

¹ Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen,
GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit, Neuherberg-München, Deutschland

² Institut für Epidemiologie, GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit,
Neuherberg-München, Deutschland

Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000

Submitted: 2 June 2003

Accepted: 12 February 2004

Summary

Differences between Eastern European immigrants of German origin and the rest of the German population in health status, health care use and health behaviour: a comparative study using data from the KORA-Survey 2000

Objectives: To identify differences in health status, health care use and health behaviour between Eastern European immigrants of German origin and the rest of the German population in order to develop new concepts for preventive programs.

Methods: Using data from the KORA-Survey 2000 (Cooperative Health Research in the Region of Augsburg), immigrants of German origin were compared to the rest of the German population with multiple regression models controlling for sex, age, living with partner, years of education and occupation. Tests of trend were performed for the groups classified according to the year of immigration.

Results: Compared to other Germans, immigrants of German origin consider their health status more often as poor. They were more likely to be obese (OR = 1.95) and have hyperlipidemia (total-cholesterol/HDL-C > 4: OR = 1.71). They were less likely to use cancer screening (OR = 0.41) or to perform sport activities (OR = 0.47). All these differences decrease with the length of residence in Germany.

Conclusions: Concerning their health status, Eastern European immigrants of German origin were identified as a high risk group. They should be considered for specific preventive programs and health care interventions, especially during the first years of immigration.

Keywords: Eastern-European immigrant – Health status – Health behaviour – Health care – Length of residence.

Amtliche Daten zeigen, dass bis zum Jahr 2000 ungefähr 4,2 Millionen Aussiedler, besonders aus Polen, Rumänien und der ehemaligen Sowjetunion, in die Bundesrepublik Deutschland eingereist sind (Bundesverwaltungsamt, Statistik Mündliches Registerverfahren seit 1950). Diese Bevölkerungsgruppe ist bislang wissenschaftlich relativ wenig beachtet und untersucht worden. Statistische Zahlen über Aussiedler sind rar und nur schwer zugänglich, da Aussiedler meist als Deutsche registriert sind.

Während Migranten inzwischen als eine wichtige Zielgruppe der internationalen Public-Health-Forschung angesehen werden (Krones 2001) und auch einige Studien aus Deutschland vorliegen, die spezifische Gesundheitsprobleme z.B. von türkischen Migranten beschreiben, so ist nicht bekannt, ob die gefundenen Ergebnisse auch für die Gruppe der Aussiedler gelten. Man kann vermuten, dass Aussiedler in ihren Herkunftsländern, insbesondere in der ehemaligen Sowjetunion, unter Bedingungen lebten, die sich eher negativ auf die Gesundheit auswirken. Ob aber die im Vergleich zu Deutschland höhere Prävalenz von gesundheitlichem Risikoverhalten (Rauchen, erhöhter Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung) in den osteuropäischen Ländern auch für die Minorität der Aussiedler gilt, ist unseres Wissens nicht belegt. Ähnlich wie bei anderen Migranten ist aber davon auszugehen, dass der Migrations- und Eingliederungsprozess selbst eine Auswirkung auf psychosomatische Gesundheitsaspekte hat.

Einige Studien umfassen ausschliesslich jugendliche Aussiedler, so z.B. die Arbeiten von Dietz (1997, 2000), andere Arbeiten befassen sich mit psychosomatischen Problemen, wozu die Studien von Kornischka (1992) und Masumbuku (1995) zählen. Nur wenige Studien untersuchen die allgemeine gesundheitliche Situation der Aussiedler (Harmsen 1983). Allerdings sind diese Studien zum Teil qualitativ, mit nur wenigen Teilnehmern, nicht repräsentativ oder aber ohne eine entsprechende Vergleichsgruppe.

Die hier vorgestellte Untersuchung vergleicht Aussiedler mit der restlichen deutschen Bevölkerung im Rahmen einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. Dabei werden die drei Bereiche Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten untersucht. Sozioökonomische Variablen wie Ausbildungsjahre und Beschäftigung sowie soziodemographische Parameter wie Alter, Geschlecht und Partnerschaft werden als mögliche Einflussgrößen berücksichtigt. Darüber hinaus werden die Aussiedler nach dem Jahr ihrer Einreise unterteilt, um Unterschiede nach der Aufenthaltsdauer in Deutschland untersuchen zu können.

Die Studie versucht eine Antwort auf die Frage nach dem Umgang von Aussiedlern mit ihrer Gesundheit zu finden, um zu ermitteln, ob es sich hierbei um eine relevante Zielgruppe für Präventionsmassnahmen im Bereich der Gesundheitsversorgung handelt.

Methodik

Studienpopulation

Die Daten des KORA-Surveys 2000, einer bevölkerungsrepräsentativen Querschnittstudie an Personen deutscher Nationalität im Alter zwischen 25 und 74 Jahren, wurden für die Analyse herangezogen. Die Brutto-Stichprobe (n = 6640) wurde in der Stadt Augsburg und 16 Umlandgemeinden aus den Einwohnermelderegistern alters- und geschlechtsstratifiziert gezogen. Die Response, bezogen auf die bereinigte Brutto-Stichprobe, betrug 67% (n = 4261 Teilnehmer). Neben demographischen Daten wurden eine ausführliche Krankheitsanamnese sowie Angaben zum Gesundheitsverhalten erfragt. Bei jedem Teilnehmer wurden zudem eine Blutentnahme, Blutdruckmessungen, anthropometrische Messungen sowie ein Elektrokardiogramm (EKG) durchgeführt. Weitere Details zum Untersuchungsprotokoll und zur Art der Datenerhebung sind den Publikationen früherer, in gleicher Weise durchgeführter, MONICA-Surveys zu entnehmen (Hense et al. 1998; MONICA 1989a; 1989b).

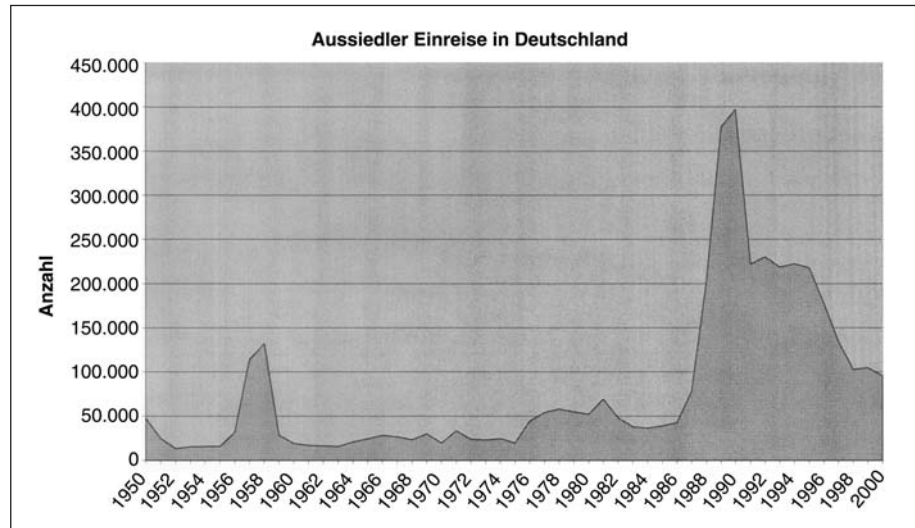
Erfassung des Aussiedlerstatus

Aussiedler sind nach Art. 116 Abs. 1 des Grundgesetzes – sowie nach §1 Abs. 2 Nr. 3 des erstmals 1953 erlassenen Bundesvertriebenen- und Flüchtlingsgesetz (BVFG) – diejenigen deutschen Staatsangehörigen oder Volkszugehörigen, die vor dem 8. Mai 1945 ihren Wohnsitz jenseits der heutigen Ostgrenzen Deutschlands hatten und nach Abschluss der allgemeinen Vertreibungsmassnahmen diese Länder verlassen haben. Nichtdeutsche Ehegatten, sofern die Ehe zum Zeitpunkt der Ausreise mindestens drei Jahre bestanden hat, und deren Abkömmlinge (Kinder und Enkelkinder) erwerben ebenfalls den Aussiedlerstatus, wenn sie im Aufnahmebescheid des deutschen Antragstellers eingetragen waren. Im §4 des 1993 novellierten BVFG wurde erstmals der Begriff „Spätaussiedler“ eingeführt, da aufgrund der deutschen Wiedervereinigung und den Veränderungen in Osteuropa neue Rahmenbedingungen entstanden waren. Dabei wurde lediglich für die Betroffenen der Lastenausgleich gestrichen, so dass in dieser Studie unabhängig davon alle als „Aussiedler“ bezeichnet werden.

