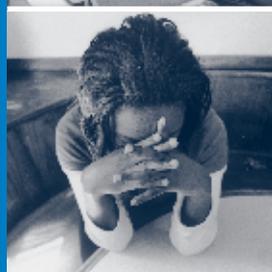


Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten?

Die wichtigsten Ergebnisse des «Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung»



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Reproduktion mit Quellenangabe gestattet

Herausgeber

Bundesamt für Gesundheit
Publikationszeitpunkt: Juli 2007

Fotos

Hansueli Trachsel, Bremgarten

Weitere Informationen und Bezugsquelle

BAG, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Abteilung Multisektorale
Gesundheitspolitik, Sektion Chancengleichheit und Gesundheit, CH-3003 Bern
E-Mail: migrationundgesundheit@bag.admin.ch, www.miges.admin.ch
Verantwortlich: Petra Aemmer

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

BAG-Publikationsnummer: BAG GP 8.07 445 d 190 f 155 e 30EXT07011 178893
ISBN 3-905235-63-3

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Einleitung	7
Gesundheitssituation und Gesundheitsverhalten der Migrationsbevölkerung	10
1 Einleitung	10
2 Soziale Lage und Soziodemographie	13
3 Gesundheitliche Lage	15
4 Gesundheitsverhalten	21
5 Ausblick	28
Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Migrationsbevölkerung	29
Einleitung	29
1. Daten und Methodik	31
1.1 Daten	31
1.2 Methodik: Statistische Modelle und Auswahl der Variablen	32
2. Die wichtigsten Ergebnisse	33
2.1 Gesundheitszustand	33
2.2 Gesundheitliches Risikoverhalten und Risikoexposition	37
2.3 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	41
2.4 Medikamentenkonsum	45
2.5 Prävention und Früherkennung	47
2.6 Erfahrungen im Umgang mit den Gesundheitsdiensten	51
3. Schlussfolgerungen	55

Vorwort

Wie gesund sind MigrantInnen im Vergleich mit der einheimischen Bevölkerung? Wie häufig gehen sie zum Arzt bzw. zur Ärztin oder ins Spital? Haben MigrantInnen mehr psychische Probleme als SchweizerInnen? Und welche Faktoren beeinflussen die Gesundheitssituation der Eingewanderten? Diesen und weiteren Fragen geht die vorliegende Publikation nach.

Im Jahr 2004 wurde auf der Basis der schweizerischen Gesundheitsbefragung das Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung durchgeführt. MigrantInnen verschiedener Nationalitäten wurden zu ihrer Gesundheitssituation und zu ihrem Gesundheitsverhalten befragt. Erhoben wurden auch Aspekte hinsichtlich ihrer Integration und ihrer sozioökonomischen Lage. Die Ergebnisse dieser Erhebung sind in dieser Publikation zusammengefasst dargestellt.

Im ersten Teil sind die erhobenen Daten deskriptiv zusammengefasst. Es wird aufgezeigt, wie viele Prozente der untersuchten MigrantInnengruppen an verschiedenen Gesundheitsproblemen leiden oder eine bestimmte Dienstleistung der Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen. Die Analyse belegt, dass zahlreiche MigrantInnengruppen verglichen mit der einheimischen Bevölkerung schlechtere Gesundheitswerte und erhöhte Risiken aufweisen. Daneben zeigt sich aber auch, dass einzelne Gruppen ihre Gesundheit besser einschätzen und sich gesundheitsfördernder verhalten.

Beim zweiten Teil der Publikation handelt es sich um die Kursfassung einer weiterführenden Datenanalyse, die der Frage nachgeht, womit die oft schlechtere Gesundheitssituation von MigrantInnen zusammenhängt. Es werden mittels Regressionsanalysen die Wechselwirkungen zwischen einerseits Gesundheit und andererseits Migration, soziokulturellen Faktoren und verschiedenen sozioökonomischen und soziodemografischen Strukturen geprüft.

Beim ersten und zweiten Teil der Publikation handelt es sich um zwei unterschiedliche Analysen derselben Daten, deshalb gibt es auch einige inhaltliche Überschneidungen.

Ich bedanke mich bei den zahlreichen Personen, die bei der Konzipierung, Durchführung, Auswertung und Publikation des Gesundheitsmonitorings der schweizerischen Migrationsbevölkerung mitgewirkt haben. Mit ihrer Arbeit konnte ein Meilenstein bei der Erforschung von Migration und Gesundheit in unserem Land erreicht werden. Es bleibt nun, diese Erhebung so weit wie möglich zu institutionalisieren und ausgehend von ihren Ergebnissen Massnahmen zu konzipieren und umzusetzen.

Thomas Spang
Bundesamt für Gesundheit

Einleitung

Auf die Gesundheit von MigrantInnen wirken verschiedene Faktoren ein, denen SchweizerInnen in dieser Form nicht ausgesetzt sind wie zum Beispiel die mit der Migration zusammenhängenden Ängste und Hoffnungen, Befreiung aus einer unbefriedigenden oder traumatisierenden Situation im Heimatland, Diskriminierung, Verständigungsschwierigkeiten (bezüglich Sprache, Verhaltenskodexe, u.a.) (vgl. Razum 2002). So können Gewalterfahrungen von Menschen aus Kriegsgebieten somatische oder emotionale Krankheitssymptome zur Folge haben. Zusammen mit anderen vulnerablen Gruppen sind MigrantInnen auch stärker von sozialen Problemen wie Armut und Arbeitslosigkeit betroffen. Sie gehören überdurchschnittlich häufig sozial benachteiligten Schichten an, was ihre Gesundheitssituation ebenso beeinflusst wie strukturelle Faktoren. So ist beispielsweise nachgewiesen, dass ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und Integration beziehungsweise der Integrationspolitik besteht (vgl. u.a. Bollini 2006). Und Zugangsbarrieren oder fehlende transkulturelle Kompetenz in Gesundheitsversorgung und Prävention führen nicht selten zu Benachteiligungen der MigrantInnen gegenüber der einheimischen Bevölkerung.

In den letzten Jahren wurden vermehrt Untersuchungen zur Gesundheitssituation von MigrantInnen durchgeführt, die insbesondere zu folgenden Erkenntnissen führten:

- Die psychische Gesundheit von MigrantInnen ist oft schlechter als diejenige von SchweizerInnen;
- Bestimmte MigrantInnengruppen weisen höhere Prävalenzen bei HIV/Aids, Tuberkulose, Hepatitis, Malaria und sexuell übertragbaren Krankheiten auf;
- MigrantInnen sind von Schwangerschaftsabbrüchen, mangelnder Verhütung und weiblicher Genitalverstümmelung häufiger betroffen;
- Die orale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus MigrantInnenfamilien ist oft schlechter;
- Gewisse MigrantInnengruppen leiden überdurchschnittlich häufig an spezifischen Krebsarten (SüdeuropäerInnen an Magenkrebs, MigrantInnen aus China an Nasenrachenkrebs, Menschen aus Afrika und Asien an Leberkrebs);
- Einige MigrantInnengruppen haben ein vergleichsweise ausgeprägtes Risikoverhalten in den Bereichen Tabakkonsum, Bewegung und Ernährung.

(vgl. Dahinden 2006)

Nicht nur hinsichtlich der Gesundheitssituation, sondern auch bei der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems unterscheiden sich Eingewanderte von Einheimischen. So befinden sich zum Beispiel MigrantInnen seltener in stationärer Behandlung aufgrund von psychischen Problemen (vgl. Frick 2004), sie beanspruchen die Notfalldienste der öffentlichen Spitäler anders (vgl. Borde 2003) und treffen nicht die Geburtsvorbereitungen, die für Schweizerinnen üblich sind (Weiss 2003). Obwohl wichtige Forschungen im Bereich Migration und Gesundheit vorliegen, sind die Kenntnisse über die Gesundheitssituation von MigrantInnen in der Schweiz lückenhaft. Repräsentative Aussagen sind nur wenige und nur zu spezifischen

Themen möglich. Auch die nationale Gesundheitsberichterstattung der Schweiz (Schweizerische Gesundheitsbefragung, SGB) liess bis anhin kaum Aussagen über die Gesundheitssituation und das Gesundheitsverhalten von MigrantInnen zu. So basiert die Definition der „Migrationsbevölkerung“ bei vielen Datenerhebungen auf Angaben zur Nationalität. Im Rahmen der SGB zum Beispiel wurden bis anhin keine Informationen über den Migrationshintergrund erhoben (wie Aufenthaltsstatus, Migrationsgrund, Integrationsgrad, Sprachkenntnisse). Solche Angaben wären aber von Bedeutung, um Zusammenhänge zwischen der Gesundheitssituation und dem Migrationshintergrund festzustellen. In die Gesundheitsbefragung 2007 wurden einige zusätzliche Fragen für MigrantInnen aufgenommen, viele spezifische Angaben werden aber dennoch fehlen.

Aufgrund der Stichprobenziehung sind die einzelnen Gruppen von MigrantInnen auch zu klein, um spezifische Aussagen über diese Gruppen machen zu können. Alle MigrantInnen zusammen mit den SchweizerInnen zu vergleichen (unabhängig beispielsweise von der Nationalität) ist zwar möglich, solche Analysen werden aber der Heterogenität der in der Schweiz lebenden AusländerInnen nicht gerecht. Ein weiteres Problem liegt darin, dass die SGB die Befragungen in den drei Landessprachen durchführt. Menschen, die diese Sprachen nicht genügend gut beherrschen, werden nicht berücksichtigt.

Wegen dieser lückenhaften Datenlage hat das Bundesamt für Gesundheit im Rahmen der Strategie Migration und Gesundheit das Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM) in Auftrag gegeben. Es wurden Daten zum Risiko- oder Präventionsverhalten, zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie verschiedene Angaben zur körperlichen und psychischen Gesundheit in der Selbsteinschätzung von MigrantInnen erhoben. Die per Telefon durchgeführten Interviews wurden bei Bedarf in den Muttersprachen durchgeführt, um eine möglichst grosse Repräsentativität zu erreichen.

Nun liegt ein Datensatz vor, der über die Gesundheitssituation und das Gesundheitsverhalten von MigrantInnen in der Schweiz Auskunft gibt. Die Berücksichtigung zahlreicher Migrationsvariablen ermöglicht, Zusammenhänge zwischen der Gesundheitssituation und der Migrationssituation zu klären. So kann beispielsweise geprüft werden, inwieweit Sprachkenntnisse, Diskriminierung oder der Aufenthaltsstatus die Gesundheitssituation beeinflussen.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse müssen aber auch die Grenzen der Studie mitgedacht werden. So handelt es sich bei den Daten um die Selbstdeklaration der Befragten. Unterschiedliche Wahrnehmungen, verschiedene Erklärungsmodelle oder andere Antwortverhalten konnten mit dem gewählten methodischen Verfahren nicht berücksichtigt werden. Auch konnte aus Ressourcengründen nicht die gesamte Migrationsbevölkerung der Schweiz befragt werden. Es wurden lediglich Personen gewisser Nationalitäten berücksichtigt (Frankreich, Deutschland, Österreich, Italien, Portugal, Türkei, ehem. Jugoslawien, Sri Lanka). Die Ergebnisse sind für diese Gruppen repräsentativ, für andere MigrantInnengruppen können die Resultate aber nur teilweise verallgemeinert werden.

Das GMM und die in dieser Publikation zusammengefassten Analysen geben einen guten Einblick in die Gesundheitssituation und das Gesundheitsverhalten der Migrationsbevölkerung in der Schweiz. Vieles, was bis anhin nur vermutet wurde, kann jetzt mit Zahlen belegt werden. Immer noch bestehen jedoch wesentliche Wissenslücken. Das Ziel muss deshalb sein, die Daten des GMM weiter auszuwerten und auch in Zukunft neue Daten zu erheben. Nur so kann das Wissen verfeinert und können Entwicklungstendenzen erkannt werden. Dies ist erstrebenswert, weil auf der Basis des gewonnenen Wissens Projekte bedarfsgerecht und zielgruppenspezifisch gestaltet werden können. Die Forschungsergebnisse tragen so dazu bei, die Effizienz und Effektivität von Massnahmen im Bereich Migration und Gesundheit zu steigern. Dadurch kommen wir dem Ziel der Chancengleichheit für MigrantInnen im Gesundheitswesen einen Schritt näher.

Rahel Gall Azmat
Bundesamt für Gesundheit

Literatur

- Bollini, P.; Wanner, Ph. (2006): Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention. In : Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.): Forschung Migration und Gesundheit, Bern.
- Borde, Th.; Braun, T.; David, M. (2003): Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In: Borde, Th. et al: Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Frankfurt am Main: Mabuse.
- Dahinden, J; Wyssmüller, Ch.; Efiouayi, D. (2006): Interner Arbeitsbericht zu Modul 2 - Projekt „Grundlagen für die Erarbeitung einer Nachfolgestrategie des Bundes im Bereich Migration und Gesundheit“, im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, Bern.
- Frick, U; Lengler, R; Neuenschwander, M; et al (2006): Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung durch SchweizerInnen und AusländerInnen im Kanton Zürich 1995-2002. In: Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.): Forschung Migration und Gesundheit, Bern.
- Razum, O.; Geiger, I. (2002): Migranten. In: Schwartz, F.E. et al. (Hrsg.) Das Public Health Buch. Gesundheit fördern – Krankheit verhindern, München: Urban & Fischer.
- Weiss, Regula (2003): Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten, Zürich: Seismo.

Gesundheitssituation und Gesundheitsverhalten der Migrationsbevölkerung

Zusammenfassung des technischen Schlussberichts des GMM

Studie durchgeführt vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD)¹ gem. e.V.
Zusammengefasst von Irène Dietschi, Klaffke & Dietschi's, Hägendorf

1 Einleitung

Ende 2003 lancierte das Bundesamt für Gesundheit ein «Gesundheitsmonitoring der Schweizerischen Migrationsbevölkerung» (GMM). Dieses bildet einen zentralen Bestandteil der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002-2007», die als Hauptziel die gesundheitliche Chancengleichheit nennt: Menschen aus allen sozialen Gruppen sollen Zugang zum Schweizer Gesundheitssystem haben und angemessene Leistungen beanspruchen können. Mit dem Monitoring der Migrationsbevölkerung will der Bund eine Grundlage schaffen, um die Situation von Migrantinnen und Migranten in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Gesundheitsverhalten und Prävention zu verbessern. Das weiter reichende Ziel ist die bessere Integration von Ausländerinnen und Ausländern. Dass ein solches Vorhaben seine Berechtigung hat, zeigt sich allein schon zahlenmässig: Seit Mitte der 90er Jahre beträgt der Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung gemessen an der schweizerischen Wohnbevölkerung mehr als 20 Prozent. Ende 2003, als die GMM-Studie gestartet wurde, lebten in der Schweiz 1,47 Millionen Personen aus dem Ausland (Arbeitskräfte und deren Angehörige) sowie knapp 65'000 Asylsuchende.

Technischer Schlussbericht

Der technische Schlussbericht über das GMM liegt seit Mai 2006 vor, der vorliegende Text fasst seine wichtigsten Resultate zusammen. VerfasserInnen des Berichts sind Alexander Rommel, Caren Weilandt und Josef Eckert vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands, das für die Durchführung der Studie verantwortlich zeichnete. Ebenfalls beteiligt war das schweizerische LINK Institut für Markt- und Sozialforschung.

Das GMM beleuchtet Aspekte nicht nur des Gesundheitszustands, sondern auch des Gesundheitsverhaltens der schweizerischen Migrationsbevölkerung: Wie wirken sich benachteiligende Lebensumstände auf das physische und psychische Befinden von Ausländerinnen und Ausländern aus? Gehen sie im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung öfters zum Arzt oder ins Spital? Achten Migrantinnen und Migranten auf die eigene Gesundheit, etwa indem sie Sport treiben oder nicht rauchen? Solche und ähnliche Fragen wurden im GMM untersucht und beantwortet.

¹ Caren Weilandt, Alexander Rommel, Josef Eckert

Was der technische Endbericht hingegen kaum liefert sind Interpretationen der Resultate. Es sind keine Kausalzusammenhänge ausgearbeitet und diskutiert worden. Wenn also zum Beispiel eine bestimmte Ausländergruppe bei Fragen zum Gesundheitsverhalten mehrfach «schlechtere» Werte aufweist, wird nicht auf mögliche Gründe eingegangen; d.h. es bleibt offen, ob die Ursachen für solche Unterschiede in der Landeszugehörigkeit liegen oder zum Beispiel davon abhängen, dass MigrantInnen aus diesem Land in der Schweiz einen tendenziell niedrigen Sozialstatus haben. Der umfangreiche Datensatz, der im Rahmen des GMM erhoben wurde soll für weitere erklärende Analysen verwendet werden.

Anlehnung an die Schweizerische Gesundheitsbefragung

In der öffentlich geförderten Gesundheitsforschung wurde die Migrationsbevölkerung bislang vernachlässigt. Zwar wurden in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB), die seit 1992 alle fünf Jahre durchgeführt wird, regelmässig auch Migrantinnen und Migranten befragt, aber nur diejenigen unter ihnen, die eine der schweizerischen Landessprachen ausreichend beherrschten. Diese Selektion führte zu einem verzerrten Bild. Hinzu kommt, dass die Anzahl der befragten Migrantinnen und Migranten bei der SGB jeweils nicht gross genug war, um detaillierte Aussagen über sie zu ermöglichen.

Das Gesundheitsmonitoring der Schweizerischen Migrationsbevölkerung GMM schliesst diese Informationslücke. Es erfasst und beschreibt den Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung mit denjenigen Methoden, die sich schon bei der Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB bewährt haben. Zusätzlich wurden migrationspezifische Fragen gestellt, zum Beispiel zur sozialen Lage (Integration, Migrationshintergrund) oder zu konkreten Problemen, die Ausländer und Ausländerinnen betreffen können wie zum Beispiel Sprachbarrieren. Während bei der SGB nebst den telefonischen Befragungen auch Fragebogen in schriftlicher Form zum Einsatz kommen, fanden beim GMM ausschliesslich telefonische Befragungen statt.

Das GMM hatte bestimmte Bedingungen zu erfüllen: Es sollte erstens die Migrationsbevölkerung der Schweiz möglichst breit erfassen, indem verschiedene wichtige MigrantInnengruppen befragt wurden. Zweitens sollte es Aussagen zulassen, die über einen Vergleich zwischen schweizerischer und nicht schweizerischer Bevölkerung hinausgehen und Vergleiche zwischen verschiedenen Ausländergruppen zulassen. Dafür brauchte es Stichproben, in denen die wichtigen Ausländergruppen der Schweiz in einer angemessenen Grösse vertreten sind. Drittens sollten auch jene MigrantInnen erfasst werden, die sprachlich schlecht in der Schweiz integriert sind. Dies bedeutete, dass nicht nur die Fragebogen in die jeweilige Muttersprache übersetzt werden, sondern auch muttersprachliche InterviewerInnen engagiert werden mussten.

Methodik

Die Grundgesamtheit des GMM bildet die schweizerische und nicht schweizerische Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 74 Jahren. Sie setzt sich aus drei

«Modulen» zusammen: Modul I übernimmt Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 – und zwar diejenigen über SchweizerInnen sowie über die Migrationsbevölkerung aus Italien, Deutschland, Österreich und Frankreich; Modul II erhebt Daten über die ständig ansässige Wohnbevölkerung aus dem ehemaligen Jugoslawien, aus Portugal, der Türkei und Sri Lanka (Personen, deren Wohnsitz ganzjährig in der Schweiz liegt oder die eine Aufenthaltsberechtigung von mindestens zwölf Monaten haben). Modul III erhebt Daten über Asylsuchende aus Sri Lanka und dem Kosovo.

Für die Interviews in Modul II wurde eine Stichprobe aus dem zentralen Ausländerregister gezogen. Es sollte eine Stichprobe von insgesamt 2500 Personen untersucht werden: 1000 aus dem ehemaligen Jugoslawien und je 500 aus Portugal, der Türkei und Sri Lanka. Jede dieser Stichproben war gleichmässig in fünf Altersgruppen (15 bis 26, 27 bis 38, 39 bis 50, 51 bis 62, 63 bis 74 Jahre) geschichtet sowie paritätisch auf Männer und Frauen verteilt. Die Stichprobe aus dem ehemaligen Jugoslawien fiel deshalb doppelt so gross aus, weil diese Gruppe mehrere Staatsangehörigkeiten umfasst. Für das GMM wurden Personen aus Kroatien, Serbien-Montenegro und Bosnien-Herzegowina und dem restlichen ehemaligen Jugoslawien befragt.

