



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Zusammenfassung

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Migrantinnen und Migranten

**Vergleich von Daten aus dem Gesundheitsmonitoring bei Personen
mit Migrationshintergrund (GMM II) und der Schweizerischen
Gesundheitsbefragung (SGB 2007)**

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit im Rahmen der Strategie
„Migration und Gesundheit der Jahre 2008-2013“

Florence Moreau-Gruet

Zusammenfassung

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Migrantinnen und Migranten

Vergleich von Daten aus dem Gesundheitsmonitoring bei Personen mit Migrationshintergrund (GMM II) und der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB 2007)

Dieser Bericht vergleicht die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der Schweizerinnen und Schweizer (Schweizer Gesundheitsbefragung 2007) mit jener von bestimmten Migrationsgruppen (GMM II, Portugal, Türkei, Serbien, Kosovo, Asylsuchende oder vorläufig aufgenommene Personen aus Somalia und Sri Lanka). Ein Zusammenhang mit migrationsspezifischen Variablen (z.B. Aufenthaltsdauer oder Grund für die Einwanderung in die Schweiz) konnte nicht nachgewiesen werden, da die Zugehörigkeit zu einer Migrationsgruppe stark mit diesen Variablen verbunden ist. Den stärksten Zusammenhang weisen die Bedürfnisfaktoren (selbst wahrgenommene Gesundheit, dauerhaftes gesundheitliches Problem, Einschränkungen) sowie die Prädispositionsfaktoren (Alter, Geschlecht, Zivilstand, bezahlte Arbeit, Bildungsniveau) auf. Begünstigende Faktoren wie das Haushaltseinkommen und die Franchisenhöhe spielen ebenfalls eine Rolle.

Bei der Nationalität zeigt sich ein differenzierteres Bild: Die Migrantinnen und Migranten aus dem Kosovo wiesen in den letzten zwölf Monaten weniger Arztbesuche auf als die Schweizerinnen und Schweizer. Die Zahl der Hausarztbesuche ist bei den Personen aus der Türkei und dem Kosovo in den meisten Altersklassen hingegen höher. Die Wahrscheinlichkeit einer Einlieferung in eine Notfallstation oder einer Behandlung aufgrund von Depressionen ist bei den Personen aus Portugal und der Türkei in einigen Altersgruppen höher als bei den Schweizerinnen und Schweizern. Bei den Asylsuchenden aus Somalia und insbesondere aus Sri Lanka fällt hauptsächlich die hohe Zahl der depressionsbedingten Behandlungen auf. Während der Konsum von Schmerzmitteln bei den Migrantinnen und Migranten insgesamt höher liegt als bei den Schweizerinnen und Schweizern, unterscheidet sich der allgemeine Medikamentenkonsum kaum.

Ausgangslage

Ein chancengleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle ist ein wünschenswertes Ziel. Die Einführung der Krankenpflegeversicherungspflicht im Jahr 1996 für alle Personen, die seit mindestens drei Monaten in der Schweiz leben (Bundesgesetz über die Krankenversicherung), war ein wichtiger Schritt in diese Richtung. In der Phase II der Strategie «Migration und Gesundheit» für die Jahre 2008–2013 (Bundesamt für Gesundheit 2007) verfolgt der Bund weiterhin das Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit. Genauer gesagt betrifft eines der ausgewählten Handlungsfelder die Gesundheitsversorgung. Das Ziel ist eine adäquate Betreuung und Behandlung von Personen mit Migrationshintergrund sowie der chancengleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Nachdem das Bundesamt für Gesundheit 2004 ein erstes Gesundheitsmonitoring bei Personen mit Migrationshintergrund (GMM I) durchgeführt hat, führte es 2010 ein zweites solches Monitoring (GMM II) durch. Im GMM II wurden ausgewählte Gruppen der Migrationsbevölkerung in ihrer jeweiligen Muttersprache befragt. Es handelte sich dabei um dauerhaft in der Schweiz lebende Personen aus Portugal, der Türkei und dem Kosovo sowie um Asylsuchende und vorläufig aufgenommene Personen aus Somalia und Sri Lanka. Ihre Antworten wurden mit jenen der (gebürtigen und eingebürgerten) Schweizerinnen und Schweizer, die 2007 an der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) teilgenommen hatten, verglichen.

Die Migrantinnen und Migranten bilden keine homogene Bevölkerungsgruppe. Nebst dem Herkunftsland der Person können auch andere migrationsspezifische Dimensionen zu Unterschieden bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen (z.B. Aufenthaltsdauer, Grund für die

Einwanderung in die Schweiz, Aufenthaltsstatus, Beherrschung einer der Landessprachen der Schweiz usw.).

