8(1): 22-31.
- Ingleby, D., Chimienti, M., Hatziprokopiou, P., Ormond, M., de Freitas, C. (2005): The Role of Health in Integration. In: Fonseca, M.L., Malheiros, J. (Hrsg.), *Social integration and mobility: education, housing and health*. IMISCOE Cluster B5 State of the art report (S. 88-119). Lisbon.
- Ingleby, D. (2012): Ethnicity, Migration and the 'Social Determinants of Health' Agenda. *Psychosocial Intervention*, 21 (3): 331-341.
- Institute of Medicine (IOM) (2004): *Health literacy: a prescription to end confusion* Washington DC: The National Academies; 2004
- Institute of Medicine (IOM); Smedley BE, Stith AY, Nelson AR, (Hrsg.) (2003): *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, DC: National Academies Press; 2003.
- IOM (International Organization for Migration) (2010): *World Migration Report 2010*. Geneva: International Organization for Migration.
- Jacobs, E.A., Shepard, D.S., Suaya, J.A. and Stone, E.L. (2004). Overcoming language barriers in health care: costs and benefits of interpreter services. *Am J Public Health*, 94(5): 866-9. Janzen, John M. (1978): *The Quest for Therapy in Lower Zaire*, Berkley 1978.
- Jasso, G., Massey, D.S., Rosenzweig, M.R., Smith, J.P. (2004): *Immigrant Health – Selectivity and Acculturation*. In: *Labor and Demography 0412002*. Economics Working Paper Archive.
- Jeppesen, K.M., Coyle, J.D., Miser, W.F. (2009): Screening Questions to predict limited health literacy: A Cross-sectional study of Patients with Diabetes Mellitus. *Annals of Family Medicine*, 7(1):24-31
- Jiang, Y. & Hesser, J.E. (2009): Using item response theory to analyze the relationship between health-related quality of life and health risk factors, *Prev Chronic Dis*, Vol. 6, No. 1, p. A30.
- Jordan, S., Hoebbel, J. (2015): *Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheits in Deutschland aktuell“ (GEDA)*. Bundesgesundheitsbl. DOI10.1007/s00103-015-2200-z.
- Jordan J.E., Osborne, R.H.; Buchbinder, R. (2011): Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011 Apr; 64(4):366-79.
- Joshi, S., Jatrana, S., Paradies, Y., Priest, N. (2013): Differences in health behaviors between immigrant and non-immigrants groups: a protocol for a systematic review. *Systematic Review* 2014, 3:61.
- Karl-Trummer, U., Novak-Zezula, S., Sardadvar, S. (2012): *Gesundheit im urbanen Raum. Die Bedeutung von sozioökonomischer Position und Migrationsstatus als Einflussfaktor auf die Gesundheit der Wiener Bevölkerung*. Factsheet.
- Karl-Trummer, U., Novak-Zezula, S., Metzler, B. (2010): Access to health care for undocumented migrants in the EU: a first landscape of NowHereland. *Eurohealth*, 16(1).
- Karl-Trummer, U., Novak-Zezula, S. (2009): *Ethno-kulturelle Diversität im Krankenhaus Managen. Das „Migrant-Friendly Hospital“ – Projekt*. In: Rásky, E. (Hg.): *Gesundheit hat Bleiberecht, Migration und Gesundheit*. Wien. Facultas Verlag.
- Karliner, L.S., Jacobs, E.A., Hm Chen, A., Mutha, S. (2007): Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature. *Health Services Research*: 42:2.
- Kickbusch, I. (2006): *Die Gesundheitsgesellschaft*. Verlag für Gesundheitsförderung, Hamburg.

- Kickbusch I, Maag D (2008): Health Literacy. In: International Encyclopedia of Public Health. Volume 3. Edited by: Kris H, Stella Q. Academic Press; 204-211.
- Kickbusch, I., Pelikan J.M; Apfel, F; Tsouros, A.D. (Ed.) (2013): Health literacy: the solid facts. World Health Organization (WHO). <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2013/health-literacy.-the-solid-facts>
- Kickbusch, I.; Pelikan J.M; Apfel, F; Tsouros, A.D. (Ed.) (2015): Gesundheitskompetenz. Die Fakten. World Health Organization (WHO). <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2013/health-literacy.-the-solid-facts>
- Kirchengast, S., Schober, E. (2006): Obesity among female adolescents in Vienna, Austria – the impact of childhood weight status and ethnicity. *BJOG* 2006;113;1188-1194.
- Kirchengast, S., Schober, E. (2008): Obesity among male adolescent migrants in Vienna, Austria. *Economics & Human Biology*. Volume 6, Issue 2. Pages 2004-211.
- Kizilhan, JI; Haag, G. (2011): Die Rolle der therapeutischen Beziehung bei der Behandlung türkischer SchmerzPatientInnen. *Praxis Klinische Verhaltenmedizin und Rehabilitation*, 88, 14-18.
- Kleinman, A., (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Kleiser, C., Mensink, G., Kurth, B.M., Neuhauser, H., Schenk, S. (2007): Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund – KiGGS-MigrantInnenauswertung - Endbericht. Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz. <http://e-doc.rki.de/oa/articles/re3iVctvueQJ/PDF/22bXuINRyKA6.pdf>
- Klimont, Jeanette; Ihle, Petra; Baldazsti, Erika; Kytir, Josef (2008): Sozio-demographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und Statistik Austria, Wien.