In der vorliegenden Studie wurden die Teilnehmer nicht explizit danach gefragt ob sie Aussiedler sind, stattdessen wurde ihr Geburtsland erfasst. Im Sinne einer operationalen Definition wurden Personen, die in den Ländern Polen, Rumänien, Tschechien sowie den Ländern der ehemaligen Sowjetunion geboren sind und nach 1975 nach Deutschland übergesiedelt sind als Aussiedler eingestuft. Demnach gibt es in diesem Datensatz insgesamt 268 Aussiedler. Das Jahr 1975 wurde als willkürliche Grenze gesetzt, da man hier einen ersten Anstieg der Aussiedlerzahlen verzeichnen kann (s. Abb. 1, s. S. 109) und bei einer Aufenthaltsdauer in Deutschland von mehr als 25 Jahren nicht mehr mit deutlichen Effekten zu rechnen ist.

Es wurde eine Unterteilung der Aussiedler in drei Gruppen vorgenommen, welche sich unter anderem an den Einreisewellen orientiert. In der ersten Gruppe (A1) befinden sich alle Aussiedler die zwischen 1975 und 1988 nach Deutschland eingereist sind (n = 118). Die zweite Gruppe (A2) beinhaltet die Hauptwelle der Zuwanderung und umfasst diejenigen, die zwischen 1989 und 1994 nach Deutschland zugewandert sind (n = 110). Zu der dritten Gruppe (A3) gehören die Aussiedler, die ab 1995 gekommen sind und sich daher in der ersten Phase der Anpassung an das Aufnahme-land befinden (n = 40). Unterscheidet man weiter nach Herkunftsland, so sind in der Gruppe A1 50% aus Rumänien und 31% aus Polen, in der Gruppe A2 stammen 52% der Aussiedler aus Rumänien und 37% aus der ehemaligen Sowjetunion und in der Gruppe A3 kamen 73% aus der ehemaligen Sowjetunion und 25% aus Rumänien nach Deutschland.

Abb. 1 Aussiedlerzahlen seit 1950
(Datenquelle: Bundesverwaltungsamt,
Statistik Mündliches Registerverfahren
seit 1950)



Von den 4261 Studienteilnehmern gehören insgesamt 6,3% zur Gruppe der Aussiedler. Die Gruppe der Nicht-Aussiedler umfasst 3993 Probanden. Hierunter sind auch 436 Personen, die vor 1975 nach Deutschland übergesiedelt sind und von denen 80% zum Zeitpunkt der Studienteilnahme bereits seit über 50 Jahren in Deutschland leben, sowie 15 Personen deutscher Staatsangehörigkeit, die zwar erst nach 1975 nach Deutschland gezogen sind, aber in anderen Ländern als den oben genannten geboren wurden.

Soziodemographische Variablen

Zu den soziodemographischen Merkmalen gehören, neben Geschlecht und Alter, das Zusammenleben mit einem Partner (ja/nein), die Anzahl der Ausbildungsjahre und der Beschäftigungsstatus (erwerbstätig; Hausfrau/-mann/im Erziehungsurlaub/in Ausbildung; Rentner/Pensionär; arbeitslos). Die Variable „Ausbildungsjahre“, die der regelmässigen Studien- und Ausbildungsdauer entspricht, wurde dichotomisiert. Mehr als 12 Ausbildungsjahre entsprechen dabei einer hohen Ausbildung. Der Beschäftigungsstatus wurde den oben genannten vier Gruppen als Dummy-Variable zugeordnet.

Zielgrößen

Im Rahmen des KORA Surveys 2000 wurde eine grosse Zahl von Merkmalen erhoben, von denen nur einige (ca. 50) in diese Untersuchung einbezogen wurden. Es wurden verschiedene Zielgrößen in drei Bereichen ausgewertet.

- Gesundheit: Einschätzung der körperlichen Verfassung und Gesundheitszustand, Auftreten ausgewählter Krankheiten, Messungen kardiovaskulärer Risikofaktoren.

- Gesundheitsversorgung: Stationäre Behandlung und Besuch beim Arzt, Krebsvorsorge, Zufriedenheit mit der Krankenkasse.
- Gesundheitsverhalten: Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum und körperliche Aktivität in der Freizeit und bei der Hauptbeschäftigung.

Diese Zielgrößen werden detailliert im Anhang beschrieben.

Statistische Auswertung

Da bei der durchgeführten Analyse die Abhängigkeit zahlreicher Zielgrößen vom Aussiedlerstatus untersucht werden sollte, wurden in einem ersten Schritt eine Reihe potentieller Confoundervariablen identifiziert, die dann in allen weiteren Regressionsmodellen berücksichtigt wurden.

In einem zweiten Schritt wurden unter Berücksichtigung dieser Confounder multiple Regressionsanalysen entsprechend dem Typ der Zielgrösse durchgeführt: dazu zählen die logistische Regression für die dichotomisierten Zielgrößen und die lineare Regression für die kontinuierlichen abhängigen Variablen. Sofern der Aussiedlerstatus einen signifikanten Zusammenhang ($p < 0.05$) mit der Zielgrösse zeigte, wurde für die nach Aufenthaltsdauer gebildeten Untergruppen der Aussiedler eine Regressionsanalyse durchgeführt. Um den Einfluss des Aufenthaltszeitraums zu untersuchen wurden diese Untergruppen dabei einem Trendtest unterzogen. Als Ergebnisse wurden die Odds Ratio (OR) oder die modellbasiert geschätzten Mittelwerte (LSMeans) und ihre 95%-Konfidenzintervalle mit den Nicht-Aussiedlern als Referenzgruppe verglichen.

Für die einzelnen Zielgrößen gab es unterschiedlich viele Fälle mit fehlenden Werten. Die fehlenden Werte blieben dabei in jeder Gruppe meist deutlich unter einer Häufigkeit von 10%. Ausnahmen gab es jedoch in der Gruppe A3 bei der Frage zum Auftreten ausgewählter Erkrankungen (Thrombose, Durchblutungsstörungen am Herzen und an den Beinen, Probleme beim Ein- und Durchschlafen), bei Fragen zur körperlichen Aktivität und der Einstufung der Hauptbeschäftigung sowie beim Ernährungsscore, wo mehr als 10% fehlende Werte auftraten.

Die Auswertung der Angaben zu den verschiedenen Krankheiten wurde zudem dadurch erschwert, dass die Antwortalternative „Weiss nicht“ relativ häufig gegeben wurde. Für eine bessere Bewertung dieser Fälle wurde eine neue dichotomisierte Variable gebildet, die angibt, ob bei mindestens einer Erkrankung die Antwort „Weiss nicht“ gegeben wurde. Es ist zu erwarten, dass aufgrund des multiplen Testens auch zufällig signifikante p-Werte berichtet werden. Eine Bonferroni-Adjustierung wurde jedoch wegen des explorativen Charakters der Untersuchung nicht vorgenommen. Alle statistischen Auswertungen wurden mit SAS Version 8.0 berechnet.