Bei der Auswertung der Daten berücksichtigten die Studienleiter das zahlenmässige Verhältnis der einzelnen Gruppen zueinander, wie es sich innerhalb der Bevölkerung in der Schweiz tatsächlich darstellt. Das heisst, die Resultate für einzelne Gruppen wurden rechnerisch in die richtigen Proportionen gebracht. Also geht zum Beispiel eine portugiesische Person eines bestimmten Alters und Geschlechts mit dem Gewicht in die Ergebnisse ein, das den Portugiesen im Verhältnis zu den anderen relevanten AusländerInnengruppen hierzulande zukommt.

Für Modul III wurde eine Stichprobe von 500 Personen aus dem Personenregister des Bundesregisters für Migration gezogen, wobei hier nicht zusätzlich nach Alter und Geschlecht geschichtet wurde. Die Wahl fiel auf Asylsuchende aus dem Kosovo und aus Sri Lanka. Dabei waren zwei Hauptgründe ausschlaggebend: Zum einen gehören Kosovo-AlbanerInnen und TamillInnen seit Jahren zu den grössten Gruppen Asylsuchender in der Schweiz. Zum anderen sollten dadurch direkte Vergleiche zwischen der ständigen Wohnbevölkerung – den TamillInnen und KosovarInnen in Modul II – und den Asylsuchenden ermöglicht werden.

Insgesamt wurden 3024 Interviews realisiert. Ein Ziel bestand darin, die Lebenswirklichkeit der Migrationsbevölkerung angemessen zu erfassen. Auf die Fragebogenkonstruktion, das Übersetzungsprozedere, die Befragungsmethode und den Befragungsablauf legten die StudienleiterInnen grosses Gewicht. Um zum Beispiel die Qualität der Übersetzungen zu kontrollieren, wurden die Fragebogen aus den Interviewsprachen (Französisch, Serbisch/Kroatisch, Albanisch, Portugiesisch, Türkisch, Tamil) ins Deutsche rückübersetzt. Auf diese Weise konnten problematische Formulierungen oder nicht eindeutig verständliche Fragen identifiziert werden. Vor den Interviews erhielten die ausgewählten Personen einen Ankündigungsbrief, in welchem Sinn und Zweck der Studie dargelegt wurde. Die InterviewerInnen

ihrerseits waren speziell für ihre Aufgabe geschult worden und wurden während des gesamten Befragungszeitraums supervidiert. Die Befragung wurde aus den Telefonlabors des LINK Instituts in Zürich, Luzern und Lausanne durchgeführt. Dabei wurde Deutsch, Französisch, Serbo-Kroatisch, Albanisch, Portugiesisch, Türkisch und Tamilisch gesprochen.

In der europäischen Gesundheitsforschung und -berichterstattung ist dieses methodische Vorgehen – das beschriebene Stichprobendesign kombiniert mit migrationspezifischen Fragen und muttersprachlichen Befragungsinstrumenten – bislang einmalig. Insofern spielt das GMM auf diesem Forschungsfeld eine Pionierrolle.

2 Soziale Lage und Soziodemographie

Geschlecht und Alter

In der schweizerischen Bevölkerung sind Frauen gegenüber Männern leicht in der Überzahl: 51 zu 49 Prozent beträgt das Geschlechterverhältnis. Bei den MigrantInnen hingegen, die im Rahmen des GMM befragt wurden, ist es umgekehrt, zumindest bei denjenigen, die einen ständigen Wohnsitz in der Schweiz haben: Bei ihnen ist durchweg ein Männerüberschuss zu verzeichnen, besonders ausgeprägt in der italienischen Bevölkerung mit 59 Prozent, im Übrigen zwischen 55 und 52 Prozent. Anders wiederum sind die Verhältnisse bei den Asylsuchenden, wo die Frauen in der Überzahl sind: In der Gruppe aus dem Kosovo beträgt der Frauenanteil 56 Prozent, in der Gruppe aus Sri Lanka sogar 64 Prozent. Dieses Resultat könnte allerdings die Folge der (ungewichteten) Stichprobenziehung, also zufällig sein. Was die Altersstruktur betrifft, sind sich SchweizerInnen und ItalienerInnen am ähnlichsten. In beiden Gruppen fällt auf, dass die alte Bevölkerung zahlreich ist, während die 15- bis 38-Jährigen relativ geringe Anteile ausmachen. Bei allen übrigen Gruppen sind die Jungen deutlich stärker vertreten.

Die meisten befragten MigrantInnen sind verheiratet und haben Kinder. Die durchschnittliche Geburtenziffer von Ausländerinnen beträgt 1,9 Kinder, die der Schweizerinnen 1,3 Kinder.

Bildungshintergrund, Beruf, Einkommen

Das Bildungsniveau von MigrantInnen ist – mit Ausnahme der deutschen, französischen und österreichischen Gruppe – gesamthaft eher tief. Die meisten MigrantInnen haben eine Schule ausserhalb der Schweiz besucht. Etwa 50 bis 65 Prozent von ihnen verfügen über einen Schulabschluss. Nur wenige haben aber ausserhalb der Schweiz eine Berufsbildung absolviert oder ein Studium abgeschlossen. Frauen sind – mit Ausnahme der tamilischen Wohnbevölkerung – generell weniger gut ausgebildet als Männer, wenn sie in die Schweiz einreisen.

Ein Teil der MigrantInnen besucht nach der Einreise in die Schweiz eine Schule oder absolviert eine berufliche Ausbildung. In der ehemaligen jugoslawischen, der portugiesischen und der türkischen Wohnbevölkerung zum Beispiel betrifft dies rund 20 Prozent. Nicht berücksichtigt sind dabei aber jene Befragten, die sich noch

in Ausbildung befinden; deshalb sollten die Zahlen in diesem Bereich nicht allzu stark gewichtet, sondern lediglich als Tendenzwerte aufgefasst werden. Generell lässt sich festhalten, dass die Bildungsniveaus der Migrationsbevölkerung insgesamt deutlich unterhalb derjenigen der schweizerischen Bevölkerung liegen. Zum Vergleich: Innerhalb der schweizerischen Bevölkerung geben gut fünf Sechstel an, eine Berufslehre, Berufsmittelschule oder Vollzeitberufsschule abgeschlossen zu haben. Etwa ein Siebtel absolviert das Gymnasium, knapp ein Zwölftel eine Universität oder Hochschule. Insgesamt haben rund 12 Prozent der SchweizerInnen eine höhere Qualifikation. Noch darüber liegt dieser Anteil bei den deutschen, französischen und österreichischen ZuwandererInnen: Hier sind fast 30 Prozent höher qualifiziert.

Mit Ausnahme der Asylsuchenden sind die meisten MigrantInnen in der Schweiz, nämlich rund zwei Drittel bis drei Viertel, erwerbstätig, eine deutliche Mehrheit von ihnen als Angestellte. Die italienische, ehemalige jugoslawische und türkische Gruppe arbeitet mehrheitlich in der Industrie, auf dem Bau und in anderen Gewerben. Albanische und portugiesische Befragte wie auch die beiden tamilischen Gruppen sind häufiger im Gastgewerbe oder im persönlichen Dienstleistungssektor tätig. Kaderangestellte machen in allen Gruppen unter zehn Prozent aus. Unter den schweizerischen Angestellten besetzen 32 Prozent eine Kaderposition, bei den ZuwandererInnen aus Deutschland, Frankreich und Österreich sind es sogar 36 Prozent. Die Gruppe der Auszubildenden weist in allen drei Modulen ähnliche Werte auf. Bemerkenswert ist hier der grosse Anteil Lehrlinge unter den albanischen Asylsuchenden: 19 Prozent gegenüber 5 Prozent Lehrlingen zum Beispiel in der schweizerischen Bevölkerung.

MigrantInnen verdienen deutlich weniger als SchweizerInnen, bei denen das Durchschnittseinkommen rund 4300 Franken beträgt. Demgegenüber verdienen zum Beispiel italienische Befragte fast 1000 Franken weniger, bei der portugiesischen, ehemaligen jugoslawischen und türkischen Gruppe liegt der monatliche Verdienst unter 3000 Franken. Am wenigsten verdienen die tamilischen Gruppen – 2100 bzw. 1780 Franken – und albanische Asylsuchende mit durchschnittlich 1160 Franken. Auf einen Nenner gebracht, ist die soziale Lage der Migrationsbevölkerung in der Schweiz polarisiert: Personen, die aus Deutschland, Österreich oder Frankreich in die Schweiz eingewandert sind, gehören – noch häufiger als die einheimische Bevölkerung – einer privilegierten Schicht an. Zwei Drittel von ihnen zählen zur Oberschicht bzw. oberen Mittelschicht.

Ganz anders das Bild bei den übrigen MigrantInnen, die mehrheitlich in den unteren sozialen Schichten anzutreffen sind. Am besten gestellt sind die ItalienerInnen, von denen etwa 40 Prozent zur Unterschicht zählen, aber auch mit zehn Prozent in den privilegiertesten Kreisen vertreten sind. In der türkischen und portugiesischen Gruppe sind fast zwei Drittel aller Befragten in der Unterschicht positioniert. Das Schlusslicht dieser Skala bilden die Asylsuchenden, bei denen fast drei Viertel der Unterschicht angehören.

Migrationshintergrund

Die Daten zur Wanderungsgeschichte und zur Aufenthaltsdauer zeigen, dass die Migrationsbevölkerung in der Schweiz sehr heterogen ist. Die am längsten ansässige Gruppe sind die ItalienerInnen, von denen ein grosser Anteil in der Schweiz geboren ist, die also stark durch die zweite und teilweise sogar dritte Generation geprägt ist. Ähnliche Muster finden sich bei der türkischen, portugiesischen und ehemals jugoslawischen Gruppe. Auch die deutsche, französische und österreichische Wohnbevölkerung ist durch eine lange Ansässigkeit in der Schweiz gekennzeichnet, hingegen dominiert bei ihnen die erste Generation: Einwanderung ist hier in erster Linie die Einwanderung Erwachsener. Merkwürdig kürzer und kaum seit Geburt leben TamillInnen und Kosovo-AlbanerInnen in der Schweiz. Die meisten von ihnen sind vor Krieg oder politischer Verfolgung aus ihren Heimatländern geflohen – Motive, die zum Teil auch von anderen Befragten aus dem ehemaligen Jugoslawien genannt wurden. Die übrigen MigrantInnen sind vorwiegend aus wirtschaftlichen und persönlichen Gründen in die Schweiz eingewandert. Die meisten der in Modul II und III befragten MigrantInnen beherrschen eine der schweizerischen Landessprachen, dabei handelt es sich – mit Ausnahme der meist frankophonen PortugiesInnen – überwiegend um Deutsch. Allerdings geben die meisten Interviewten zu Protokoll, die Sprache besser zu verstehen als sie tatsächlich auch zu sprechen. Unter den europäischen Gruppen verfügen nach eigenen Angaben rund zwei Drittel über gute bis sehr gute aktive Sprachkenntnisse. Bei den Asylsuchenden sind die Sprachkenntnisse generell eher schlecht.

3 Gesundheitliche Lage

Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand

Auf die Frage «Wie geht es Ihnen gesundheitlich?» geben MigrantInnen durchs Band schlechtere Werte zu Protokoll als die schweizerische Bevölkerung. Von den SchweizerInnen empfinden 88 Prozent ihren aktuellen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, lediglich 3 Prozent sagen, es gehe ihnen schlecht oder sehr schlecht. Praktisch gleiche Werte verzeichnen die Befragten aus Deutschland, Italien und Österreich.

Demgegenüber ist der Gesundheitszustand unter den Befragten in Modul II nach eigenem Empfinden deutlich schlechter: Als schlecht oder sehr schlecht bewerten ihn 11 Prozent der Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Bei den PortugiesInnen sind dies 9 Prozent. Noch weniger gesund fühlen sich die türkischen MigrantInnen, bei denen 16 Prozent den Wert «sehr schlecht» angeben. Entsprechend niedrig ist der Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als gut (51 Prozent) oder sehr gut (14 Prozent) bezeichnen.

Das Schlusslicht dieser Skala bilden die Asylsuchenden: Sie fühlen sich gesundheitlich weit weniger gut als alle übrigen Befragten. Nur beispielsweise 63 Prozent der Asylsuchenden aus dem Kosovo bewerten den eigenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, bei den TamillInnen sind es gar nur 57 Prozent. Hier fällt auf, dass

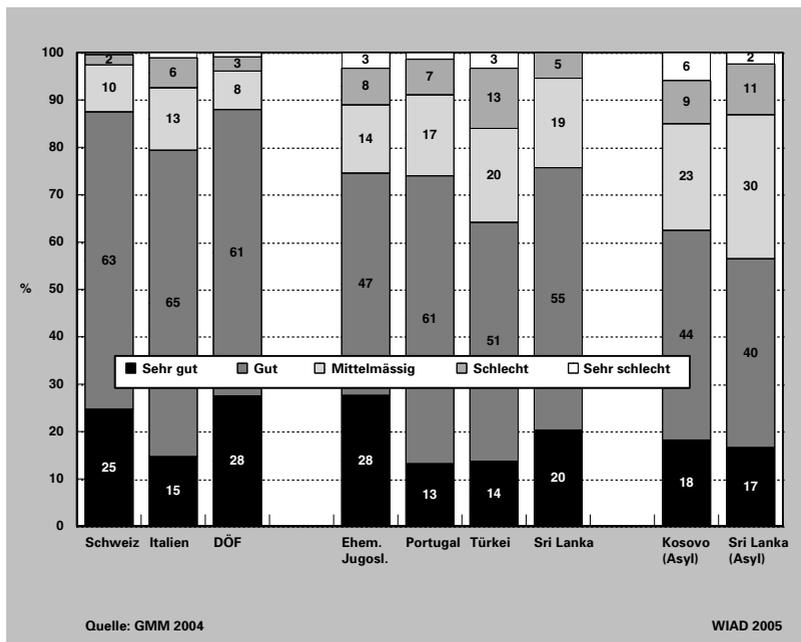
sich die ortsansässigen TamillInnen gesundheitlich viel besser fühlen als diejenigen im Asylbereich: Drei Viertel von ihnen geht es gesundheitlich «gut» oder «sehr gut», nur 5 Prozent von ihnen sagen, sie fühlten sich schlecht.

Frauen fühlen sich generell etwas weniger gesund als Männer. Ausgeprägt ist der Unterschied bei den TürklInnen – 70 Prozent der Männer, aber nur 57 Prozent der Frauen fühlen sich «gut bis sehr gut». Bei der tamilischen Wohnbevölkerung ist der Unterschied ebenfalls gross: Während 83 Prozent der Männer «gut bis sehr gut» angeben, sind es bei den Frauen nur 68 Prozent.

Ergänzend zum aktuellen Gesundheitszustand wurden die kontaktierten Personen nach ihrer psychischen Ausgeglichenheit gefragt. Hier ergaben sich ähnliche Werte wie beim subjektiven Gesundheitszustand: Eine grosse Mehrheit der SchweizerInnen fühlt sich psychisch ausgeglichen (80 Prozent), ebenso wie die ZuwandererInnen aus Deutschland, Österreich und Frankreich (DÖF) (76 Prozent) und Italien (72 Prozent). Auch Personen aus Portugal und dem ehemaligen Jugoslawien fühlen sich psychisch verhältnismässig gut: 61 bzw. 54 Prozent geben eine gute bis mittlere psychische Ausgeglichenheit zur Protokoll.

Durch besonders schlechte Werte hingegen fallen die türkischen MigrantInnen auf: 60 Prozent von ihnen geben an, psychisch schlecht ausgeglichen zu sein, lediglich 19 Prozent liegen hier «gut» – ein Ergebnis, das sich in den Angaben zum subjektiven Gesundheitszustand der TürklInnen spiegelt. Ausgeprägt negativ ist die psy-

Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand



chische Kondition türkischer Frauen, die durchweg die tiefsten Werte aufweisen. Türkinnen weisen auch die höchste Rate derjenigen auf, die sich wegen psychischen Problemen behandeln lassen: 23 Prozent der ständigen Wohnbevölkerung. Mit 21 Prozent ist diese Quote auch unter den Kosovo-Albanerinnen sehr hoch, hier haben auch die Männer sehr hohe Behandlungsraten (17 Prozent).

Auffällig ist bei dieser Erhebung auch der Unterschied zwischen der tamilischen Wohnbevölkerung und den tamilischen Asylsuchenden: Bei Letzteren fühlt sich knapp die Hälfte psychisch belastet, während dies bei den ansässigen TamillInnen nur bei rund einem Drittel der Fall ist. In Behandlung geht deswegen aber weder die eine noch die andere Gruppe.

Interessant ist eine altersspezifische Betrachtung von Gesundheit und psychischer Ausgeglichenheit: Je älter die befragten Personen sind, desto mehr gehen die Werte zwischen der schweizerischen und der nicht schweizerischen Bevölkerung auseinander. Während sich lediglich 5 Prozent der SchweizerInnen im Alter zwischen 51 und 62 Jahren gesundheitlich schlecht oder sehr schlecht fühlen, liegt derselbe Anteil bei Personen aus Italien bei 14 Prozent und bei solchen aus dem ehemaligen Jugoslawien, Portugal und der Türkei zwischen 30 und 40 Prozent. In der Altersgruppe zwischen 63 und 74 Jahren bezeichnen nur 4 Prozent der SchweizerInnen ihren Gesundheitszustand als schlecht bis sehr schlecht, während dieser Anteil in der ausländischen Bevölkerung im Schnitt bei etwa 25 Prozent liegt.

Ähnlich ist der Trend bei den Resultaten zur psychischen Gesundheit: SchweizerInnen, Personen aus Deutschland, Frankreich und Österreich sowie ItalienerInnen fühlen sich psychisch ausgeglichener, je älter sie werden. Bei den übrigen MigrantInnengruppen ist die psychische Ausgeglichenheit nicht nur auf einem generell niedrigeren Niveau, sie entwickelt sich zudem im Alter negativ. Erst, wenn diese Personen ins Rentenalter kommen, beginnen sie sich psychisch etwas zu entspannen. Bei den Frauen aus Sri Lanka allerdings bleibt diese positive Entwicklung aus, hier gibt es ab dem mittleren Erwerbsalter einen andauernden Abwärtstrend. Bei Frauen und Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien fällt vor allem der starke negative Trend im mittleren Lebensalter auf.

Gesundheitliche Einschränkungen und Arbeitsunfähigkeit

Neben der allgemeinen gesundheitlichen Verfassung wurden die ausgewählten Personen gefragt, ob sie unter körperlichen oder psychischen Problemen litten, die sie in ihrem Alltag einschränkten. Hier ergab sich tendenziell ein ähnliches Bild wie bei der subjektiven Gesundheit: Von den schweizerischen und italienischen Interviewten gaben 16 Prozent an, ein solches Problem zu haben, von den in der Schweiz lebenden Personen aus Deutschland, Frankreich und Österreich waren es lediglich 11 Prozent.

Unter den übrigen MigrantInnen fühlten sich deutlich mehr Personen durch ein gesundheitliches Problem in ihrer Leistung eingeschränkt. Besonders hoch ist dieser Anteil bei der türkischen Gruppe mit 30 Prozent von Betroffenen und bei den Asylsuchenden aus dem Kosovo mit 26 Prozent.

Ausser nach Leistungseinschränkungen wurde auch nach der Arbeitsunfähigkeit gefragt. Die Fragen lauteten: «Während wie vielen Tagen sind Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 4 Wochen nur mit Einschränkungen einsatz- und leistungsfähig gewesen, so dass Sie nicht alles wie gewohnt machen konnten?» Und: «Wieviele Tage haben Sie nicht zur Arbeit gehen können oder sind Sie nicht arbeitsfähig gewesen während den letzten 4 Wochen?» Bei dieser subjektiven Einschätzung fällt erstens auf, dass Frauen in allen Gruppen deutlich ungünstigere Werte aufweisen als Männer. Beispielsweise bezeichneten sich 30 Prozent der tamilischen Asylbewerberinnen als «eingeschränkt leistungsfähig», unter den Männern dieser Gruppe waren es nur 15 Prozent; 36 Prozent der Türkinnen gingen wegen eingeschränkter Leistungsfähigkeit nicht zur Arbeit, bei den türkischen Männern lediglich 23 Prozent. In der italienischen Gruppe gaben 22 Prozent der Frauen und 16 Prozent der Männer «eingeschränkte Leistungsfähigkeit» an. Zweitens sticht bei dieser Erhebung hervor, dass SchweizerInnen tiefere Werte aufweisen als die meisten Gruppen der AusländerInnen: 13 Prozent der Schweizer Männer und 9 Prozent der Schweizer Frauen waren in den vier Wochen vor der Befragung zeitweise arbeitsunfähig. Unterboten wurden diese Angaben einzig von den tamilischen Asylsuchenden, bei denen 11 Prozent der Frauen und 8 Prozent der Männer wegen eingeschränkter Leistungsfähigkeit der Arbeit fernblieben.

