

Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz: Schlussbericht

Guggisberg, Jürg; Gardiol, Lucien; Graf, Iris; Oesch, Thomas; Künzi, Kilian; Volken, Thomas; Rüesch, Peter; Abel, Thomas; Ackermann, Sabine; Müller, Christoph

Veröffentlichungsversion / Published Version
Abschlussbericht / final report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Guggisberg, J., Gardiol, L., Graf, I., Oesch, T., Künzi, K., Volken, T., ... Müller, C. (2011). *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz: Schlussbericht*. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG; Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement (EJPD) Bundesamt für Migration (BFM); Eidgenössisches Département des Innern (EDI) Bundesamt für Gesundheit (BAG); Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW); Universität Bern, Medizinische Fakultät, Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM); M.I.S. TREND Institut für Wirtschafts- und Sozialforschung. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-360161>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz

Schlussbericht

Im Auftrag von:
Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Bundesamt für Migration (BFM)

Arbeitsgemeinschaft BASS, ZHAW, ISPM, M.I.S TREND

Jürg Guggisberg, Lucien Gardiol, Iris Graf, Thomas Oesch, Kilian Künzi (BASS AG)

Thomas Volken, Peter Rüesch (ZHAW)

Thomas Abel, Sabine Ackermann (ISPM)

Christoph Müller (M.I.S. Trend)

August 2011

Inhaltsverzeichnis

Management Summary (Deutsch)	I
Management Summary (Français)	VII
Management Summary (Italiano)	XII
Management Summary (English)	XVII
1 Einleitung	1
1.1 <i>Ausgangslage und Fragestellungen</i>	1
1.2 <i>Konzeptioneller Rahmen und Arbeitsmodell</i>	2
1.3 <i>Planung und Umsetzung der Erhebung</i>	3
1.3.1 Zielgruppen.....	3
1.3.2 Stichprobe.....	4
1.3.3 Fragebogen	6
1.3.4 Befragungsmethode und Befragungsablauf.....	8
1.4 <i>Aufbau des Berichts</i>	9
2 Monitoring – Ständige Wohnbevölkerung	9
2.1 <i>Methodische Vorbemerkungen</i>	9
2.1.1 Vergleichsgruppen.....	9
2.1.2 Referenzkategorien	12
2.1.3 Vergleiche mit dem Gesundheitsmonitoring 2004.....	12
2.1.4 Lesebeispiel.....	12
2.2 <i>Gesundheitszustand</i>	13
2.2.1 Einschätzung der subjektiven Gesundheit.....	13
2.2.2 Gesundheitliche Belastungen	14
2.2.3 Fazit	25
2.3 <i>Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen</i>	26
2.3.1 Arztkonsultationen insgesamt.....	26
2.3.2 Konsultation Hausarzt/-ärztin.....	28
2.3.3 Konsultation Frauenarzt/-ärztin	29
2.3.4 Spitalaufenthalte	30
2.3.5 Konsultationen in einer Notfallstation, einem Spitalambulatorium oder einer Poliklinik...	31
2.3.6 Spitex.....	33
2.3.7 Psychische Probleme	34
2.3.8 Fazit	36
2.4 <i>Gesundheitsverhalten</i>	37
2.4.1 Ernährung und Bewegung.....	37
2.4.2 Alkoholkonsum.....	40
2.4.3 Tabakkonsum.....	43
2.4.4 Vorsorgeuntersuchungen	45
2.4.5 Fazit	48
2.5 <i>Gesundheitskompetenz</i>	50
2.5.1 Vorbemerkungen	50