Ergebnisse

Bei den Aussiedlern ist der Anteil der jüngeren Studienteilnehmer (25–49 Jahre) mit 62,3% etwas höher als bei den

Nicht-Aussiedlern (50,0%), während es bei der Geschlechterverteilung keine signifikanten Unterschiede zwischen Aussiedlern und Nicht-Aussiedlern gibt. Der Anteil der mit einem Partner zusammenlebenden Personen ist bei Aussiedlern etwas grösser (siehe Tab. 1).

Gemessen an den Ausbildungsjahren verfügen Aussiedler im Vergleich zu Nicht-Aussiedlern über eine eher lange Ausbildung. Bei der Beschäftigung ist besonders beim Anteil der Arbeitslosen ein Unterschied zu sehen, der bei den Aussiedlern erhöht ist. Der geschlechtsspezifische Vergleich zeigt, dass die genannten Unterschiede vor allem bei den Frauen vorhanden sind. Der Vergleich nach soziodemographischen Daten innerhalb der Untergruppen von Aussiedlern zeigt keine signifikanten Differenzen.

Gesundheit

Die Selbsteinschätzung der Gesundheit unterscheidet sich bei Aussiedlern und Nicht-Aussiedlern, wobei es einen sehr deutlichen Trend nach Aufenthaltsdauer gibt. So bezeichnen 25,7% der Aussiedler im Vergleich zu 20,3% der Nicht-Aussiedler ihre körperliche Verfassung als weniger gut bzw. schlecht, was nach Adjustierung bzgl. soziodemographischer Confounder einem OR von 1,48 entspricht. In der Untergruppe A3 der maximal fünf Jahre in Deutschland lebenden Aussiedler findet sich sogar ein OR von 3,11 (siehe Tab. 2.1). Für die in Tabelle 2.1 dargestellten Erkrankungen bzw. Risikofaktoren aus dem Herz-Kreislauf-Bereich zeigen

Tabelle 1 Vergleich der soziodemographischen Eigenschaften zwischen Aussiedlern und Nicht-Aussiedlern. KORA-Survey 2000

	Nicht-Aussiedler		Aussiedler		Männer				Frauen			
					Nicht-Aussiedler		Aussiedler		Nicht-Aussiedler		Aussiedler	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Gesamt	3993		268		1954	48,9	136	50,7	2039	51,1	132	49,3
Altersgruppe												
25–49 Jahre	1996	50,0	167	62,3	950	48,6	79	58,1	1046	51,3	88	66,7
50–74 Jahre	1997	50,0	101	37,7	1004	51,4	57	41,9	993	48,7	44	33,3
	p < 0,0001				p = 0,0327				p = 0,0006			
Familienstand												
Zusammenlebend	3051	76,4	222	82,8	1538	78,7	117	86,0	1513	74,2	105	79,5
Allein	937	23,5	46	17,2	414	21,2	19	14,0	523	25,6	27	20,5
	p = 0,0173				p = 0,0441				p = 0,1806			
Ausbildungsjahre												
8 bis 12 Jahre	2787	69,8	164	61,2	1276	65,3	86	63,2	1511	74,1	78	59,1
13 bis 17 Jahre	1199	30,0	103	38,4	674	34,5	50	36,8	525	25,7	53	40,2
	p = 0,0035				p = 0,6022				p = 0,0002			
Beschäftigung												
Erwerbstätig	2375	59,5	167	62,3	1320	67,6	89	65,4	1055	51,7	78	59,1
Rentner/Pensionär	971	24,3	64	23,9	529	27,1	39	28,7	442	21,7	25	18,9
Haus/Erziehung/Ausb	508	12,7	20	7,5	30	1,5	2	1,5	478	23,4	18	13,6
Arbeitslos	134	3,4	16	6,0	73	3,7	6	4,4	61	3,0	10	7,6
	p = 0,0125				p = 0,9481				p = 0,0018			

p-Werte für Chi² Test angegeben

Tabelle 2.1 Unterschiede im Gesundheitsstatus von Aussiedlern im Vergleich zu Nicht-Aussiedlern. KORA-Survey 2000

Variable	Prävalenz (%)		Aussiedler				
	Nicht-Aussied.	Aussied.	(Alle)		nach Aufenthaltsdauer		Trend ^e
			OR ^a	CI (95%)	OR ^a	CI (95%)	
Körperliche Verfassung weniger gut bis schlecht (vs. gut/sehr gut)	20,3	25,7	1,48	1,10–1,99	1,16 ^b 1,46 ^c 3,11 ^d	0,74–1,82 0,92–2,29 1,56–6,19	0,001
Von einem Arzt festgestellter Herzinfarkt	2,9	3,1	1,17	0,55–2,51			
Von einem Arzt festgestellter Schlaganfall	1,8	2,3	1,43	0,60–3,40			
Von einem Arzt bestätigter Diabetes	3,9	5,5	1,66	0,92–2,98			
Erhöhter Blutdruck (< = 140/90 mmHg)	30,2	32,1	1,25	0,93–1,66			
Übergewicht (BMI > = 30 kg/m ²)	23,0	33,2	1,95	1,47–2,57	2,10 ^b 1,65 ^c 2,40 ^d	1,41–3,14 1,07–2,54 1,21–4,76	0,0279
Ungünstiges Lipidverhältnis (Gesamtcholesterin/HDL-C > 4)	49,7	59,8	1,71	1,30–2,26	1,77 ^b 1,61 ^c 2,22 ^d	1,19–2,67 1,00–2,29 1,09–4,64	0,0488

^a Odds Ratio (OR) und Konfidenzintervalle (CI) für Aussiedler adjustiert nach Geschlecht, Alter, zusammenlebend mit einem Partner, Ausbildungsdauer und Beschäftigung. Nicht-Aussiedler als Referenzgruppe (OR = 1). ^b OR der A1 Gruppe (Einreise zwischen 1975 und 1988). ^c OR der A2 Gruppe (Einreise zwischen 1989 und 1994). ^d OR der A3 Gruppe (Einreise zwischen 1995 und 2000). ^e Test auf linearen Trend (p-Wert)

sich leicht bis deutlich erhöhte Prävalenzen unter den Aussiedlern, besonders klar ist dies beim Übergewicht (OR= 1,95; 95% -KI von 1,47 bis 2,57).

Analysiert man die Angaben zu den weiteren einzeln abgefragten Krankheiten, so lassen sich nur wenige Unterschiede finden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei Aussiedlern eine „Weiss nicht“-Angabe wesentlich häufiger vorkommt (OR = 1,64; 95%-KI von 1,25 bis 2,16), was besonders bei der Untergruppe A3 (OR = 2,18) deutlich wird. Auftreten von Herzschwäche (Herzinsuffizienz) in den letzten 12 Monaten geben Aussiedler wesentlich häufiger an (OR = 2,17; 95%-KI von 1,21 bis 3,89), Kropf (Struma) (OR = 0,43; 95%-KI von 0,25 bis 0,75) und Gelenkverschleiss (Arthrose) (OR = 0,68; 95%-KI von 0,47 bis 0,98) hingegen seltener (nicht in der Tabelle dargestellt). Allerdings ist dabei kein Trend nach Aufenthaltsdauer erkennbar. Probleme beim Einschlafen betreffen vermehrt Aussiedler (OR = 1,53; 95%-KI von 1,18 bis 1,99) und bei Migräne ist ein Trend nach Länge des Aufenthalts zu beobachten, wobei die Untergruppe A3 am meisten davon betroffen ist (OR = 2,56; 95%-KI von 1,24 bis 5,28) (nicht in Tabelle dargestellt).

Bei den quantitativen Messwerten zeigen HDL-Cholesterin, Blutdruck und BMI-Werte signifikant ungünstigere Werte bei Aussiedlern und ein Trend nach Aufenthaltsdauer ist erkennbar. Die Unterschiede beim BMI lassen sich darauf

zurückführen, dass Aussiedler deutlich kleiner und zudem etwas schwerer sind als die restlichen Studienteilnehmer. Gesamtcholesterin und LDL-Cholesterin weisen dagegen keine signifikanten Unterschiede auf (siehe Tab. 2.2).