Medikamente

Die MigrantInnen wurden auch zu ihrem Medikamentenkonsum befragt. «Haben Sie innerhalb der letzten 7 Tage irgendein Medikament eingenommen», lautete die allgemeine Frage. Zusätzlich waren Angaben zur Einnahme von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmitteln zu machen. Dabei mussten die Interviewten angeben, ob es sich um ärztlich verordnete Medikamente handelte oder um Selbstmedikation. Betrachtet man den allgemeinen Medikamentengebrauch, so unterscheiden sich Personen aus der Schweiz, Italien, dem ehemaligen Jugoslawien sowie Deutschland, Österreich und Frankreich kaum voneinander: Rund 40 Prozent nahmen in der Woche vor der Befragung irgendein Medikament zu sich. Einen Ausreisser nach oben verzeichnet wiederum die türkische Gruppe mit über 50 Prozent Medikamentengebrauch. Nur halb so viele Medikamente konsumieren demgegenüber die portugiesische und die tamilische Gruppe.

Frauen nehmen generell mehr Medikamente zu sich als Männer, wobei dieser Wert mit der Einnahme der Antibabypille zusammenhängen könnte. Von allen Gruppen weisen die türkischen Frauen mit 60 Prozent die höchste Medikamentenkonsumrate auf, bei den türkischen Männern liegt dieser Wert bei 46 Prozent. Kaum einen Unterschied hingegen weisen die Werte bei jugoslawischen Männern und Frauen auf (39 versus 43 Prozent).

Schlüsselt man den Medikamentengebrauch nach Substanzgruppen auf, fallen mehrere Ergebnisse auf: Asylsuchende aus dem Kosovo und MigrantInnen aus der Türkei nehmen vergleichsweise häufig Beruhigungsmittel zu sich. Bei Letzteren schluckt fast jede zehnte Person täglich ein Beruhigungsmittel, bei den Kosovov-AlbanerInnen gar jede achte. Auch Schlafmittel werden von Asylsuchenden aus

dem Kosovo auffallend häufig eingenommen, von über einem Zehntel sogar täglich. Diese Substanzen werden den MigrantInnen fast ausschliesslich ärztlich verordnet. Noch häufiger als zu Schlaf- und Beruhigungsmitteln greifen gewisse MigrantInnengruppen zu Schmerzmitteln. Fast ein Fünftel der türkischen Gruppe schluckt sie täglich, ebenso Asylsuchende aus dem Kosovo. Mehr als die Hälfte aller Schmerzmittel wird ohne ärztliches Rezept konsumiert.

Die altersspezifische Betrachtung des Medikamentengebrauchs deckt sich weitgehend mit dem Bild, das sich bereits bei der Erhebung des Gesundheitszustandes herauskristallisiert hat: Die Schere zwischen schweizerischer und nicht schweizerischer Bevölkerung geht mit dem Alter auseinander. Zwar konsumieren auch SchweizerInnen sowie in der Schweiz lebende Deutsche, FranzöslInnen und ÖsterreicherInnen mit zunehmendem Alter leicht mehr Medikamente. Aber dieser Aufwärtstrend fällt bei allen übrigen MigrantInnengruppen sehr viel steiler aus. Die Spitze des Medikamentengebrauchs wird in Modul I, II und III im Alter zwischen 51 und 62 Jahren erreicht, wobei die türkischen Frauen einen extrem hohen Wert verzeichnen. Auch türkische Männer fallen in dieser Altersgruppe durch massiven Medikamentengebrauch auf, sie werden aber in dieser Hinsicht noch von den Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien übertroffen.

Übergewicht

Als wichtiger Faktor für die Gesundheit eines Menschen gilt in der Medizin das Körpergewicht. Wer zu wenig Kilo auf die Waage bringt, geht gesundheitliche Risiken ein und hat im Krankheitsfall möglicherweise zuwenig Reserven. In unserer Gesellschaft stellt aber nicht nur Untergewicht, sondern auch Übergewicht ein gesundheitliches Problem dar, denn es gilt als Risikofaktor für verschiedene Folgekrankheiten. Dazu zählen zum Beispiel Diabetes, zu hoher Blutdruck und Herz-Kreislaufprobleme.

Die bekannteste Messgrösse für Übergewicht ist heutzutage der Body Mass Index (BMI). Dieser zeigt das Verhältnis des Gewichtes zur Körpergrösse und wird nach folgender Formel berechnet: $BMI = \frac{\text{Körpergewicht}}{\text{Körpergrösse}^2}$. Die Klassifizierung des BMI wird von der Weltgesundheitsorganisation in Abhängigkeit von der Sterblichkeitsrate festgelegt. Der Normal-BMI ist der Bereich mit dem geringsten relativen Sterblichkeitsrisiko. Klassifiziert wird der BMI wie folgt:

- unter 18,5 Untergewicht
- 18,5 bis 25 Normalgewicht
- 25 bis 30 Übergewicht
- über 30 Fettsucht (Adipositas)

Nach dieser Einteilung ist die Migrationsbevölkerung vom Übergewichts-Problem noch stärker betroffen als die einheimische.

In der Schweiz gelten 51 Prozent der Bevölkerung als normalgewichtig. 35 Prozent haben Übergewicht, mehr als jede zehnte Person – 12 Prozent – gilt als adipös. Günstigere Werte als die SchweizerInnen weisen allein die ZuwandererInnen aus Deutschland, Frankreich und Österreich auf, mit 57 Prozent Normalgewichtigen

und «lediglich» 10 Prozent Adipösen, sowie die Asylsuchenden aus Sri Lanka, mit 58 Prozent Normalgewichtigen und nur 7 Prozent Adipösen. Unter den Asylsuchenden Sri Lankas haben 4 Prozent der Befragten Untergewicht.

Alle übrigen MigrantInnengruppen haben deutlich ungünstigere Werte, der Anteil der Übergewichtigen/Adipösen ist bei allen grösser als der Anteil derjenigen mit normalem Gewicht. Die grösste Gruppe Adipöser ist unter den Asylsuchenden aus dem Kosovo zu finden: 21 Prozent, das heisst jede fünfte befragte Person, weist einen BMI von über 30 auf. Insgesamt haben 62 Prozent aller Kosovo-AlbanerInnen Übergewicht, den gleichen Wert hat auch die italienische Wohnbevölkerung. Auffallend sind die Differenzen zwischen den beiden Gruppen aus Sri Lanka: Während unter den Asylsuchenden nur 38 Prozent der Befragten übergewichtig sind, sind es in der ansässigen Wohnbevölkerung mehr als die Hälfte (55 Prozent). Die GMM-StudienleiterInnen schliessen daraus, «dass der Aufenthalt in der Schweiz und eine mutmassliche Anpassung der Ernährungsgewohnheiten mit einer Verschiebung der BMI-Klassen hin zu ungünstigeren Werten verbunden ist.»

Diese Vermutung bestätigt sich, wenn man die BMI-Entwicklung in der Migrationsbevölkerung altersspezifisch betrachtet: Zwar korrelieren Alter und Gewicht bzw. BMI ganz allgemein in dem Sinn, dass man, je älter man wird, auch mehr Kilos auf die Waage bringt. Bei den MigrantInnen aber verlaufen die BMI-Werte in den oberen Altersgruppen zum Teil überproportional. Extrem hoch ist mit jeweils über 90 Prozent der Anteil der übergewichtigen TürkInnen in der Altersgruppe zwischen 51 und 60 Jahren. Auch die MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien, Italien und Portugal weisen mit rund 80 Prozent Übergewichtigen bzw. Adipösen in dieser Altersgruppe sehr ungünstige Werte auf.

Belastung durch Krankheitssymptome

Gemäss dem Vorbild der Schweizerischen Gesundheitsbefragung wurde auch im Rahmen des GMM nach spezifischen körperlichen Beschwerden gefragt. Es waren dies: «Rücken- oder Kreuzschmerzen», «allgemeine Schwäche, Müdigkeit oder Energielosigkeit», «Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch», «Durchfall, Verstopfung oder beides», «Schlafstörungen», «Kopf- oder Gesichtsschmerzen», «Herzklopfen, -jagen, -stolpern», «Schmerzen oder Druck im Brustbereich». Als Symptome können diese Beschwerden auch psychische Ursachen haben und als Folge einer hohen psychosozialen Belastung auftreten.

Die Resultate zeigen ein ziemlich konsistentes Bild: Alle diese Symptome kommen bei den SchweizerInnen sowie bei den in der Schweiz lebenden Deutschen, FranzöslInnen und ÖsterreicherInnen weniger häufig vor als in der Migrationsbevölkerung der Module II und III. Die meistgenannten Beschwerden sind Rückenschmerzen und Energielosigkeit. Auffallend sind wiederum die Werte der türkischen Wohnbevölkerung, die durchweg höher ausfallen als bei den übrigen MigrantInnen. Aber auch die Asylsuchenden leiden ausgeprägt unter den abgefragten Beschwerden. Auffallend sind hier die hohen Anteile an Rückenschmerzen, Schlafstörungen und Kopfschmerzen: Über ein Fünftel bis ein Viertel der befragten Asylsuchenden gaben an, in den vier Wochen vor der Befragung mindestens einmal stark unter

diesen Beschwerden gelitten zu haben. Diese Resultate decken sich zum Teil mit den Angaben zum Medikamentenkonsum: 28 Prozent der Asylsuchenden aus dem Kosovo und 18 Prozent der Asylsuchenden aus Sri Lanka schluckt täglich oder mehrmals pro Woche ein Schmerzmittel.

Nicht ganz so deutlich ist der Zusammenhang zwischen Schlafstörungen und den Einnahmepraktiken von Schlafmitteln: Obwohl zum Beispiel 19 Prozent aller türkischen MigrantInnen schlecht ein- oder durchschlafen kann, nimmt nur ein Bruchteil von ihnen regelmässig ein Schlafmittel. Noch stärker ausgeprägt ist diese Diskrepanz unter den Asylsuchenden aus Sri Lanka, von denen ein Fünftel mit Schlafstörungen kämpft, aber kaum jemand ein Mittel dagegen nimmt.

Fasst man die Resultate der acht beschriebenen Einzelsymptome in einem Index zusammen und wertet die Ergebnisse alters- und geschlechtsspezifisch aus, sticht vor allem ein Resultat hervor: In allen Alters- und Nationalitätsgruppen weisen Frauen die höhere Symptombelastung auf als Männer. Im Unterschied zu den schweizerischen Frauen sowie den Frauen aus Deutschland, Frankreich und Österreich aber, bei denen die Belastung über die Jahre ziemlich konstant bleibt, steigen bei den Migrantinnen aus Portugal, dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei die Beschwerden mit dem Alter immer weiter an. Erst im Rentenalter nehmen sie wieder ab. Die höchste Symptombelastung weisen die Türkinnen in der Altersgruppe zwischen 51 und 62 Jahren auf. Bei den Männern zeigt sich ein ähnlicher Verlauf, nur auf einem niedrigeren Belastungsniveau; hier rangieren, wie schon beim Medikamentengebrauch, die jugoslawischen Männer ganz oben. Die «Alterschere» zwischen der schweizerischen und nicht schweizerischen Bevölkerung, die sich schon bei den Erhebungen zum allgemeinen Gesundheitszustand oder dem Medikamentengebrauch feststellen liess, öffnet sich also bei den spezifischen Beschwerden einmal mehr.

4 Gesundheitsverhalten

Arzt- und Spitalinanspruchnahme

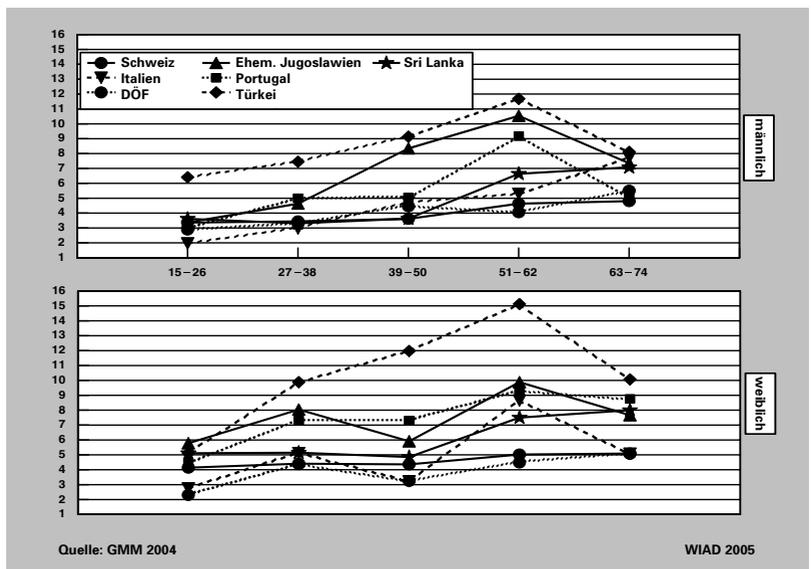
MigrantInnen haben tendenziell häufiger einen festen Hausarzt oder eine feste Hausärztin als die schweizerische Bevölkerung. Einzig Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich haben mit 80 Prozent eine tiefere Hausarztquote als SchweizerInnen. In der türkischen Wohnbevölkerung haben 96 Prozent, in den tamilischen Gruppen sogar 97 Prozent einen festen Hausarzt.

Die GMM-Resultate zeigen, dass die Migrationsbevölkerung im Schnitt häufiger den Arzt konsultiert als die schweizerische Bevölkerung, Frauen tendenziell noch häufiger als Männer und ältere Personen ebenfalls häufiger als Junge. Bei der durchschnittlichen Zahl der Arztbesuche liegen Asylsuchende aus dem Kosovo mit etwas 9,6 Arztbesuchen in 12 Monaten mit Abstand an der Spitze der Rangliste, gefolgt von den türkischen Befragten mit etwa 8,9 Arztbesuchen im Mittel. Nur halb so oft gehen SchweizerInnen sowie Personen aus Deutschland, Frankreich

und Österreich zum Arzt. Häufiger als SchweizerInnen suchen Befragte aus Italien, Portugal und dem ehemaligen Jugoslawien einen Arzt auf. Dass MigrantInnen den Arzt oder die Ärztin in erhöhtem Masse beanspruchen, ist in der Migrationsforschung bekannt. Dahinter werden unter anderem sprachliche und soziokulturelle Verständigungsschwierigkeiten vermutet, teilweise aber auch Fehlbehandlungen, die parallel auftreten können. ItalienerInnen indes hinterlassen in dieser Hinsicht ein weitgehend unauffälliges Bild.

Auffällig ist hingegen die relativ geringe Zahl Arztbesuche der TamillInnen, seien es die aus dem Asylbereich oder aus der ansässigen Wohnbevölkerung: Sie gehen kaum öfter zum Arzt als zum Beispiel SchweizerInnen. Altersspezifisch betrachtet ist auffällig, dass die Zahlen der durchschnittlichen Arztbesuche in der Altersgruppe der 15- bis 26-Jährigen für alle untersuchten Module noch recht nahe beieinander liegen; am seltensten gehen hier nicht die SchweizerInnen, sondern Personen aus Deutschland, Frankreich und Österreich sowie die ItalienerInnen zum Arzt. Die Differenz bezüglich Arztkontakte zwischen der schweizerischen und nicht schweizerischen Bevölkerung vergrössert sich wiederum erst in den höheren Altersgruppen und ist am grössten bei den 51- bis 62-Jährigen. Besonders zum Vorschein treten hier erneut Türkinnen und Türken, ebenso wie Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien. So suchen 51- bis 62-jährige Türkinnen im Schnitt drei Mal häufiger einen Arzt auf als gleichaltrige Schweizerinnen, nämlich 15 Mal in 12 Monaten. Bei den türkischen Männern liegt dieser Wert bei 11 Arztkontakten. Nachher fallen die Werte wieder ab. Weil die Altersgruppe der 51- bis 62-Jährigen schon bei ande-

Mittlere Zahl von Arztbesuchen nach Alter und Geschlecht



ren Parametern (Gesundheitszustand allgemein, körperliche Beschwerden und Medikamente) mit solchen Spitzenwerten aufgefallen ist, kommt ihnen – so die Schlussfolgerung der GMM-AutorInnen – in der «gesundheitspolitischen Relevanz eine besondere Stellung zu.»

Die Resultate zur Inanspruchnahme von Spitalleistungen decken sich weitgehend mit denjenigen zu den Arztbesuchen: MigrantInnen gehen häufiger ins Spital als Einheimische, besonders, was den ambulanten Bereich betrifft. Allerdings zeigt sich bei der Betrachtung der mittleren Anzahl an Spitaltagen das umgekehrte Bild: Die Verweilzeiten sind kürzer als in der schweizerischen Bevölkerung.

Vorsorgeuntersuchungen

Von MigrantInnen wird gesagt, sie hätten trotz häufiger Arztkonsultationen ein schwächer ausgeprägtes Vorsorgeverhalten als die einheimische Bevölkerung eines Landes. Informationsbarrieren führten dazu, dass die ausländische Bevölkerung über die Möglichkeit und Notwendigkeit von Vorsorgeuntersuchungen wie Krebsabstrich oder Prostatauntersuchung zu wenig Bescheid wisse.

Im Rahmen des GMM lässt sich diese These nur bedingt bestätigen. Gefragt wurde zunächst nach Blutdruck-, Cholesterin- oder Blutzuckermessungen in den 12 Monaten vor der Befragung: Hier zeigt sich, dass unter den schweizerischen, italienischen, deutschen, österreichischen und französischen Befragten zwar deutlich mehr Personen diese Untersuchung durchführen lassen als in den verbleibenden Gruppen. Mit zunehmendem Alter aber zeigt sich ein anderes Bild: In den höheren Altersgruppen ändert sich das Vorsorgeverhalten der Migrationsbevölkerung deutlich, ab der Gruppe der 51- bis 62-Jährigen gleicht es sich demjenigen aller übrigen Gruppen an. Bei den 63- bis 74-Jährigen sind bei sämtlichen Befragten, ausländischen wie einheimischen, Vorsorgequoten für Blutdruck-, Cholesterin- und Blutzuckermessungen um die 90 Prozent zu verzeichnen. Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt es hier keine.

Ein weiterer wichtiger Bereich ist die Krebsvorsorge. Bei den Frauen betrifft dies vor allem den Krebsabstrich am Gebärmutterhals, bei den Männern die Prostatauntersuchung. Hier ergibt sich kein einheitliches Bild. Gut die Hälfte der Schweizerinnen und einiger Migrantinnengruppen geht regelmässig zum Frauenarzt für einen Krebsabstrich und gleichzeitig eine Untersuchung der Brüste. Bei den Tamilinnen und Kosovo-Albanerinnen liegt dieser Anteil nur bei etwa einem Viertel. Auch Jugoslawinnen und Türkinnen sind, was die Krebsvorsorge betrifft, eher zurückhaltend. Nur wenige Migrantinnen bekommen von ihrem Frauenarzt praktische Anleitungen, wie zu Hause die Brust zu untersuchen sei. Das GMM stellt hier eine geringe Kompetenz der Selbstvorsorge fest.

Bei den Männern liegen die Werte für die Prostatauntersuchung bei allen befragten Gruppen bei rund 25 Prozent, ausser bei den Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien, die diese Vorsorgeuntersuchung mit einem 17-Prozent-Anteil deutlich seltener in Anspruch nehmen, und bei den ansässigen Tamilen, von denen nicht einmal jeder Zehnte zur Prostatauntersuchung geht.

