



**Die Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz:
zweite Analyse der Daten des GMM. Auswirkungen des
Integrationsniveaus, von Diskriminierung, Risikoverhalten und
sozialer Isolation**

Kurzversion

Alexis Gabadinho und Philippe Wanner

Laboratoire de démographie et d'études familiales

Universität Genf

Diese Studie ist vom Bundesamt für Gesundheit im Rahmen der Strategie
«Migration und Gesundheit» finanziert worden

Inhalt

1 Einleitung	2
2 Der Datensatz der GMM-Umfrage	2
3 Die zweite Analyse der GMM-Daten	3
3.1 Integration.....	4
3.2 Diskriminierungserfahrungen	6
3.3 Migrationsgeschichte	7
3.4 Soziale Beziehungen	8
3.5 Verhaltensweisen und Risikofaktoren	9
3.6 Art der beruflichen Tätigkeit	10
4 Ergebnisse der zweiten Analyse der GMM-Daten.....	11
4.1 Gesundheitszustand	11
4.2 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.....	13
4.3 Erfahrungen mit den Gesundheitsleistungen	14
5. Informationsstand und Informationsquellen.....	17
6 Schlussfolgerungen.....	18

1 Einleitung

In einer ersten Phase der Analyse der GMM-Umfrage¹ (Alexis Gabadinho et al., 2007) wurde der Einfluss des sozioökonomischen und demografischen Profils sowie des Migrationsprofils auf den Gesundheitszustand, die Verhaltensweisen und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen untersucht– wobei zum einen die Unterschiede zwischen Schweizern und Ausländern und zum anderen zwischen verschiedenen Ausländergruppen analysiert wurden.

Aus diesem Teil der Analyse resultierten mehrere Ergebnisse und Anhaltspunkte für weitere Untersuchungen. So wurde insbesondere festgestellt, dass zwischen der Staatsangehörigkeit sowie bestimmten Integrations- und Diskriminierungsindikatoren einerseits und den verschiedenen Gesundheitsindikatoren andererseits signifikante Zusammenhänge bestehen. Dies gilt auch nach der Berücksichtigung von Kontrollvariablen wie Alter, Geschlecht und sozioökonomischer Status. Die vorliegende zweite Analyse bezweckt, diese Ergebnisse noch detaillierter zu analysieren. Dabei wird nach weiteren bedeutenden Faktoren gesucht, die für die gesundheitliche Situation der Bevölkerung mit Migrationshintergrund und für die festgestellten Unterschiede zwischen den verschiedenen Ausländergruppen gegebenenfalls eine Rolle spielen. Bei der Suche nach Erklärungsfaktoren liegt der Schwerpunkt in erster Linie auf den folgenden Bereichen:

- Risikoverhaltensweisen und Risikofaktoren (Alkohol- und Tabakkonsum, Übergewicht, sportliche Aktivitäten);
- Intensität der sozialen Beziehungen und Umfang der verfügbaren sozialen Unterstützung;
- Integrationsniveau und Diskriminierungserfahrungen;
- Art der beruflichen Tätigkeit (Wirtschaftsbranche).

Nach einem kurzen Überblick über die GMM-Umfrage und deren Daten geht es im zweiten Kapitel um die verschiedenen Faktoren, die im weiteren Verlauf für die Analyse berücksichtigt werden. Ausserdem enthält das zweite Kapitel eine knappe Übersicht über die Literatur zu den Zusammenhängen zwischen diesen Faktoren sowie dem Gesundheitszustand und den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. Anschliessend werden die Resultate mehrerer Analysen präsentiert, in deren Rahmen die Zusammenhänge zwischen diesen Faktoren und den folgenden Elementen untersucht wurden: Gesundheitszustand, Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitssystems, Erfahrungen der Migrantinnen und Migranten mit dem schweizerischen Gesundheitssystem und Informationsstand und Informationsquellen der Menschen mit Migrationshintergrund bei gesundheitlichen Fragen.

2 Der Datensatz der GMM-Umfrage

¹ Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM).

Das Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM) besteht aus drei Modulen, die ihrerseits auf drei unterschiedlichen Stichproben beruhen. Das erste Modul besteht aus einem Teil der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). Diese wurde im Jahr 2002 (nach 1992/93 und 1997) vom BFS zum dritten Mal durchgeführt und bezieht sich nicht speziell auf die ausländische Bevölkerung. Die Daten der SGB, die im Rahmen des GMM übernommen wurden, umfassen Personen schweizerischer, italienischer, französischer, deutscher und österreichischer Staatsangehörigkeit² im Alter von 15 bis 74 Jahren (Tabelle 1). Die (telefonischen) Interviews wurden folglich auf Deutsch, Französisch oder Italienisch geführt.

Die Module II und III stammen aus einer Umfrage, die im Jahr 2004 durchgeführt wurde. Diese bezog sich spezifisch auf die ausländische Bevölkerung im Alter von 15 bis 74 Jahren. Im Rahmen dieser Umfrage wurde ein aus der SGB abgeleiteter Fragebogen verwendet, der in die verschiedenen Sprachen der befragten Migrationsbevölkerung übersetzt worden war³. Das Modul II war auf die ausländische Wohnbevölkerung portugiesischer, türkischer und srilankischer Staatsangehörigkeit sowie auf Menschen aus Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien ausgerichtet⁴. Das Ziel bestand darin, pro Staatsangehörigkeit 500 Interviews durchzuführen. Eine Ausnahme bildeten die Menschen aus Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien, für die 1000 Interviews geplant waren. Die Zielgruppe des Moduls III bestand aus Asylsuchenden aus dem Kosovo und aus Sri Lanka, die sich seit mindestens zwölf Monaten in der Schweiz aufhielten. Für diese beiden Gruppen waren je 250 Interviews geplant. Als Stichprobengrundlage diente das Register des Bundesamtes für Migration.

In Tabelle 1 ist die Anzahl Personen aufgeführt, die pro Staatsangehörigkeit oder Nationalitätengruppe befragt wurden. Der im Folgenden verwendete Begriff «Migrationsbevölkerung» bezieht sich auf Personen, die über die Staatsangehörigkeit einer der von der Umfrage anvisierten Personengruppen verfügen, auch wenn diese Personen in der Schweiz geboren sind. Wenn das Herkunftsland erwähnt wird, handelt es sich um das Land, über dessen Staatsangehörigkeit die betreffende Person verfügt.

Tabelle 1: Module der GMM-Umfrage und Anzahl befragter Personen

Staatsangehörigkeit	Module	Anzahl	%
Schweiz	1	15579	78.7
Italien	1	692	3.5
Deutschland, Österreich, Frankreich	1	502	2.5
Ex-Jugoslawien	2	1043	5.3
Portugal	2	511	2.6
Türkei	2	525	2.7
Sri Lanka	2	439	2.2
Kosovo	3	253	1.3
Sri Lanka	3	253	1.3
Total		19797	100

3 Die zweite Analyse der GMM-Daten

² Somit Ausländerinnen und Ausländer, deren Muttersprache einer der Landessprachen entspricht.

³ Die Fragebögen wurden in die verschiedenen Sprachen der Zielgruppen der Umfrage übersetzt und anschliessend rückübersetzt, damit die Verständlichkeit überprüft werden konnte.

⁴ Serbien-Montenegro, Kroatien, Bosnien-Herzegowina, Jugoslawien.

Um die Veränderungen des Gesundheitszustands der Migrantengruppen und der Nutzung des schweizerischen Gesundheitssystems durch die Migrantinnen und Migranten sowie der mit diesem System gemachten Erfahrungen zu verstehen und zu erläutern, untersuchen wir den allfälligen Einfluss mehrerer Erklärungsfaktoren:

- Integration der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz und Diskriminierungserfahrungen
- Funktion und Einfluss der sozialen Netze, der sozialen Isolation und der sozialen Unterstützung
- gesundheitsrelevante Verhaltensweisen
- Migrationsgeschichte
- Art der beruflichen Tätigkeit

Die Untersuchung beginnt mit einem kurzen Überblick über die Literatur zu den möglichen Auswirkungen jedes dieser Faktoren auf die Gesundheit. Anschliessend werden jeweils die Fragen des GMM-Fragebogens dargestellt, anhand derer die aufgeführten Faktoren beurteilt werden.