- Knipper, Michael; Bilgin, Yasar (2009): *Migration und Gesundheit*. Studie im Auftrag der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V., Sankt Augustin – Berlin.
- Koçtürk, T. (1996): Structure and change in food habits. *Scand J Nutr* 40, Suppl. 31: S. 108-S110
- Kofahl, C., (2012): Gesundheitskompetenz von türkischstämmigen Diabetikern in Abhängigkeit von Krankheitsverlauf, Versorgungskonzept, sozioökonomischem Status und Integration. Abschlussbericht (http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/bmbf_01gx0749_kofahl_schlussbericht.pdf)
- Kofahl C, von dem Knesebeck O, Hollmann J, Mnich E. (2013): Diabetesspezifische Gesundheitskompetenz: Was wissen türkischstämmige Menschen mit Diabetes mellitus 2 über ihre Erkrankung? *Das Gesundheitswesen* DOI: 10.1055/s-0033-1334936
- Kohls, Martin (2008): Healthy-Migrant-Effect, Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von MigrantInnen. Eine Bestandsaufnahme. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Kohls, Martin (2012): Leben ältere MigrantInnen länger? Eine Analyse von Sterberisiken älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: Baykara-Krumme, Helen/Motel-Klingebiel, Andreas/Schimany, Peter: *Viele Welten des Alterns – Ältere MigrantInnen im alternden Deutschland*.
- Kolpatzik, K. (2014): Lücken beim Gesundheitswissen. *Gesundheit und Gesellschaft*, 17(7): 27-30. (http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheit/gesundheitskompetenz/gg7_14_healthliteracy.pdf)
- Komaric, N.; Bedford, S.; van Driel, M.L. (2012): Two sides of the coin: patient and provider perceptions of health care delivery to patients from culturally and linguistically diverse backgrounds. *BMC Health Services Research*, 12:332
- Koos, E.L. (1954): *The Health of Regionville*. New York.
- Kovaleva, A., C. Beierlein, C. J. Kemper und B. Rammstedt, (2012): Eine Kurzskala zur Messung von Kontrollüberzeugung: Die Skala Internale-Externale-Kontrollüberzeugung-4 (IE-4). *GESIS-Working Papers* 2012|19. Köln: GESIS. http://www.gesis.org/fileadmin/kurzskalen/working_papers/IE4_Workingpaper.pdf
- Kreps, GL; Sparks, L. (2008): Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient Educ Couns* 71(3):328-32.

- Kimbrough, J.B.; (2007): Health Literacy as a Contributor to Immigrant Health Disparities. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, Vol 1(2): 93-106
- Krueger, Dean E., Moriyama, Iwao M. (1967): Mortality of the foreign-born, in: *American of Public Health*, 57(3), 493-503.
- Kuss, B. (2009): „Healthy Inclusion“: Entwicklung von Empfehlungen für einen verbesserten Zugang von MigrantInnen zu Gesundheitsangeboten – Zur Ausgangslage des von der Europäischen Union und vom Fonds Gesundes Österreich geförderten Projektes mit der Laufzeit vom 15. Juli 2008 bis 14. Juli 2010, in: Rásky, É (Hg.) (2009), *Gesundheit hat Bleiberecht – Migration und Gesundheit*, facultas.wuv Universitätsverlag, Wien, 135-151.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., Paulsen, C. (2006): The Health Literacy of America's Adults. Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. National Center for Education Statistics.
- Lance, C.E.; Butts, M.M.; Michels, L.C. (2006): The Source of Four Commonly Reported Cutoff Criteria. What Did They Really Say? *Organizational Research Methods*, Vol 9(2): 202-220
- Landrine, H.; Klonoff, E. (2004): Culture change and ethnic-minority health behavior: an operant theory of acculturation. *J Behav Med*, 27: 527-55.
- Leanza, Y., Boivin, I. and Rosenberg, E. (2010): Interruptions and resistance: a comparison of medical consultations with family and trained interpreters. *Social Science & Medicine*, 70(12): 1888–95.
- Lebrun, L.A., Dubay, L.C., (2010): Access to primary and preventive care among foreign born adults in Canada and the United States. *Health Services Research* 45, 1693–1719.
- Lechner, I. & Mielck, A. (1998): Decrease in the health migrant effect: trends in the morbidity of foreign and German participants in the 1984-1992 socioeconomic panel. *Gesundheitswesen* 60 (12): 715-720.
- Leung, A.Y.M., Bo, A., Hsiao, H.Y., Wand S.S., Chi, I. (2014): Health literacy issues in the care of Chinese American immigrants with diabetes: a qualitative study. In *BMJ Open*;4:e005294.
- Levenson, H. (1972): Distinctions within the concept of internal-external control: Development of a new scale. *Proceedings of the 80th Annual Convention of the APA*, 80, 261–262.
- Leyva, M., Sharif, I., Ozuah, O. (2005): Health literacy among Spanish-speaking Latino parents with limited English proficiency. *Ambulatory Pediatrics*, 5(1):56-59.
- Linacre, J.M., & Wright, B.D. (1994): Dichotomous Infit and Outfit Mean-Square Fit Statistics / Chi-Square Fit Statistics. *Rasch Measurement Transactions* 8(2),350.
- Linacre, J.M. (2002): What do Infit and Outfit, Mean-square and Standardized mean? *Rasch Measurement Transactions* 16(2), 878.