Der GMM-Bericht resümiert für die Krebsvorsorge, dass besonders TamillInnen, zum Teil auch andere MigrantInnengruppen in dieser Hinsicht unterversorgt sind. Die AutorInnen verweisen dabei auf den Umstand, dass «Krebsvorsorge häufig für die betroffenen Personen unangenehme Eingriffe mit sich bringt, die auch Schamgrenzen verletzen können.» Gemäss der GMM-Studienleitung muss besonders für die unterversorgten Gruppen mehr Informations- und Aufklärungsarbeit geleistet werden, damit sich die Vorsorgewerte verbessern.

Wenig verbreitet sind in der Migrationsbevölkerung HIV-Tests. Wiederum weisen die tamilischen Befragten die geringsten Quoten auf: Nur etwa 3 Prozent der Befragten haben je einen HIV-Test durchgeführt und davon nur wenige in den 12 Monaten vor der Befragung.

Migrationsspezifische Aspekte der Inanspruchnahme

Ein Aspekt, der die gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen und ihr Verhalten entscheidend prägt, sind sprachliche Verständigungsschwierigkeiten. Wegen mangelnder Sprachkenntnisse sind manche ausländische Personen oft nicht imstande, ihre Anliegen und Probleme gegenüber ÄrztInnen oder dem Pflegepersonal ausreichend gut zu formulieren. Andererseits gibt es nur wenige muttersprachliche Ärztinnen und Ärzte, die dieses Problem abmildern könnten.

Die Erhebungen zeigen, dass ein grosser Teil der in Modul II und III befragten Ausländerinnen und Ausländer die Arztgespräche in einer der schweizerischen Landessprachen bewältigen. Die Quoten liegen hier für Modul II bei über 80 Prozent in allen Gruppen, bei den Asylsuchenden etwas tiefer. Aber nur zwischen 20 und 65 Prozent der Befragten geben an, eine der Schweizer Landessprachen gut zu beherrschen. Daraus lässt sich schliessen, dass viele MigrantInnen beim Gespräch mit dem Arzt oder der Ärztin sprachlich überfordert sind.

Eine geschlechtsspezifische Betrachtung der Arzt-Patienten-Kommunikation fördert gewisse Muster zu Tage: Frauen greifen deutlich öfter auf die Hilfe einer übersetzenden Person zurück als Männer, insbesondere im Asylbereich. Viele Migrantinnen und hier vor allem jene Frauen, die im Zuge der Familienzusammenführung ihr Heimatland verlassen haben, sprechen die schweizerischen Landessprachen deutlich schlechter als Männer. So geben zum Beispiel 45 Prozent der türkischen Frauen an, beim Arztbesuch schon einmal eine Übersetzungshilfe in Anspruch genommen zu haben, bei den türkischen Männern sind dies nur 27 Prozent. Noch höher ist diese Gefälle bei der tamilischen Bevölkerung: 63 Prozent der Tamillinnen hat sich beim Arztbesuch schon sprachlich unterstützen lassen, bei den Männern nur 19 Prozent.

In der Regel springen Freunde und Verwandte ein, um sprachlich weniger gut integrierte MigrantInnen zu unterstützen. Dabei handelt es sich vor allem um den Ehe- bzw. Lebenspartner, je nach Gruppe auch um die eigenen Kinder. Als problematisch werten die GMM-AutorInnen die Tatsache, dass Frauen sehr häufig auf männliche Verwandte zurückgreifen. Dadurch werden Intimsphären und Schamgrenzen der betreffenden Personen berührt, was sich negativ auswirken könnte auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patientin. Das Extrembeispiel bilden

die tamilischen Befragten: 90 Prozent der tamilischen Frauen verlassen sich beim Arztkontakt sprachlich auf einen männlichen Verwandten, umgekehrt aber greifen nur 22 Prozent der tamilischen Männer auf die sprachliche Unterstützung einer weiblichen Verwandten zurück. Auch bei den türkischen MigrantInnen besteht ein solches Gefälle (80 versus 56 Prozent). Ausländische Frauen ziehen zudem selten weibliche Bekannte oder Freundinnen bei. Insbesondere bei den tamilischen Frauen bleibt die Gesundheit «in der Familie» und wird eher mit männlichen Verwandten geteilt, als sie nach aussen hin zu thematisieren.

Resümierend halten die AutorInnen des GMM fest, dass zum einen bei vielen MigrantInnen die Kommunikation mit dem Arzt tatsächlich eingeschränkt ist. Zum anderen aber werten sie den Einbezug von (andersgeschlechtlichen) Verwandten, die sprachlich vermitteln, als nicht befriedigend. Ihre Schlussfolgerung: «Dem Vermitteln der Landessprache, aber auch dem Aufbau neutraler und professioneller Strukturen der Sprachmittlung im Gesundheitswesen kommt deshalb im Hinblick auf eine verbesserte Versorgung und auf eine intakte Arzt-Patient-Beziehung zentrale Bedeutung zu.»

Gestützt wird dieses Fazit durch die Erhebungen, in denen die MigrantInnen selber nach verbesserten Versorgungsstrukturen gefragt werden. Den Interviewten wurde eine Liste vorgelegt, deren Elemente daraufhin bewertet werden konnten, ob sie bereits einmal konkret vermisst wurden oder ob sie generell für wichtig befunden werden.

Die Resultate zeigen deutlich, dass professionelle Dolmetscherdienste unter den Befragten die grösste Zustimmung finden, noch vor dem Bedürfnis, von einem Arzt oder einer Ärztin aus der Gruppe der eigenen Landesleute behandelt zu werden. Auch muttersprachliche Informationsquellen werden stark befürwortet, ein Viertel bis die Hälfte der Befragten haben solche Informationen schon konkret vermisst. Das betrifft vor allem Informationen zu Strukturen der Krankenkassen, medizinischen Behandlungen und Vorsorgeuntersuchungen. Als wichtig erachten MigrantInnen auch Beratungsstellen, von geringer Bedeutung hingegen sind spezielle Pflegeangebote oder Selbsthilfegruppen.

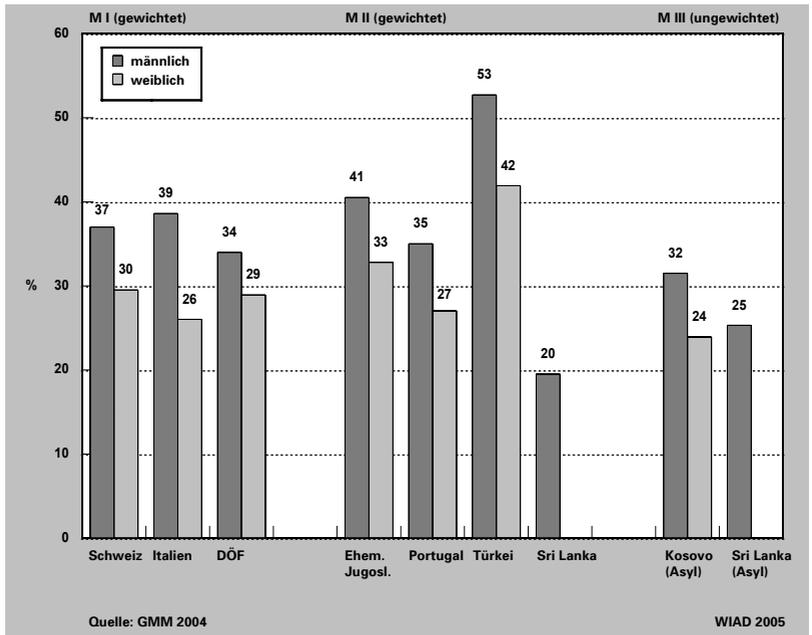
Nach der Nutzung von Informationsquellen bei gesundheitlichen Themen befragt, gibt eine Mehrheit der MigrantInnen an, sich dabei auf Zeitungen und Zeitschriften, das Fernsehen, den Hausarzt sowie den Freundes- und Verwandtenkreis zu stützen. Viel weniger bedeutend sind das Internet oder Informationsbroschüren, und noch weniger ins Gewicht fallen Selbsthilfegruppen oder direkte Beratung. Die GMM-AutorInnen schliessen daraus, dass gerade Beratungsstellen tatsächlich ausbaufähig sind, analog zum Bedürfnis, das die Befragten selber formuliert haben. Zudem sollten das Internet und Broschüren stark beworben werden, weil in diesen Medien ausführliche Informationen differenziert dargestellt werden können.

Rauchen, Alkohol, Drogen, Sport

Betrachtet man das Rauchverhalten in den einzelnen MigrantInnengruppen, so fallen vor allem die Personen aus der Türkei und aus Sri Lanka auf. Bei den TürkInnen findet sich mit 48 Prozent die mit Abstand höchste Quote von RaucherInnen und mit 14 Prozent die absolut kleinste Quote von ehemaligen RaucherInnen. Bei den TamillInnen hingegen spielt Tabak kaum eine Rolle. Der überwiegende Teil von ihnen, rund 90 Prozent, hat in der Befragung angegeben, noch nie im Leben geraucht zu haben.

In den übrigen MigrantInnengruppen sind die Zahlen ähnlich wie bei den SchweizerInnen: Hierzulande bezeichnen sich 33 Prozent der Bevölkerung als Raucher, 20 Prozent sind Ex-Raucher. Männer rauchen generell häufiger als Frauen. Bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung fallen die tamilische und türkische Gruppe erneut auf: Unter den Tamilinnen spielt Tabak überhaupt keine Rolle, sie sind sowohl in der ständigen Wohnbevölkerung als auch im Asylbereich zu 100 Prozent Nieraucherinnen. Am anderen Ende des Spektrums befinden sich die Türkinnen, die mit 42 Prozent die höchste Raucherinnenquote aller weiblichen Befragten aufweisen. Bei den türkischen Männern raucht mit 53 Prozent sogar eine Mehrheit.

Tabakkonsum nach Geschlecht



Beim Alkoholkonsum zeigt sich zunächst ein eindeutiges Bild: In allen MigrantInnen-Gruppen sind die Quoten derjenigen, die überhaupt keinen Alkohol trinken, höher als bei der Schweizer Bevölkerung. Allerdings bestehen diesbezüglich auch zwischen den ausländischen Gruppen grosse Unterschiede. Aus Sicht der GMM-Studienleitung ist es wichtiger, auf diese Unterschiede zwischen den MigrantInnen-Gruppen einzugehen, statt die Differenz zwischen der schweizerischen und der ausländischen Bevölkerung zu betonen.

Auffällig sind zum Beispiel die Ergebnisse der portugiesischen und italienischen Gruppe: Mit über 30 Prozent ist der Anteil alkoholabstinenter Personen bei ihnen deutlich grösser als beispielsweise in der schweizerischen Bevölkerung, in der lediglich 19 Prozent nie Alkohol trinken. Andererseits gibt es unter den PortugiesInnen und ItalienerInnen relativ viele Personen, die täglich ein- oder mehrmals Alkohol konsumieren; bei den portugiesischen Befragten sind dies etwa 18 Prozent, bei den ItalienerInnen 25 Prozent, also jede vierte befragte Person.

In den Resultaten der übrigen MigrantInnen-Gruppen sticht – wie bereits erwähnt – hervor, dass grosse Anteile der Bevölkerung gar keinen Alkohol trinken: Bei den Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien betrifft dies fast die Hälfte, bei den türkischen Befragten betrifft es 58 Prozent und bei den ansässigen TamilInnen 70 Prozent. Die höchsten Abstinenzquoten finden sich unter den Asylsuchenden, mit 87 Prozent bei den Personen aus dem Kosovo und 88 Prozent bei denjenigen aus Sri Lanka. Frauen trinken generell weniger Alkohol als Männer.

Beim Thema Drogen zeigt das GMM, dass SchweizerInnen in viel grösserem Ausmass Cannabis und andere Rauschgifte konsumieren als MigrantInnen. Dies betrifft allerdings nicht die ZuwandererInnen aus Deutschland, Österreich und Frankreich, welche die schweizerische Bevölkerung diesbezüglich noch übertreffen.

Mehr als 20 Prozent aller SchweizerInnen geben an, mindestens einmal im Leben Cannabis und/oder weitere Drogen genommen zu haben, 4 bis 5 Prozent konsumierte auch zum Zeitpunkt der Befragung regelmässig Drogen. Dieser Wert liegt in den Gruppen aus dem ehemaligen Jugoslawien, Portugal und der Türkei bei einem bis höchstens 2 Prozent; 6 bis 10 Prozent der Personen aus diesen Gruppen machte früher im Leben Erfahrungen mit Drogen. Im Asylbereich spielen Drogen nach den vorliegenden Angaben kaum eine Rolle. Die GMM-AutorInnen räumen allerdings ein, dass die Daten zum Drogenkonsum nicht in allen Belangen verlässlich sein könnten.

Sport, ein grosses Thema für viele Schweizerinnen und Schweizer, scheint die breite Migrationsbevölkerung in geringerem Ausmass zu begeistern. Manche MigrantInnen treiben zwar regelmässig ein- bis zweimal wöchentlich Sport, viele aber gar keinen. Die Quoten derjenigen, die nach dem Motto «no sports» leben, sind bei den MigrantInnen durchs Band höher als bei den SchweizerInnen, besonders hoch mit 61 Prozent bei den italienischen und mit 67 Prozent bei den tamilischen Befragten.

Bei einer geschlechtsspezifischen Betrachtung fallen andere Muster auf: Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus der Türkei treiben im Vergleich zu den Schweizern sogar häufiger Sport. Das betrifft vor allem die jüngeren Altersgruppen. In den Gruppen der Älteren nimmt die Sportbegeisterung nicht schweizerischer Männer dann rapide ab, das beschriebene Verhältnis verkehrt sich ins Gegenteil. Insgesamt aus dem Rahmen fallen vor allem die tamilischen Männer, von denen sowohl unter den ansässigen wie den asylsuchenden weit mehr als die Hälfte angeben, keinen Sport zu treiben.

In der schweizerischen Bevölkerung sind Männer und Frauen etwa gleich sportlich: 57 Prozent sind in irgendeiner Weise sportlich aktiv. Im Gegensatz dazu treiben die Frauen der Migrationsbevölkerung deutlich seltener Sport als Männer. Am wenigsten sportlich sind die Tamilinnen: Sie sind zu 74 Prozent sportabstinent.

5 Ausblick

Mit dem Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung wurden umfassende Daten gesammelt, die Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch MigrantInnengruppen liefern. Zudem wurden viele Daten zur sozialen Lage und zum Migrationshintergrund der befragten Personen erhoben.

Diese Daten sind im technischen Schlussbericht des GMM lediglich beschreibend dargestellt worden, und zwar geordnet nach Nationalität, Alter und Geschlecht. In Zukunft wird es darum gehen, diese Datensatz gemäss verschiedenen Fragestellungen weiter zu analysieren. Hängt zum Beispiel der oft schlechtere Gesundheitszustand der MigrantInnen oder Unterschiede im Gesundheitsverhalten damit zusammen, dass diese überdurchschnittlich häufig den unteren sozialen Schichten zugehörig sind? Oder sind diese Unterschiede auf den Migrationshintergrund als solchen zurückzuführen? Diese und andere Hypothesen sollen in den weitergehenden Analysen untersucht werden.

Zudem geprüft, in welcher Form das GMM in eine reguläre und wiederholte Befragung überführt werden kann. Ein regelmässiges Gesundheitsmonitoring wäre wünschenswert, um die Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung hinsichtlich Gesundheitsversorgung, Gesundheitsverhalten und Prävention zu verbessern.

Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Migrationsbevölkerung

Wechselwirkungen zwischen soziodemographischem und migrationspezifischem Profil und Gesundheit: Eine Analyse¹ der GMM-Daten – Kurzfassung der Ergebnisse

Alexis Gabadinho, Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM)
Philippe Wanner, Laboratoire de démographie et d'études familiales, Universität Genf

Übersetzung aus dem Französischen: Chantal Wyssmüller

Einleitung

Seit den 1990er-Jahren ist die Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz mehr und mehr ins Blickfeld der Forschung gerückt und gleichzeitig zur Quelle wachsender Beunruhigung geworden. Allerdings waren bisher kaum Daten verfügbar, die es erlauben würden, die Gesundheit der verschiedenen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund in der Schweiz adäquat zu beschreiben, zumal die Staatszugehörigkeit meist die einzige in den statistischen Daten vorhandene Information darstellt, die zur Gruppenabgrenzung zur Verfügung steht. Die simple Einteilung in Nationalitätengruppen trägt man aber der Heterogenität der „ausländischen Bevölkerung“, d.h. den nach Migrations(hinter)gründen und -kontexten stark variierenden Profilen dieser Menschen, nur sehr schlecht Rechnung. Im Weiteren können mittels Befragungen wie der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB), die auf einer aus dem Telefonbuch gezogenen Bevölkerungsstichprobe beruhen, gewisse ausländische Gruppen kaum erreicht werden. Namentlich handelt es sich hierbei um jene Personen, die keine Landessprache beherrschen, und um Asylsuchende. Auch werden im Rahmen der SGB keine oder nur sehr wenige Daten zur individuellen Migrationsgeschichte und zum Integrationsprozess erhoben, obwohl gerade derartige Variablen mit Gesundheitsproblemen in engem Zusammenhang stehen können.

Angesichts dieser Datenlage hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beschlossen, eigens eine Befragung mit dem Titel „Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung“ (GMM) in Auftrag zu geben. Die Durchführung dieser Umfrage bildete einen zentralen Bestandteil der vom Bundesrat im Juli 2002 verabschiedeten Bundesstrategie „Migration und Gesundheit 2002-2007“, in deren Rahmen unter anderem auch Forschung und Monitoring im Bereich Migration gefördert werden.

Das GMM wurde vom Institut WIAD² konzipiert und geleitet; mit der Durchführung der Telefonbefragung wurde das Institut LINK betraut. Die Umfrage konzentrierte sich auf eine beschränkte Anzahl ausländischer Bevölkerungsgruppen. Der für die

¹ Diese Studie wurde im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002-2007» durchgeführt und vom Bundesamt für Gesundheit finanziert. Vertrag BAG Nr. 06.001660 / 704.0001-19.

² Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands.

SGB 2002 verwendete Fragebogen wurde in die Herkunftssprachen der Zielgruppen übersetzt und mit Fragen zur individuellen Migrationsgeschichte und zum Integrationsprozess ergänzt.

Ein erster Forschungsbericht³ lieferte grundlegende Informationen zum Gesundheitszustand und Risikoverhalten der schweizerischen Migrationsbevölkerung sowie zur Prävalenz gewisser Gesundheitsstörungen. Die deskriptiven Ergebnisse dieser ersten Analysen vermögen allerdings die beobachteten Unterschiede zwischen den Nationalitätengruppen nicht zu erklären, da wesentliche Faktoren nicht berücksichtigt worden sind. Beispielsweise ist bekannt, dass sich die verschiedenen in der Schweiz lebenden Gruppen ausländischer Nationalität in Bezug auf ihre sozioökonomische Situation beträchtlich unterscheiden. Dass aber gerade der sozioökonomische Status sich in besonderem Masse auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten auswirkt, wurde in zahlreichen in- und ausländischen Studien nachgewiesen. Forschungsergebnisse aus verschiedenen Ländern belegen ausserdem, dass auch die beobachteten gesundheitsbezogenen Unterschiede zwischen Migrations- und einheimischer Bevölkerung zumindest teilweise auf die ungünstige sozioökonomische Situation gewisser MigrantInnengruppen zurückzuführen sind.

Das BAG hat das Schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM) darum beauftragt, eine vertiefte statistische Analyse der GMM-Daten vorzunehmen, um den Einfluss einzelner Faktoren auf den Gesundheitszustand, das Risikoverhalten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die befragten Bevölkerungsteile zu klären. Als wesentliche Einflussfaktoren berücksichtigt wurden das soziodemographische Profil (Alter, Geschlecht, sozioökonomische Situation, Lebenslage, Wohnort), das Migrationsprofil (Alter bei Immigration in die Schweiz, Migrationsgründe) und das Integrationsniveau (Beherrschung einer Landessprache, Wahrnehmung von Diskriminierung). Ein weiteres Ziel der vertiefenden Untersuchung war es, jene Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen SchweizerInnen und AusländerInnen genauer unter die Lupe zu nehmen, die auch nach Kontrolle der genannten Einflussfaktoren bestehen bleiben.

Im Folgenden werden die Hauptergebnisse dieser Studie in Form einer Synthese präsentiert. Der vollständige Forschungsbericht ist vom SFM publiziert worden.⁴

³ Rommel, Alexander, Caren Weilandt, und Josef Eckert (2006). Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung - Endbericht. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V.