3.1 Integration

Zahlreiche Studien in den Vereinigten Staaten (Marmot und Syme, 1976; Myers und Norma Rodriguez, 2005; Yin Paradies, 2006; Solis et al., 1990), in der Schweiz (Bodenmann et al., 2005) und in anderen europäischen Ländern (Amundsen et al., 2005)⁵ haben aufgezeigt, dass ein Zusammenhang zwischen dem Grad des Integrationsniveaus⁵ der Migrantinnen und Migranten und der psychischen und körperlichen Gesundheit sowie der Prävalenz bestimmter Risikoverhaltensweisen besteht.

Integration wird häufig als Gesamtheit der Veränderungen definiert, die sich aus einem längeren Kontakt zwischen zwei Kulturen ergeben. Diese Veränderungen erfolgen in beiden Kulturen. Obwohl der Begriff Integration in der Regel verwendet wird, um diesen gesamten Prozess zu bezeichnen, ist er für einige Autoren (Berry, 2005) nur eine der möglichen «Strategien» für die Anpassung an Veränderungen. Andere Strategien sind Assimilation, Ausgrenzung und Separation. Bei gewissen Ansätzen wird der Integrationsprozess als eindimensionaler (bipolarer) Prozess betrachtet. In diesem Modell positionieren sich die Migrantinnen und Migranten zwischen zwei Polen: Ein Pol entspricht der Beibehaltung der Kultur des Herkunftslandes, und der andere Pol ist gleichbedeutend mit der Übernahme der Kultur des Aufnahmelandes. Dabei wird implizit davon ausgegangen, dass die Verbindungen zur Kultur des Herkunftslandes mit der Integration sukzessive abnehmen. Beim zweidimensionalen Ansatz werden die Verbindungen zur Kultur des Herkunftslandes und die Übernahme der Kultur des Aufnahmelandes dagegen voneinander getrennt betrachtet.

Das Integrationsniveau einer Person und der Akkulturationsprozess, den sie durchläuft, können sich auf ihren Gesundheitszustand, ihre Verhaltensweisen und ihre

⁵ In der angelsächsischen Literatur wird der Begriff "Akkulturation" verwendet, der auch in der französischen Literatur anzutreffen ist. Wir verwenden die beiden Begriffe synonym.

Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitssystems auswirken. Der Akkulturationsprozess kann Verhaltensänderungen zur Folge haben, insbesondere in Bezug auf die Ernährung sowie den Alkohol- und Tabakkonsum. Die Anstrengungen für die Anpassung an eine neue Kultur und an neue Wertesysteme sowie der Druck, der im Zusammenhang mit der Übernahme dieser Kultur auf die Migrantinnen und Migranten ausgeübt wird («Akkulturationsstress»), bewirken eine Zunahme von psychosomatischen und psychischen Symptomen (Ihsan Al Issa und Michel Tousignant, 1997). Was den Zugang zum Gesundheitssystem und die Inanspruchnahme der entsprechenden Leistungen anbelangt, ist die Beherrschung der Sprache des Aufnahmelandes ein wichtiger Faktor (Bischoff et al., 1999). Verständigungsprobleme zwischen dem medizinischen Personal und den Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund können sich insbesondere auf die Qualität der medizinischen Versorgung auswirken. Abgesehen von den rein sprachlichen Schwierigkeiten können solche Verständigungsprobleme auch aus der Konfrontation von zwei unterschiedlichen medizinischen Vorstellungen resultieren (Palinkas und Pickwell, 1995).

Die in Tabelle 2 enthaltenen Fragen der GMM-Umfrage wurden verwendet, um einen Gesamtindikator für das Integrationsniveau jeder befragten Person zu erstellen. Dieser Indikator steht in Form eines «Ergebnisses» zur Verfügung, das in der Folge für die Analysen benutzt wird. Unter Berücksichtigung der Informationen, die für die Erstellung der entsprechenden Skala zur Verfügung stehen, gibt sie eine bipolare Darstellung der Integration wieder. Diese wird unter Umständen als Massstab für das Festhalten an der Kultur des Herkunftslandes verstanden. Wie in vielen anderen Studien festgestellt wurde, ist die Beherrschung der Sprache (im Fall der Schweiz einer der Landessprachen) des Aufnahmelandes für die Beurteilung des Integrationsniveaus von entscheidender Bedeutung.

Tabelle 2: Fragen zur Integration

Frage	Modalitäten
Wie häufig haben Sie in den letzten fünf Jahren mindestens zwei Monate ohne Unterbrechung im Herkunftsland Ihrer Familie gelebt? Gemeint sind nicht reine Ferienreisen.	Überhaupt nicht 1 bis 2 Mal 3 bis 5 Mal 6 bis 10 Mal Mehr als 10 Mal
Pflegen Sie einen engen Kontakt zu Verwandten oder Freunden, die im Herkunftsland Ihrer Familie leben? Per Post, E-Mail, Telefon oder auf Reisen.	Ja, zu Verwandten und Freunden Ja, nur zu Verwandten Ja, nur zu Freunden Nein
Wenn Sie fernsehen: Wie häufig sehen Sie Programme in der Sprache Ihrer Landsleute?	Ausschliesslich Überwiegend Teils – teils Selten Nie – sehe aber andere Programme Nie – sehe nie fern
Wenn man als Einwanderer in der Schweiz lebt, kann mit der Zeit das Gefühl aufkommen, dass man keine Heimat mehr hat. Man gehört sozusagen nirgendwo so richtig dazu. Wie oft kommt es vor, dass Sie solche Gefühle haben?	Sehr häufig Häufig Ab und zu Selten Nie
Wo fühlen Sie sich am ehesten zugehörig?	Zu den Schweizern Zu den Menschen im Herkunftsland Ihrer

	Familie Zu Ihren Landsleuten hier in der Schweiz Zu Menschen verschiedener Herkunft Die Herkunft ist Ihnen nicht wichtig Sie fühlen sich nirgendwo zugehörig
Welche von den Schweizer Landessprachen beherrschen Sie am besten?	Deutsch Französisch Italienisch
Wie gut verstehen Sie diese Sprache Ihrer Meinung nach?	Sehr gut Gut Mittelmässig Schlecht Sehr schlecht
Und wie gut sprechen Sie diese Sprache?	Sehr gut Gut Mittelmässig Schlecht Sehr schlecht

3.2 Diskriminierungserfahrungen

Die Zusammenhänge zwischen erlebter Diskriminierung und der körperlichen und psychischen Gesundheit werden in einer zunehmenden Zahl von Studien untersucht, hauptsächlich in den Vereinigten Staaten, aber auch in europäischen Ländern (Saffron Karlsen und James Y. Nazroo, 2002; Saffron Karlsen und James Yzet Nazroo, 2004; Saffron Karlsen et al., 2005) und in Staaten ausserhalb Europas (Ricci Harris et al., 2006). Zu diesem Thema wurden auch Übersichtsarbeiten veröffentlicht (David R Williams et al., 2003; Yin Paradies, 2006; Nancy Krieger, 2000). Gemäss einigen Autoren hat Rassismus in all seinen verschiedenen Erscheinungsformen einen bedeutenden Einfluss auf die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den verschiedenen Nationalitäten und ethnischen Gruppen.

Der allgemeine Begriff Diskriminierung wird verwendet, um eine (mit Nachteilen verbundene) Ungleichbehandlung aufgrund bestimmter Merkmale (Geschlecht, Staatsangehörigkeit, äussere Erscheinung, Religionszugehörigkeit, sexuelle Vorlieben usw.) und in unterschiedlichen Situationen (privates Umfeld, Arbeitsplatz, Verwaltungsstellen, medizinische Dienste) zu bezeichnen. Die direkte Erfassung von erlebter Diskriminierung auf individueller Ebene ist verhältnismässig schwierig. Wichtige Faktoren sind diesbezüglich beispielsweise die Dauer, während der eine Person Diskriminierung ausgesetzt ist, sowie deren Intensität (Nancy Krieger, 2000). Probleme bestehen auch in Bezug auf die Richtigkeit der Werte, die bezüglich der erlebten Diskriminierung erfasst werden (Nancy Krieger, 2000). Die Erfahrungsberichte von befragten Personen zu erlebter Diskriminierung sind zwangsläufig subjektiv. Aus einigen Studien ging hervor, dass Personen, die grundsätzlich dem gleichen Ausmass von Diskriminierung ausgesetzt sind, diese je nach sozialer Schicht und insbesondere dem Geschlecht unterschiedlich wahrnehmen.