- Liebold, R.; Trinczek, R. (2009): „Experteninterview“. In: *Handbuch Methoden der Organisationsforschung*. S. 32-56.
- Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung und Internationale Organisation für Migration, (2003): *National Report Austria. Soziale Exklusion und Gesundheit von MigrantInnen in Österreich*, Mai 2003.
- MacFarlane, A., O'Donnell, C., Mair, F., et al. (2012): Research into implementation Strategies to support patients of different ORigins and language background in a variety of European primary care settings (RESTORE): study protocol. *Implement Sci* 2012; 7: 111. PubMed.
- Mackenbach J.P., Bos, V., Garssen J., Kunst A.E (2005): Mortality among non-western migrants in The Netherlands. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 149(17): 917-23.
- Mackenbach, J.P., Karanikolos, M., McKee, M. (2013): The unequal health of Europeans: successes and failures of policies. *The Lancet*, 381 (9872), 1125-1134.
- Mackovic-Stegemann, Anna (2005): *Zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung von MigrantInnen – Optimierung über transkulturelle Teamarbeit*. Dissertation.
- Maehler, D.; Schmidt-Denter, U.; Skuballa, I.; Cetin, E.; Pöhls, K.; Stuppy, A.; Bergmann, J.; Kacharava, T.; Gogodze, N.; Universität Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät, Department Psychologie (Hg.) (2008): *Identität und Akkulturation bei eingebürgerten Migranten und Migrantinnen*. Köln (Forschungsbericht zum Projekt "Identität und Akkulturation von Migranten" 1). URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-27728>

- Maehler, D.; Schmidt-Denter, U. (2013): Migrationsforschung in Deutschland. Leitfaden und Messinstrumente zur Erfassung psychologischer Konstrukte. Springer Verlag, Wiesbaden
- Mair, P., Hatzinger, R., & Maier, M.J. (2014). eRm: Extended Rasch Modeling. R package version 0.15-4. <http://erm.r-forge.r-project.org/>
- Malmusi, D., Borrell, C., Benach, J. (2010): Migration-Related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place of origin in: *Social Science & Medicine* 71:1610-1619.
- Marmot, M.; Wilkinson, R.G. (Hg.) (2006): *Social Determinants of Health*. 2. Auflage. Oxford: Oxford University Press.
- Marmot, Michael G., Adelstein, Abraham M., Bulusu, Lak (1984): *Immigrant mortality in England and Wales 1970-1978, OPCS Studies of Medical and Population Subjects No.47*, London: HMSO.
- Mayer, Julia (2011): Migration und Gesundheit: Mögliche Wege aus dem Präventionsdilemma. *ÖIF-Dossier* 17.
- Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, Uwe; Von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hrsg.) (2008): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. S.468-475.
- Medien-Servicestelle Neue Österreicher/innen (2011). Ältere MigrantInnen: Mehrheit bleibt in Österreich. http://medienservicestelle.at/migration_bewegt/2011/12/13/altere-migrantinnen-als-vergessene-gruppe/
- Messer, M.; Vogt, D., Quenzel, G., Schaeffer, D. (2015): Health Literacy bei Menschen mit Migrationshintergrund. *Public Health Forum*; 23(5):121-123.
- Mielck A., (2008): Zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Versorgung. In: Tiesmeyer, K.; Brause, M.; Lierse, M., Lukas-Nülle, M.; Hehlmann, T. (Hg.): *Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung*. Bern: Huber, 21-38.
- Mielck, A., Janßen, C. (2008): Ein Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit. *Public Health Forum* (16) 2, 4.e1-4.e3.
- Mielck, A. (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*, Verlag Hand Huber.
- Minitz, L.J. (2012): Shame in: *Encyclopedia of Immigrant Health*, 1348-1350.
- Mladen, S. (2009): "Gefühle sitzen ganz tief in mir" Die Arbeit mit Migrant/inn/en aus Sicht einer Psychologin und Migrantin in: *Gesundheit hat Bleiberecht: Migration und Gesundheit*. Rasky, E. (Hrsg.) *Facultas wuv universitätsverlag*,
- Mladovsky, P. (2007): *Migration and health in the EU*. European Commission, Brussels, Belgium.
- Mora, P.A., Di'Bonaventura, M.D., Idler, E., Leventhal, E. and Leventhal, H. (2008): Psychological Factors Influencing Self-Assessments of Health: Toward an Understanding of the Mechanisms Underlying How People Rate Their Own Health", *Annals of Behavioral Medicine* 36: 292-303.
- Morales LS, Cunningham WE, Brown JA, Liu H, Hays RD. (1999): Are Latinos less satisfied with communication by health care providers? *Journal of General Internal Medicine*.
- Muela Ribera, J, Hausmann-Muela, S., Peeters Grietens, K. and Toomer, E. (2008). Is the use of interpreters in medical consultation justified? A critical review of literature. *Partners for Applied Social Sciences (PASS) International*. http://pass-international.org/site/images/stories/publications/Cost_Effectiveness_Interpreter_in_the_Medical_Sector.pdf
- Müller, M.J. (2007): *Ernährungsmedizinische Praxis. Methoden-Prävention – Behandlung*. Springer Verlag.