⁴ Download/Bestellung unter www.migration-population.ch/index.php

1 Daten und Methodik

1.1 Daten

Das Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM) beinhaltet drei Datenmodule, die unterschiedlichen Stichproben entstammen. Modul I besteht aus Daten, die im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) von 2002 erhoben worden sind. Zielgruppe der SGB waren alle in einem privaten Haushalt in der Schweiz wohnhaften Personen ab 15 Jahren. Ins Modul I des GMM übernommen wurden die Antworten der Personen schweizerischer, italienischer, französischer, deutscher und österreichischer Staatsangehörigkeit im Alter zwischen 15 und 74 Jahren.

Die Daten der Module II und III sind im Jahr 2004 im Rahmen einer spezifisch auf die ausländische Bevölkerung ab 15 Jahren abzielenden Befragung erhoben worden. Hierbei kam ein Fragebogen zur Anwendung, der vom für die SGB 2002 verwendeten abgeleitet, ergänzt und in die Sprachen der anvisierten AusländerInnenengruppen übersetzt worden war. Das Modul II besteht aus Daten zu Personen portugiesischer, türkischer und srilankischer Staatsangehörigkeit sowie zu Angehörigen bestimmter Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens;⁵ ausgenommen sind dabei Asylsuchende, Personen mit einer Kurzaufenthaltsbewilligung (weniger als 12 Monate, Ausweis L) sowie internationale FunktionärInnen und deren Familienangehörige. Die Stichprobenziehung erfolgte auf der Grundlage des Zentralen Ausländerregisters. Modul III bilden Daten zu Asylsuchenden aus Kosovo und Sri Lanka, die sich seit mindestens 12 Monaten in der Schweiz aufhalten. Diese Stichprobe basiert auf dem automatisierten Personenregistratursystem (AUPER).

Die Anzahl bzw. die Anteile der je Nationalität bzw. je Herkunftsstaaten-Gruppe befragten Personen sind aus Tabelle 1 ersichtlich:

Tabelle 1: Datenmodule des GMM und Anzahl befragter Personen

Nationalität	Modul	Anzahl Interviews	%
Schweiz	1	15'579	78.7
Italien	1	692	3.5
Deutschland, Österreich, Frankreich	1	502	2.5
Serbien-Montenegro, Kroatien, Bosnien-Herzegowina, Jugoslawien	2	1'043	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		19'797	100

⁵ Serbien-Montenegro, Kroatien, Bosnien-Herzegowina, Jugoslawien.

1.2 Methodik: Statistische Modelle und Auswahl der Variablen

Die Analyse erfolgte anhand zweier Modelle der logistischen Regression. Mithilfe dieser statistischen Technik kann der Einfluss bestimmter Faktoren (der so genannten unabhängigen Variablen) auf eine abhängige, binäre Variable (Vorhandensein oder nicht eines Zustandes oder einer Verhaltensweise) dargestellt werden. Die abhängigen Variablen, im vorliegenden Fall also die berücksichtigten Gesundheitsindikatoren, werden dementsprechend binär codiert. Durch Einfügen jeder einzelnen unabhängigen Variablen (Alter, sozioökonomische Situation etc.) ins Modell kann deren Einfluss auf den Indikator gemessen werden: Erhöht oder verringert sich für eine bestimmte Gruppe (etwa eine Altersgruppe) im Vergleich zu einer Referenzkategorie (mit Blick auf die Variable Alter beispielsweise die 15 bis 26-Jährigen) die Wahrscheinlichkeit, dass der ins Auge gefasste Zustand (eine schlechte subjektive Gesundheit, schwerwiegende körperliche Beschwerden etc.) zutrifft?

Das eine verwendete Regressionsmodell (Modell A) diente hauptsächlich dazu, allfällige Unterschiede zwischen SchweizerInnen und nach Nationalität klassierten AusländerInnengruppen in Bezug auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten aufzudecken; dies nach Kontrolle verschiedener so genannter Kontroll- oder Unschärfvariablen, die in erster Linie die soziodemographische Situation widerspiegeln. Die befragten Frauen und Männer schweizerischer Staatsangehörigkeit bildeten dabei jeweils die Referenzkategorie.

Mithilfe des zweiten Modells (Modell B) wurde der Einfluss jener Variablen untersucht, die zur Erklärung der Unterschiede im Gesundheitszustand oder -verhalten zwischen den verschiedenen, im Rahmen der Module II und III des GMM befragten AusländerInnengruppen geeignet schienen. Unter den für dieses zweite Modell ausgewählten Kontrollvariablen befinden sich auch solche zu Integration und Diskriminierung, die lediglich mit dem GMM-Fragebogen 2004 erhoben worden sind. Was die Variable Nationalität betrifft, bilden die befragten Männer bzw. Frauen mit Zugehörigkeit zu den genannten Nachfolgestaaten Jugoslawiens die jeweiligen Referenzkategorien.

Anhand dieser beiden Modelle wurde im Rahmen der hier kurz präsentierten Studie der Einfluss bestimmter unabhängiger Variablen auf ausgewählte Gesundheitsindikatoren (Indikatoren zum Gesundheitszustand, zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, zum Medikamentenkonsum und zu Vorsorgemassnahmen) untersucht, d.h., zur Erklärung der Variation all dieser Indikatoren sind immer dieselben unabhängigen Variablen herangezogen worden. Da die Häufigkeit der zu beobachtenden Phänomene wie auch der Einfluss der Kontrollvariablen in vielen Bereichen nach Geschlecht variieren dürfte, wurden die beiden statistischen Modelle auf die Angehörigen beider Geschlechter getrennt angewendet.

Bei der Auswahl der Kontrollvariablen wurde darauf geachtet, ein möglichst breites Spektrum jener Faktoren zu berücksichtigen, die wesentlich zur Erklärung der Variation der ins Auge gefassten Gesundheitsindikatoren beitragen. Dazu gehören in erster Linie soziodemographische Merkmale wie Alter, sozioökonomische Situation, Lebenslage (Anzahl Kinder und Erwachsene im Haushalt, Zivilstand) und Wohnregi-

on. In Bezug auf Herkunft, Migrationsprofil und Integrationsniveau wurden folgende Variablen berücksichtigt: Staatsangehörigkeit, Alter bei Immigration in die Schweiz, Beherrschung einer Landessprache, subjektive Erfahrung von Diskriminierung sowie Empfinden eines Gefühls der Heimatlosigkeit.⁶

2 Die wichtigsten Ergebnisse

Die für die Untersuchung ins Auge gefassten Gesundheitsindikatoren lassen sich in sechs Kategorien unterteilen: Gesundheitszustand, gesundheitsrelevantes Risikoverhalten und Risikoexposition, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Medikamentenkonsum, Prävention und Früherkennung sowie Erfahrungen im Umgang mit den Gesundheitsdiensten.⁷

2.1 Gesundheitszustand

Die Analyse erfolgte in Bezug auf folgende Indikatoren des Gesundheitszustandes: 1) Schlechter allgemeiner Gesundheitszustand (subjektiv empfunden), 2) Betroffenheit von lang andauernden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, 3) Schlechte psychische Ausgeglichenheit, 4) Leiden unter schwerwiegenden körperlichen Beschwerden sowie 5) Einschränkung alltäglicher Tätigkeiten (beruflicher und/oder gewohnter Art).

Erwartungsgemäss hat die Variable Alter einen starken Einfluss auf den Gesundheitszustand. In Bezug auf die selbstdeklarierte allgemeine Gesundheit, die Betroffenheit von lang andauernden gesundheitlichen Beeinträchtigungen und das Leiden unter schwerwiegenden körperlichen Beschwerden ist bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter eine erhöhte Wahrscheinlichkeit zu beobachten; allerdings schwächt sich dieser Trend ab Erreichen des Rentenalters ab (Tabelle 2). Hinsichtlich der psychischen Ausgeglichenheit ist die Situation bei den Männern einheitlicher als bei den Frauen: Nur die befragten Männer im Alter zwischen 63 und 74 Jahren heben sich mit günstigeren Werten deutlich von ihren jüngeren Geschlechtsgenossen ab. Demgegenüber scheinen junge Frauen psychisch weniger ausgeglichen zu sein als ältere: Die psychische Ausgeglichenheit nimmt hier ab der Altersgruppe der 39–50-Jährigen zu. Bei den Befragten beider Geschlechter verbessert sich die psychische Ausgeglichenheit nach dem Übergang ins Rentenalter. Die sozioökonomische Situation erweist sich ebenfalls als besonders einflussreiche Variable. Die Indikatoren für den Gesundheitszustand zeigen systematisch günstigere Werte, je besser eine Person sozioökonomisch situiert ist.

⁶ Eine genaue Beschreibung der ausgewählten Variablen findet sich im vollständigen, vom Schweizerischen Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM) veröffentlichten Forschungsbericht (vgl. www.migration-population.ch/index.php).

⁷ Alle diese Indikatoren beruhen auf Selbstdeklaration durch die befragten Personen, was unvermeidlich Fragen nach der Verlässlichkeit der erhaltenen Informationen aufwirft. Über den genauen Wortlaut der gestellten Fragen sowie über die Konstruktion der Indikatoren gibt der vollständige Forschungsbericht Auskunft.

Auch die Anwesenheit eines Kindes unter 15 Jahren im Haushalt korreliert systematisch mit günstigeren Gesundheitswerten (mit Ausnahme derjenigen zur psychischen Ausgeglichenheit). Dies ist vermutlich auf den gleichzeitigen Einfluss mehrerer verschiedener Faktoren zurückzuführen; zudem dürfte man es auch mit einem Selektionseffekt zu tun haben, sind doch Frauen und Männer mit Kindern unter 15 Jahren im Allgemeinen vergleichsweise jung und bei guter Gesundheit. Weniger klar ist, welche Rolle der Zivilstand spielt: Bei den verheirateten Befragten ist zu beobachten, dass Frauen wie Männer psychisch ausgeglichener zu sein scheinen, während bei den verwitweten, getrennten oder geschiedenen Befragten die Männer öfter eine schlechtere Gesundheit deklarieren und vergleichsweise mehr Frauen angeben, unter schwerwiegenden körperlichen Beschwerden zu leiden.

Nach Berücksichtigung des Einflusses der vorangehend beschriebenen soziodemographischen Variablen zeigen sich in Bezug auf die Indikatoren des Gesundheitszustands in zahlreichen Fällen signifikante Unterschiede nach Staatsangehörigkeit. Bei den befragten ItalienerInnen ist die Situation insofern gegensätzlich, als ausschliesslich die Angaben der Frauen sich von jenen der Schweizerinnen unterscheiden: Italienerinnen deklarieren häufiger eine schlechte subjektive Gesundheit, eine schlechte psychische Ausgeglichenheit, körperliche Beschwerden und eine Einschränkung der alltäglichen Tätigkeiten (Tabelle 3). Die Angaben der Italiener und der Männer aus der Gruppe mit deutschen, österreichischen und französischen Staatsangehörigen zugeteilt wurden, heben sich demgegenüber kaum von jenen der Schweizer ab.

Ein anderes Bild ergibt sich bezüglich der Angehörigen der berücksichtigten Nachfolgestaaten Jugoslawiens und, noch ausgeprägter, im Falle der befragten Türiinnen und Türiken: Bei sämtlichen Indikatoren des Gesundheitszustandes zeigen sie ungünstigere Werte als die Befragten schweizerischer Nationalität. Abgesehen von einigen Ausnahmen ist dies auch bei den Asylsuchenden aus Kosovo und, in geringerem Ausmass, bei den Tamilinnen und Tamilen der Fall. Bei Frauen und Männern portugiesischer Nationalität ist, im Vergleich zu Schweizerinnen und Schweizern, die Wahrscheinlichkeit, dass sie eine schlechte subjektive Gesundheit und eine schlechte psychische Ausgeglichenheit deklarieren, ebenfalls höher. Demgegenüber sind die Werte der srilankischen Männer und Frauen bei keinem Indikator ungünstiger als jene der Schweizerinnen und Schweizer – in Bezug auf lang andauernde gesundheitliche Beeinträchtigungen (Männer und Frauen), körperliche Beschwerden (Männer) und eingeschränkten alltäglichen Aktivitäten (Frauen) zeigen sie sogar günstigere Werte.

Die Analyse nach Modell B, die lediglich die ausländischen Befragten berücksichtigt, zeigt, dass srilankische Frauen und Männer in Bezug auf sämtliche Indikatoren des Gesundheitszustandes günstigere Werte aufweisen als die Angehörigen der berücksichtigten Nachfolgestaaten Jugoslawiens, während Türiinnen sich im Vergleich zu ihren Geschlechtsgenossinnen der Referenzgruppe durch nahezu systematisch ungünstigere Indikatorenwerte abheben (Tabelle 4). Die kosovarischen und tamilischen Asylsuchenden fallen ausserdem durch eine häufig schlechte

psychische Ausgeglichenheit auf. Vergleicht man sie statt mit Schweizerinnen und Schweizern mit den Angehörigen der berücksichtigten Nachfolgestaaten Jugoslawiens, so stellt man fest, dass für die tamilischen Asylsuchenden beiden Geschlechts die Wahrscheinlichkeit geringer ist, von lang andauernden gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen zu sein.

Was die Indikatoren der Integration angeht, ist bei etlichen ebenfalls ein Zusammenhang mit den Variationen beim Gesundheitszustand zu beobachten. Die Angabe, im Alter von über 15 Jahren in die Schweiz immigriert zu sein, korreliert

Tabelle 2: Gesundheitszustand – Ergebnisse zum Einfluss des soziodemographischen Profils – SchweizerInnen und AusländerInnen

	Schlechte subjektive Gesundheit		Lang andauernde gesundheitliche Beeinträchtigung		Schlechte psychische Ausgeglichenheit		Schwerwiegende körperliche Beschwerden		Alltägliche Tätigkeiten eingeschränkt	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
15–26 Jahre										
27–38 Jahre	+	+	+	+			+	+	+	+
39–50 Jahre	+	+	+	+	-		+	+	+	+
51–62 Jahre	+	+	+	+	-		+	+	+	+
63–74 Jahre	+	+	+	+	-	-	+	+		
Sozial benachteiligte Schichten										
Untere Mittelschicht	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Obere Mittelschicht	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oberschicht	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Genferseeregion										
Espace Mittelland					+					
Nordwestschweiz			+		+	+				
Zürich			+		+				-	-
Ostschweiz					+	+				-
Zentralschweiz		-					-		-	-
Tessin			-	-						
Ledig										
Verheiratet				-	-	-				-
Verwitwet/geschieden/getrennt	+				-		+		-	-
Keine Kinder unter 15 Jahre im Haushalt										
Kind(er) unter 15 Jahre im Haushalt	-	-	-	-			-	-	-	-
Eine einzige Person über 15 Jahre im Haushalt										
Mindestens zwei Personen über 15 Jahre im Haushalt	-	-	-				-			

+ / - : Signifikante Erhöhung/Verringerung der Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur Referenzkategorie (hellblau markiert)

mit einer im Vergleich zu Schweizerinnen und Schweizern schlechteren subjektiven Gesundheit (Frauen), einer schlechteren psychischen Ausgeglichenheit (Frauen und Männer) sowie häufigeren körperlichen Beschwerden (Frauen). Das Nicht-Beherrschen einer Landessprache geht nahezu systematisch mit ungünstigeren Indikatorenwerten einher. Dies könnte namentlich damit zusammenhängen, dass sich die am wenigsten integrierten Personen oft in prekären Situationen befinden und an ihrem Arbeitsplatz tendenziell besonders beschwerliche Tätigkeiten verrichten. Opfer von politischer Repression oder Gewalt in ihrem Herkunftsland zeigen vergleichsweise schlechtere Werte in Bezug auf psychische Ausgeglichenheit (beide Geschlechter), und Männer geben häufiger lang andauernde gesundheitliche Beeinträchtigungen und eingeschränkte alltägliche Tätigkeiten an. Personen, die sich diskriminiert sowie solche, die sich heimatlos fühlen, zeigen bei den meisten Indikatoren ebenfalls ungünstigere Werte.

In Bezug auf den Gesundheitszustand bleiben also auch nach Berücksichtigung des Einflusses wesentlicher erklärender Variablen wie Alter, sozioökonomischer

Tabelle 3: Gesundheitszustand – Ergebnisse zum Einfluss von Nationalität und Migrationsprofil – SchweizerInnen und AusländerInnen

	Schlechte subjektive Gesundheit		Lang andauernde gesundheitliche Beeinträchtigung		Schlechte psychische Ausgeglichenheit		Schwerwiegende körperliche Beschwerden		Alltägliche Tätigkeiten eingeschränkt	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Schweiz (Mod. I)										
Italien (Mod. I)		+	-			+		+		+
Deutschland, Österreich, Frankreich (Mod. I)		+		-				-		
Serbien-Montenegro, Kroatien, Bosnien-Herzegowina, Jugoslawien (Mod. II)										
Portugal (Mod. II)		+	+			+	+	+		+
Türkei (Mod. II)		+	+			+	+	+	+	+
Sri Lanka (Mod. II)				-	-			-		-
Kosovo (AlbanerInnen, Mod. III)		+	+			+	+		-	+
Sri Lanka (TamilInnen, Mod. III)		+	+			+	+			
In der Schweiz geboren, im Alter unter 15 Jahren immigriert										
Im Alter über 15 Jahren immigriert						+	+		+	
Beherrscht keine Landessprache gut oder sehr gut										
Beherrscht eine Landessprache gut oder sehr gut										
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

+ / - : Signifikante Erhöhung/Verringerung der Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur Referenzkategorie (hellblau markiert)

Status, Lebenslage oder Wohnregion beträchtliche Unterschiede nach Nationalität bestehen. Da die analysierten Daten aus Selbstdeklaration hervorgingen, können mögliche durch den Herkunftskontext bedingte Unterschiede bei der Einschätzung und Wahrnehmung von Gesundheit bzw. Krankheitserscheinungen nicht ausgeschlossen werden. Allerdings belegen zahlreiche Studien, dass der selbstdeklarierte Gesundheitszustand im Allgemeinen einen verlässlichen Indikator für Morbidität und Mortalitätsrisiko hergibt.

2.2 Gesundheitliches Risikoverhalten und Risikoexposition

Die folgenden sechs Indikatoren für gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Risikoexposition wurden in die Analyse miteinbezogen: 1) Täglicher Alkoholkonsum (Konsum von Alkohol mindestens ein Mal jeden Tag), 2) Konsum einer beträchtlichen Menge Alkohol (6 Gläser bei Frauen, 8 Gläser bei Männern) mindestens ein Mal im Monat, 3) Aktueller Tabakkonsum, 4) Konsum illegaler Drogen mindestens ein Mal im Leben, 5) Übergewichtigkeit und 6) Sportliche Aktivität.