Methoden

Die Analysen basieren auf Andersen (1995), *Behavioral Model of Health Care Utilization*, und berücksichtigen alle Dimensionen, die in den beiden Datenbanken verfügbar sind. Dieses Modell setzt sich aus drei Hauptbestandteilen zusammen. Erstens, aus den **Prädispositionsfaktoren**, die auf individueller Ebene soziodemografische Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht), gesellschaftliche Faktoren (z.B. Ausbildung, berufliche Tätigkeit, Zivilstand, Anzahl Personen im Haushalt, Migration) sowie die Einstellung gegenüber dem Gesundheitssystem umfassen (in diesem Bericht werden die Gesundheitskompetenzen berücksichtigt). Zweitens, aus den **Faktoren, die die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen begünstigen**. Zu ihnen gehören finanzielle und organisatorische Aspekte, die die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen beeinflussen. Die festgelegten Kriterien sind das Haushaltseinkommen und die Franchise bei der Krankenversicherung. Und drittens, aus den **Bedürfnisfaktoren**, die sich auf die von Pflegeinstitutionen festgestellten Bedürfnisse beziehen. Dazu gehören die selbst wahrgenommene Gesundheit, dauerhafte gesundheitliche Probleme sowie Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten.

Die in Bezug auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen untersuchten Aspekte sind die Arztbesuche in den letzten zwölf Monaten, die Anzahl der Arzt-, Hausarzt- und Frauenarztbesuche, die Anzahl Tage im Spital, die Anzahl Konsultationen in einer Notfallstation eines Spitals, in einem Spitalambulatorium oder einer Poliklinik, die Behandlungen aufgrund von Depressionen sowie die Einnahme irgendeines Medikamentes oder Schmerzmittels in den vergangenen sieben Tagen.

Ergebnisse

Arztbesuch

Die Zahl der Hausarztbesuche bringt keinen signifikanten Unterschied zwischen Befragten der GMM II (4,0) und den Schweizerinnen und Schweizern (3,2) zutage. Bei gewissen Migrantengruppen liegt diese Zahl jedoch höher. Es handelt sich dabei um Befragte aus Somalia (7,9), der Türkei (5,5) und Sri Lanka (4,8).

Ausländerinnen und Ausländer verzeichneten in den letzten zwölf Monaten grundsätzlich weniger Arztbesuche: Während 67,2% von ihnen ihre Ärztin bzw. ihren Arzt konsultierten, sind es bei den gebürtigen Schweizerinnen und Schweizern 78,6% und bei deren eingebürgerten Landsleuten 81,2%. Im Hinblick auf Alter und Geschlecht ist festzustellen, dass die Zahl der Arztbesuche bei Zugewanderten aus dem Kosovo aller Altersklassen sowie bei 50- bis 74-jährigen Männern aus Serbien signifikant geringer ist als bei den Schweizerinnen und Schweizern. Allein die Tatsache, aus familiären Gründen (im Unterschied zu politischen und wirtschaftlichen Gründen) in die Schweiz gekommen zu sein, steigert die Wahrscheinlichkeit eines Arztbesuches. Personen mit einem Haushaltsäquivalenzeinkommen² von mindestens 3000 Franken suchen häufiger eine Arztpraxis auf. Dies zeigt die Bedeutung des finanziellen Aspekts beim Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung. Personen mit einer tiefen Franchise haben ebenfalls häufiger eine Ärztin bzw. einen Arzt besucht. Die Wahl einer tiefen Franchise kann durch einen schlechten Gesundheitszustand begründet werden.

² Das Haushaltsäquivalenzeinkommen ist die Summe der Einkommen aller Haushaltsmitglieder und wird entsprechend der Anzahl und dem Alter der Haushaltsmitglieder gewichtet.

Hospitalisierung und Konsultation in einer Notfallstation

Wird eine Person nicht regelmässig durch eine Ärztin bzw. einen Arzt betreut, kann dies dazu führen, dass sie hospitalisiert oder in eine Notfallstation eingeliefert wird. Dies geht aus dem GMM II geht hervor: Hospitalisierungen in den letzten 12 Monate sind bei den Ausländerinnen und Ausländern häufiger (16,3%) als bei den gebürtigen und eingebürgerten Schweizerinnen und Schweizern (10,7% bzw. 10,6%). Die Ausländerinnen und Ausländer sowie die eingebürgerten Schweizerinnen und Schweizer weisen zudem eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, in den letzten 12 Monaten eine Notfallstation in einem Spital, ein Spitalambulatorium oder eine Poliklinik konsultiert zu haben.