2.5.2	Gesundheitskompetenz „Symptomeinschätzung“	50
2.5.3	Objektivierbare Einzelfragen Gesundheitskompetenz	51
2.5.4	Subjektive Einschätzung der Gesundheitskompetenz.....	52
2.5.5	Fazit.....	54
3	Vertiefungsanalysen zum Gesundheitszustand	56
3.1	<i>Erklärung der gesundheitlichen Unterschiede</i>	56
3.1.1	Verbleibende Unterschiede unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht.....	57
3.1.2	Merkmale und Indikatoren zur Erklärung der Unterschiede.....	58
3.1.3	Ergebnisse.....	63
3.2	<i>Ausmass des Einflusses der verwendeten Grössen auf den Gesundheitszustand</i>	66
3.2.1	Alter und Geschlecht.....	66
3.2.2	Ausbildung, Kontrollüberzeugung, Erwerbstätigkeit und soziale Unterstützung.....	69
3.2.3	Aufenthaltsdauer, Sprachkompetenzen, Diskriminierung in der Schweiz und Gewalt im Herkunftsland	73
4	Monitoring - Personen des Asylbereichs.....	76
4.1	<i>Gesundheitszustand</i>	77
4.1.1	Einschätzung der subjektiven Gesundheit.....	78
4.1.2	Gesundheitliche Belastungen	78
4.1.3	Fazit.....	82
4.2	<i>Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen.....</i>	83
4.2.1	Arztkonsultationen insgesamt.....	84
4.2.2	Konsultation Hausarzt/-ärztin.....	84
4.2.3	Konsultation Frauenarzt/-ärztin	84
4.2.4	Spitalaufenthalte	85
4.2.5	Konsultationen in einer Notfallstation, einem Spitalambulatorium oder einer Poliklinik...	85
4.2.6	Spitex.....	86
4.2.7	Psychische Probleme	86
4.2.8	Fazit.....	86
4.3	<i>Gesundheitsverhalten.....</i>	87
4.3.1	Ernährung und Bewegung.....	87
4.3.2	Alkoholkonsum.....	88
4.3.3	Tabakkonsum.....	90
4.3.4	Vorsorgeuntersuchungen	90
4.3.5	Fazit.....	92
4.4	<i>Gesundheitskompetenz.....</i>	92
5	Zusammenfassung und Synthese.....	96
5.1	<i>Zentrale Ergebnisse</i>	96
5.1.1	Gesundheitszustand	96
5.1.2	Inanspruchnahme.....	97
5.1.3	Gesundheitsverhalten	97
5.1.4	Asylbevölkerung.....	97
5.2	<i>Vorschläge für weiterführende Analysen</i>	99
5.2.1	Zusammenhänge zwischen Gesundheitszustand, Inanspruchnahme und Gesundheitsverhalten.....	99
5.2.2	Rolle der verfügbaren Ressourcen	99
5.3	<i>Methodische Überlegungen</i>	100

5.3.1	Migrationspopulation: ausgewählte Gruppen vs. Gesamtbetrachtung	100
5.3.2	Einschränkungen durch kleine Stichproben	101
5.3.3	Studiendesign: Monitoring-Ansatz vs. Kausalanalysen	101
5.4	'Lessons learned' und Ausblick	101
Literaturangaben.....		103
Anhang: Angaben zur Gewichtung.....		105

Management Summary (Deutsch)

Ausgangslage, Zielsetzungen

Der Bund verfolgt das Ziel, für alle Menschen hierzulande die gleichen Chancen zu bieten, gesund zu sein bzw. das eigene Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen. Verschiedene Studien geben Hinweise darauf, dass bei Teilen der Migrationsbevölkerung diese Chancengleichheit beeinträchtigt ist. Das Nationale Programm Migration und Gesundheit (2008-2013) umfasst Massnahmen und Projekte in den Bereichen Prävention, Gesundheitsversorgung, Bildung und Forschung. Das Programm soll zum Abbau gesundheitlicher Benachteiligungen von Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz beitragen und die Voraussetzungen verbessern, so dass diese dieselbe Chance wie Einheimische haben, ihr Gesundheitspotenzial zu entfalten.

Im Bereich der Forschung hat das BAG im Jahr 2004 ein Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz in Auftrag gegeben, das erstmals repräsentative Daten zu den erwähnten Gesundheitsdeterminanten ausgewählter Gruppen erhoben hat. Um die Datengrundlage weiter zu vertiefen, hat sich das BAG entschieden, eine zweite Gesundheitsbefragung bei Personen mit Migrationshintergrund in Auftrag zu geben (GMM II). Im Rahmen dieses Forschungsauftrags sollten folgende *drei Hauptfragestellungen* geklärt werden:

- Welches sind die wichtigsten *gesundheitlichen Unterschiede zwischen der einheimischen Bevölkerung und Personen mit Migrationshintergrund* in der Schweiz hinsichtlich ihres Gesundheitszustands, ihres Gesundheitsverhaltens, ihrer Gesundheitskompetenz und ihres Zugangs zum Gesundheitssystem?
- Welche *Gruppen innerhalb der Migrationsbevölkerung* in der Schweiz sind in gesundheitlicher Hinsicht am *vulnerabelsten*?
- Welches sind die *wichtigsten Determinanten* der eruierten gesundheitlichen Unterschiede und wie stark sind deren Einflüsse (Geschlecht, Alter, Arbeit/Einkommen, Bildung, soziale Integration, Migrationshintergrund)?