Diskriminierung wirkt sich in mehrfacher Hinsicht auf den Gesundheitszustand aus (siehe insbesondere Nancy Krieger, 2000⁶):

⁶ Die nachfolgende Aufzählung beruht im Wesentlichen auf Forschungsarbeiten, die in den Vereinigten Staaten durchgeführt wurden.

- Diskriminierung schafft sozioökonomische Ungleichheiten, die sich erfahrungsgemäss ihrerseits auf den Gesundheitszustand auswirken;
- Diskriminierung schafft Unterschiede hinsichtlich der Belastung durch bestimmte physikalische und chemische Risikofaktoren (wie beispielsweise Lärm, Luftverschmutzung) sowie biologische und verhaltensbezogene Risikofaktoren am Wohnort (wohntbezogene Segregation) oder am Arbeitsplatz (berufliche Segregation);
- Diskriminierung kann durch verbale oder körperliche Aggression zum Ausdruck kommen und in solchen Fällen psychische oder körperliche Traumata verursachen (direkte Auswirkung). Die Angst vor solchen Aggressionshandlungen (Antizipation) kann den Gesundheitszustand negativ beeinflussen, indem sie insbesondere die Entstehung einer Hypertonie begünstigt.
- Diskriminierung bewirkt Unterschiede hinsichtlich des Zugangs zum Gesundheitssystem und der Qualität der medizinischen Versorgung sowie ein tieferes Präventionsniveau bei bestimmten Risikofaktoren (Diabetes, Hypertonie).

Die in der GMM-Umfrage enthaltenen Informationen zur Diskriminierung sind in Tabelle 3 aufgeführt und wurden verwendet, um einen Gesamtindikator zu erstellen. Dieser Indikator steht wie bei der Integration in Form eines «Ergebnisses» zur Verfügung, mit dem das Ausmass der von jedem Befragten erlebten Diskriminierung beurteilt wird.

Tabelle 3: Fragen zur Diskriminierung

Fragen	Modalitäten
<p>Es kann vorkommen, dass man sich als Einwanderer in der Schweiz gelegentlich diskriminiert fühlt. Können Sie mir sagen, wie häufig Sie sich aus den folgenden Gründen diskriminiert gefühlt haben. War das jeweils sehr oft, oft, manchmal, selten oder nie der Fall? (b) Wegen Ihrer Herkunft c) Wegen Ihrer Hautfarbe (d) Wegen Ihrer Glaubenszugehörigkeit</p>	<p><1> Sehr oft <2> Oft <3> Manchmal <4> Selten <5> Nie</p>
<p>Es kann vorkommen, dass man als Einwanderer im täglichen Leben manchmal anders behandelt wird als die Schweizer. Wie häufig haben Sie dabei die Erfahrung gemacht, benachteiligt zu werden? War das jeweils sehr oft, oft, manchmal, selten oder nie der Fall? (a) In der Schule bzw. am Arbeitsplatz (b) In Ihrer Wohngegend (c) Beim Einkaufen (d) Auf Ämtern (e) In Restaurants oder Bars (f) In Freizeiteinrichtungen</p>	<p><1> Sehr oft <2> Oft <3> Manchmal <4> Selten <5> Nie</p>

3.3 Migrationsgeschichte

Auch die Migrationserfahrung selbst kann sich auf die Gesundheit auswirken. Die im GMM-Datensatz verfügbaren Informationen, die als Erklärungsfaktoren für den

Gesundheitszustand verwendet werden können, beziehen sich auf die Gründe der Migration und auf die Tatsache, dass eine Person in ihrem Herkunftsland politische Verfolgung oder Gewalt erlitten hat. Die betreffenden Daten wurden bereits in der ersten Analyse des GMM ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass die Migrationsgeschichte so wie Medikamentenkonsum und bestimmte Indikatoren des Gesundheitszustands (psychisches Gleichgewicht und lang andauernde gesundheitliche Einschränkungen) ein signifikanter Faktor ist.

3.4 Soziale Beziehungen

Der Begriff 'soziale Beziehungen' wird hier verwendet, um mehrere Faktoren zu bezeichnen (soziale Integration, soziale Interaktionen, soziale Bindungen, soziale Unterstützung), die im Zusammenhang mit der psychischen und körperlichen Gesundheit und den gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen in zahlreichen Studien behandelt wurden. In praktisch all diesen Studien wurde die soziale Isolation – unabhängig davon, was genau darunter verstanden wird – mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustands in Verbindung gebracht (beispielsweise Patricia M. Eng et al., 2002). Mit den Daten des Schweizer Haushalts-Panels liegen diesbezügliche Ergebnisse für die Schweiz vor (Oliver Hämmig, 2007).

Bei den verschiedenen Aspekten der sozialen Beziehungen handelt es sich um Faktoren, die bei der Untersuchung der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund besonders zu berücksichtigen sind. Denn die Migration kann soziale Isolation und den Verlust von sozialen Netzwerken zur Folge haben (Ihsan Al Issa und Michel Tousignant, 1997). Es können mehrere Mechanismen unterschieden werden, durch welche die sozialen Netzwerke die Verhaltensweisen und den Gesundheitszustand beeinflussen (Berkman et al., 2000):

- die soziale Unterstützung
- der soziale Einfluss
- die soziale Partizipation
- zwischenmenschliche Kontakte (z.B. Exposition bei übertragbaren Krankheiten)
- Zugang zu Ressourcen und materiellen Gütern

Die soziale Unterstützung ist der am häufigsten erwähnte Mechanismus. Sie kann emotional (Ausmass der Liebe, der Sympathie, des Verständnisses, der Wertschätzung von Mitmenschen), instrumentell (Unterstützung für greifbare Bedürfnisse wie Telefon, Küche sowie Hilfeleistungen in Form von Geld oder Arbeit), kompetenzbezogen (Unterstützung beim Treffen von Entscheidungen) oder informativer Art sein (Weitergabe von Informationen, Erteilung von Ratschlägen). Das Ausmass an sozialer Unterstützung, auf das sich eine Person verlassen kann (oder auf das sie glaubt, zählen zu können), erhöht ihre Kapazität zur Bewältigung verschiedener Arten von Stress (Ereignisse im Alltag, aber auch Immunreaktionen des Organismus).

Unter dem «sozialen Einfluss» wird die Art und Weise verstanden, wie Individuen ihre Verhaltensweisen mit denen einer Referenzgruppe vergleichen. Diese Verhaltensweisen werden verstärkt, wenn sie denjenigen von den anderen Mitgliedern der Gruppe entsprechen. Im gegenteiligen Fall wird das entsprechende Verhalten aufgegeben. Die

Normen bezüglich der gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen (Alkohol- und Tabakkonsum, Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems und von Präventionsmassnahmen, Befolgung von Therapien und Ernährungsverhalten) können bedeutende Quellen des sozialen Einflusses sein.

Die GMM-Umfrage enthält kein spezielles Modul zum Themenbereich soziale Integration, doch die Fragen, die sich darauf beziehen und die entsprechend verwendet wurden, sind in Tabelle 4 enthalten.

Tabelle 4: Fragen, die als Indikatoren für die Intensität der sozialen Beziehungen und der sozialen Unterstützung verwendet werden können

Fragen	Modalitäten
Haben Sie Kontakt zu Verwandten, die in der Schweiz leben?	<1> Ja <2> Nein
Haben Sie momentan einen festen Lebens- oder Ehepartner in der Schweiz?	<1> Ja <2> Nein
Wie häufig kommt es vor, dass Sie sich einsam fühlen? Kommt das sehr häufig, ziemlich häufig, manchmal oder nie vor?	<1> Sehr häufig <2> Ziemlich häufig <3> Manchmal <4> Nie
Anzahl Personen im Haushalt	1 bis 10
Zivilstand der befragten Person	Ledig Verheiratet Verwitwet/Geschieden

3.5 Verhaltensweisen und Risikofaktoren

Die gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen sind ebenfalls ein potenzieller Erklärungsfaktor für den Gesundheitszustand und dementsprechend für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Der Fragebogen der GMM-Umfrage enthält nur eine beschränkte Zahl von Variablen, mit denen diese Verhaltensweisen direkt beurteilt werden können, doch einige der erfassten Informationen können verwendet werden (Tabelle 5).