Gesundheitsversorgung

Der Besuch beim Arzt sowie eine stationäre Behandlung in den letzten 12 Monaten zeigten keine signifikanten Differenzen. Hingegen weist die Teilnahme an einer Krebsvorsorgeuntersuchung in den letzten 12 Monaten einen besonders deutlichen Unterschied auf. Aussiedler nehmen dieses Angebot weniger wahr, besonders die Gruppe A3. Hier ist auch ein auffälliger Trend nach Aufenthaltsdauer erkennbar (siehe Tab. 3). Dieser Unterschied ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen zu sehen.

Bei den neun Fragen zur Krankenversicherung gab es fünf Fragen mit mehr als 10% „Weiss nicht“ Antworten in den verschiedenen Untergruppen der Aussiedler. Nur die verbleibenden vier Fragen wurden weiter analysiert. Aussiedler fühlen sich über das deutsche Krankenversicherungswesen besser informiert und sind zufriedener mit ihrer medizinischen Versorgung. Dagegen zeigen sich bei der Beurteilung des Leistungsumfangs der Krankenversicherung und bei der Zufriedenheit mit der Krankenkasse keine Unterschiede zwischen Aussiedlern und Nicht-Aussiedlern (siehe Tab. 3).

Tabelle 2.2 Unterschiede in den medizinischen Parametern. KORA Survey 2000

Variable	Nicht-Aussiedler vs. Aussiedler			Nicht-Aussiedler vs Aussiedler nach Aufenthaltsdauer		Test auf linearen Trend p-Wert
	p-Wert	LSMean	CI (95%)	LSMean	CI (95%)	
HDL (mmol/l)	< 0,0001	1,50 ^a 1,36 ^b	1,48–1,52 1,31–1,41	1,50 ^a 1,38 ^c 1,37 ^d 1,29 ^e	1,48–1,52 1,30–1,45 1,29–1,45 1,16–1,42	0,0014
Gesamt-Cholesterin (mmol/l)	0,5324	5,90 ^a 5,86 ^b	5,84–5,96 5,72–5,99			
LDL (mmol/l)	0,2531	3,57 ^a 3,64 ^b	3,51–3,62 3,51–3,77			
Diastolischer Blutdruck (mmHg)	0,0095	79,61 ^a 81,25 ^b	79,05–80,16 79,97–82,54	79,61 ^a 81,14 ^c 80,63 ^d 83,33 ^e	79,05–80,16 79,29–82,99 78,69–82,57 80,17–86,49	0,0326
Systolischer Blutdruck (mmHg)	0,0607	128,02 130,02	127,08–128,96 127,86–132,19	128,02 130,12 129,45 131,31	127,08–128,96 127,00–133,23 126,18–132,72 125,98–136,63	0,2740
BMI (kg/m ²)	< 0,0001	26,92 ^a 28,30 ^b	26,67–27,17 27,70–28,87	26,92 ^a 28,14 ^c 28,20 ^d 29,07 ^e	26,67–27,17 27,32–28,97 27,34–29,06 27,66–30,49	0,0035

Adjustierte Mittelwerte (LSMean) und 95% Konfidenzintervalle (CI) für Aussiedler und Nicht-Aussiedler mit Berücksichtigung von Geschlecht, Alter, zusammenlebend mit einem Partner, Ausbildungsdauer und Beschäftigung.

^a LSMean in der Gruppe der Nicht-Aussiedler. ^b LSMean in der Gruppe der Aussiedler. ^c LSMean in der A1 Gruppe (Einreise zwischen 1975 und 1988).

^d LSMean in der A2 Gruppe (Einreise zwischen 1989 und 1994). ^e LSMean in der A3 Gruppe (Einreise zwischen 1995 und 2000)

Tabelle 3 Unterschiede in der Gesundheitsversorgung von Aussiedlern im Vergleich zu Nicht-Aussiedlern. KORA-Survey 2000

Variable	Prävalenz %		Aussiedler Alle		nach Aufenthaltsdauer		
	Nicht-Aussied.	Aussied.	OR ^a	CI (95%)	OR ^a	CI (95%)	Trend ^e
Beim Arzt in den letzten 12 Monaten	87,2	87,1	0,99	0,68–1,45			
Stationäre Behandlung in den letzten 12 Monaten	13,2	14,8	1,17	0,82–1,67			
Keine Teilnahme an einer Krebsvorsorgeuntersuchung in den letzten 12 Monaten	64,0	79,5	2,46	1,77–3,41	1,38 ^b 3,48 ^c 23,89 ^d	0,90–2,13 2,01–6,03 3,22–177,45	0,0007
Gut bis sehr gut informiert über das deutsche Krankenversicherungswesen (vs. teils/schlecht/sehr schlecht)	38,2	53,7	1,99	1,51–2,63	1,44 ^b 2,08 ^c 8,31 ^d	0,97–2,14 1,36–3,16 3,06–22,56	< 0,0001
Gut bis sehr gute Beurteilung der Krankenversicherung in Hinblick auf den Leistungsumfang (vs. teils/schlecht/sehr schlecht)	78,1	81,3	1,25	0,88–1,77			
Zufrieden bis sehr zufrieden im allgemeinen mit der Krankenkasse (vs. teils/schlecht/sehr schlecht)	83,1	84,9	1,16	0,80–1,69			
Zufrieden bis sehr zufrieden mit der medizinischen Versorgung (vs. teils/schlecht/sehr schlecht)	79,6	86,4	1,68	1,14–2,49	1,35 ^b 1,86 ^c 3,43 ^d	0,80–2,30 1,01–3,44 0,81–14,56	0,0749

^a Odds Ratio (OR) und Konfidenzintervalle (CI) für Aussiedler adjustiert nach Geschlecht, zusammenlebend mit einem Partner, Ausbildungsdauer und Beschäftigung. Nicht-Aussiedler als Referenzgruppe (OR = 1). ^b OR der A1 Gruppe (Einreise zwischen 1975 und 1988). ^c OR der A2 Gruppe (Einreise zwischen 1989 und 1994). ^d OR der A3 Gruppe (Einreise zwischen 1995 und 2000). ^e Test auf linearen Tend (p-Wert)

Tabelle 4 Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Aussiedlern im Vergleich zu Nicht-Aussiedlern. KORA-Survey 2000

Variable	Prävalenz %		Aussiedler Alle		nach Aufenthaltsdauer		
	Nicht-Aussied.	Aussied.	OR ^a	CI (95%)	OR ^a	CI (95%)	Trend ^e
Wenig und nicht körperlich aktiv (vs. sehr bis mässig aktiv)	50,4	65,9	2,11	1,62–2,77	1,83 ^b 2,28 ^c 2,81 ^d	1,24–2,69 1,50–3,45 1,33–5,92	0,0049
Schwere bis mittelschwere körperliche Arbeit bei der Hauptbeschäftigung (vs. leichte/keine nennenswerte)	37,4	52,9	2,26	1,73–2,94	1,64 ^b 2,69 ^c 3,97 ^d	1,11–2,41 1,80–4,02 1,90–8,30	< 0,0001
Rauchen	26,0	26,5	0,98	0,73–1,32			
Erhöhter Alkoholkonsum (Männer trinken > 30 g/Tag und Frauen trinken > 30 g/Tag)	22,1	9,3	0,35	0,23–0,53	0,42 ^b 0,22 ^c 0,50 ^d	0,23–0,76 0,10–0,49 0,19–1,29	0,0783
Ungünstiges Ernährungsverhalten	53,5	57,7	1,16	0,89–1,52			

^a Odds Ratio (OR) und Konfidenzintervalle (CI) für Aussiedler adjustiert nach Geschlecht, zusammenlebend mit einem Partner, Ausbildungsdauer und Beschäftigung. Nicht-Aussiedler als Referenzgruppe (OR = 1). ^b OR der A1 Gruppe (Einreise zwischen 1975 und 1988). ^c OR der A2 Gruppe (Einreise zwischen 1989 und 1994). ^d OR der A3 Gruppe (Einreise zwischen 1995 und 2000). ^e Test auf linearen Tend (p-Wert)

Gesundheitsverhalten

Aussiedler schätzen ihre Arbeit häufiger als schwer ein, sind aber in der Freizeit weniger körperlich aktiv als Nicht-Aussiedler (siehe Tab. 4). In beiden Fällen wird der Unterschied grösser je kürzer der Aufenthalt in Deutschland ist.