Der Einfluss des Alters ist je nach Indikator unterschiedlich: Mit zunehmendem Alter wird immer wahrscheinlicher, dass eine Person täglich Alkohol konsumiert

Tabelle 4: Gesundheitszustand – Ergebnisse zum Einfluss von Nationalität und Migrationsprofil – Nur AusländerInnen

	Schlechte subjektive Gesundheit		Lang andauernde gesundheitliche Beeinträchtigung		Schlechte psychische Ausgeglichenheit		Schwerwiegende körperliche Beschwerden		Alltägliche Tätigkeiten eingeschränkt	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Serbien-Montenegro, Kroatien, Bosnien-Herzegowina, Jugoslawien (Mod. II)										
Portugal (Mod. II)					-					
Türkei (Mod. II)	-	+		+		+		+		
Sri Lanka (Mod. II)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kosovo (AlbanerInnen, Mod. III)					+	+		-		
Sri Lanka (TamilInnen, Mod. III)			-	-		-			-	-
Kein Opfer politischer Repression oder Gewalt										
Opfer politischer Repression oder Gewalt			+		+	+				+
Kein Opfer von Diskriminierung										
Opfer von Diskriminierung	+		+	+	+		+	+		
Fühlt sich nicht heimatlos										
Fühlt sich heimatlos		+		+	+	+	+	+		+

+ / - : Signifikante Erhöhung/Verringerung der Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur Referenzkategorie (hellblau markiert)

oder Übergewichtig ist. Je älter eine Person, desto unwahrscheinlicher ist hingegen, dass sie mindestens einmal im Monat eine beträchtliche Menge Alkohol zu sich nimmt, dass sie mindestens einmal im Leben illegale Drogen konsumiert hat oder dass sie sportlich aktiv ist (Tabelle 5). Der Einfluss der sozioökonomischen Situation ist hier weniger systematisch als in Bezug auf den Gesundheitszustand: Verhaltensweisen wie der Konsum einer beträchtlichen Menge Alkohol aufs Mal oder Drogenkonsum kommen bei Personen unterer sozialer Schichten weniger häufig vor, ebenso sind diese weniger häufig sportlich aktiv. Bei den Frauen geben sozial besser gestellte häufiger an, täglich Alkohol zu konsumieren. Die Wahrscheinlichkeit, Übergewichtig zu sein, ist hingegen für sozial schlechter gestellte Frauen höher. Die Anwesenheit eines unter 15-jährigen Kindes im Haushalt wirkt

Tabelle 5: Verhaltensweisen und Risikoexposition – Ergebnisse zum Einfluss des soziodemographischen Profils – SchweizerInnen und AusländerInnen

	Konsum von Alkohol mind. ein Mal pro Tag		Konsum von 8/6 Gläsern Alkohol aufs Mal mind. ein Mal monatlich		Gegenwärtiger Tabakkonsum		Drogenkonsum mind. ein Mal im Leben		Übergewichtigkeit (BMI >= 25)		Sportliche Aktivität	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
15–26 Jahre												
27–38 Jahre	+	+	-				-		+	+	-	-
39–50 Jahre	+	+	-	-		+	-	-	+	+	-	-
51–62 Jahre	+	+	-	-		-	-	-	+	+	-	-
63–74 Jahre	+	+	-	-		-	-	-	+	+	-	-
Sozial benachteiligte Schichten												
Untere Mittelschicht		+	+				+	+	-			+
Obere Mittelschicht		+	+				+	+	-		+	+
Oberschicht		+	+				+	+	-	-	+	+
Genferseeregion												
Espace Mittelland	-	-	-				-	-	+		+	+
Nordwestschweiz	-	-	-			+	-				+	+
Zürich	-	-	-			+					+	+
Ostschweiz	-	-	-				-	-			+	+
Zentralschweiz	-	-	-			-	-	-			+	+
Tessin	+	+	-	-			-	-	-			
Ledig												
Verheiratet	+		-	-		-	-	-	+	+	-	
Verwitwet/geschieden/getrennt	+					+	+		+			-
Keine Kinder unter 15 Jahren im Haushalt												
Kind(er) unter 15 Jahren im Haushalt		-	-			-		+	-	-		+
Eine einzige Person über 15 Jahren im Haushalt												
Mindestens zwei Personen über 15 Jahren im Haushalt		+	-			-		-	-			+

+ / - : Signifikante Erhöhung/Verringerung der Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur Referenzkategorie (hellblau markiert)

sich im Fall der Frauen positiv auf einige gesundheitsrelevante Verhaltensweisen aus (geringere Wahrscheinlichkeit des Alkohol und Tabakkonsums und der Übergewichtigkeit). Verheiratet zu sein (bei Männern auch verwitwet, geschieden oder getrennt zu sein) geht im Gegensatz dazu mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einher, übergewichtig zu sein.

Die Verhaltensweisen variieren je nach Wohnregion: Täglicher Alkoholkonsum scheint in der Genferseeregion und im Tessin im Vergleich zu den anderen Regionen häufiger vorzukommen; in der Genferseeregion werden auch häufiger 6 bis 8 Gläser alkoholischer Getränke aufs Mal konsumiert. In der Region Zürich geben mehr Personen an, mindestens einmal im Leben illegale Drogen konsumiert zu haben. Schliesslich scheinen die Befragten der Genferseeregion weniger häufig sportlich aktiv zu sein.

Die Ergebnisse nach Nationalität weisen auch auf den unterschiedlichen kulturellen Aspekt der Verhaltensweisen hin: Die befragten Italiener und Italienerinnen, die deutschen, österreichischen und französischen Frauen sowie die portugiesischen Männer konsumieren im Vergleich zu Schweizer Staatsangehörigen gleichen Geschlechts häufiger täglich Alkohol, während dieses Verhalten bei Angehörigen

Tabelle 6: Verhaltensweisen und Risikoexposition – Ergebnisse zum Einfluss von Nationalität und Migrationsprofil – SchweizerInnen und AusländerInnen

	Konsum von Alkohol mind. ein Mal pro Tag		Konsum von 8/6 Gläsern Alkohol aufs Mal mind. ein Mal monatlich		Gegenwärtiger Tabakkonsum		Drogenkonsum mind. ein Mal im Leben		Übergewichtigkeit (BMI>=25)		Sportliche Aktivität	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Schweiz (Mod. I)												
Italien (Mod. I)	+	+	-				-		+	+	-	-
Deutschland, Österreich, Frankreich (Mod. I)		+					+		-			
Serbien-Montenegro, Kroatien, Bosnien-Herzegowina, Jugoslawien (Mod. II)	-	-	-	-			-	-	+	+	+	-
Portugal (Mod. II)	+					-	-				+	
Türkei (Mod. II)	-	-	-	-	+	+	-	-	+	+	+	
Sri Lanka (Mod. II)	-		-		-		-					-
Kosovo (AlbanerInnen, Mod. III)	-						-	-	+	+	+	
Sri Lanka (TamilInnen, Mod. III)			-		-		-		-			-
In der Schweiz geboren, im Alter unter 15 Jahren immigriert												
Im Alter über 15 Jahren immigriert	+						-	-	+			
Beherrscht keine Landessprache gut oder sehr gut												
Beherrscht eine Landessprache gut oder sehr gut	+		-	-	+		+		-		+	+

+ / - : Signifikante Erhöhung/Verringerung der Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur Referenzkategorie (hellblau markiert)

der berücksichtigten Nachfolgestaaten Jugoslawiens, der Türkei und Sri Lanka verglichen mit den SchweizerInnen weniger verbreitet ist (Tabelle 6). Tabakkonsum kommt besonders unter Türkinnen und Türken häufig vor, ist unter den befragten Frauen und Männern srilankischer Staatsangehörigkeit aber sehr selten. Schweizer sowie Deutsche, Österreicher und Franzosen geben vergleichsweise häufiger an, mindestens einmal im Leben illegale Drogen konsumiert zu haben. Von Übergewicht sind Italienerinnen und Italiener, Staatsangehörige der berücksichtigten Nachfolgestaaten Jugoslawiens (inkl. kosovarische Asylsuchende) sowie Türkinnen und Türken häufiger betroffen. Dabei sind innerhalb der Nationalitätengruppen keine wesentlichen Unterschiede nach Geschlecht zu beobachten. Die Wahrscheinlichkeit regelmässiger sportlicher Aktivität ist für männliche Angehörige der berücksichtigten Nachfolgestaaten Jugoslawiens (inkl. kosovarische Asylsuchende), Portugiesen und Türken höher als für Schweizer Männer. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass viele Jugendliche Sport treiben, um das Integrationsförderungspotenzial dieser Aktivität zu nutzen; möglicherweise spielt aber auch die Bedeutung eine Rolle, die Angehörige einer bestimmten Nationalität traditionellerweise der sportlichen Aktivität zumessen. Was die Frauen angeht, tritt

Tabelle 7: Verhaltensweisen und Risikoexposition – Ergebnisse zum Einfluss von Nationalität und Migrationsprofil – Nur AusländerInnen

	Konsum von Alkohol mind. ein Mal pro Tag		Konsum von 8/6 Gläsern Alkohol aufs Mal mind. ein Mal monatlich		Gegenwärtiger Tabakkonsum		Drogenkonsum mind. ein Mal im Leben		Übergewichtigkeit (BMI>=25)		Sportliche Aktivität	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Serbien-Montenegro, Kroatien, Bosnien-Herzegowina, Jugoslawien (Mod. II)												
Portugal (Mod. II)	+	+	+	+	-		+		-			
Türkei (Mod. II)	-					+						+
Sri Lanka (Mod. II)			-		-		-		-	-		-
Kosovo (AlbanerInnen, Mod. III)	-				-	-	-					+
Sri Lanka (TamilInnen, Mod. III)					-				-	-		-
Kein Opfer politischer Repression oder Gewalt												
Opfer politischer Repression oder Gewalt						+						
Kein Opfer von Diskriminierung												
Opfer von Diskriminierung				+						+		
Fühlt sich nicht heimatlos												
Fühlt sich heimatlos							+		+			-

+ / - : Signifikante Erhöhung/Verringerung der Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur Referenzkategorie (hellblau markiert)

im Vergleich zu den Schweizerinnen keine Nationalität mit häufigerer sportlicher Aktivität hervor. Im Gegenteil, bei Italienerinnen, Staatsangehörigen der berücksichtigten Nachfolgestaaten Jugoslawiens sowie Sri Lankerinnen ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie regelmässig sportlich aktiv sind, kleiner als bei Schweizerinnen. Mit der Beherrschung einer Landessprache steigt die Wahrscheinlichkeit bestimmter Verhaltensweisen, namentlich sportlicher Aktivität (bei Frauen und Männern), des Tabakkonsums (bei Frauen) oder des Drogenkonsums (bei Männern). Diese Beobachtung kann als Hinweis dafür interpretiert werden, dass diese unter Schweizerinnen und Schweizern besonders verbreiteten Verhaltensweisen von den am besten integrierten Personen mit Migrationshintergrund übernommen werden. Mit Blick auf sportliche Aktivität muss auch berücksichtigt werden, dass die am wenigsten integrierten Migranten und Migrantinnen an ihrem Arbeitsplatz meist physisch anstrengende Tätigkeiten verrichten, was zusätzlicher sportlicher Aktivität ausserhalb des Arbeitsalltags gewisse Grenzen setzt. Weiter wird festgestellt, dass Frauen, die das Gefühl haben, diskriminiert zu werden bzw. worden zu sein oder solche, die sich heimatlos fühlen, häufiger übergewichtig sind als Schweizerinnen. Insgesamt zeigen diese Ergebnisse, dass insbesondere für wenig integrierte Personen bestimmte im Herkunftskontext erworbene Werte und Verhaltensweisen eine gewisse Aktualität behalten. Man denke etwa an Körperwahrnehmungen (z.B. eine vergleichsweise weniger negative Wahrnehmung von Übergewichtigkeit), oder an das Rauchen, das in einigen Ländern besonders unter Frauen noch wenig verbreitet ist. In der Freizeit sportlich aktiv zu sein ist in gewissen Herkunftskontexten ebenfalls kaum üblich.

2.3 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Als Indikatoren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wurden berücksichtigt: 1) Arztkonsultation im Verlauf der vergangenen 12 Monate, 2) Angabe, einen persönlichen Hausarzt zu haben, 3) Behandlung wegen eines psychischen Problems sowie 4) Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen im Verlauf des vergangenen Jahres.

Zunächst fällt auf, dass ein sehr hoher Anteil der Befragten angibt, einen persönlichen Hausarzt zu haben: Im Falle aller Nationalitätengruppen (mit Ausnahme der Gruppe der Deutschen, ÖsterreicherInnen, Franzosen und Französischen) haben mindestens 9 von 10 Personen die Frage bejaht. Allerdings sind angesichts dieses doch erstaunlichen Ergebnisses wohl Zweifel darüber angebracht, ob die Antwortenden die ihnen gestellte Frage im beabsichtigten Sinn interpretiert haben.

Die Wahrscheinlichkeit einer Arztkonsultation im Verlauf der vergangenen 12 Monate ist bei den Befragten der mittleren Altersklassen (27-38 Jahre und 39-50 Jahre) geringer als bei den jüngsten (15-26-Jährigen) und ältesten (51-62 bzw. 63-74-Jährigen, vgl. Tabelle 8) Frauen und Männern. Die starke Prävalenz von Arztkonsultationen bei jungen Frauen dürfte mit den in dieser Altersgruppe häufigeren Schwangerschaften und gynäkologischen Konsultationen zu erklären sein (die Formulierung der Frage schliesst derartige Konsultationen nicht aus). In Bezug auf die Existenz eines persönlichen Hausarztes geben Personen ab 50 Jahren signifikant häufiger

an, einen solchen zu haben. Wegen eines psychischen Problems in Behandlung begeben haben sich vergleichsweise häufiger Befragte der mittleren Altersklassen (zwischen 27 und 62 Jahren). Was die Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen angeht, zeigt sich diese nur im Fall der 63 bis 74-jährigen Männer signifikant erhöht (im Vergleich zur Referenzkategorie).

Während männliche Angehörige mittlerer und oberer sozialer Schichten vergleichsweise weniger Arztkonsultationen vorweisen, ist dasselbe bei den Frauen nicht der Fall. Dies ist möglicherweise damit zu erklären, dass Frauen mit höherem sozioökonomischen Status vergleichsweise häufiger Vorsorgeuntersuchungen vornehmen lassen. Hingegen lässt sich bei beiden Geschlechtern beobachten, dass die

Tabelle 8: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen – Ergebnisse zum Einfluss des soziodemographischen Profils – SchweizerInnen und AusländerInnen

	Konsultation eines Arztes in den vergangenen 12 Monaten		Persönlicher Hausarzt		Behandlung wegen eines psychischen Problems in den vergangenen 12 Monaten		Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen in den vergangenen 12 Monaten	
	M	F	M	F	M	F	M	F
15–26 Jahre								
27–38 Jahre	-				+	+		
39–50 Jahre	-	-			+	+		
51–62 Jahre			+	+	+	+		
63–74 Jahre	+		+	+		-	+	
Sozial benachteiligte Schichten								
Untere Mittelschicht	-					-		
Obere Mittelschicht	-			-	-	-	-	
Oberschicht	-		-	-	-	-	-	
Genfersee-Region								
Espace Mittelland			+	+				
Nordwestschweiz			+	+	-			
Zürich			+		-			
Ostschweiz			+	+		-	-	
Zentralschweiz		-	+	+	-	-		
Tessin				+	-	-		
Ledig								
Verheiratet			+			-		
Verwitwet/geschieden/getrennt	+	+		+				
Keine Kinder unter 15 Jahren im Haushalt								
Kind(er) unter 15 Jahren im Haushalt	-					-		
Eine einzige Person über 15 Jahren im Haushalt								
Mindestens zwei Personen über 15 Jahren im Haushalt			+		-	-		

+ / - : Signifikante Erhöhung/Verringerung der Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur Referenzkategorie (hellblau markiert)

Befragten weniger häufig wegen psychischer Probleme in Behandlung waren, je günstiger sich ihre soziale Lage präsentiert. Frauen in günstigerer sozialer Lage haben zudem auch weniger häufig einen persönlichen Hausarzt, und Männer nehmen weniger häufig ambulante Versorgungsleistungen in Anspruch. Insgesamt zeigt die Analyse also, dass Personen, die sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten zugeteilt werden, häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Auch nach Wohnregion zeigen sich einige Unterschiede, insbesondere hinsichtlich des Vorhandenseins eines Hausarztes (in der Genferseeregion seltener vorhanden) und der Behandlung wegen psychischer Probleme (in der Genferseeregion, im Espace Mittelland und in der Ostschweiz vergleichsweise häufiger). Bei Anwendung beider statistischer Modelle bringt die Berücksichtigung des Einflusses der obgenannten Faktoren die beobachteten Unterschiede nach Nationalitäten nicht zum Verschwinden. Erneut heben sich die Frauen und Männer türkischer Staatsangehörigkeit mit Blick auf alle Indikatoren (ausgenommen die Konsultation eines Arztes bei den Männern) deutlich von den anderen Gruppen ab (Tabelle 9). Die asylsuchenden Frauen und Männer aus Kosovo wurden vergleichsweise häufiger wegen psychischer Probleme behandelt, was bei tamilischen Asylsuchenden

Tabelle 9: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen – Ergebnisse zum Einfluss von Nationalität und Migrationsprofil – SchweizerInnen und AusländerInnen

	Konsultation eines Arztes in den vergangenen 12 Monaten		Persönlicher Hausarzt		Behandlung wegen eines psychischen Problems in den vergangenen 12 Monaten		Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen in den vergangenen 12 Monaten	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Schweiz (Mod. I)								
Italien (Mod. I)				+		-		
Deutschland, Österreich, Frankreich (Mod. I)				-		-		
Serbien-Montenegro, Kroatien, Bosnien-Herzegowina, Jugoslawien (Mod. II)				+				
Portugal (Mod. II)				+	+		+	+
Türkei (Mod. II)		+		+	+	+	+	+
Sri Lanka (Mod. II)		+		+	+	-	-	+
Kosovo (AlbanerInnen, Mod. III)				+	+	+	+	+
Sri Lanka (TamilInnen, Mod. III)						-	+	+
In der Schweiz geboren, im Alter unter 15 Jahren immigriert								
Im Alter über 15 Jahren immigriert				-		+		+
Beherrscht keine Landessprache gut oder sehr gut								
Beherrscht eine Landessprache gut oder sehr gut								-

+ / - : Signifikante Erhöhung/Verringerung der Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur Referenzkategorie (hellblau markiert)

nicht der Fall ist. Demgegenüber ist die Wahrscheinlichkeit, ambulante Versorgungsleistungen in Anspruch genommen zu haben, für alle Asylsuchenden (kosovarischer oder srilankischer Staatsangehörigkeit) wie auch für Portugiesinnen und Portugiesen vergleichsweise höher. Ebenfalls zu beobachten ist, dass die srilankischen Staatsangehörigen mit Aufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung (Frauen und Männer) weniger häufig erklären, im Verlauf der vergangenen 12 Monate wegen eines psychischen Problems behandelt worden zu sein. Die Verhaltensweisen der italienischen, deutschen, österreichischen und französischen Staatsbürgerinnen und Staatsbürger sowie derjenigen der berücksichtigten Nachfolgestaaten Jugoslawiens weichen nicht stark vom Verhalten der SchweizerInnen ab, abgesehen davon, dass italienische Männer und deutsche, österreichische und französische Frauen deutlich weniger häufig angeben, wegen psychischer Probleme in Behandlung gewesen zu sein. Die Analyse nach Modell B, mittels der die ausländischen Gruppen miteinander verglichen wurden, ergibt, dass türkische und portugiesische Frauen und Männer (bei der srilankischen Gruppe mit Aufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung trifft dies nur auf die Männer zu) im Vergleich mit Angehörigen der berücksichtigten Nachfolgestaaten Jugoslawiens häufiger angeben, einen Arzt konsultiert zu haben und/oder über einen Hausarzt zu verfügen.

Obwohl Schwierigkeiten bei der Kommunikation in einer Landessprache verbreitet als Hindernis beim Zugang zu Gesundheitsleistungen wahrgenommen werden,

Tabelle 10: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen – Ergebnisse zum Einfluss von Nationalität und Migrationsprofil – Nur AusländerInnen

	Konsultation eines Arztes in den vergangenen 12 Monaten		Persönlicher Hausarzt		Behandlung wegen eines psychischen Problems in den vergangenen 12 Monaten		Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen in den vergangenen 12 Monaten	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Serbien-Montenegro, Kroatien, Bosnien-Herzegowina, Jugoslawien (Mod. II)								
Portugal (Mod. II)	+	+	+	+				+
Türkei (Mod. II)	+	+	+	+		+	+	+
Sri Lanka (Mod. II)	+		+		-	-		
Kosovo (AlbanerInnen, Mod. III)		+	+		+	+	+	+
Sri Lanka (TamilInnen, Mod. III)						-	+	+
Kein Opfer politischer Repression oder Gewalt								
Opfer politischer Repression oder Gewalt		+				+		
Kein Opfer von Diskriminierung								
Opfer von Diskriminierung					+	+	+	-
Fühlt sich nicht heimatlos								
Fühlt sich heimatlos						+		+

+ / - : Signifikante Erhöhung/Verringerung der Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur Referenzkategorie (hellblau markiert)

konnte unsere Analyse keinen Einfluss dieses Faktors auf die Indikatoren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nachweisen – mit zwei Ausnahmen: Im Fall der Männer hat die Beherrschung einer Landessprache Einfluss auf das Vorhandensein eines Hausarztes, im Fall der Frauen auf die Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen. Im Herkunftsland erfahrene Repression hat im Falle der Frauen signifikanten Einfluss darauf, ob im vergangenen Jahr ein Arzt konsultiert wurde, sowie auch darauf, ob die Frau wegen psychischer Probleme in Behandlung war (Tabelle 10). Ausserdem geben Frauen, die sich heimatlos fühlen, häufiger an, wegen psychischer Probleme behandelt worden zu sein und ambulante Versorgungsleistungen in Anspruch genommen zu haben. Auch Frauen und Männer, die sich als Opfer von Diskriminierung fühlen, erklären häufiger, sie seien wegen psychischer Probleme behandelt worden.