Übergewicht ist im Zusammenhang mit zahlreichen Krankheiten ein Risikofaktor, insbesondere bezüglich Diabetes und Herz-Kreislauf-Krankheiten. Als Übergewicht gilt in der Regel ein Body-Mass-Index (BMI) über 25; bei einem BMI von über 30 spricht man von Adipositas. Im Rahmen der Umfrage wurde der BMI anhand der Selbstdeklaration der Befragten zu ihrem Gewicht und ihrer Grösse berechnet. Die Zuverlässigkeit dieses Indikators ist daher mit Vorsicht zu bewerten.

Tabakkonsum ist ein bekannter Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebs. Auch täglicher Alkoholkonsum kann ein Hinweis auf ein Risikoverhalten sein. Die Beurteilung von Alkoholkonsum ist allerdings schwierig, weil ein regelmässiger und moderater Konsum von alkoholhaltigen Getränken teilweise als gesundheitsfördernd dargestellt wird (Gmel et al., 2003; San-Jose, 2003). Übermässiger Alkoholkonsum ist

jedoch ein Risikofaktor für zahlreiche Krankheiten. Bei gewissen Untergruppen besteht allerdings die Möglichkeit, dass in Bezug auf den Alkoholkonsum Angaben gemacht werden, die nicht der Realität entsprechen. Sportliche Aktivitäten sind ebenfalls ein Hinweis auf gesundheitsbezogene Verhaltensweisen. Regelmässige sportliche Aktivitäten wirken sich insbesondere im Bereich der Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten positiv aus. Diesbezüglich ist jedoch zu berücksichtigen, dass bestimmte Personen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit körperliche bzw. sportliche Aktivitäten ausüben. In solchen Fällen ist der Umstand, dass ausserhalb der beruflichen Tätigkeit keine sportlichen Aktivitäten ausgeübt werden, nicht als massgebender Indikator zu werten.

Tabelle 5: Verhaltensindikatoren

Fragen	Modalitäten
Können Sie mir sagen, wie gross Sie ohne Schuhe sind? Und wie schwer sind Sie ohne Kleider?	$\text{BMI} = \frac{\text{Grösse}}{\text{Gewicht}^2}$
Rauchen Sie, wenn auch nur selten?	<1> Ja <2> Nein
Betreiben Sie Gymnastik, Fitness oder Sport? Wie häufig treiben Sie Gymnastik, Fitness oder Sport?	<1> Ja <2> Nein <1> (Fast) täglich <2> Mehrmals pro Woche <3> Etwa 1 Mal pro Woche <4> Etwa 1 bis 3 Mal pro Monat <5> Seltener als 1 Mal pro Monat
Wie häufig trinken Sie normalerweise alkoholische Getränke, also Bier, Wein, Likör/Aperitif oder gebrannte Wasser wie z.B. Schnäpse?	<1> 3 Mal oder mehr pro Tag <2> 2 Mal pro Tag (zu Mahlzeiten) <3> 1 Mal pro Tag <4> Mehrmals pro Woche <5> 1 bis 2 Mal pro Woche <6> Seltener <7> Nie, abstinent

3.6 Art der beruflichen Tätigkeit

Die Art der beruflichen Tätigkeit gehört im Zusammenhang mit der durch die Arbeit entstehenden Belastung, den Unfallrisiken und dem Kontakt mit krankheitserregenden Substanzen ebenfalls zu den Faktoren, die mit dem Gesundheitszustand und der

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verknüpft werden können. Die Dauer dagegen, während der eine Person den entsprechenden Risiken ausgesetzt ist – mit anderen Worten die Dauer, die sie am Arbeitsplatz verbringt –, ist ein bedeutender Faktor, der mangels Informationen nicht berücksichtigt werden kann.

Die im Rahmen der GMM-Umfrage verfügbare Information in diesem Bereich ist die Branche der aktuellen oder zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit der befragten Person. Die Branchen wurden neu gruppiert, damit die Personen, die manuelle Tätigkeiten ausüben (hohe körperliche Belastung), von den anderen berufstätigen Personen unterschieden werden können. Die Branche ist indessen nicht vollständig mit der Art der beruflichen Tätigkeit gleichzusetzen. Es lässt sich eine sektorielle Aufteilung der beruflichen Tätigkeiten nach Nationalität feststellen, was eine potenzielle Verwechslung dieser beiden Variablen impliziert (wenn ein Zusammenhang zwischen der Nationalität und den Gesundheitsindikatoren festgestellt wird, könnte dies auf die Tatsache zurückgeführt werden, dass diese Nationalität in einer bestimmten Art von beruflicher Tätigkeit stark vertreten ist). So sind beispielsweise die in der Schweiz wohnhaften srilankischen Männer wie auch die tamilischen Asylsuchenden hauptsächlich in der Hotellerie tätig, während sie in der Landwirtschaft, in der Industrie und im Baugewerbe weniger zu finden sind.

4 Ergebnisse der zweiten Analyse der GMM-Daten

Nachdem die Variablen bestimmt wurden, die für die Darstellung der im Rahmen der Studie berücksichtigten Erklärungsfaktoren am aussagekräftigsten sind, wurden statistische Analysen vorgenommen, um zu bestimmen, welche Rolle die einzelnen Faktoren für die Erklärung der folgenden Elemente haben: Gesundheitszustand, Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitssystems, Erfahrungen der Migrantinnen und Migranten mit dem Gesundheitssystem und Informationsquellen zu gesundheitlichen Fragen. Im Zusammenhang mit den durchgeführten Analysen wurde auch der Einfluss des Alters, des Geschlechts und der sozioökonomischen Schicht berücksichtigt.

4.1 Gesundheitszustand

Die Analyse leistet einen wesentlichen Beitrag zur Erklärung der fünf berücksichtigten Indikatoren des Gesundheitszustands (Tabelle 6). In erster Linie fallen zwei Risikofaktoren auf: soziale Isolation und Übergewicht. Von signifikanter Bedeutung sind auch das Integrationsniveau und die erlebte Diskriminierung, die mit Hilfe der entwickelten Skalen ermittelt worden sind. Doch auch mit der Berücksichtigung aller obigen Faktoren, die den unterschiedlichen Gesundheitszustand der Migrantengruppen beeinflussen, liessen sich nicht alle Unterschiede erklären.

Tabelle 6: Liste der Indikatoren des Gesundheitszustands

Indikator	Frage	Modalitäten
Subjektive Gesundheit	Zuerst das Nächstliegende: Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?	Gut Mittelmässig Schlecht

Psychische Gesundheit	Gesamtindikator	Gut Mittelmässig Schlecht
Körperliche Probleme	Gesamtindikator	Keine oder wenige Symptome Einige Symptome Bedeutende körperliche Probleme
Lang anhaltende gesundheitliche Einschränkungen	Es gibt heutzutage viele Leute, die ein psychisches oder körperliches Problem haben, das sie in den alltäglichen Aktivitäten einschränkt. Haben Sie ein solches Problem oder eine solche Krankheit, das/die schon länger als ein Jahr dauert?	Ja Nein
Zeitweilige gesundheitliche Beeinträchtigungen und Arbeitsunfähigkeit	Während wie vielen Tagen sind Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten vier Wochen nur mit Einschränkungen einsatz- und leistungsfähig gewesen, so dass Sie nicht alles wie gewohnt haben machen können?	0 bis 5 Tage 6 bis 27 Tage 28 Tage

Die soziale Isolation, die als Gefühl von Einsamkeit empfunden wird, scheint in Bezug auf den Gesundheitszustand ein bedeutender Faktor zu sein. Die genaue Art des Zusammenhangs zwischen einem Gefühl von Einsamkeit und dem Gesundheitszustand und welche der in der Literatur beschriebenen Mechanismen tatsächlich eine Rolle spielen, muss indessen noch bestimmt werden. Die Häufigkeit des Gefühls von Einsamkeit, die unter den ältesten Menschen sowie unter den srilankischen und insbesondere kosovarischen Asylsuchenden festgestellt wurde, könnte teilweise eine Erklärung dafür sein, dass ein systematischer Zusammenhang zwischen diesem Faktor und den Gesundheitsindikatoren besteht. Aus einer zusätzlichen Analyse ergab sich die Tatsache, dass sich das Gefühl von Einsamkeit mit den Auswirkungen des Aufenthaltsstatus (Asylsuchender), des Integrationsniveaus und der familiären Situation überschneidet. Durch den Zusammenhang mit dem Integrationsniveau verstärkt sich die Bedeutung dieses Faktors für die Veränderungen des Gesundheitszustands. Es stellt sich jedoch die Frage, in welchem Masse die Tatsache, dass man sich einsam fühlt der Ausdruck oder das Ergebnis von körperlichen oder psychischen Störungen ist, und ob es sich bei den Personen, die dieses Gefühl haben, um besonders kranke Menschen handelt, die sich aufgrund ihres Gesundheitszustands isoliert fühlen.