Es gab keine grösseren Differenzen hinsichtlich der Rauchgewohnheiten (Raucher/Nicht-Raucher). Bezüglich des erhöhten Alkoholkonsums zeigt sich bei Aussiedlern eine geringere Prävalenz als bei Nicht-Aussiedlern (siehe Tab. 4). Eine Wechselwirkung mit dem Geschlecht zeigte sich insgesamt nicht, dagegen ist der Unterschied zwischen Aussiedlern und Nicht-Aussiedlern in den oberen Altersgruppen besonders gross (nicht in Tabelle gezeigt).

Die Auswertung nach Alkoholsorten (Konsum ja/nein) deutet darauf hin, dass die Aussiedler weniger Bier (OR = 0,65; 95%-KI von 0,49 bis 0,85) und Wein (OR = 0,61; 95%-KI von 0,46 bis 0,80) trinken. Männer der Aussiedlergruppe trinken dafür häufiger Schnaps als Männer der Vergleichsgruppe (OR = 1,63; 95%-KI von 1,10 bis 2,41).

Der Ernährungsscore zeigt keinen signifikanten Unterschied.

Diskussion

In Deutschland liegen bisher kaum bevölkerungsbezogene Daten zu gesundheitlichen Merkmalen bei Aussiedlern vor. Auf Grund der deutschen Staatsangehörigkeit der Aussiedler wird diese Bevölkerungsgruppe in den amtlichen Statistiken nicht gesondert berücksichtigt. Die hier vorgestellten Analysen stellen einen ersten Versuch dar, die Daten eines bevölkerungsbasierten Gesundheitssurveys zur Identifikation von Unterschieden zwischen Aussiedlern und Nicht-

Aussiedlern im Bereich gesundheitlich relevanter Merkmale zu nutzen.

Methodikdiskussion

Zur Beurteilung der Repräsentativität kann der Anteil der Aussiedler in dieser Studie mit den amtlichen Zahlen verglichen werden. Allerdings ist der prozentuale Aussiedleranteil in Deutschland nicht genau bekannt. Aus den Zugangszahlen lässt sich ableiten, dass ca. 4 Mio. der 82 Mio. Deutschen (ca. 5% der Gesamtbevölkerung) Aussiedler sind, die meisten davon sind nach 1975 nach Deutschland eingereist. Allerdings sind sie ungleichmässig auf die Bundesländer verteilt, wobei Bayern (woher die hier ausgewerteten Daten stammen) einen eher überdurchschnittlichen Anteil aufweist (§8 Bundesvertriebenen- und Flüchtlingsgesetz). Daher entspricht der in dieser Studie gefundene Anteil von Aussiedlern mit 6,3% in etwa den Erwartungen, wobei die Altersstratifizierung der Stichprobe noch zu berücksichtigen ist. Hinsichtlich der Geschlechts- und Altersstruktur der Aussiedler in Deutschland sind leider nur Daten für das jeweilige Jahr des Zuzugs vorhanden. Es liegen keine Informationen darüber vor, ob Aussiedler seltener an der Studie teilgenommen haben; allerdings wurden 37 Personen aus der Brutto-Stichprobe ausgeschlossen, da sie nicht hinreichend der deutschen Sprache mächtig waren. In diesem Zusammenhang ist auch die Validität der Angaben bei der Eigenanamnese von Erkrankungen zu diskutieren. Der grosse Anteil an „Weiss nicht“ Antworten bei der Frage zum Auftreten verschiedener Krankheiten wurde gesondert untersucht. Vor allem diese Antworten dürften wohl die teilweise vorhandenen Verständigungsprobleme der Aussiedler widerspiegeln. Diese Hypothese wird von der Tatsache

unterstützt, dass sich fehlende Angaben und abgebrochene Interviews bei den Probanden häufen, die sprachliche Verständigungsschwierigkeiten hatten. In der Gruppe A3 (Einreise zwischen 1995 und 2000) haben z. B. neun von 11 Probanden, die mindestens eine fehlende Angabe bei den hier untersuchten Variablen hatten, das Interview wegen Sprachproblemen abgebrochen. Dass die Gruppe A3 am stärksten davon betroffen ist, lässt sich vermutlich auf die beiden folgenden Fakten zurückführen: Personen dieser Gruppe sind noch nicht so lange in Deutschland und beherrschen daher die Sprache noch nicht so gut, ausserdem gehören zu dieser Gruppe zumeist Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion, die häufig von vornherein weniger Kenntnisse der deutschen Sprache als z.B. Rumäniendeutsche besitzen (Dietz 1990; Noetzel & Kajtar 1988; Silbereisen et al. 1999). Die Migrantenforschung berichtet, dass Sprachprobleme in der Regel die Gesundheitsversorgung erschweren (Wimmer & Ipsiroglu 2001). Dieses Problem ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Die Trends nach Aufenthaltsdauer können den Eingliederungsprozess der Aussiedler widerspiegeln, der nach Kroner (1982) drei Phasen hat. Eine alternative Erklärung des Trends kann das Herkunftsland liefern, da vorwiegend Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion in der Gruppe A3 vertreten sind. Ob das Herkunftsland eine Rolle spielt, haben wir exemplarisch an zwei Beispielen untersucht (subjektive Gesundheit und BMI), indem in der Gruppe der Aussiedler sowohl die Aufenthaltsdauer als auch das Herkunftsland in die logistische Regression einbezogen wurden. Es zeigte sich weiterhin ein Trend bei der Aufenthaltsdauer, nicht aber beim Herkunftsland.

Als eine weitere Erklärung des Trends gelten auch die wirtschaftliche Situation Deutschlands und die Änderungen (d.h. Verkürzungen) der Eingliederungsmassnahmen für Aussiedler, besonders seit 1993.

Soziodemographische Eigenschaften

Von der hier gefundenen relativ langen Ausbildungsdauer der Aussiedlerinnen wurde auch in einer anderen Studie berichtet (Silbereisen et al. 1999). Bei der Variablen „Ausbildungsjahre“ wird ein potentielles methodisches Problem besonders deutlich: Werden Personen, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind, mit Personen verglichen, die im Ausland geboren und aufgewachsen sind, so können identische Variablen eine ganz unterschiedliche Bedeutung haben. Es kann beispielsweise grosse Unterschiede im Ausbildungssystem geben, d.h. eine Ausbildung von acht bis 12 Jahren kann in Deutschland einen ganz anderen Stellenwert haben als z.B. in Rumänien.

Der Vergleich zwischen den drei Untergruppen der Aussiedler (A1: Einreise zwischen 1975 und 1988, A2: Einreise zwischen 1989 und 1994 und A3: Einreise 1995 oder später) zeigt keine signifikanten Unterschiede bezüglich soziodemographischer Merkmale, dagegen beschreibt die Analyse von Bauer & Zimmermann (1995) unterschiedliche sozioökonomische Eigenschaften für Aussiedler, die vor bzw. nach 1988 eingereist sind, da sich die Alters- und Berufsstruktur stark mit der Herkunftsstruktur ändert.

Gesundheit

Aussiedler schätzen ihre körperliche Verfassung verglichen mit Nicht-Aussiedlern als schlechter ein. Der Trend nach Aufenthaltsdauer ist dabei in dieser Studie auffällig. Die Selbsteinschätzung ist umso schlechter, je kürzer der Aufenthalt in Deutschland ist. Diese Differenzen könnten grundsätzlich auch auf das Herkunftsland zurückzuführen sein, wie die Studie von Harmsen (1983) zeigte, was in unserer Studie jedoch nicht der Fall zu sein scheint.