2.4 Medikamentenkonsum

Folgende drei Indikatoren des Medikamentenkonsums wurden berücksichtigt:

- 1) Konsum von Medikamenten jeglicher Art, 2) Konsum von Schmerzmitteln und 3) Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, jeweils bezogen auf die sieben der Befragung vorangegangenen Tage.

Die Analyse zeigt, dass der Anteil der Personen, die Medikamente jeglicher Art konsumiert haben sowie auch der Anteil Befragter, die Schlaf- und Beruhigungsmittel konsumiert haben, mit zunehmendem Alter gleichmässig steigt (Tabelle 11). Der Konsum von Schmerzmitteln hingegen ist nur im Fall der über 50-jährigen Männer und der 39-50-jährigen Frauen signifikant höher als in der Referenzkategorie der 15-26-Jährigen. Die Anwesenheit eines Kindes unter 15 Jahren im Haushalt korreliert bei Frauen mit niedrigeren Werten des Medikamentenkonsums. Die als sozial benachteiligt kategorisierten Personen geben am häufigsten an, Medikamente konsumiert zu haben; die Wahrscheinlichkeit des Medikamentenkonsums verringert sich dann, je vorteilhafter eine Person sozioökonomisch situiert ist. In der Genferseeregion scheint der Medikamentenkonsum allgemein häufiger zu sein; im Espace Mittelland ist der Konsum von Schmerzmitteln vergleichsweise verbreiteter, im Tessin jener von Schlaf- und Beruhigungsmitteln.

Die Wahrscheinlichkeit, in den sieben Tagen vor der Befragung ein Medikament konsumiert zu haben, ist für die befragten Angehörigen der berücksichtigten Nachfolgestaaten Jugoslawiens (inkl. kosovarische Asylsuchende) und die Türkinnen und Türken im Vergleich zur jeweiligen Schweizer Gruppe systematisch höher (Tabelle 12). Im Gegensatz dazu zeigen italienische Männer, Portugiesinnen und Portugiesen und srilankische Männer eine geringere Wahrscheinlichkeit, ein Medikament konsumiert zu haben, als ihre Schweizer GeschlechtsgenossInnen. Die Analyse anhand des Modells B, die ausschliesslich die ausländischen Gruppen berücksichtigt, bestätigt diese Resultate: Im Vergleich zur Referenzkategorie, den Angehörigen der berücksichtigten Nachfolgestaaten Jugoslawiens, ist für portugiesische Frauen und Männer wie auch für srilankische Männer die Wahrscheinlichkeit des Medikamentenkonsums geringer. Erneut ist für kosovarische Asylsuchende

eine erhöhte Wahrscheinlichkeit zu beobachten, im besagten Zeitraum Schlaf- und Beruhigungsmittel konsumiert zu haben.

Die statistische Analyse nach Modell B macht ausserdem deutlich, dass der Medikamentenkonsument unter Frauen, die Repression oder Gewalt erfahren haben, häufiger ist (Medikamente allgemein, Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel). Ebenfalls häufiger ist der Konsum von Medikamenten (allgemein) bzw. von Schlaf- und Beruhigungsmitteln unter Frauen, die sich als Opfer von Diskriminierung bezeichnen (Tabelle 13). Im Fall mehrerer Befragten-Gruppen geben auch Personen, die sich heimatlos fühlen, häufiger an, Medikamente konsumiert zu haben. Frauen, die im Alter ab 15 Jahren in die Schweiz eingewandert sind (also ihre Kindheit im Herkunftsland verbracht haben), geben ebenfalls öfter an, in den sieben vorangegangenen Tagen auf Schlaf-/Beruhigungsmittel zurückgegriffen zu haben.

Tabelle 11: Medikamentenkonsument – Ergebnisse zum Einfluss des soziodemographischen Profils – SchweizerInnen und AusländerInnen

	Medikamentenkonsument in den vergangenen 7 Tagen		Konsum von Schmerzmitteln in den vergangenen 7 Tagen		Konsum von Schlaf-/ Beruhigungsmitteln in den vergangenen 7 Tagen	
	M	F	M	F	M	F
15–26 Jahre						
27–38 Jahre	+	+			+	+
39–50 Jahre	+	+		+	+	+
51–62 Jahre	+	+	+		+	+
63–74 Jahre	+	+	+		+	+
Sozial benachteiligte Schichten						
Untere Mittelschicht	-		-	-	-	-
Obere Mittelschicht	-	-	-	-	-	-
Oberschicht	-	-	-	-	-	-
Genferseeregion						
Espace Mittelland	-	-			-	-
Nordwestschweiz	-	-	-	-	-	-
Zürich	-	-	-	-	-	-
Ostschweiz	-	-	-	-	-	-
Zentralschweiz	-	-	-	-	-	-
Tessin	-	-	-			
Ledig						
Verheiratet				-		
Verwitwet/geschieden/getrennt						
Keine Kinder unter 15 Jahren im Haushalt						
Kind(er) unter 15 Jahren im Haushalt				-	-	-
Eine einzige Person über 15 Jahren im Haushalt						
Mindestens zwei Personen über 15 Jahren im Haushalt						

+ / - : Signifikante Erhöhung/Verringerung der Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur Referenzkategorie (hellblau markiert)

2.5 Prävention und Früherkennung

Im Bereich Prävention und Früherkennung wurden folgende Indikatoren untersucht: 1) Cholesterin- und Blutzuckermessung bzw. 2) Krebsvorsorgeuntersuchung (Gebärmutterhalsabstrich, Brustuntersuchung) in den der Befragung vorangegangenen 12 Monaten; 3) Durchführung eines HIV-Tests mindestens einmal im Leben. Die Wahrscheinlichkeit, dass im Jahr vor der Befragung eine Cholesterin- und Blutzuckermessung erfolgt ist, steigt mit zunehmendem Alter der Person deutlich. Demgegenüber scheinen Krebsvorsorgeuntersuchungen vergleichsweise häufiger bei Frauen unter 50 Jahren durchgeführt worden zu sein (Tabelle 14). Diese Beobachtung läuft den offiziellen Empfehlungen entgegen, denen zufolge systematische Kontrollen erst ab einem Alter von 40-50 Jahren erfolgen sollten. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Person mindestens einmal im Leben auf HIV hat testen lassen, ist ebenfalls für Frauen und Männer mittleren Alters (27-38 Jahre und 39-50 Jahre) erhöht. Dies ist allerdings mit einem Generationeneffekt zu erklären, waren doch Personen dieser Altersklassen den Infektionsrisiken am stärksten ausgesetzt. Während das Vornehmenlassen einer Cholesterin- und Blutzuckermessung im der Befragung vorangegangenen Jahr kaum nach sozioökonomischer Situation der Person variiert (abgesehen davon, dass Frauen aus höheren sozialen Schichten sel-

Tabelle 12: : Medikamentenkonsument – Ergebnisse zum Einfluss von Nationalität und Migrationsprofil – SchweizerInnen und AusländerInnen

	Medikamentenkonsument in den vergangenen 7 Tagen		Konsum von Schmerzmitteln in den vergangenen 7 Tagen		Konsum von Schlaf-/ Beruhigungsmitteln in den vergangenen 7 Tagen	
	M	F	M	F	M	F
Schweiz (Mod. I)						
Italien (Mod. I)	-			+		
Deutschland, Österreich, Frankreich (Mod. I)						-
Serbien-Montenegro, Kroatien, Bosnien-Herzegowina, Jugoslawien (Mod. II)	+	+	+	+	+	+
Portugal (Mod. II)	-	-		-		
Türkei (Mod. II)	+	+	+	+	+	+
Sri Lanka (Mod. II)	-			-		-
Kosovo (AlbanerInnen, Mod. III)		+	+	+	+	+
Sri Lanka (TamilInnen, Mod. III)	+		+	-		
In der Schweiz geboren, im Alter unter 15 Jahren immigriert						
Im Alter über 15 Jahren immigriert	+					+
Beherrscht keine Landessprache gut oder sehr gut						
Beherrscht eine Landessprache gut oder sehr gut			-	-		

+ / - : Signifikante Erhöhung/Verringerung der Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur Referenzkategorie (hellblau markiert)

tener eine Cholesterinmessung vornehmen liessen, was damit zusammenhängen könnte, dass in dieser Gruppe auch Übergewichtigkeit weniger häufig vorkommt), ist mit steigendem sozioökonomischem Status eine stetige Zunahme der Häufigkeit von Krebsvorsorgeuntersuchungen und des HIV-Tests zu beobachten. Der Zivilstand einer Person und die Anwesenheit eines Kindes unter 15 Jahren im Haushalt wirken sich möglicherweise in Kombination mit dem Alter aus: Vorsorgeuntersuchungen scheinen häufiger an verheirateten oder verheiratet gewesenen Personen vorgenommen worden zu sein; dies gilt allerdings nicht im Falle des HIV-Tests, den (im Vergleich zur Referenzkategorie der ledigen Personen) verheiratete Frauen und Männer weniger häufig und verwitwete, geschiedene oder getrennt lebende Frauen und Männern häufiger haben durchführen lassen. Die befragten Männer wie Frauen mit einem Kind unter 15 Jahren im Haushalt haben sich vergleichsweise weniger häufig einer Cholesterin- und Blutzuckermessung, aber häufiger einem Krebsabstrich am Gebärmutterhals (Frauen) und einem HIV-Test unterzogen. Unter den im Tessin und in der Genferseeregion wohnhaften Männern scheint die Cholesterin- und Blutzuckermessung verbreiteter, und die Befragten beider Geschlechter aus diesen Regionen haben vergleichsweise häufiger einen HIV-Test durchführen lassen. Die Untersuchung der Brust durch einen Arzt ist in der Genferseeregion

Tabelle 13: Medikamentenkonsument – Ergebnisse zum Einfluss von Nationalität und Migrationsprofil – Nur AusländerInnen

	Medikamentenkonsument in den vergangenen 7 Tagen		Konsum von Schmerzmitteln in den vergangenen 7 Tagen		Konsum von Schlaf-/ Beruhigungsmitteln in den vergangenen 7 Tagen	
	M	F	M	F	M	F
Serbien-Montenegro, Kroatien, Bosnien-Herzegowina, Jugoslawien (Mod. II)						
Portugal (Mod. II)	-	-	-	-	-	-
Türkei (Mod. II)		+		+		+
Sri Lanka (Mod. II)	-	-	-	-	-	-
Kosovo (AlbanerInnen, Mod. III)					+	+
Sri Lanka (TamillInnen, Mod. III)		-		-		-
Kein Opfer politischer Repression oder Gewalt						
Opfer politischer Repression oder Gewalt		+		+		+
Kein Opfer von Diskriminierung						
Opfer von Diskriminierung		+		+		
Fühlt sich nicht heimatlos						
Fühlt sich heimatlos	+		+	+		+

+ / - : Signifikante Erhöhung/Verringerung der Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur Referenzkategorie (hellblau markiert)

ebenfalls häufiger, was damit zusammenhängt, dass hier systematischer Früherkennungsprogramme durchgeführt werden.

Nach Kontrolle des Einflusses dieser Faktoren bleiben empfindliche Unterschiede nach Nationalität bestehen (Tabelle 15). Verglichen mit den Schweizerinnen geben lediglich die befragten Italienerinnen häufiger an, dass im vorangegangenen Jahr ihr Cholesterin- und Blutzuckerspiegel gemessen wurde. Dies kann mit der zuvor festgestellten relativ starken Verbreitung von Übergewichtigkeit unter den Italienerinnen in Verbindung gebracht werden. Mit Blick auf die befragten Angehörigen der berücksichtigten Nachfolgestaaten Jugoslawiens ist die Wahrscheinlichkeit, dass Cholesterin- und Blutzuckermessungen erfolgt sind, für Frauen wie Männer kleiner als im Fall der Schweizer Referenzgruppen. Die kosovarischen und tamilischen Asylsuchenden weisen bezogen auf alle Indikatoren geringere Vorsorgequoten auf. Was die Krebsvorsorgeuntersuchungen und den HIV-Test betrifft, sind diese auch

Tabelle 14: Prävention und Früherkennung – Ergebnisse zum Einfluss des soziodemographischen Profils – SchweizerInnen und AusländerInnen

	Cholesterinmessung in den vergangenen 12 Monaten		Blutzuckermessung in den vergangenen 12 Monaten		Krebsabstrich am Gebärmutterhals in den vergangenen 12 Monaten		Brustuntersuchung durch einen Arzt in den vergangenen 12 Monaten		HIV-Test mind. ein Mal im Leben	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
15-26 Jahre										
27-38 Jahre	+	+	+	+			+		+	+
39-50 Jahre	+	+	+	+					+	+
51-62 Jahre	+	+	+	+	-		-		-	-
63-74 Jahre	+	+	+	+	-		-		-	-
Sozial benachteiligte Schichten										
Untere Mittelschicht						+			+	+
Obere Mittelschicht		-				+	+		+	+
Oberschicht		-	-			+	+		+	+
Genfersee-Region										
Espace Mittelland	-		-	+			-		-	-
Nordwestschweiz	-	-		+		+	-		-	-
Zürich	-		-	+		+	-		-	-
Ostschweiz	-	-	-				-		-	-
Zentralschweiz	-	-	-				-		-	-
Tessin		+		+			-			
Ledig										
Verheiratet	+		+		+		+		-	-
Verwitwet/geschieden/getrennt	+	+	+	+	+		+		+	+
Keine Kinder unter 15 Jahren im Haushalt										
Kinder) unter 15 Jahren im Haushalt	-	-	-	-	+					+
Eine einzige Person über 15 Jahren im Haushalt										
Mindestens zwei Personen über 15 Jahren im Haushalt	+		+						-	-

+ / - : Signifikante Erhöhung/Verringerung der Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur Referenzkategorie (hellblau markiert)

unter den srilankischen Frauen und Männern mit Aufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung weniger verbreitet. Demgegenüber ist im Fall der befragten Portugiesen die Wahrscheinlichkeit einer Prostatauntersuchung und eines HIV-Tests, im Fall der Portugiesinnen die Wahrscheinlichkeit einer erfolgten Brustuntersuchung durch einen Arzt höher als unter den Referenzgruppen schweizerischer Staatsangehörigkeit. Die auf den Vergleich der ausländischen Gruppen beschränkte Analyse (Modell B) bestätigt die Ergebnisse aus Modell A weitgehend: Frauen und Männer türkischer und portugiesischer Staatsangehörigkeit weisen höhere Vorsorgequoten auf als die Angehörigen der berücksichtigten Nachfolgestaaten Jugoslawiens. Srilankische Staatsangehörige beider Geschlechter zeigen in Bezug auf Cholesterin- und Blutzuckermessung ebenfalls ein höheres Vorsorgeniveau im Vergleich zur Referenzkategorie, im Fall der Krebsvorsorge und des HIV-Tests hingegen ist ihre Vorsorgequote tiefer als jene der Angehörigen der berücksichtigten Nachfolgestaaten Jugoslawiens.

Die Angabe, im Alter von mehr als 14 Jahren in die Schweiz immigriert zu sein, korreliert mit erhöhter Wahrscheinlichkeit der Cholesterin- (bei beiden Geschlechtern) und der Blutzuckermessung (bei den Frauen). Da auch ein Einfluss dieser Variable auf die Wahrscheinlichkeit von Übergewichtigkeit beobachtet wurde, kann man diese Ergebnisse als Auswirkung bestimmter, bei weniger gut integrierten Personen

Tabelle 15: Prävention und Früherkennung – Ergebnisse zum Einfluss von Nationalität und Migrationsprofil – SchweizerInnen und AusländerInnen

	Cholesterinmessung in den vergangenen 12 Monaten		Blutzuckermessung in den vergangenen 12 Monaten		Krebsabstrich am Gebärmutterhals in den vergangenen 12 Monaten		Brustuntersuchung durch einen Arzt in den vergangenen 12 Monaten		HIV-Test mind. ein Mal im Leben	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Schweiz (Mod. I)										
Italien (Mod. I)		+		+					+	-
Deutschland, Österreich, Frankreich (Mod. I)	-									+
Serbien-Montenegro, Kroatien, Bosnien-Herzegowina, Jugoslawien (Mod. II)	-	-	-	-	-				-	-
Portugal (Mod. II)							+		+	
Türkei (Mod. II)	-						+			-
Sri Lanka (Mod. II)					-		-		-	-
Kosovo (AlbanerInnen, Mod. III)	-	-	-	-	-		-		-	-
Sri Lanka (TamilInnen, Mod. III)	-	-	-	-	-		-		-	-
In der Schweiz geboren, im Alter unter 15 Jahren immigriert										
Im Alter über 15 Jahren immigriert	+	+		+						
Beherrscht keine Landessprache gut oder sehr gut										
Beherrscht eine Landessprache gut oder sehr gut			-		+		+			+

+ / - : Signifikante Erhöhung/Verringerung der Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur Referenzkategorie (hellblau markiert)

oder Gruppen zu beobachtenden Verhaltensweisen (Ernährung und körperliche Aktivität) interpretieren. Dabei wird davon ausgegangen, dass Cholesterinmessungen am häufigsten bei jenen Personen vorgenommen werden, die auch am ehesten tatsächlich erhöhte Cholesterinwerte aufweisen.

Ausserdem stellt man fest, dass die Wahrscheinlichkeit, dass eine Brustuntersuchung, ein Gebärmutterhalsabstrich oder ein HIV-Test durchgeführt worden ist, für jene Frauen deutlich geringer ist, die keine Landessprache gut beherrschen. Da das Sexualverhalten die Durchführung eines HIV-Tests beeinflusst, steht dieses Ergebnis möglicherweise mit Unterschieden im Sexualverhalten zwischen schlechter oder besser integrierten Frauen in Zusammenhang – allerdings müssen sensible Daten dieser Art mit grosser Vorsicht interpretiert werden. Was die Krebsvorsorgeuntersuchungen angeht könnte dieses Ergebnis auf die Existenz von Zugangsbeschränkungen hinweisen.

2.6 Erfahrungen im Umgang mit den Gesundheitsdiensten

Anlässlich der Umfrage unter den ausländischen Zielgruppen im Jahr 2004 (Datenherhebung für die Module II und III) sind die Befragten gebeten worden, aus ihrer Sicht einige Aussagen zu Erfahrungen im Umgang mit den Gesundheitsdiensten in der Schweiz zu beurteilen. Dazu wurden fünf Indikatoren konstruiert, und zwar bezüglich 1) Respektierung kulturell oder religiös bedingter Bedürfnisse, 2) gleichwer-

Tabelle 16: Prävention und Früherkennung – Ergebnisse zum Einfluss von Nationalität und Migrationsprofil – Nur AusländerInnen

	Cholesterinmessung in den vergangenen 12 Monaten		Blutzuckermessung in den vergangenen 12 Monaten		Krebsabstrich am Gebärmutterhals in den vergangenen 12 Monaten		Brustuntersuchung durch einen Arzt in den vergangenen 12 Monaten		HIV-Test mind. ein Mal im Leben	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Serbien-Montenegro, Kroatien, Bosnien-Herzegowina, Jugoslawien (Mod. II)										
Portugal (Mod. II)	+	+	+	+	+		+		+	+
Türkei (Mod. II)	+	+	+	+	+		+		+	
Sri Lanka (Mod. II)	+	+	+	+	-		-		-	-
Kosovo (AlbanerInnen, Mod. III)					-					
Sri Lanka (TamilInnen, Mod. III)	+						-			-
Kein Opfer politischer Repression oder Gewalt										
Opfer politischer Repression oder Gewalt		+								
Kein Opfer von Diskriminierung										
Opfer von Diskriminierung										+
Fühlt sich nicht heimatlos										
Fühlt sich heimatlos		-								

+ / - : Signifikante Erhöhung/Verringerung der Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur Referenzkategorie (hellblau markiert)

tiger Behandlung im Vergleich mit Einheimischen, 3) Behandlung nach traditionellen Heilmethoden der Herkunftsregion, 4) Arztkonsultation im Beisein einer Drittperson sowie 5) Bedeutung der Verfügbarkeit professioneller ÜbersetzerInnen im Hinblick auf die Verbesserung der Beziehungen zwischen MigrantInnen und den Dienstleistenden des Gesundheitswesens.