Die Auswirkungen von Übergewicht auf die Gesundheit sind weniger gut bekannt. Bei Personen ab 40 Jahren wird Übergewicht häufiger festgestellt. Bei jüngeren Personen sind der Zivilstand (bei ledigen und geschiedenen Personen ist das Risiko von Übergewicht deutlich geringer) sowie das Geschlecht bei verheirateten Personen (Männer leiden häufiger an Übergewicht als Frauen) wesentliche Faktoren. Bei Personen über 40 Jahren hängen Veränderungen des Body-Mass-Indexes mit der Staatsangehörigkeit zusammen. Auch bei Nichtraucherinnen und Nichtrauchern ist der Anteil der Personen, die übergewichtig sind oder Anzeichen von Adipositas aufweisen, höher als bei Raucherinnen

und Rauchern.

Ein wichtiges Ergebnis sind auch die festgestellten Auswirkungen des Integrationsniveaus und von erlebten Diskriminierungen auf den Gesundheitszustand. Die möglichen hier zum tragen kommenden Mechanismen wurden im Literaturüberblick erläutert. Dazu gehören die Einschränkungen des Zugangs zum Gesundheitssystem aufgrund von Sprachproblemen oder Diskriminierung. Die Untersuchung der Ergebnisse der GMM-Umfrage zu diesem Themenbereich liefert einige Erklärungsansätze. Einer der Mechanismen, durch den sich Diskriminierungen auf den Gesundheitszustand auswirken, besteht im Umstand, dass Diskriminierungen sozioökonomische Ungleichheiten bewirken, die ihrerseits weitere Benachteiligungen zur Folge haben. Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass erlebte Diskriminierungen in den oberen sozioökonomischen Schichten häufiger festgestellt werden. Da zudem Diskriminierung auch nach Kontrolle der sozioökonomischen Stellung einen signifikanten Zusammenhang zum Gesundheitszustand aufweist, scheinen hier andere Mechanismen wirksam zu sein.

Gesamthaft gesehen kann man feststellen, dass sich mit den oben aufgeführten Faktoren nicht alle gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Nationalitäten erklären lassen. Frauen und Männer türkischer Staatsangehörigkeit unterscheiden sich von den anderen Personen mit Migrationshintergrund nach wie vor durch einen insgesamt schlechten Gesundheitszustand, doch dieser Unterschied ist nur bei Personen unter 50 Jahren festzustellen. Auch im Rahmen einer in Schweden durchgeführten Studie wurde festgestellt, dass der selbstdeklarierte Gesundheitszustand bei Personen türkischer Staatsangehörigkeit besonders schlecht war (Wiking et al., 2004). Dieser Zusammenhang konnte allerdings vollständig mit Unterschieden bei der sozioökonomischen Stellung, beim Integrationsniveau und bei den erlebten Diskriminierungen erklärt werden. Die im Rahmen dieser Studie durchgeführte Analyse, bei der vergleichbare Faktoren berücksichtigt wurden, kam nicht zum gleichen Ergebnis. Es wurden jedoch andere Bevölkerungsgruppen verglichen (Wiking et al. verglichen türkische, iranische und polnische Migrantinnen und Migranten mit in Schweden geborenen Personen).

Die verbleibenden Unterschiede können auf «kulturelle» Faktoren und insbesondere auf den Umstand zurückgeführt werden, dass in bestimmten Subgruppen von Migrantinnen und Migranten stärker die Tendenz besteht, unter sonst gleichen Verhältnissen einen schlechten Gesundheitszustand anzugeben. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass alle erhobenen Informationen das Ergebnis der Selbstdeklarationen der befragten Personen sind.

4.2 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Der Themenbereich Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird über die Anzahl Arztbesuche während der letzten zwölf Monate erfasst, wobei zwischen drei Kategorien unterschieden wird (0 bis 3 Arztbesuche; 4 bis 10 Arztbesuche; über 10 Arztbesuche).

Was die Anzahl Arztbesuche anbelangt, scheint der selbstdeklarierte Gesundheitszustand ein sehr zuverlässiger Indikator zu sein. Auf etwas schwächerem Niveau besteht hier auch ein Zusammenhang zu gewissen Risikoverhaltensweisen, insbesondere beim Body-Mass-Index. Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass die Personen, deren Gesundheitszustand nach eigenem Empfinden schlecht ist oder die gewisse Risikofaktoren aufweisen, Zugang zum Gesundheitssystem haben und dessen Leistungen auch in Anspruch nehmen. Diese Ergebnisse stimmen mit den Resultaten überein, die

Rainer Winkelmann (2002) mit den Daten des Schweizer Haushalts-Panels ermittelte, sowie mit den Resultaten von Reijneveld (1998) für die Niederlande.

Das Integrationsniveau ist dagegen keine Variable, die in einem deutlichen Zusammenhang zu der Anzahl Arztbesuche steht. Die durchschnittliche Anzahl Arztbesuche liegt jedoch bei den am besten integrierten Personen etwas höher, vor allem bei Personen über 50 Jahren. Daraus lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass eine geringe Integration (die mit Hilfe der entwickelten Skala ermittelt wird), in Bezug auf den Zugang zum Gesundheitssystem kein wesentliches Hindernis zu sein scheint. Die Arztbesuche müssten allerdings nach ihrem Zweck und der Art des konsultierten Arztes unterschieden werden können. Es ist denkbar, dass das Integrationsniveau bei Arztbesuchen im Zusammenhang mit «unmittelbaren» gesundheitlichen Problemen keine bedeutende Rolle spielt. In Bezug auf Arztbesuche, die aus präventiven Gründen erfolgen, ist eine geringe Integration möglicherweise ein hemmender Faktor. Andere Untersuchungen haben ebenfalls ergeben, dass bei bestimmten Migrantengruppen (Türken und Marokkanern) die Arztbesuche beim Allgemeinmediziner häufiger sind, während die Inanspruchnahme von spezialisierteren medizinischen Leistungen unterdurchschnittlich ausfällt (Stronks et al., 2001).

Bei gleichem Gesundheitszustand und gleichen Risikofaktoren nehmen türkische Staatsangehörige häufiger als andere Staatsangehörige die Leistungen eines Arztes in Anspruch. Das besondere Profil von Personen türkischer Staatsangehörigkeit in Bezug auf den Gesundheitszustand, die gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen und die Inanspruchnahme von Leistungen von Allgemeinmediziner wurde im Zusammenhang mit der GMM-Umfrage bereits festgestellt (Alexis Gabadinho et al., 2007). Ähnliche Ergebnisse wurden auch in anderen Ländern wie Schweden (Wiking et al., 2004) und den Niederlanden (Reijneveld, 1998; Stronks et al., 2001) ermittelt. Wie bereits erwähnt, besteht die Möglichkeit, dass bestimmte Migrantengruppen die Leistungen von Allgemeinpraktikern systematischer in Anspruch nehmen. Dies ist gegebenenfalls auf kulturelle Unterschiede zurückzuführen.

Ebenfalls nicht auszuschliessen ist die Möglichkeit, dass eine zu hohe Zahl von Arztbesuchen angegeben wird. Eine solche Überdeklaration wurde von Reijneveld (2000) in Amsterdam (Niederlande) festgestellt, wobei sie bei allen Nationalitäten mehr oder weniger identisch war. Eine überdurchschnittlich hohe Zahl von überdeklarierten Arztbesuchen wurde bei türkischen und marokkanischen Staatsangehörigen festgestellt, wobei der Unterschied nicht signifikant war. Die Verzerrungen bei Vergleichen zwischen verschiedenen Migrantengruppen sind daher nicht gravierend.

Das für die verschiedenen Wirtschaftszweige ermittelte Ergebnis stimmt mit der formulierten Hypothese überein: Bei den Branchen, in denen eine hohe körperliche Belastung besteht, wurde eine höhere Zahl von Arztbesuchen registriert. Die Tatsache, dass dieser Zusammenhang nur bei Personen über 50 Jahren besteht, ist ebenfalls verhältnismässig logisch: Denn es ist davon auszugehen, dass sich die Auswirkungen der Art der beruflichen Tätigkeit auf die Gesundheit erst im langfristigen Zeitraum bemerkbar machen.