- Nazroo JY, Karlsen S. (2001): Ethnic inequalities in health: Social class, racism, and identity: ESRC research findings 10 from the health variation programme. Lancaster: Lancaster University.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A.M., Kindig, D.A. (2004): *Health Literacy: A prescription to end confusion*. Washington D.C.: Institute of Medicine: National Academic Press.
- Nesdale, D.; Mak, A.S. (2003): Ethnic identification, self-esteem and immigrant psychological health. *International Journal of Intercultural Relations*, Vol 27(1): 23-40.
- Ng, E.; Omariba, D. (2010): *Health Literacy and immigrants in Canada: Determinants and effects on health outcomes*. Health Analysis Division, Statistics Canada.

- Ng, E.; Omariba, D. (2014): Immigration, generational status and health literacy in Canada. *Health Education Journal*.73:668-682
- Norredam, M. (2011): Migrants' access to healthcare. *Dan Med Bul*; 58(19): B4339 (PHD THESIS)
- Norredam, M.; Nielsen, S.S.; Krasnik, A. (2009): Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe – a systematic review. *European Journal of Public Health*, 20(5):555-563.
- Nutbeam D. (2000): Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* , 15(3):259-267.
- Nutbeam,D. (2008): The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67 (12), 2072-2078.
- Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H. (1994): *Psychometric theory* (3rd ed.) New: McGraw-Hill.
- O'Donnell, C., Burns, N., Dowrick, C., Lionis, C., MacFarlane, A., on behalf of the RESTORE team (2013): Health-care access for migrants in Europe. *The Lancet*, Vol. 382, Issue 9890, S. 393.
- Osborn, C.Y.; Paasche-Orlow M.K.; Bailey, S.C., Wolf, M.S. (2011): The mechanisms linking health literacy to behavior and health status. *Am J Health Behavi*. 35(1):118-28.
- Österreichischer Integrationsfond (Hg.) (2008). *Integration. Zahlen. Daten. Fakten*. <http://www.integrationsfonds.at/index.php?id=129>
- Österreichischer Integrationsfonds (2013). *Integrationsbericht 2013*. http://www.integrationsfonds.at/news/aktuelle_news/integrationsbericht_2013/
- Paasche-Orlow, M.K.; Wolf, M.; (2010): Promoting Health Literacy Research to Reduce Health Disparities. *Journal of Health Communication*, 15: 34-41
- Paasche-Orlow,M.K., Wolf,M.S. (2007): The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am.J.Health Behav.*, 31 Suppl 1 S19-S26.
- Paasche-Orlow M.K.; Parker R.M.; Gazmararian J.A.; Nielsen-Bohlman L.T.; Rudd R.. (2005): The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med*. 2005 Feb;20(2):175-84.
- Pablos-Mendez A. (1994). Mortality among Hispanics. *JAMA*.;271(16):1237. letter; comment on: *JAMA* 1993 Nov 24;270(20): 2464-8.
- Parker R., Ratzan S. C. (2010): Health literacy: A second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication*;15(Suppl. 2):20-33.
- Pelikan, JM., Röthlin, F., Ganahl K. (2013): Die Gesundheitskompetenz der Österreichischen Bevölkerung – nach Bundesländern und im internationalen Vergleich. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer-Studie. LBIHPR Forschungsbericht. (noch nicht veröffentlicht).
- Poureslami, I., Rootman, I., Doyle-Waters, M.M., Nimmon, L., FitzGerald, J.M. (2010): Health Literacy, Language, and Ethnicity-related Factors in Newcomer Asthma Patients to Canada: A Qualitative Study. *Journal of Immigrant and Minority Health* 13(2): 315-322.
- Poureslami, I.M., Rootman, I.R., Balka, E., Devarakonda, and R., FitzGerald, J.M. (2007). A systematic review of asthma and health literacy: A cultural-ethnic perspective in Canada. *Medscape General Medicine* ,August 21, 2007.
- Pette, G. M. (1998): Unterschiedliche Versorgungsbedingungen für deutsche und ausländische Patientinnen in einer gynäkologischen Notfallambulanz. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, Vol 6(4), 358-369.
- Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis,E., Kluge,U., Krasnik,A., Lamkaddem,M., Lorant,V., Puigpinósi Riera,R., Sarvary,A., Soares,J.J.F., Stankunas,M., Straßmayr,C., Wahlbeck,K., Welbel,M., Bogic,M. (2011): Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11: 187.
- Przyborski, A., Wohlrab-Sahr, M. (2008): *Qualitative Sozialforschung: ein Arbeitsbuch*. Oldenbourg, München.
- Puig-Junoy, J.; Saez, M; Martinez-Garcia, E. (1998): Why do patients prefer hospital emergency visit? A nested multinomial logit analysis for patient-initiated contacts. *Health Care Management Science* 1, 39-52.
- Rademacher, J. (2002). *Arbeitslosigkeit und Identität im Erwachsenenalter*. Hamburg: Dr. Kovac.
- Rásky, E. (Hg.): *Gesundheit hat Bleiberecht, Migration und Gesundheit*. Wien. Facultas Verlag.

- Razum, O. (2006): Migration, Mortalität und der Healthy-migrant Effekt. In: Richter, M. & Hurrelmann, K.: Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 255-270, Wiesbaden: CS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Razum, O. (2007): Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit. *International Journal of Public Health* 52 (2): 75-77.
- Razum, O., Geiger, I., Zeeb, H. & Ronellenfitsch, U. (2004): Gesundheitsversorgung von MigrantInnen. *Deutsches ÄrztInnenblatt* 101 (43): A2882-A2887.