Die Antworten auf diese Fragen variieren weniger deutlich nach dem Alter der Befragten als dies bei anderen Indikatoren der Fall war. Dennoch ist zu beobachten, dass die jüngsten der befragten Frauen (15 – 26-jährig) öfter der Meinung sind, sie würden „verglichen mit Einheimischen nicht gleichwertig behandelt“ (Tabelle 17). In den untersten beiden Altersklassen (15 – 26 Jahre und 27 – 38 Jahre) finden sich auch am meisten Frauen, die der Verfügbarkeit professioneller Übersetzung Bedeutung zumessen – dies könnte damit zu tun haben, dass Frauen in diesen Altersklassen oft auch ihre Kinder behandeln lassen müssen und sich deswegen häufigere Kontakte mit Gesundheitsdienstleistenden ergeben.

Die sozioökonomische Situation hat ebenfalls nur geringen Einfluss auf die besagten Indikatoren. Immerhin legt die Analyse nahe, dass die Wahrscheinlichkeit, beim Arztbesuch zwecks Dolmetschen auf eine Drittperson zurückgegriffen zu haben, für

Tabelle 17: Erfahrungen im Umgang mit Gesundheitsdiensten – Ergebnisse zum Einfluss des soziodemographischen Profils – Nur AusländerInnen

	Kulturell oder religiös bedingte Bedürfnisse angemessen respektiert		Gleichwertige Behandlung im Vergleich zu Einheimischen		Behandlung durch VertreterInnen traditioneller Heilmethoden der Herkunftsregion		Arztbesuch in Anwesenheit einer Drittperson		Verfügbarkeit professioneller ÜbersetzerInnen bedeutsam	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
15–26 Jahre										
27–38 Jahre			-		+			-		
39–50 Jahre			-		+					-
51–62 Jahre			-							-
63–74 Jahre	-		-		-	-				-
Sozial benachteiligte Schichten										
Mittel- und Oberschicht								-		-
Deutschschweiz										
Romandie										
Tessin							+			-
Ledig										
Verheiratet		+			-			+		
Verwitwet/geschieden/getrennt								+		
Keine Kinder unter 15 Jahren im Haushalt										
Kind(er) unter 15 Jahren im Haushalt										
Eine einzige Person über 15 Jahren im Haushalt										
Mindestens zwei Personen über 15 Jahren im Haushalt										

+ / - : Signifikante Erhöhung/Verringerung der Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur Referenzkategorie (hellblau markiert)

die mittleren und oberen sozialen Schichten zugeteilten Frauen geringer ist. Unter den Männern in entsprechender sozioökonomischer Lage sind zudem vergleichsweise weniger der Ansicht, dass die Verfügbarkeit professioneller DolmetscherInnen zur Verbesserung der Beziehungen zwischen MigrantInnen und Gesundheitsdienstleistenden beitragen würde.

Im Vergleich zu den befragten Angehörigen der berücksichtigten Nachfolgestaaten Jugoslawiens weisen die Türkinnen und Türken einen erhöhten Anteil an Personen auf, die die Ansicht vertreten, ihre kulturell oder religiös bedingten Bedürfnisse würden nicht angemessen respektiert. Der Anteil Befragter, die sich von VertreterInnen traditioneller Heilmethoden der Herkunftsregion haben behandeln lassen, wie auch der Anteil derer, die bei der Arztkonsultation von einer Drittperson begleitet worden sind, sind unter den Türkinnen und den Türken ebenfalls höher (Tabelle 18). Männer türkischer Staatszugehörigkeit vertreten im Vergleich zu ihren einem Nachfolgestaat Jugoslawiens zugehörigen Geschlechtsgenossen auch häufiger die Meinung, sie würden mit Blick auf die Einheimischen nicht gleichwertig behandelt. Indes hält ein vergleichsweise kleinerer Anteil der türkischen Frauen wie auch der

Tabelle 18: Erfahrungen im Umgang mit Gesundheitsdiensten – Ergebnisse zum Einfluss von Nationalität und Migrationsprofil – Nur AusländerInnen

	Kulturell oder religiös bedingte Bedürfnisse angemessen respektiert		Gleichwertige Behandlung im Vergleich zu Einheimischen		Behandlung durch VertreterInnen traditioneller Heilmethoden der Herkunftsregion		Arztbesuch in Anwesenheit einer Drittperson		Verfügbarkeit professioneller ÜbersetzerInnen bedeutsam	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Serbien-Montenegro, Kroatien, Bosnien-Herzegowina, Jugoslawien (Mod. II)										
Portugal (Mod. II)					+	+	-		+	
Türkei (Mod. II)	+	+	+		+	+	+	+	-	-
Sri Lanka (Mod. II)	+		+	-	-	-	+		+	+
Kosovo (AlbanerInnen, Mod. III)							+	+		
Sri Lanka (TamilInnen, Mod. III)	+	+					+	+	+	+
In der Schweiz geboren, im Alter unter 15 Jahren immigriert										
Im Alter über 15 Jahren immigriert	+		+	+			+			+
Beherrscht keine Landessprache gut oder sehr gut										
Beherrscht eine Landessprache gut oder sehr gut					-		-	-	-	-
Kein Opfer politischer Repression oder Gewalt										
Opfer politischer Repression oder Gewalt							+		+	-
Kein Opfer von Diskriminierung										
Opfer von Diskriminierung	+	+	+	+			+		+	+
Fühlt sich nicht heimatlos										
Fühlt sich heimatlos	+	+							+	+

+ / - : Signifikante Erhöhung/Verringerung der Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur Referenzkategorie (hellblau markiert)

türkischen Männer die Verfügbarkeit professioneller DolmetscherInnen für eine wichtige Massnahme. Den befragten srilankischen Staatsangehörigen, seien es solche mit Aufenthalts-/ Niederlassungsbewilligung oder Asylsuchende, ist die Berücksichtigung ihrer kulturell und religiös bedingten Bedürfnisse und die Verfügbarkeit professioneller ÜbersetzerInnen ein wichtiges Anliegen. Die srilankischen Männer geben im Vergleich zu den männlichen Angehörigen der berücksichtigten Nachfolgestaaten Jugoslawiens ebenfalls häufiger an, sie würden verglichen mit den Einheimischen nicht gleichwertig behandelt; bei den Frauen ist dies aber gerade umgekehrt. Die Portugiesinnen wie auch die Portugiesen kennzeichnet im Vergleich zur Referenzgruppe eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, von VertreterInnen traditioneller Heilmethoden der Herkunftsregion behandelt worden zu sein. Im Weiteren sind bei den befragten kosovarischen und tamilischen Asylsuchenden Arztkonsultationen im Beisein einer Drittperson vergleichsweise häufiger. In Bezug auf die Indikatoren zu Erfahrungen im Umgang mit den Gesundheitsdiensten zeigt sich nicht selten ein signifikanter Einfluss der Integrationsindikatoren. Zunächst ist – kaum überraschend – für Personen, die keine Landessprache beherrschen, die Wahrscheinlichkeit höher, dass Arztbesuche in Begleitung einer Drittperson erfolgt sind, und dass die Befragten die Verfügbarkeit professioneller ÜbersetzerInnen für eine wichtige Massnahme halten. Die vermutlich weniger integrierten Männer fühlen sich im Rahmen des Gesundheitssystems häufiger nicht gleichwertig behandelt. Die Befragten, die im Alter von über 14 Jahren immigriert sind, sowie jene, die sich als Opfer von Diskriminierung sehen, finden häufiger, ihre kulturell und religiös bedingten Bedürfnisse würden nicht angemessen berücksichtigt, und sie würden im Vergleich zu Einheimischen nicht gleichwertig behandelt. Frauen, die mit über 14 Jahren eingewandert sind, geben häufiger an, den Arzt in Begleitung einer Drittperson aufgesucht zu haben und schreiben der Verfügbarkeit professioneller ÜbersetzerInnen häufiger Bedeutung zu. Letzteres trifft auch auf die männlichen wie auch die weiblichen Opfer von Diskriminierung sowie auf die Frauen und Männer zu, die sich heimatlos fühlen.

3 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der hier kurz vorgestellten Studie zeichnen ein breites Bild der gesundheitlichen Lage und der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen mehrerer Bevölkerungsgruppen unterschiedlicher Nationalität in der Schweiz. Wie nicht anders zu erwarten, erwiesen sich das Alter und die sozioökonomische Situation bei den durchgeführten statistischen Analysen meist als Faktoren mit signifikantem Einfluss. Die vorhandenen Unterschiede in der Altersstruktur und in der sozioökonomischen Situation schlagen sich deutlich in Unterschieden im Gesundheitszustand und im gesundheitsrelevanten Verhalten zwischen den untersuchten ausländischen und der schweizerischen Bevölkerungsgruppe nieder.

Die Zugehörigkeit zu sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten übt nahezu systematisch einen ungünstigen Einfluss auf die Gesundheit aus und geht mit einer erhöhten Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen (mit Ausnahme von Vorsorgemassnahmen in Bezug auf gewisse Krankheiten) einher. Da sich ein Grossteil der AusländerInnen in der Schweiz in sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungskreisen konzentriert, wird die allgemeine gesundheitliche Situation und die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Versorgungsdienstleistungen im Fall der meisten AusländerInnengruppen (ausgenommen sind die deutschen, österreichischen, französischen und bis zu einem gewissen Grad auch die italienischen Staatsangehörigen) durch eine ungünstige sozioökonomische Situation „verschärft“. Mit Blick auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wirkt sich der sozioökonomische Status dahingehend aus, dass in den sozial benachteiligten Schichten weniger häufig regelmässig Alkohol konsumiert und Sport getrieben wird und auch seltener mindestens ein Mal im Leben illegale Drogen konsumiert worden sind.

Mit der Zunahme des Alters ist in den meisten Fällen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und somit auch eine verstärkte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verbunden, auch wenn sich insbesondere die psychische Gesundheit ab Erreichen des Rentenalters etwas zu verbessern scheint. Da die verschiedenen Gruppen der Migrationsbevölkerung verglichen mit der Altersstruktur der einheimischen Bevölkerung tendenziell jünger sind (erneut mit Ausnahme der deutschen, österreichischen, französischen und italienischen Bevölkerung in der Schweiz), ist anzunehmen, dass der Einfluss des Faktors Alter im Gegensatz zur sozioökonomischen Lage die meisten AusländerInnengruppen gesundheitlich eher „begünstigt“.

Indem der Einfluss dieser beiden bedeutsamen Unschärfevariablen wie auch derjenige der Lebenslage und der Wohnregion im Rahmen unserer Analysen statistisch berücksichtigt bzw. kontrolliert wurde, konnte herausgearbeitet werden, inwiefern sich die Variablen Nationalität und Migrationsprofil auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten auswirken. Das Resultat: Auch nach Kontrolle der oben genannten Unschärfevariablen variieren die Werte der berücksichtigten Gesundheitsindikatoren signifikant nach Staatsangehörigkeit. Insgesamt, d.h. in Bezug auf die Gesamtheit der berücksichtigten gesundheitsbezogenen Indikatoren, zeichnen

sich aus den Ergebnissen unserer Analysen gewisse „Nationalitätenprofile“ ab, die sich wie folgt umreissen lassen:

Die Gesundheit und die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Gruppe aus deutschen, österreichischen und französischen Staatsangehörigen entsprechen weitgehend denjenigen der Schweizer StaatsbürgerInnen. Die Gruppe setzt sich aus Personen zusammen, deren sozioökonomische Situation als günstig beschrieben werden kann und deren Integration dadurch erleichtert werden dürfte, dass die Sprache ihres Herkunftslandes eine der Schweizer Landessprachen ist. Dennoch ist festzuhalten, dass sich die insgesamt 500 Befragten dieser Gruppe auf drei verschiedene Nationalitäten verteilen und daher anzunehmen ist, dass sich ihr Verhalten zum Teil deutlich unterscheidet.

Der Gesundheitszustand der ItalienerInnen in der Schweiz ist demjenigen der SchweizerInnen ebenfalls recht ähnlich, wobei allerdings die Situation der italienischen Frauen, insbesondere was die psychische Ausgeglichenheit und die Einschränkung alltäglicher Aktivitäten angeht, ungünstiger zu sein scheint als jene ihrer Schweizer Geschlechtsgenossinnen. Mit Blick auf die berücksichtigten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zeigen SchweizerInnen und ItalienerInnen aber einige Unterschiedlichkeiten, v.a. was regelmässigen Alkoholkonsum und Ernährungsgewohnheiten betrifft. Festzustellen ist auch, dass die Wahrscheinlichkeit, von Übergewichtigkeit betroffen zu sein, für italienische Frauen wie Männer höher ist als für Schweizerinnen und Schweizer. Dazu passt die Beobachtung, dass bei Italienerinnen deutlich häufiger Cholesterin- und Blutzuckerwerte kontrolliert zu werden scheinen.

Die befragten Angehörigen der berücksichtigten Nachfolgestaaten Jugoslawiens sowie die TürkInnen scheinen sich demgegenüber verglichen mit den SchweizerInnen in einer deutlich ungünstigeren gesundheitlichen Situation zu befinden, zumindest wenn man nach den berücksichtigten Indikatoren des Gesundheitszustandes und des Medikamentenkonsums urteilt. Das Ausmass der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (insbesondere mit Blick auf Behandlungen wegen eines psychischen Problems und ambulante Versorgungsleistungen) erweist sich im Fall der TürkInnen ebenfalls als signifikant erhöht. Betrachtet man Präventions- und Vorsorgemassnahmen, zeigen die Angehörigen der berücksichtigten Nachfolgestaaten Jugoslawiens deutlich ungünstigere Indikatorenwerte als die Schweizer Referenzgruppe. Auch die portugiesischen Befragten deklarieren eine relativ schlechte subjektive Gesundheit (allgemeine und psychische), ihr Medikamentenkonsum scheint aber gleichwohl eher moderat.

Das Migrationsprofil der TürkInnen in der Schweiz ist verglichen mit demjenigen anderer AusländerInnengruppen nicht a priori ungünstiger, ja sogar eher günstig: Sie weisen einen der höchsten Anteile an Personen auf, die in der Schweiz geboren oder vor Vollendung des 14. Altersjahrs immigriert sind. Zudem ist der Anteil jener Menschen, die im Herkunftsland politische Repression und Gewalt erfahren haben, im Vergleich zu den KosovarInnen oder den srilankischen Staatsangehörigen geringer. Trotzdem fällt die Gesundheitsbilanz der türkischen Staatsangehörigen eher negativ aus. Dies nicht nur in der Schweiz, sondern auch in anderen Ländern,

für die vergleichbare Informationen verfügbar sind (Schweden, Niederlande). Die beobachtete Häufigkeit gewisser Risikoverhaltensweisen könnte zur Erklärung der unvorteilhaften Situation beitragen: Tabakkonsum und Übergewichtigkeit sind unter türkischen Frauen wie Männern besonders verbreitet (allerdings wird wenig Alkohol konsumiert, und die Männer sind vergleichsweise häufig sportlich aktiv). Was ausserdem auffällt ist, dass sich im Vergleich mit den anderen Gruppen die befragten Türkinnen wie auch die Türken am häufigsten diskriminiert fühlen – indes: die Existenz und die Art des Zusammenhangs zwischen Diskriminierung und Gesundheit sind schwierig zu belegen. Da die meisten der herangezogenen Indikatoren auf Selbstdeklaration beruhen, ist nicht auszuschliessen, dass die Erklärung für die schlechten Indikatorenwerte der türkischen Befragten auch in (kulturell bedingt) unterschiedlicher Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheitssymptomen zu suchen ist.

Die gesundheitliche Situation der in der Schweiz lebenden srilankischen Frauen und Männer (mit Aufenthalts-/Niederlassungsbewilligung) scheint, gemessen an mehreren berücksichtigten Indikatoren, derjenigen der SchweizerInnen ähnlich bzw. z.T. sogar günstiger zu sein. Dies trifft auch auf die tamilischen Asylsuchenden zu, sofern es um lang andauernde gesundheitliche Beeinträchtigungen und die Einschränkung alltäglicher Tätigkeiten geht – nicht aber mit Blick auf deren subjektive Gesundheit oder psychische Ausgeglichenheit. Diese Ergebnisse mögen erstauen, wenn man sich das Migrationsprofil der Sri Lankis vor Augen führt: Die Anteile derjenigen, die erst im Alter von über 15 Jahren in die Schweiz eingewandert sind bzw. die im Herkunftsland politische Repression und Gewalt erfahren haben, sind gross. Hinzu kommt ein vergleichsweise erhöhter Anteil an Personen, die keine der Landessprachen beherrschen. Die relativ günstigen Gesundheitswerte der Sri Lankis sind möglicherweise zu einem Teil mit gewissen vorteilhaften Verhaltensweisen zu erklären: der Tabak- und Alkoholkonsum scheint bescheiden, der Anteil Übergewichtiger entspricht in etwa demjenigen unter den SchweizerInnen. Schliesslich ist aber auch zu erwähnen, dass die srilankischen Staatsangehörigen deutlich weniger günstige Indikatorenwerte zeigen, wenn es um Prävention und Vorsorgeuntersuchungen (Krebsvorsorge) geht.

Die besonders prekäre Situation, in der sich Asylsuchende unabhängig von ihrer Nationalität befinden, schlägt sich in den berücksichtigten Indikatoren der Gesundheit ebenfalls nieder: Sie deklarieren besonders häufig eine schlechte subjektive Gesundheit und eine schlechte psychische Ausgeglichenheit, die Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen bzw. Behandlung wegen psychischer Probleme sowie den häufigen Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln (letzteres gilt lediglich für Asylsuchende aus Kosovo). Auch punkto Prävention und Früherkennung sind beide befragten Asylsuchenden-Gruppen durch mangelhafte Indikatorenwerte gekennzeichnet.

Schliesslich ergab sich aus unseren Analysen, dass die als unabhängige Variable verwendeten Indikatoren der Integration mehrere der berücksichtigten Gesundheitsindikatoren signifikant beeinflussen. Dies trifft beispielsweise auf das (Nicht-) Beherrschen einer Landessprache zu: Abgesehen davon, dass Sprachbarrieren den

Zugang zu Gesundheitsleistungen wesentlich behindern können, zeigt sich auch, dass das Nicht-Beherrschen einer Landessprache zweifelsohne für sozial benachteiligte, vergleichsweise schlecht integrierte Personen charakteristisch ist. Weiter erweist sich auch der Einfluss der Erfahrung politischer Repression und Gewalt im Herkunftsland, der Erfahrung von Diskriminierung in der Schweiz sowie des Empfindens eines Gefühls der Heimatlosigkeit im Falle mehrerer Gesundheitsindikatoren als signifikant. Die Interpretation dieser Resultate ist indes heikel, da nicht von einem einfachen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang ausgegangen werden darf; vielmehr wird hier erkennbar, dass zahlreiche Faktoren die physische und psychische Gesundheit in einem komplexen Zusammenspiel beeinflussen. Jedoch fällt auf, dass gerade jene Personen, die am schlechtesten integriert sind oder sich am wenigsten integriert fühlen, aufgrund ihrer Erfahrungen im Umgang mit den Gesundheitsdiensten am häufigsten der Meinung waren, ihre kulturell oder religiös bedingten Bedürfnisse würden nicht angemessen berücksichtigt. Die gleichen Befragten halten meist auch die Verfügbarkeit professioneller ÜbersetzerInnen für eine geeignete Massnahme zur Verbesserung der Beziehungen zwischen MigrantInnen und Gesundheitsdienstleistenden.

Zur besseren Erklärung unserer explorativen Analysen müssten weitere Vertiefungsstudien durchgeführt werden. Es gilt hier erneut darauf hinzuweisen, dass die untersuchten Daten zum Gesundheitszustand auf subjektiven Angaben der Befragten beruhen und dass daher mit Blick auf die beobachteten Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen der (kulturell bedingt) unterschiedlichen Einschätzung der Gesundheit und Wahrnehmung von Krankheitssymptomen ein gewisses Erklärungspotenzial zuzuschreiben ist. Zu guter Letzt darf nicht vergessen werden, dass der beobachtete signifikante Einfluss der Variable „Staatszugehörigkeit“ auch auf andere, in den verwendeten statistischen Modellen nicht direkt berücksichtigte Einflussfaktoren zurückzuführen sein kann, etwa auf das Mass an Unterstützung durch soziale Netzwerke, auf religiös begründete Verhaltensweisen, auf berufsbedingte Risikoexposition und/oder auf Umweltbedingungen am Wohn-/Aufenthaltsort.