4.3 Erfahrungen mit den Gesundheitsleistungen

Der Fragebogen der GMM-Umfrage enthält ein Modul, das den Erfahrungen der Migrantinnen und Migranten mit den Gesundheitsleistungen gewidmet ist. Die Befragten

wurden gebeten, ihre Meinung zu einer Reihe von Aussagen zu äussern. Die entsprechende Liste ist in der Tabelle 7 enthalten.

Die überwiegende Mehrheit der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund vertraut den Ärzten und ist der Auffassung, dass sie die benötigten Leistungen und Medikamente erhält. Bei den kosovarischen und tamilischen Asylsuchenden liegen die entsprechenden Anteile (93% und 96%) leicht über jenen der Staatsangehörigen aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien, der Türkei, aus Portugal und Sri Lanka. Die befragten Personen sind auch mit der Betreuung durch die Ärzte insgesamt zufrieden, wobei wiederum die Asylsuchenden einen leicht höheren Anteil aufweisen. Die Befragten, die gemäss ihren Angaben Verständigungsprobleme mit dem medizinischen Personal haben, bilden eine kleine Minderheit. Unter den Asylsuchenden ist der Anteil dieser Personen höher (12% gegenüber 5% unter den niedergelassenen Personen mit Migrationshintergrund).

Tabelle 7: Fragen zu den Erfahrungen der Migrantinnen und Migranten mit dem Schweizer Gesundheitswesen

Fragen	Modalitäten
<p>Wenn Sie an Ihre eigenen Erfahrungen mit dem Schweizer Gesundheitswesen denken: Inwieweit würden Sie den folgenden Aussagen auf einer Skala von 1 bis 5 zustimmen?</p> <p>1 bedeutet "stimme voll und ganz zu". 5 bedeutet "stimme überhaupt nicht zu".</p> <p>Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.</p>	
Sie vertrauen den Ärzten und deren Personal	1 bis 5
Bei den medizinischen Behandlungen wird das, was Sie sagen, ernst genommen.	1 bis 5
Ihre kulturellen oder religiösen Bedürfnisse werden genügend berücksichtigt	1 bis 5
Sie werden genauso gut behandelt wie die Einheimischen.	1 bis 5
Man nimmt sich für Sie genügend Zeit	1 bis 5
Sie werden genügend über Krankheiten und deren Behandlung informiert.	1 bis 5
Sie können sich mit dem medizinischen Personal problemlos verständigen.	1 bis 5
Die Ärzte beantworten Ihre Fragen verständlich.	1 bis 5
Sie bekommen die Behandlung oder Medikamente, die Sie benötigen.	1 bis 5
Wenn Sie zum Arzt gehen, findet er heraus, was Ihnen fehlt.	1 bis 5
In der Schweiz denken die Ärzte häufig anders über Krankheit als die Menschen im Herkunftsland Ihrer Familie.	1 bis 5
Beim Arzt oder im Spital werden Sie respektvoll behandelt.	1 bis 5
Normalerweise sind Sie mit der Behandlung beim Arzt zufrieden	1 bis 5

Insgesamt machen die Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund folglich mit den Schweizer Gesundheitsleistungen sehr positive Erfahrungen. Hinsichtlich zahlreicher Aspekte wie beispielsweise der Qualität der medizinischen Versorgung beurteilen auch die Asylsuchenden die Gesundheitsleistungen positiv. Teilweise ist ihre Meinung sogar positiver als jene der Personen mit einer Aufenthaltsbewilligung. Unter Umständen hat jedoch die Formulierung der Fragen dazu geführt, dass die negativen Erfahrungen nicht vollständig zum Ausdruck gebracht wurden: Die befragten Personen wurden nicht um eine direkte Antwort, sondern um ihre Zustimmung oder Verneinung einer Reihe von Aussagen gebeten. Die Probleme bei der Betreuung und bei der Kommunikation mit dem medizinischen Personal können auch in einem Zusammenhang mit einer höheren Zahl von Arztwechseln sowie mit einer höheren Zahl vom Arzt verordneter Medikamente stehen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass der Arzt aufgrund von Unzufriedenheit gewechselt wird, scheint nicht in erster Linie mit Verständigungsproblemen, sondern eher mit Unzufriedenheit über die Diagnose und die Betreuung zusammenzuhängen. Aus den Antworten auf die Fragen zu den Verständigungsproblemen und den Unterschieden zwischen der Beurteilung von Krankheiten durch Schweizer Ärzte und der Einschätzung von Ärzten im Herkunftsland geht hervor, dass in den statistischen Modellen ein weniger signifikanter Zusammenhang mit dem Wechsel des Arztes besteht. Bei den am wenigsten integrierten Personen, die a priori am meisten Kommunikationsprobleme mit dem medizinischen Personal haben, ist die Wahrscheinlichkeit eines Arztwechsels am geringsten. Dagegen ist diese Wahrscheinlichkeit bei Personen, die sich diskriminiert fühlen (die – wie wir oben gesehen haben – eher gut integriert sind), höher. Dies bestätigt, dass Sprachbarrieren in diesem Zusammenhang nicht von grosser Bedeutung sind. Hingegen kann Unzufriedenheit mit der Diagnose eines Arztes Ausdruck von «kulturellen» Unterschieden zwischen der Schweiz und dem Herkunftsland sein, insbesondere in Bezug auf die medizinische Betreuung und die Kommunikation mit dem Patienten.

Aus den durchgeführten Analysen kann nicht gefolgert werden, dass Verständigungsprobleme zwischen dem medizinischen Personal und den Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund zu einer systematischen Verordnung von Schmerzmitteln führen. Die Beantwortung dieser Frage ist schwierig und würde genauere Informationen über den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten und über die Gründe von Arztbesuchen erfordern. Es kann indessen bestätigt werden, dass Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand den Arzt aufsuchen und sich Schmerzmittel verordnen lassen.

Ebenso lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass ein enger Zusammenhang zwischen der Staatsangehörigkeit der Patientinnen und Patienten und dem Konsum von verordneten Schmerzmitteln besteht. Dies gilt auch nach Berücksichtigung des Gesundheitszustands, des Integrationsniveaus und allfälliger Kommunikationsprobleme. Bei den Staatsangehörigen der Türkei und der Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens sowie bei den kosovarischen Asylsuchenden ist der Konsum von Schmerzmitteln deutlich höher als bei Migrantinnen und Migranten aus Portugal und Sri Lanka. Dieses Ergebnis entspricht der Hypothese, wonach bestimmte Patientengruppen eher nach Medikamenten verlangen, wenn sie zum Arzt gehen. Dies wurde in Deutschland im Rahmen einer Studie festgestellt, in der türkische mit deutschen Patientinnen und Patienten verglichen wurden (von Ferber et al., 2003). Gemäss dieser Studie ist das «Behandlungskonzept» von Personen türkischer Staatsangehörigkeit mehr auf den Einsatz von Medikamenten ausgerichtet als bei deutschen Patientinnen und Patienten. Dementsprechend ist der Wunsch der Türkinnen und Türken nach der

Verschreibung von Medikamenten signifikant stärker. Die Tatsache, dass niedergelassene Migrantinnen und Migranten und Asylsuchende aus Sri Lanka deutlich weniger ärztlich verordnete Medikamente konsumieren, steht im Einklang mit den oben erläuterten Feststellungen. Denn diese weisen hinsichtlich der Auffassung von Gesundheit, Krankheiten und deren Behandlung starke kulturelle Besonderheiten auf (Lüthi, 2004).

5. Informationsstand und Informationsquellen

Im Rahmen der GMM-Umfrage wurden die Befragten aufgefordert, von den in Tabelle 8 aufgeführten Informationsquellen zu gesundheitlichen Fragen⁷ eine oder mehrere anzugeben. Der Anteil der Personen, die angeben, sich nicht über gesundheitliche Fragen zu informieren, ist sehr gering. Er liegt sowohl bei den niedergelassenen Migrantinnen und Migranten (Staatsangehörige aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien, aus Portugal, aus der Türkei und aus Sri Lanka) als auch bei den kosovarischen und tamilischen Asylsuchenden bei unter 3% (Tabelle 8). Die bevorzugten Informationskanäle sind Gesundheitssendungen am Fernsehen (von 66% der Befragten angegeben), der Hausarzt (von 61% der Befragten angegeben) sowie Zeitungen und Zeitschriften (55%). Bei den Asylsuchenden ist die Vielfalt der Informationsquellen grösser. Verglichen mit den niedergelassenen Migrantinnen und Migranten geben sie deutlich häufiger auch das Internet, Informationsbroschüren, den Informationsdienst der Krankenkasse, andere Beratungsdienste, Selbsthilfegruppen, die Familie und Bekannte an.