- Razum, O., Geiger, I. (2003): MigrantInnen, in: Schwartz et al. (Hg.): *Das Public Health Buch*, 686-692.
- Razum, O., Spallek, Razum, J. (2009): Wie gesund sind MigrantInnen? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung. Kurzdossier Nr. 12, April 2009
- Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P. et al. (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J.P., McKee, M. (2013): Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet*, Volume 381.
- Rechel, B., Mladovsky, P., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R. McKee, M. (eds.) (2011): Migration and health in the European Union. *European Observatory on Health Systems and Policies*. Open University Press, Maidenhead, England. ISBN 9780335245673
- Rechel, B.; Mladovsky, P.; Devillé, W.; Rijks, B.; Petrova-Benedict, R.; McKee, M. (2011): The future of migrant health in Europe. in: Rechel, B., Mladovsky, P., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R. McKee, M. (eds.): Migration and health in the European Union. *European Observatory on Health Systems and Policies*. Open University Press, Maidenhead, England. (1)
- Reinprecht, C. & Unterwurzacher, A. (2006): Lebenslagen und Lebensqualität von MigrantInnen der 1. und 2. Generation in Wien – Sonderauswertung des Datensatzes „Leben und Lebensqualität in Wien II“, Wien.
- Reinprecht, C. (2006): Nach der Gastarbeit. Prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft. *Sociologica* Band 9. Braumüller.
- Robert Koch Institut (2007): Endbericht. „Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund – KiGGS-Migrantenauswertung“.
- Rootman, I., Grodon-El-Bihbety, D. (2008): *A Vision for a Health Literate Canada*. Ontario: Canadian Public Health Association
- Rosenberg, M. (1965): *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenthal, G. (2005): *Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung*, Weinheim und München: Juventa Verlag
- Rosenstock, I. (1974): Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*. 2, 328-335.
- Röthlin, F., Pelikan, J.M., Ganahl, K. (2013): Die Gesundheitskompetenz der 15 Jährigen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV)
- Rottem, M., Szyper-Kravitz, M., Shoenfeld, Y. . (2005): Atopy and asthma in migrants. *Int Arch Allergy Immunol* 136(2): 198–204.
- Rotter, J. B. (1966): Generalized Expectations for Internal versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1–28. doi:10.1037/h0092976
- Rudd, R.E., McCray, A.T., Nutbeam, D. (2012): Health Literacy and Definition of Terms. In: *Health Literacy in Context*, Begoray, D., Gillis, D., Rowlands, G. (Eds.). Nova Science Publishers, Inc. New York.
- Rudd, R.E., Epstein, J., Oppenheimer, S.N.C. (2007): Health Literacy: An Update of Medical and Public Health Literature. In: Comings, J., Garner, B., Smith, C. (Eds.), *Review of Adult Learning and Literacy. A Project of the National Center for the Study of Adult Learning and Literacy*. Volume 7 (pp.175-203).: Routledge.

- Rudd, R.E., Kirsch, I., and Yamamoto, K. (2004): Literacy and health in America. Princeton, N.J: Policy Information Center, Education Testing Service.
- Rue, M., Cabre, X., Soler-Gonzales, J., Bosch, A., Almirall, M., Catalina, M., (2008): Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): A cross-sectional study of immigrant and Spanish-born populations. *BMC Health Service Research* 8, 81-88.
- Saha, S. 2006. Improving literacy as a means to reducing health disparities. *Journal of General Internal Medicine* 21(8): 893-895. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00546.x
- Salentin, K. (2014): Sampling the Ethnic Minority Population in Germany. Th Background to "Migration Background." *Methods, data analyses, Vol 8(1)*, pp. 25-52
- Salentin, K. (2002): Zuwandererstichproben aus dem Telefonbuch: Möglichkeiten und Grenzen, in: Gabler und Häder 2002., S. 164-186.
- Santacreu Fernandez, O.; Rother, N.; Braun, M. (2006): Stichprobenziehung für Migrantenpopulationen in fünf Ländern: eine Darstellung des methodischen Vorgehens im PIONEUR-Projekt. In: *ZUMA Nachrichten* 30 (2006), 59, pp. 72-88.
- Satia-Abouta, J.; Patterson, R.E., Neuhauser, M.L.; Elder, J. (2002): Dietary acculturation: applications to nutrition research and dietetics. In *J Am Diet Assoc.*; 102 (8): 1105-18.
- Schenk, L., Bau, A.M., Borde, T., Butler, J., Lampert, T., Neuhauser, H., Razum O., Weilandt, C. (2006): Mindestindikatoren zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung- Gesundheitschutz*, 49(9): 853-860. doi: 10.1007/s00103-006-0018-4
- Schenk, L.; Neuhauser, H. (2005): Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitschutz* 48:279-286
- nk, L. (2007): Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health* 52 (2), 87-96.
- Schnell R., Gramlich, T., Bachteler, T., Reiher, J., Trappmann, M., Smid, M., Becher, I.(2013): A new name-based sampling method for migrants. *methoden, daten, analysen*7(1), S. 5-33.
- Schilling, D., Peitte, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., Leong-Grotz, K., Castro, C., Bindman, A.B. (2003): Closing the Loop – Physician communication with diabetic patients who have low literacy, *Arch. Int. Med.* 163 (1):83-90.