Die Tendenz zur Somatisierung bei Aussiedlern wurde von Branik (1982) und Masumbuku (1995) als stark und von Kornischka (1992) als leicht beschrieben. Kopfschmerzen können beispielsweise eine Ausdrucksform dieser Somatisierung sein. Die Aussiedler der Gruppen A2 und speziell A3 neigen eher dazu unter Migräne zu leiden, was die Ergebnisse der früheren Studien bestätigt. Dabei zeigt sich ein Trend nach Aufenthaltszeitraum. Auch Probleme beim Einschlafen, welche ebenfalls zu den psychosomatischen Beschwerden zählen, wurden in dieser Studie von den Aussiedlern häufiger genannt. Schlafstörungen wurden in einer Studie gleich nach Kopfschmerzen genannt (AGOMA 1989).

Für die Untersuchung der körperlichen Gesundheit wurden Selbstangaben zu Krankheiten sowie klinische Daten analysiert. Der grosse Anteil an „Weiss nicht“ Antworten erschwert allerdings die Interpretation dieser Ergebnisse. Von den 22 gefragten Krankheiten zeigten sich nur bei Herzinsuffizienz, Struma und Arthrose Unterschiede. Auf Grund der hohen Prävalenz von Struma in Deutschland, einem Jodmangelgebiet, erscheint die seltene Angabe der Aussiedler plausibel (Hampel & Ronsch 1993). Im Gegensatz zu diesen Ergebnissen hat eine andere Studie eine hohe Prävalenz unter den Aussiedlern bei Herz-Kreislauf-Problemen, Magen-Darm-Trakt-Problemen und allergischen Reaktionen im ersten Jahr der Einreise berichtet (Friebel et al. 1992), dieser kurze Zeitraum ist in der vorliegenden Studie aber aufgrund kleiner Fallzahlen nicht getrennt darstellbar gewesen. Bei der Frage nach im Westen neu aufgetretenen Krankheiten werden in einer weiteren Studie mit Aussiedlern an erster Stelle Magenbeschwerden, gefolgt von Allergien und zuletzt Magengeschwüre und Herzneurosen

genannt (AGOMA 1989). Der Vergleich der verschiedenen Studien wird dabei durch die unterschiedlich lange Aufenthaltsdauer sowie durch den nicht einheitlich erhobenen Krankenstatus erschwert.

Das Auftreten von Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes sowie das Vorhandensein einer Hypertonie zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen Aussiedlern und Nicht-Aussiedlern, die Ergebnisse wiesen jedoch tendenziell alle in Richtung erhöhter Prävalenzen. Aussiedler haben ungünstige HDL-C-Werte und ein ungünstigeres Lipidverhältnis (Gesamtcholesterin/HDL-C > 4). Zudem sind Aussiedler dieser Untersuchung, entsprechend den Ergebnissen einer amerikanischen Studie mit russischen Migranten (Duncan & Simmons 1996), häufiger übergewichtig (BMI ≥ 30 kg/m²). Das ungünstige Lipidverhältnis sowie das Übergewicht zeigen einen leichten Trend nach Aufenthaltsdauer, wobei die ungünstigsten Werte immer bei den Aussiedlern der Gruppe A3 zu finden waren. Die Blutdruckmessungen lassen erkennen, dass Aussiedler umso höhere diastolische Werte aufweisen, desto kürzer ihre Aufenthaltsdauer in Deutschland ist. Beim systolischen Blutdruck gehen die Werte in die gleiche Richtung, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

Gesundheitsversorgung

Trotz der relativ kleinen Stichprobengröße sind einige signifikante Ergebnisse gefunden worden. Das auffälligste Ergebnis dieser Studie bezüglich der Gesundheitsversorgung ist die geringe Teilnahme von Aussiedlern an Krebsvorsorgeuntersuchungen. Ähnliche Ergebnisse sowie mögliche Erklärungen, wie kulturelle Hintergründe, Sprachprobleme und Mangel an Information, wurden in einer anderen Studie aufgezeigt (Duncan & Simmons 1996). Generell gilt, je kürzer die Aufenthaltsdauer in Deutschland, desto geringer ist die Teilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchungen.

Bei den Variablen „letzter Besuch beim Arzt“ sowie „stationäre Behandlung“ in den letzten 12 Monaten, unterscheiden sich die Aussiedler nicht von den restlichen Studienteilnehmern. Zum Thema Krankenversicherung zeigt diese Analyse, dass Aussiedler sich eher gut informiert fühlen und zufrieden mit ihrer medizinischen Versorgung sind. Die Versorgung in Deutschland wird vermutlich im Vergleich zur Versorgung im Herkunftsland bewertet (Dietz 1990).

Gesundheitsverhalten

Beim Rauchen ist in der vorliegenden Studie kein Unterschied zwischen Aussiedlern und Nicht-Aussiedlern erkennbar.

Ein erhöhter Alkoholkonsum (Männer über 30 g Alkohol/Tag und Frauen über 20 g Alkohol/Tag) ist nicht charakteristisch für Aussiedler. Die Untersuchung des Konsums

von Wein und Bier deutet darauf hin, dass Aussiedler diese alkoholischen Getränke seltener trinken, dafür aber umso häufiger Schnaps. Dies gilt vor allem für Männer. Beim Alkoholkonsum zeigt sich kein Trend nach der Aufenthaltsdauer, auch wenn dies in einer Studie mit russischen Migranten in Israel dargelegt wurde (Hasin et al. 1998). Sportliche Aktivitäten sind bei Aussiedlern weniger ausgeprägt als bei Nicht-Aussiedlern. Hier ist ein Trend nach Aufenthaltsdauer erkennbar, der auf eine fortschreitende Anpassung der Aussiedler an das Aufnahmeland hinweisen könnte. Je länger der Aufenthalt in Deutschland andauert, desto sportlich aktiver sind die Aussiedler. Bei körperlicher Arbeit ist ebenfalls ein klarer Trend zugunsten einer Anpassung an die Nicht-Aussiedler zu beobachten. Je kürzer die Aufenthaltsdauer in Deutschland ist, desto schwerer wird die körperliche Arbeit eingeschätzt.

Der Ernährungsscore zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen Aussiedlern und Nicht-Aussiedlern. Dennoch erkennt man bei Betrachtung einzelner Lebensmittel, dass Aussiedler häufiger Fleisch, Geflügel, Kartoffeln und Margarine essen (jeweils $p < 0,0001$). Weniger häufig verzehren sie dagegen Vollkornbrot und Butter (jeweils $p < 0,0001$). Des Weiteren gibt es keine Unterschiede bei der Verzehrshäufigkeit von Fisch (OR = 1,21) und Gemüse (OR = 0,95) (nicht in der Tabelle dargestellt). Untersuchungen gibt es bisher vor allem zu den Essgewohnheiten der Aussiedler in ihren Herkunftsländern. Die Aussiedler aus Rumänien essen z.B. oft Kartoffeln und Gemüse, meist aus eigenem Anbau, und auch Fleisch und Milch wurde zu Zeiten ohne Rationalisierung bevorzugt verspeist (Noetzel & Kajtar 1988). In Russland ist der Verzehr von Obst und Gemüse aufgrund der wirtschaftlichen Situation in den vergangenen 20 Jahren zurückgegangen, der Konsum von tierischen Produkten hat sich hingegen erhöht (Popkin et al. 1997). Vor diesem Hintergrund könnte man sagen, dass die Aussiedler ihre Gewohnheiten in Deutschland meist beibehalten haben.