Tabelle 8: Informationsquellen (pro Befragten sind mehrere Informationsquellen möglich)

Informationsquelle	Niedergelassene (%)	Asylsuchende (%)
Zeitungen, Zeitschriften	55.1	55.2
Internet	11.7	31.8
Gesundheitssendungen im Fernsehen	69.4	65.1
Informationsbroschüren	14.6	38.4
Bücher	31.8	34.2
Hausarzt	55.9	62.6
Info-Dienst der Krankenkasse	4.6	19.5
Andere Beratungsdienste	2.4	9.2
Selbsthilfegruppen	0.6	5.5
Familien- und Bekanntenkreis	29.5	46.9
Andere Informationsquellen	3.8	2.2
Keine Informationen (informiert sich nicht)	2.8	2.4

Aus einer Analyse der Faktoren, welche die Wahl der Informationsquellen beeinflussen, geht hervor, dass das Alter eine wesentliche Rolle spielt. Dies gilt insbesondere für das Internet, dessen Nutzung bei älteren Menschen viel geringer ist, sowie für das Einholen von Informationen bei Familienangehörigen und Bekannten. Gedruckte Informationsquellen (Zeitungen, Zeitschriften, Broschüren) werden von den mittleren Altersgruppen häufiger angegeben (27- bis 50-Jährige). Die Art und Weise, wie sich Menschen mit Migrationshintergrund informieren, hängt auch sehr stark von der sozioökonomischen Schicht ab. So werden die meisten Informationsquellen häufiger von Personen genutzt, die den mittleren und höheren sozioökonomischen Schichten

⁷ Die gestellte Frage ist relativ vage, und was den Begriff «gesundheitliche Fragen» anbelangt, ist sowohl eine Auslegung im Zusammenhang mit dem Betrieb und den Leistungen der Krankenversicherung als auch mit Präventionsfragen und Risikofaktoren möglich.

angehören⁸. Ausnahmen bilden diesbezüglich die Informationsquellen Hausarzt und Selbsthilfegruppen.

Die weniger gut integrierten Personen geben deutlich weniger Informationsquellen an und waren häufiger nicht informiert. Bestimmte Informationskanäle wie Zeitungen und Zeitschriften, das Internet, Broschüren und Bücher nutzen sie erheblich weniger, und den Info-Dienst der Krankenkasse nehmen sie praktisch nicht in Anspruch. Was die Staatsangehörigkeit anbelangt, sind die Ergebnisse weniger eindeutig. Aus der Umfrage geht jedoch hervor, dass kosovarische und tamilische Asylsuchende wie auch niedergelassene Migrantinnen und Migranten aus Sri Lanka bestimmte Informationskanäle wie das Internet, Broschüren, den Info-Dienst der Krankenkasse und Selbsthilfegruppe weniger nutzen. Die letztere Informationsquelle wird hingegen von portugiesischen Frauen und Männern besonders häufig in Anspruch genommen.

Was die wenigen Personen anbelangt, die überhaupt keine Informationsquelle angeben, weisen die wenig signifikanten Ergebnisse darauf hin, dass diese Personen in Bezug auf die Gesundheit tendenziell ein «Risikoprofil» aufweisen: keine sportlichen Aktivitäten, Übergewicht, häufiges Gefühl von Einsamkeit. Schlecht integrierte Personen weisen offensichtlich ein Informationsdefizit auf, das in bestimmten Fällen zweifellos damit zusammenhängt, dass sie keine Landessprache beherrschen.

6 Schlussfolgerungen

Im Rahmen der zweiten Analyse der GMM-Daten konnten mehrere Hypothesen bezüglich der Auswirkungen einer ganzen Reihe von Faktoren auf den Gesundheitszustand sowie auf das Ausmass und die Qualität der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems überprüft werden. Dabei handelt es sich um folgende Hypothesen:

- Das Integrationsniveau, insbesondere die damit verbundenen Kommunikationsprobleme mit dem medizinischen Personal, und die erlebten Diskriminierungen wirken sich auf den Gesundheitszustand aus und haben Unterschiede bezüglich der Qualität der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund zur Folge.
- Der selbstdeklarierte Gesundheitszustand ist ein zuverlässiger Indikator für die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Die Aussagekraft dieses Indikators wird durch die kulturellen Unterschiede bei der persönlichen Beurteilung des Gesundheitszustands nicht geschmälert.
- Einige Risikoverhaltensweisen (Ernährungsverhalten, keine sportlichen Aktivitäten, Tabakkonsum, übermässiger Alkoholkonsum) wirken sich auf den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems aus. Mit der unterschiedlichen Prävalenz dieser Verhaltensweisen lassen sich zu einem gewissen Teil die Unterschiede erklären, die hinsichtlich des Gesundheitszustands und der Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitssystems zwischen verschiedenen Migrantengruppen festgestellt wurden.
- Die Quantität und die Qualität der sozialen Beziehungen sind insbesondere unter dem Aspekt, dass soziale Unterstützung bei Bedarf verfügbar sein sollte, bedeutende Faktoren, die sich auf den Gesundheitszustand auswirken. Migration ist eine potenzielle Ursache

⁸ Alle Befragten konnten mehrere Informationsquellen angeben.

von sozialer Isolation und stellt dadurch einen Risikofaktor dar.

- Migrantinnen und Migranten sind häufig in Berufen mit hoher körperlicher Belastung beschäftigt. Dies wirkt sich unter Umständen auf ihren Gesundheitszustand und dementsprechend auch auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aus.

Der Indikator erlebte Diskriminierungen geht praktisch immer mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustands einher. Die Interpretation der Ergebnisse ist jedoch nicht eindeutig, da zahlreiche potentielle Einflussfaktoren bestehen. Die Tatsache, dass man sich diskriminiert fühlt, könnte nicht die Ursache, sondern die Folge eines schlechten Gesundheitszustands oder einer als schlecht empfundenen Gesundheit sein. Diskriminierung wird unter anderem häufig im Rahmen der Kontakte mit Ärzten empfunden, und bei einem schlechten Gesundheitszustand steigt auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Harris et al., 2006). So konnte in der Tat ein Zusammenhang zwischen erlebter Diskriminierung und Unzufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Betreuung durch die Ärzte festgestellt werden.

Berücksichtigt man indessen die Angaben aller Migrantinnen und Migranten, geht aus der Analyse der Antworten auf die Fragen, die im Zusammenhang mit erlebter Diskriminierung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gestellt wurden, Folgendes hervor: Die Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund weisen einen hohen Zufriedenheitsgrad auf (90%). Dies gilt sowohl für den Vergleich mit der Behandlung der Autochthonen als auch für die Berücksichtigung von religiösen und kulturellen Besonderheiten und für die Betreuung insgesamt.

In Bezug auf das Integrationsniveau zeigt sich ein Zusammenhang mit Veränderungen des Gesundheitszustands, wobei dies weniger ausgeprägt ist und speziell bei Personen über 50 Jahren der Fall ist. Die Mechanismen, mit denen sich dieser Zusammenhang möglicherweise erklären lässt, sind auf verschiedenen Ebenen; wichtig erscheinen insbesondere die Schwierigkeiten beim Zugang zum Gesundheitssystem. Anhand der ermittelten Ergebnisse kann diese Hypothese allerdings nicht bestätigt werden.