Der Anteil der gebürtigen Schweizerinnen und Schweizer, die in einer Notfallstation behandelt wurden, beträgt 11,7%, jener ihrer eingebürgerten Landsleute 14,5% und jener der Ausländerinnen und Ausländer 17,7%. Bei den Konsultationen in einer Notfallstation weisen Personen aus Portugal (21,6%) und der Türkei (22,9%) höhere Anteile (nicht alle Unterschiede nach Alter und Geschlecht sind jedoch signifikant) und Personen aus Somalia deutlich tiefere Anteil auf (9,7%, nicht signifikante Differenz). Bei den 17- bis 49-jährigen Portugiesinnen und den 35- bis 49-jährigen Portugiesen sowie bei den 35- bis 49-jährigen Türkinnen und den 17- bis 34-jährigen Türken ist die Wahrscheinlichkeit einer Einlieferung in eine Notfallstation signifikant höher.

Frauenarztbesuche

Bei Ausländerinnen sind Frauenarztbesuche leicht häufiger als bei den Schweizerinnen. Der Grund dafür liegt wahrscheinlich in der höheren Geburtenhäufigkeit der Ausländerinnen. Zwischen den verschiedenen Migrantengruppen des GMM II bestehen kaum Unterschiede. Einzig bei den 50- bis 74-jährigen Frauen aus dem Kosovo liegt die Zahl der Frauenarztbesuche durchschnittlich tiefer als bei den gleichaltrigen Schweizerinnen. Ein früherer Bericht hat gezeigt, dass die Raten der schwangerschaftsbedingten Hospitalisierungen bei gewissen Migrantengruppen höher liegt als bei Schweizerinnen (Moreau-Gruet und Luyet 2012).

Behandlung aufgrund von Depressionen

Die Befragten des GMM II werden doppelt so häufig aufgrund von Depressionen behandelt wie Schweizerinnen und Schweizer (10% gegenüber 5%). Am häufigsten sind Behandlungen bei Personen aus Portugal, der Türkei, Somalia und Sri Lanka. Die Wahrscheinlichkeit einer Behandlung ist bei Frauen höher, insbesondere bei den Frauen ab 35 Jahren aus Portugal und der Türkei.

Medikamentenkonsument

Die Anteil der Personen, die pro Woche mindestens ein Medikament einnehmen, ist bei der Migrationsbevölkerung des GMM II geringer als bei der Schweizer Bevölkerung: Während der Anteil bei den gebürtigen Schweizerinnen und Schweizer 44% und bei deren eingebürgerten Landsleuten 45,7% ausmacht, sind es bei den Befragten des GMM II 40,2%. Personen ab 35 Jahren aus der Türkei weisen jedoch einen deutlich höheren Medikamentenkonsument auf als die gleichaltrigen Schweizerinnen und Schweizer. Personen aus dem Kosovo (35- bis 49-jährige Frauen und 17- bis 49-jährige Männer) nehmen weniger Medikamente ein. Die Einnahme von Schmerzmitteln ist bei den Migrantinnen und Migranten des GMM II, insbesondere bei den Personen aus der Türkei sowie bei den portugiesischen Männern, hingegen häufiger als bei den Schweizerinnen und Schweizern. Bei den Migrantinnen und Migranten aus Somalia und Sri Lanka ist der Schmerzmittelkonsum tiefer.

Hauptunterschiede bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach Migrantengruppen

Die Zugehörigkeit zu einer Migrantengruppen beeinflusst die Inanspruchnahme aller untersuchten Leistungen. Im Folgenden werden die Unterschiede präsentiert, die nach Geschlecht und Alter festzustellen sind. Das Inanspruchnahmeverhalten der Personen aus Portugal unterscheidet sich kaum von jenem der Schweizerinnen und Schweizer, es gibt jedoch Ausnahmen. So lassen sich Portugiesinnen bis 49 Jahre und 35- bis 49-jährige Portugiesen häufiger in eine Notfallstation einliefern. Zudem ist die Zahl der Behandlungen aufgrund von Depressionen bei den Portugiesinnen ab 35 Jahren höher. Der alters- und geschlechterstandardisierte Anteil der Arztbesuche im Laufe des Jahres zeigt bei den Personen aus der Türkei – mit Ausnahme der Frauen ab 35 Jahren, bei denen die Zahl der Arztkonsultationen deutlich höher lag – keine signifikanten Abweichungen. Die Anzahl der Hausarztbesuche liegt bei Personen aus der Türkei in allen Altersklassen höher als bei den Schweizerinnen und Schweizern. Die Türkinnen ab 35 Jahren und die 35- bis 49-jährigen Türken sind ausserdem deutlich häufiger aufgrund von Depressionen in Behandlung. Der Medikamenten- und Schmerzmittelkonsum ist bei den Türkinnen und Türken (mit Ausnahme der 17- bis 34-jährigen) höher. Auch das Inanspruchnahmeverhalten der Personen aus Serbien ist relativ ähnlich wie jenes der Schweizerinnen und Schweizer. Einzig bei den 50- bis 74-jährigen Serben liegt die Zahl der Arztbesuche im Laufe des Jahres signifikant tiefer. Die Serbinnen und Serben weisen hingegen einen höheren Schmerzmittelkonsum auf. Während die Personen aus dem Kosovo deutlich seltener eine Ärztin oder einen Arzt im Laufe des Jahres besucht haben, liegt die Zahl der Hausarztbesuche bei den kosovarischen Frauen höher. Die 35- bis 49-jährigen Kosovarinnen und die 17- bis 49-jährigen Kosovaren nehmen weniger Medikamente ein. Der grösste Unterschied, der bei Asylsuchenden aus Somalia und insbesondere aus Sri Lanka ausgemacht werden kann, ist die sehr hohe Anzahl Behandlungen aufgrund von Depressionen.