Schlussfolgerung

Mit der vorliegenden Studie konnte erstmals in Deutschland in einer bevölkerungsbezogenen Analyse nicht nur die subjektive, sondern auch die objektive Gesundheit von Aussiedlern im Vergleich zur restlichen deutschen Bevölkerung untersucht werden. Das Übergewicht sowie das ungünstige Lipidverhältnis der Aussiedler stellen relevante Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen dar. Darüber hinaus sind Unterschiede bei Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten deutlich geworden. Aus diesem Grund sollten Aussiedler als Zielgruppe für Präventions- und Versorgungsmassnahmen in Betracht gezogen werden. Da sich bei den meisten

untersuchten Variablen ein deutlicher Trend nach Aufenthaltsdauer erkennen liess, sollten sich weitere Studien gezielt mit dem Problem derjenigen Aussiedler befassen, die erst vor kurzem nach Deutschland eingereist sind.

Auch aus methodischer Perspektive sind die hier präsentierten Ergebnisse für epidemiologische Studien von Bedeutung, da z.B. zur Untersuchung von zeitlichen Trends in der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten der Deutschen ein mögliches Confounding durch den zunehmenden Anteil der Aussiedler in Betracht gezogen werden muss. Des Weiteren sollten genaue statistische Daten über Aussiedler in-

klusive ihrer Verteilung auf die Bundesländer sowie ihrer Altersstruktur verfügbar sein, um Daten für die Planung von Präventionsmassnahmen und für eine effizientere medizinische Versorgung zu haben.

Danksagung

Die Autoren bedanken sich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der KORA-Studiengruppe, die zur Durchführung des KORA-Survey 2000 beigetragen haben. Darüber hinaus danken wir zwei unbekanntem Gutachtern für die kritischen und konstruktiven Kommentare.

Zusammenfassung

Fragestellung: Bis zum Jahre 2000 sind ca. 4 Mio. Aussiedler nach Deutschland eingereist. Trotzdem ist diese Bevölkerungsgruppe in der Public-Health-Forschung bisher wenig beachtet worden. Ziel dieser Studie ist es, Unterschiede bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten zwischen Aussiedlern und Nicht-Aussiedlern zu ermitteln, um auf dieser Basis Konzeptionen für Präventionsmassnahmen in der Gesundheitsversorgung entwickeln zu können.

Methodik: Anhand des KORA-Surveys 2000 (Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg) wurde eine vergleichende Analyse von Aussiedlern und den übrigen Studienteilnehmern durchgeführt. Die Zielgrössen sind den drei Bereichen Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten zugeordnet. Es wurden unter Berücksichtigung von Geschlecht, Alter, Zusammenleben mit Partner, Ausbildungsdauer und Beschäftigung multiple Regressionsmodelle berechnet. Mittels Trendtest wurden Unterschiede nach der Aufenthaltsdauer untersucht.

Ergebnisse: Im Vergleich zum Rest der Studienpopulation schätzen Aussiedler ihre eigene Gesundheit als schlechter ein (OR = 0,68). Sie sind eher übergewichtig (OR = 1,95) und haben häufiger ein ungünstiges Lipidverhältnis (OR = 1,71) (Gesamtcholesterin/HDL-C > 4). Ausserdem nehmen sie weniger an Krebsvorsorgeuntersuchungen teil (OR = 0,41) und sind weniger sportlich aktiv (OR = 0,47). Die beobachteten Unterschiede sind am deutlichsten bei den Aussiedlern, die vor höchstens fünf Jahren nach Deutschland übersiedelt sind.

Schlussfolgerung: Aussiedler sind eine Risikogruppe, die bei Präventions- und Versorgungsmaßnahmen berücksichtigt werden sollten. Dies gilt insbesondere für Aussiedler, die sich erst seit kurzem in Deutschland aufhalten.

Résumé

Différences entre les immigrants de l'Europe de l'Est d'origine allemande et le reste de la population allemande: état de santé, utilisation des services de santé, et comportement en matière de santé. Une analyse comparative basée sur les données du KORA-Survey 2000

Objectifs: Jusqu'en 2000, environ 4 millions de personnes ont immigré en Allemagne. Ce groupe a fait l'objet de très peu de recherches en santé publique. L'objectif de cet article est de mettre en évidence les différences sur le plan de l'état de santé, de l'utilisation des services de santé et du comportement en matière de santé entre les immigrants d'Europe de l'Est d'origine allemande et le reste de la population allemande, afin de pouvoir développer de nouvelles pratiques de prévention.

Méthodes: Sur la base de l'enquête KORA 2000 (Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg), une analyse comparative a été menée entre les immigrants et les autres participants de l'étude, à l'aide de modèles de régressions multiples tenant compte du sexe, de l'âge, du fait que la personne vit seule ou en couple, du nombre d'années de formation et de l'activité professionnelle. Les différences selon les dates d'immigration ont été examinées au moyen de tests de tendance.

Résultats: Les immigrants de l'Europe de l'Est d'origine allemande estiment leur santé plus mauvaise. Ils tendent à être plus en surpoids (OR = 1,95) et à avoir un rapport lipidique défavorable (cholestérol total/cholestérol HDL > 4) (OR = 1,71). Ils utilisent moins les services de dépistage du cancer (OR = 0,41) et ils font moins de sport (OR = 0,47). Ces différences sont particulièrement nettes chez les personnes arrivées en Allemagne depuis moins de cinq ans.

Conclusions: Les immigrants de l'Europe de l'Est d'origine allemande représentent un groupe à haut risque. Il faut leur prêter une attention particulière lors de la mise en place de services de soins et de programmes de prévention, particulièrement lorsque ces personnes résident depuis peu de temps en Allemagne.

Literaturverzeichnis

AGOMA (1989). Gesundheitliche Probleme von Aus- und Übersiedler. Bonn: Arbeitsgemeinschaft ost- u. mitteldeutscher Aus- u. Übersiedler: 3–25.

Bauer T, Zimmermann KF (1995). Arbeitslosigkeit und Löhne von Aus- und Übersiedlern. München: Volkswirtschaftliche Fakultät der LMU: 1–35. (Münchener Wirtschaftliche Beiträge; Nr. 95-14).

Branik E (1982). Psychische Störungen und Soziale Probleme von Kindern und Jugendlichen aus Spätaussiedlerfamilien. Weinheim: Beltz Forschungsberichte.

Criqui MH, Golomb BA (1998). Epidemiologic aspects of lipid abnormalities. *Am J Med* 105(1A): 48–57.

Dietz B (1990). Deutsche Aussiedler aus der Sowjetunion. In: Deutsche in der Sowjetunion und Aussiedler aus der UdSSR in der Bundesrepublik Deutschland. München: Osteuropa-Institut. (Arbeitsbericht; Nr. 3).

Dietz B (1997). Jugendliche Aussiedler. Ausreise, Aufnahme, Integration. Göttingen: Berlin Verlag.

Dietz B (2000). Gewaltprävention mit jugendlichen Aussiedlern. Göttingen: Institut für berufliche Bildung und Weiterbildung.

Duncan L, Simmons M (1996). Health practices among Russian and Ukrainian immigrants. *J Community Health Nurs* 13: 129–37.

Friebel P, Block W, Pieper H, Hahn-Leyendecker U, Schrot H (1992). Verein für angewandte Gesundheitsberatung Osnabrück. In: Collatz J, Hrsg. Was macht Migranten in Deutschland krank? Rissen: E.B. Verlag: 139–51.

Hampel R, Ronsch K (1993). Despite use of iodized salt in individual food preparation there remains a 1st degree iodine deficiency in Germany. *Z Gesamte Inn Med* 48: 401–3.

Harmsen H (1983). Die Aussiedler in der Bundesrepublik Deutschland: Anpassung, Umstellung, Eingliederung, Forschungen der AWR Deutsche Sektion. Wien: W. Braumüller.

Hasin D, Rahav G, Meydan J, Neumark Y (1998). The drinking of earlier and more recent russian immigrants to Israel: comparison to other Israelis. *J Subst Abuse* 10: 341–53.