- Schmid,B. (2002): Ethnische Ernährungsweisen und ihre Veränderungen - Ernährungsgewohnheiten von italienischen, griechischen und türkischen Migrantinnen in Süddeutschland. In: *Ernährung und Raum: Regionale und ethnische Ernährungsweisen in Deutschland*. 23. Wissenschaftliche Tagung der AGEV e.V. Karlsruhe. http://www.mri.bund.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/Archiv/Schriftenreihe_Berichte/bfe-r-02-01.pdf
- Schmid,B. (2003): Ernährung und Migration. Empirische Untersuchungen zum Ernährungsverhalten italienischer, griechischer und türkischer Migrantinnen in Deutschland. München: Herbert Utz Verlag.
- Schmidt-Denter, U. & Schick, H. (2005): Kurzform des Fragebogens zur personalen und sozialen Identität von Jugendlichen und Erwachsenen (FPSI-K). Forschungsbericht Nr. 17 zum Projekt "Personale und soziale Identität im Kontext von Globalisierung und nationaler Abgrenzung". Universität zu Köln.
- Schnell R., Gramlich, T., Bachteler, T., Reiher, J., Trappmann, M., Smid, M., Becher, I.(2013): A new name-based sampling method for migrants. *methoden, daten, analysen* Jg.7(1), S. 5-33
- Schott, T., Kuntz, B., (2010): Sozialepidemiologie: Über die Wechselwirkung von Gesundheit und Gesellschaft. In: Schott, T., Hornberg, C. (Hg.): *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit*. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag, 159-172.
- Schweizer Bundesamt für Gesundheit (2010): Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz.
- Schyve, P. M. (2007): Language differences as a barrier to quality and safety in health care: the Joint Commission perspective. *J.Gen.Intern Med*, 22 Suppl 2 360-361.
- Scudder, L. (2006): Words and Well-Being: How Literacy Affects Patients Health. *The Journal for Nurse Practitioners* 2(1): 28-35

- Sentell, I., Braun, KL, (2012): Low health literacy, limited English proficiency, and health status of Asians, Latinos, and other racial/ethnic groups in California. *J. Health Communication* 17 (Suppl3): 82-99.
- Sentell, T. L., and H. A. Halpin. 2006. The importance of adult literacy in understanding health disparities. *Journal of General Internal Medicine* 21(8): 862–867. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00538.x
- Seidenstücker, S. (2002): Das Gesundheitsverhalten von MigrantInnen in Deutschland - eine explorative Analyse. Doktorarbeit an der Fakultät für Geschichts-, Sozial- und Wirtschaftswissenschaften zur Erlangung eines Doktors der Philosophie.
- Shavers VL, Fagan P, Jones D, Klein WM, Boyington J, Moten C, Rorie E.(2012): The state of research on racial/ethnic discrimination in the receipt of health care. *American Journal of Public Health*. 2012;102:953–966
- Shaw, SJ., Huebner, C., Armin, J., Orzwick, K., Vivian, J. (2009): The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 11:460-
- Sorkin, D.H.; Ngo-Metzger, Q., De Alba, I. (2010): Racial/Ethnic Discrimination in Health Care: Impact on Perceived Quality of Care. *J Gen Intern Med*; 25(5): 390-396.
- Solé-Auró, A, Guillén, M. & Crimmins, EM., (2011): Health care usage among immigrants and native-born elderly populations in eleven European countries: results from SHARE. *European Journal of Health Economics*.
- Sørensen, K., Van den Broucke, St., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, JM., Slonska, Z. and Brand, H. for (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project Europe, (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, *BMC Public Health*, 12(80).
- Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, Kondilis B, Stoffels V, Osborne RH, Brand H (2013): Measuring health literacy in population: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13, doi:10.1186/1471-2458-13-948
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Ueters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, Van den Broucke S, Brand H (2015): Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*.
- Spallek J., Razum O. (2008): Gleich und gerecht? Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hg.): *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Spallek, J., Zeeb, H., Razu, O. (2010): Prevention among immigrants: The example of Germany. *BMC Public Health* 10:92 .
- Speiers, K.E.; Messina, L.A.; Munger, A.L., Grutzmacher, S.K. (2012): Health Literacy and nutrition behaviors among low-income adults. *Journals of Health care for the Poor and Underserved*, 23: 1082-1091.
- Stadt Wien (2004): *Gesundheitsbericht Wien*. Wien
- Stan, S. (2015): Transnational healthcare practices of Romanian migrants in Ireland: Inequalities of access and the privatization of healthcare services in Europe. *Social Science & Medicine* 124: 346-355.
- Statistik Austria (2008). Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=030263
- Statistik Austria (2011): *Armut- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich Ergebnisse aus EU-SILC 2010*. Sozialpolitische Studienreihe Band 8. Im Auftrag des BMASK.Wien
- Statistik Austria (2013a): *Statistisches Jahrbuch für Migration & Integration. Zahlen, Daten, Indikatoren 2013*. http://www.statistik.at/web_de/presse/072107
- Statistik Austria (2013b): *Schlüsselkompetenzen von Erwachsenen. Erste Ergebnisse der PIAAC-Erhebung 2011/12*. Wien. http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/5/index.html?id=5&listid=5&detail=661 (letzter Zugriff: 16.12.2014)

- Statistik Austria (2014a): Pressemitteilung: 10.829-138/14. http://www.statistik.at/web_de/presse/077472
- Statistik Austria (2014): migration & integration. Schwerpunkt: Arbeit & Beruf. Zahlen. Daten. Fakten 2014/15. http://www.integrationsfonds.at/fileadmin/content/AT/Downloads/Publikationen/migration_integration_Schwerpunkt_Arbeit_Beruf_2014_15.pdf
- Statistik Austria (2015): migration & integration. Zahlen. Daten. Indikatoren. 2015.