Die migrationsspezifischen Variablen (z.B. die Aufenthaltsdauer oder der Grund für die Einwanderung in die Schweiz) werden oft nicht unabhängig den verschiedenen untersuchten Variablen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zugeteilt. Die Prädispositionsfaktoren (Alter, Geschlecht, Anzahl Personen im Haushalt, Zivilstand, bezahlte Arbeit, Bildungsniveau) und die Bedürfnisfaktoren (selbst wahrgenommene Gesundheit, dauerhaftes gesundheitliches Problem, Einschränkungen) zeigen die stärksten Zusammenhänge mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Begünstigende Faktoren wie das Haushaltseinkommen und die Franchisenhöhe bei der Krankenversicherung spielen jedoch auch eine Rolle. So steigt die Wahrscheinlichkeit eines Arztbesuches im Laufe des Jahres bei Personen mit einem Äquivalenzeinkommen von mindestens 3000 Franken. Ein höherer Medikamentenkonsum ist bei Personen mit einem Äquivalenzeinkommen von mindestens 4500 Franken festzustellen. Bei Personen mit einer tiefen Franchise ist zudem die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aller Art ebenfalls grösser. Finanzielle Überlegungen beeinflussen die Entscheidung über die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems somit stark.

Empfehlungen

Es zeigt sich, dass die ausländische Bevölkerung in der Schweiz nicht homogen ist. Somit ist es auch wichtig, dass differenzierte Massnahmen ergriffen werden. Hier einige Möglichkeiten:

1. Ein Teil der ausländischen Bevölkerung nimmt die Gesundheitsversorgung sehr wenig, vermutlich zu wenig, in Anspruch: für diese Population sind Informationen zum Zugang wichtig. Ein weiterer Anteil sucht vor allem die Notfallstation auf: hier ist es besonders sinnvoll, das Hausarztssystem der Schweiz gut zu erklären.
2. Ein nicht unwesentlicher Anteil der ausländischen Bevölkerung wird für Depressionen behandelt. Besonders hoch sind die Anteile bei Asylbewerberinnen und –bewerbern, bei Personen mit Bewilligung B und solchen, die aufgrund einer politischen Problematik in die Schweiz gekommen sind. Diese Gruppe ist besonders vulnerabel und profitiert von einer entsprechenden Aufmerksamkeit der ersten Ansprechperson im Gesundheitswesen, um frühzeitig die nötige Unterstützung zu erhalten und kompliziertere Verläufe abzuwenden. Dazu ist eine entsprechende Schulung und Sensibilisierung des Personals sinnvoll.
3. Es zeigt sich, dass vor allem immigrierte Männer, die schon länger in der Schweiz weilen, einen erhöhten Analgetika-Konsum aufweisen. Es besteht die Vermutung, dass dieser Konsum mit einer schweren körperlichen Arbeit zusammenhängen könnte. Es lohnt sich, auch diese Gruppe genauer zu analysieren, insbesondere auch im Hinblick auf ein erhöhtes Invalidisierungsrisiko.
4. Ein Monitoring der Migrationsbevölkerung in regelmässigen Abständen kann zeigen, ob getroffene Massnahmen wirksam gewesen sind. Sinnvoll wäre es, Daten des Monitorings der Migrationsbevölkerung direkt mit Daten der Schweizer Bevölkerung zu vergleichen, wozu eine noch feinere Abstimmung der Befragungen notwendig wären.