Hense HW, Filipiak B, Döring A, Stieber J, Liese AD, Keil U (1998). Ten-year trends of cardiovascular risk factors in the MONICA Augsburg Region in Southern Germany: results from the 1984/85, 1989/90, and 1994/95 Surveys. *CVD Prevention* 1: 318–27.

Kornischka J (1992). Psychische und soziale Probleme von Spätaussiedlern. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft.

Kroner M (1982). Als Deutscher unter Deutschen: In: Politische Bildung mit Spätaussiedlern. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb): 33–47.

Krones T (2001). Nationalität, Migration und Gesundheitszustand. In: Mielck A, Bloomfield K, Hrsg. Sozial-Epidemiologie: Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim: Juventa: 95–106.

Masumbuku JR (1995). Psychische Schwierigkeiten von Zuwanderern aus den ehemaligen Ostblockländern. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

MONICA (1989a). WHO MONICA Project: objectives and design. *Int J Epidemiol* 18(1 Suppl): S29–S37.

MONICA (1989b). WHO MONICA Project: risk factors. *Int J Epidemiol* 18(Suppl. 1): S46–S55.

Noetzel G, Kajtar M (1988). Spätaussiedler aus Rumänien im Ostalbkreis. Schwäbisch Gmünd: Gmünder Hochschulreihe.

Popkin B, Zohoori N, Kohlmeier L (1997). Nutritional risk factors in the former Soviet Union. In: Bobadilla JL, ed. Premature death in the new independent states. Washington, DC: National Academy Press: 314–34.

Silbereisen RK, Lantermann ED, Schmitt-Rodermund E (1999). Aussiedler in Deutschland: Akkulturation von Persönlichkeit und Verhalten. Opladen: Leske+Budrich.

Wimmer B, Ipsiroglu OS (2001). Kommunikationsbarrieren in der Betreuung von MigrantInnen und deren Kindern: Analyse und Lösungsvorschläge anhand von Fallbeispielen. *Klin Wochenschr* 113: 616–21.

Winkler G, Döring A (1998). Validation of a short qualitative food frequency list used in several German large scale surveys. *Z Ernährungswiss* 37: 234–41.

Korrespondenzadresse:

Priv. Doz. Dr. Rolf Holle
GSF- Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit
Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen
Ingolstädter Landstr. 1
D-85764 Neuherberg
Tel.: +49 89 3187-4192
Fax: +49 89 3187-3375
e-mail: holle@gsf.de

Anhang

Detaillierte Beschreibung der untersuchten Merkmale

Im Bereich der Gesundheit wurden folgende Merkmale in die Auswertung einbezogen:

- Einschätzung der gegenwärtigen körperlichen Verfassung (sehr gut/gut/weniger gut/schlecht). Dichotomisiert wurde in „sehr gut/gut“ gegen „weniger gut/schlecht“.
- Auftreten ausgewählter Krankheiten: Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, erhöhter Blutdruck, erhöhte Blutfette, Krampfadern, Venenentzündung, Thrombose, Durchblutungsstörungen am Herzen, Durchblutungsstörungen an den Beinen, Herzschwäche, Nierenerkrankung,

Lebererkrankung, Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Gallenblasenentzündung, Krebserkrankung, Gicht, Kropf, entzündliche Gelenkerkrankungen, Gelenkverschleiss, Abnutzungserscheinungen der Wirbelsäule, Migräne, Lungenasthma, Chronische Bronchitis, Probleme beim Einschlafen/Durchschlafen? (dichotomisiert in „oft/manchmal“ gegen „nie“).

Kardiovaskuläre Hauptrisikofaktoren:

- Laborwerte: Gesamt-Cholesterin, HDL- und LDL-Cholesterin (mmol/l) (kontinuierliche Variable)
- Blutdruckwerte (mmHg) (kontinuierliche Variable)

- Körpergrösse und -gewicht sowie Body-Mass-Index (BMI) (kg/m^2) (kontinuierliche Variable)
- Zusätzlich wurden die Variablen Lipidspiegel, Blutdruck und BMI dichotomisiert: Gesamt-/HDL-Cholesterin > 4 , Hypertonie ($\geq 140/90\text{mmHg}$), Übergewicht ($\geq 30\text{ kg}/\text{m}^2$) (Criqui & Golomb 1998).

Zur Analyse der Gesundheitsversorgung wurden folgende Fragen erfasst:

- Stationäre Behandlung während der letzten 12 Monate (ja/nein)
- Besuch beim Arzt in den letzten 12 Monaten (ja/nein)
- Teilnahme an einer gesetzlichen Krebsvorsorgeuntersuchung in den letzten 12 Monaten (ja/nein)
- Verschiedene Fragen zur Zufriedenheit mit der Krankenversicherung und der medizinischen Versorgung (dichotomisiert in „sehr gut/gut“ gegen „teils-teils/schlecht/sehr schlecht“). Nur die Antworten der gesetzlich Versicherten wurden hier verwendet, um einen homogenen Vergleich zu gewährleisten. Gesetzlich versichert waren insgesamt 3461 Probanden, davon 3226 Nicht-Aussiedler und 110, 99 und 26 in den drei Aussiedleruntergruppen A1 bis A3. Aufgrund des hohen Anteils an fehlenden Angaben wurden von 9 Fragen nur die folgenden 4 analysiert: „Wie gut fühlen Sie sich über das deutsche Krankenversicherungswesen informiert?“, „Wie beurteilen Sie Ihre eigene Krankenversicherung in Hinblick auf den Leistungsumfang?“, „Wie zufrieden sind Sie im allgemeinen mit Ihrer Krankenkasse?“ und „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrer medizinischen Versorgung?“.

Für das Gesundheitsverhalten wurden folgende Themen untersucht:

- Ernährung (qualitativer Food-Frequency-Fragebogen (FFF) mit 24 Items (Winkler & Döring 1998)). Das stan-

dardisierte Interview und der FFF ermöglichen es, die Verzehrhäufigkeiten von Lebensmittelgruppen ohne exakte Mengenangaben zu erheben. Zur Auswertung wurde ein Index nach den aktuellen Verzehrsempfehlungen des Ernährungskreises der Deutschen Gesellschaft für Ernährung verwendet, in dem im Hinblick auf Herz-Kreislauferkrankungen optimale Verzehrhäufigkeiten für siebzehn Lebensmittelgruppen aufgenommen wurden (Winkler & Döring 1998). Dabei deutet ein Gesamtscore von mindestens 16 Punkten auf ein günstiges Ernährungsverhalten hin.

- Konsum alkoholischer Getränke (Bier, Wein, Schnaps) am letzten Werktag und am letzten Wochenende. Die Angaben wurden in eine durchschnittliche tägliche Alkoholaufnahme während der vergangenen Woche umgerechnet. „Alkoholkonsumenten“ und „Nicht-Alkoholkonsumenten“ bezogen auf den gesamten Alkoholkonsum sowie auf Bier, Wein und Schnaps – und eine Dichotomisierung anhand der Grenzen von mehr als 30 g Alkohol/Tag für Männer und 20 g Alkohol/Tag für Frauen – stellen dabei die fünf Variablen für die Auswertung dar.
- Rauchen (regelmässig/unregelmässig/Exraucher/Nie-Raucher), dichotomisiert in „Raucher“ (regelmässig/unregelmässig) gegen „Ex-/Nie-Raucher“.
- Körperliche Aktivität in der Freizeit (Dauer pro Woche im Sommer und Winter). Aus den Angaben zu Sommer/Winter wurde eine vierstufige Skala gebildet, dichotomisiert in „sehr aktiv/mässig aktiv“ gegen „wenig aktiv/nicht aktiv“.
- Einstufung der körperlichen Arbeit bei der Hauptbeschäftigung (schwer/mittel-schwer/leicht/nicht nennenswert), dichotomisiert in „schwere-/mittelschwere körperliche Arbeit“ gegen „leichte-/keine nennenswerte körperliche Arbeit“.



To access this journal online:
<http://www.birkhauser.ch>