- Stewart, D.W., Reitzel, L.R., Correa-Fernandez, V., Cano, M.A., Adams, C.E.; Cao, Y.; Li, Y.; Waters, A.J.; Wetter, D.W.; Vidrin, J.I. (2014): Socioals support mediates the association of health literacy and depression among racially/ethnically divers smokers with low socioeconomic status. *J Behav Med* 37: 1169-1179.
- Strumper, S. (2012): Altern in fortwährender Migration bei älteren Türkeistämmigen. In: *Viele Welten des Alterns: ältere Migranten in alternden Deutschland* / Baykara-Krumme, H.; Schimany, P.; (Hg.). Wiesbaden: VS Verl. Für Sozialwissenschaften: 411-433. Subramanian, SV; Tim Huijts & Mauricio Avendano (2010). "Self-rated health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education?". *Bulletin of the World Health Organization* 88 (2): 131-138.
- Sudore, R.L., Landefeld, C.S., Pérez-Stable, E.J., Bibbins-Domingo, K., Williams, B.A., Schillinger, D. (2009): Unravling the relationship between literacy, language proficiency and patient-physician communication. *Patient Education and Counseling* 75: 398-402
- Sun, X.; Shi, Y.; Zeng, Q.; Wang, Y.; Du, W.; Wie, N.; Xie, R.; Chang, C. (2013): Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory disease: a pathway mode. *BMC Public Health* 13:261.
- Sundquist, Jan/Johansson, Sven E. (1997): The influence of country of birth on mortality from all causes and cardiovascular disease in Sweden 1979-1993, in: *International Journal of Epidemiology*, 26(2), 279-287.
- Tarraf, W.; Vega, W.; González, H.M. (2014): Emergency Department Services Use Among Immigrant and Non-immigrant Groups in the United States. *J Minority Health* 16: 595-606.
- Tavakol, M., Dennick, R. (2011): Making sense of Cronbach's alpha, *International Journal of Medical Education* 2:53-55.
- Thomas, S.B.; Fine, M.J., Ibrahim, S.A. (2004): Health disparities: the importance of culture and health communication. *Am J Public Health*, 94:2050
- Till-Tentschert, U., Till, M., Glaser, Th., Heuberger, R., Kafka, E., Lamei, N., Skina-Tabue, M. (2011). *Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich. Ergebnisse aus EU-SILC 2010. Sozialpolitische Studienreihe, Statistik Austria, Bd. 8, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien.*
- Timmins CL. (2002): The impact of language barriers on the health care of Latinos in the United States: A review of the literature and guidelines for practice. *Journal of Midwifery and Women's Health*.
- Trovato, Frank (1985): Mortality differences among Canada's indigenous and foreign-born population, 1951-1971, in: *Canadian Studies in Population*, 12(1), 49-80.
- Trummer, U. (2013): *Migrationsstatus als Risikofaktor für Gesundheit? Going International Information Services.*
- Turra, Cassio M. et al. (2005): Is there a salmon bias effect? Mortality differentials by place of residence among primary social security beneficiaries in the United States, Working Paper, Online: <http://paa2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=50889>.
- Uitenbroek, D.; Verhoeff, G.; Arnoud P. (2002): Life expectancy and mortality differences between migrant groups living in Amsterdam, The Netherlands, in: *Social Science and Medicine*, 54, 1379-88.
- Ulram, P.A. (2009): *Integration in Österreich. Einstellung, Orientierung, Erfahrung. Studie der GfK Austria GmbH.*
- United Nations Development Programme (UNDP) (2013): *Kurzfassung. Bericht über die menschlichen Entwicklungen 2013. Der Aufstieg des Südens: Menschlicher Fortschritt in einer ungleichen Welt*

- United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) (2010): Recommendations for the 2010 censuses of population and housing. www.unece.org/stats/documents/2010.00.census.htm
- U.S. Department of Health and Human Services (2010): National Action Plan to Improve Health Literacy. http://www.health.gov/communication/hlactionplan/pdf/Health_Literacy_Action_Plan.pdf
- Van der Heide, I., Rademakers, J., Schipper, M., Droomers, M., Sörensen, K., Uiters, E. (2013): Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health* 13:179. Volandes, A. E.; Paasche-Orlow, M.; Gillick, M. R.; Cook, E. F.; Shaykevich, Sh; Abbo, E.D.; Lehmann, L. (2007): Health Literacy not Race Predicts End-of-Life Care Preferences. *Journal: Journal of Palliative Medicine*, vol. 11, no. 5, pp. 754-762.
- Volandes, AE; Paasche-Orlow, MK (2007): Health literacy, health inequalities and a just healthcare system. *Am J. Bio eth*, 7:5-10.