Was die Anzahl Arztbesuche anbelangt, ist das Integrationsniveau kein entscheidender Faktor. Der Gesundheitszustand ist ein Indikator für die «Nachfrage» nach Gesundheitsleistungen (Smaje und Grand, 1997; Stronks et al., 2001). Ausgehend vom bestimmenden Einfluss des Gesundheitszustands auf die Anzahl Arztbesuche kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass diesbezüglich keine massgebende Diskriminierung besteht. Zu diesem Schluss kamen auch die oben erwähnten Studien in Grossbritannien und in den Niederlanden. Glaubt man den Angaben der befragten Personen, treten Kommunikationsprobleme mit dem medizinischen Personal eher selten auf (weniger als 5%, wobei bei den Asylsuchenden mit 12% ein höherer Anteil verzeichnet wurde). Die Hypothese, wonach Kommunikationsprobleme zwischen Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und dem medizinischen Personal eine systematischere Verordnung von Medikamenten und häufigere Arztwechsel zur Folge haben, hat sich somit nicht bewahrheitet. Die nur wenig integrierten Personen gaben deutlich häufiger an, wegen Unzufriedenheit schon einmal den Arzt gewechselt zu haben.

A priori kann daher ausgeschlossen werden, dass Probleme im Zusammenhang mit dem Zugang zum Gesundheitssystem ein wesentlicher Mechanismus sind, durch den sich das Integrationsniveau auf den Gesundheitszustand auswirkt. Es wäre indessen eine Untersuchung weiterer Indikatoren für die Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitssystems erforderlich. Damit könnte insbesondere zwischen Arztbesuchen

beim Allgemeinpraktiker und beim Spezialisten unterschieden werden, und es könnte nach der Art des Arztbesuchs (Prävention oder Behandlung) differenziert werden. Es können mehrere weitere Hypothesen aufgestellt werden, um den Zusammenhang zwischen Integration und Gesundheit zu erklären. Erstens korreliert das Ergebnis auf der Integrationsskala stark mit mehreren bestimmenden Faktoren des Gesundheitszustands, insbesondere mit dem sozioökonomischen Status. Im Weiteren konnte festgestellt werden, dass der Informationsstand im Zusammenhang mit gesundheitlichen Fragen bei weniger gut integrierten Personen tiefer ist. Das Defizit in diesem Bereich konnte mit bestimmten Risikoverhaltensweisen in Zusammenhang gebracht werden.

Entsprechend den Erwartungen wirken sich einige Risikofaktoren auf den Gesundheitszustand und auf die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen aus. Selbstverständlich gelten diese Ergebnisse nicht nur für die Migrationsbevölkerung. Der Body-Mass-Index und fehlende sportliche Aktivitäten erwiesen sich als bedeutendere Indikatoren als der Alkohol- oder Tabakkonsum. Aufgrund der Informationen, die im Rahmen der GMM-Umfrage zur Verfügung stehen, können die beiden letzteren Indikatoren nur in beschränkter Masse berücksichtigt werden. Ausgehend vom täglichen Alkoholkonsum kann nicht zwischen einem übermässigen, gesundheitsschädigenden Konsum und einem moderaten Konsum unterschieden werden, über dessen Auswirkungen sich die Experten nicht einig sind. Die Frage zum Tabakkonsum ermöglicht keine Unterscheidung der Raucherinnen und Raucher entsprechend der konsumierten Menge. Damit ist keine Differenzierung nach Risikostufe möglich. Es konnte auch festgestellt werden, dass jene Personen, die keinen Sport treiben und/oder übergewichtig sind, häufiger angaben, sich nicht über gesundheitliche Fragen zu informieren. Dieser Zusammenhang ist jedoch statistisch gesehen nicht relevant, da die Zahl der Personen, die sich gemäss ihren eigenen Angaben nicht informieren, sehr gering ist. Für eine detaillierte Untersuchung dieses Zusammenhangs sind die Fragen der GMM-Umfrage zu wenig auf die Kenntnisse in den Bereichen Prävention und Risikofaktoren fokussiert.

Was den Bereich der sozialen Beziehungen anbelangt, ist die Häufigkeit des Gefühls von Einsamkeit jene Variable, die den eindeutigsten Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand aufweist. Obwohl diese Variable unbestreitbar mit anderen Faktoren korreliert – wie dem Alter oder der Tatsache, dass man Asylsuchender ist –, besteht kein Zweifel daran, dass sie ein ausserordentlich hohes Erklärungspotenzial aufweist. Die Mechanismen, die diesen Zusammenhang bewirken, müssen noch eruiert werden. Das Fehlen eines Partners scheint ein bedeutender Faktor zu sein, insbesondere bei Asylsuchenden, aber auch bei niedergelassenen Migrantinnen und Migranten nach einer Scheidung. Das Gefühl von Einsamkeit tritt bei wenig integrierten Personen häufiger auf.

Auch in Bezug auf die Art der beruflichen Tätigkeit konnten einige interessante Ergebnisse verzeichnet werden. So ist bei Migrantinnen und Migranten, die in Branchen mit hoher körperlicher Belastung beschäftigt sind, eine hohe Zahl von Arztbesuchen festzustellen. Was die Analyse dieses Risikofaktors anbelangt, ist indessen auf zwei Probleme hinzuweisen. Zum einen mangelt es den Ergebnissen an Genauigkeit, wenn die Branche als Indikator für die körperliche Belastung durch die berufliche Tätigkeit verwendet wird. Zum anderen ist der Zeitraum, während dem eine Person den entsprechenden Risiken ausgesetzt ist, ein massgebender Faktor für das Ausmass des Berufsrisikos. Im Übrigen konnte festgestellt werden, dass die Auswirkungen der Branche auf die Anzahl Arztbesuche nur bei über 50-jährigen Personen bestehen.

Es wurde davon ausgegangen, dass sich die Unterschiede zwischen den verschiedenen Migrantengruppen bezüglich Gesundheitszustand und Inanspruchnahme des

Gesundheitssystem mit der Berücksichtigung all dieser potenziellen Faktoren zumindest zu einem gewissen Teil erklären lassen. Aus den durchgeführten Analysen geht jedoch hervor, dass die Staatsangehörigkeit nach wie vor eine bedeutende Variable ist. Die Analysen ermöglichen interessante Feststellungen zur Funktion dieser Variable. Wie bereits in der Schweiz und in anderen europäischen Ländern festgestellt wurde, ist der Gesundheitszustand der türkischen Frauen und Männer im Vergleich zur Gesundheit der anderen Migrantengruppen weiterhin ausgesprochen schlecht. Dies scheint indessen nur für Personen unter 50 Jahren zu gelten. Türkische Staatsangehörige gehen durchschnittlich häufiger zum Arzt, und dies unabhängig vom Gesundheitszustand. Entsprechend den Feststellungen in Deutschland geht aus den Analysen auch hervor, dass türkische Patientinnen und Patienten häufig nach der Verschreibung von Medikamenten verlangen.

Staatsangehörige aus Sri Lanka weisen unabhängig davon, ob es sich um niedergelassene Migrantinnen und Migranten oder um Asylsuchende handelt, ebenfalls bestimmte Besonderheiten auf, die insbesondere im Kontakt mit dem Schweizer Gesundheitssystem zum Ausdruck kommen. Srilankische Patientinnen und Patienten berichten häufiger von Verständigungsproblemen mit dem medizinischen Personal und von einer mangelnden Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse im Zusammenhang mit ihrer Kultur und ihrer Religion. Dies manifestiert sich jedoch weder in einer tiefen Zahl von Arztbesuchen noch in einer Verschlechterung des Gesundheitszustands.

Die Situation der Asylsuchenden scheint bei bestimmten Indikatoren des Gesundheitszustands ungünstig zu sein, insbesondere in Bezug auf die psychische Gesundheit von Migrantinnen und Migranten aus dem Kosovo. Doch diese unterscheiden sich von den anderen Asylsuchenden vor allem durch eine hohe Zufriedenheit hinsichtlich ihrer Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem. Eine ausserordentlich hohe Zahl der kosovarischen Asylsuchenden gab im Zusammenhang mit gesundheitlichen Fragen mehrere Informationsquellen an.

Im Rahmen der GMM-Umfrage konnten Menschen mit Migrationshintergrund, die von gesamtschweizerischen Umfragen wie der Schweizerischen Gesundheitsbefragung grösstenteils nicht erfasst werden, in der Sprache ihres Herkunftslandes befragt werden. Auf diese Weise konnte eine repräsentative und detaillierte Bilanz der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz erstellt werden. Dank den speziellen Modulen des Fragebogens, insbesondere zu den Themen Integration und Diskriminierung, konnten Risikofaktoren für die Gesundheit aufgezeigt werden, deren quantitative Untersuchung zuvor nicht möglich war. Eine neue Umfrage, die auf den Ergebnissen und den gesammelten Erkenntnissen dieser ersten Umfrage beruht, würde eine Vertiefung dieser Analyse ermöglichen.