- Von Ferber, L.; Koster, I; Celayir-Erdogan; N. (2003): Türkische und deutsche Hausarztpatienten – Erkrankungen, Arzneimittelerwartungen und Verordnungen. *Gesundheitswesen* 65:304-II-
- Wangdahl, J., Lytsy, P., Martensson, L., Westerling, R. (2014): Health literacy among refugees in Sweden – A cross-sectional study. *BMC Public Health* 14:1030
- Ware, J.E.; Gandek, B. (1998): Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project". *J Clin Epidemiol* 51 (11): 903–912. Waxman, M., and Levitt, M. (2000). Are diagnostic testing and admission rates higher in Non-English-speaking versus English-speaking patients in the emergency department? *Annals of Emergency Medicine* 36(5): 456-461. Only Abstract available.
- Wiking, E.; Johannson, S.; Sundquist, J. (2004): Ethnicity, acculturation, and self-reported health. A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden. *J Epidemiol Community Health*, 58(7); 574-582-
- Winkler, G., Döring, A. (1995): Kurzmethode zur Charakterisierung des Ernährungsmusters- Einsatz und Auswertung eines Food-Frequency-Fragebogens. *Ernährungs-Umschau* 1995 (42): 289-291.
- Weber, I. et al. (1990): Zur gesundheitlichen Lage der ausländischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland: Erste Erkenntnisse, in: Projektgruppe Prioritäre Gesundheitsziele (Hg.): Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland, Baden-Baden: Nomos, 577-601.
- Weilandt, C., Rommel, A., Eckert, J. (2006). Medikamenten-, Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum der schweizerischen Migrationsbevölkerung – Ausgewählte Ergebnisse des GMM 2004. In BAG (Hg.), *Suchtforschung des BAG 2002-2003*. Band 3/3. Bern: BAG.
- Weiss, B.D., Mays, M.Z., Marzt, W., Castro, K.M., DeWalt, D.A., Pignone, M.P., Mockbee, J., Hale, F.A. (2005): Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Ann Fam. Med* 3(6):514-522.
- Wengler, A. (2012): *Ungleiche Gesundheit. Zur Situation türkischer MigrantInnen in Deutschland*. Campus Verlag.
- WHO (2013): Health literacy: the solid facts. World Health Organization (WHO). Kickbusch, I.; Pelikan J.M; Apfel, F; Tsouros, A.D. (Ed.) ISBN 978 92 890 0015 4. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2013/health-literacy.-the-solid-facts>
- WHO-IOM (2010): *Health of Migrants – The Way Forward*. Madrid: World Health Organization and International Organization for Migration.
- WHO Regional Office für Europa (2010): *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond*. Copenhagen,
- WHO (2003): *International Migration, Health and Human Rights*.
- WHO-Regionalbüro für Europa, 61.Tagung: Die neue europäische Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“: Visionen, Werte, Hauptrichtungen und –Ansätze. 18. Juni 2011. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/148065/RC61_gdoc09.pdf
- WHO (1998); Nutbeam D: Health Promotion Glossary. *Health Promot Int* 13:349-364.
- Wiener Programm für Frauengesundheit (2004): *Migrantinnen. Zur gesundheitlichen Situation von Migrantinnen in Wien*.

- Wimmer, A. (1996): Kultur. Zur Reformulierung eines sozial-anthropologischen Grundbegriffs, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 48 (3), 401-425.
- Wimmer-Puchinger B., Wolf H., Engleder A. (2006) Migrantinnen im Gesundheitssystem. Bundesgesundheitsblatt 49, Springer Medizin Verlag, Berlin, S. 884- 892.
- Wolf, M.S.; Davis, T.C., Osborn, C.Y., Skripkauskas, S., Bennett, C.L., Makoul, G. (2007): Health Literacy and health risk behaviors among older adults. American Journal of Preventive Medicine, 32: 19-24.
- Wolf, A. (2010): Gesundheit, Erkrankung und Heilung kulturell verstehen. Medizinethnologische Konzepte im Kontext von Migrationsprozessen in: Karl-Trummer, Ursula; Pammer, Christoph (Hg.): Migration, Kultur und Gesundheit. Chancen, Herausforderungen und Lösungen. Gesundheitswissenschaften 39.
- Wright, B.D., & Linacre, J.M. (1994): Reasonable mean-square fit values. Rasch Measurement Transactions 8(3),370.
- Young, C. K. (1987): Migration and Mortality: the experience of birthplace groups in Australia, in: International Migration Review, 21, 531-544.
- Zanchetta, M.S., Maheu, C., Fontaine, C., Salvador-Watts, L., Wong, N. (2014): Awakening professionals' critical awareness of health literacy issues within a francophone linguistic-minority population in Ontario. Chronic Dis. Inj. Can 34(4):236-47
- Zanchetta, M.S. & Poureslami I.M. (2006): Health literacy within the reality of immigrants, culture and language. Canadian Journal of Public Health, 97, suppl 2: S26-30.
- ZARA (Zivilcourage und Antirassismus-Arbeit) (2013): Rassismus Report 2013. Einzelfall-Bericht über rassistische Übergriffe und Strukturen in Österreich. (http://www.zara.or.at/_wp/wp-content/uploads/2014/03/ZARA_RR_2013_webversion_fin2.pdf)
- Zarcadoolas, C., Pleasant,A., Greer,D.S. (2005): Understanding health literacy: an expanded model. Health Promotion International, 20 (2), 195-203.
- Zok, K. (2014): Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. WIdO-monitor, 11(2), 1-12. (letzter Zugriff 17.12.2014 http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheit/gesundheitskompetenz/wido-monitor_2_14.pdf)