Methode

Zielgruppen, Stichprobe

Analog zum GMM I (2004) wurden im GMM II vier Schwerpunktländer für Migrantinnen und Migranten aus der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung und zwei für Personen des Asylbereichs ausgewählt. Es handelt sich dabei um *Portugal, Türkei, Kosovo und Serbien* für Migrantinnen und Migranten der ständigen Wohnbevölkerung und um *Sri Lanka (Tamilen)* und *Somalia* für den Asylbereich. Neben der länder- bzw. sprachspezifischen Auswahl wurden zwei Zusatzstichproben gezogen. Zusatzstichprobe 1 bilden Migrantinnen und Migranten aus der Türkei und dem Kosovo mit einer Aufenthaltsdauer unter 2 Jahren. Zusatzstichprobe 2 wird aus den (kürzlich) eingebürgerten Personen gezogen. Die als Referenz dienende Bevölkerung mit schweizerischer Nationalität stammt aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007.

Instrumente

Der Fragebogen umfasst vier thematische Bereiche: (1) Gesundheitszustand, (2) Gesundheitsverhalten, (3) Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, (4) Ressourcen und Belastungen. Variablen und Konzepte aus den drei ersten Bereichen können grob als Zielgrössen und diejenigen aus dem vierten Bereich als erklärende Grössen betrachtet werden.

Durchführung der Befragung

Die telefonische Befragung wurde vollständig mittels CATI (Computer Assisted Telephone Interview) durchgeführt. Der Feldstart erfolgte für die verschiedenen Stichproben zeitlich versetzt. Gestartet wurde am 24. September 2010 mit der Kernstichprobe und den kürzlich Eingewanderten (jeweils alle Nationalitäten). Mit der Zusatzstichprobe 2, den Eingebürgerten, wurde später begonnen (in der Woche vom 11. Oktober 2010). Auch die Personen des Asylbereichs wurden versetzt in die Feldarbeit einbezogen.

Methodische Grenzen

Aus methodischer Sicht sind folgende Aspekte sind zu erwähnen:

- *Migrationspopulation – ausgewählte Gruppen vs. Gesamtbetrachtung:* Festzuhalten ist, dass das GMM II (wie bereits das GMM I) nicht die Population der Migrantinnen und Migranten insgesamt repräsentativ abbildet. Die ausgewählten Gruppen können aber als beispielhaft für die gesundheitliche Situation und die Lebenslage von Migrantinnen und Migranten stehen.
- *Einschränkungen durch kleine Stichproben:* Die Stichprobengrößen der untersuchten Migrantensubgruppen schränken aufgrund kleiner Fallzahlen eine differenziertere Darstellung der Befundlage ein. Dies führt in gewissen Bereichen zu einer Begrenzung der Aussagekraft der Resultate.
- *Studiendesign – Monitoring-Ansatz vs. Kausalanalysen:* Der Schwerpunkt für das GMM II wurde auf den Monitoring-Ansatz gelegt, zugleich wurde der Fragebogen aber so konzipiert, dass bis zu einem gewissen Grad auch erklärende Analysen möglich sind.

Monitoring – Ständige Wohnbevölkerung

Gesundheitszustand

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich zum heutigen Zeitpunkt aus den im Fokus dieser Untersuchung stehenden Ländern vor allem Personen in vergleichsweise guter psychischer und physischer Verfassung auf eine Migration einlassen. Dies trifft in verstärktem Ausmass auf Personen aus Serbien und dem Kosovo zu, während dies bei Immigrantinnen und Immigranten aus der Türkei oder aus Portugal weniger stark ausgeprägt ist. Die in der Schweiz ansässigen, etwas älteren Migrantinnen und Migranten hingegen, welche in der Mehrheit auch schon seit längerer Zeit in der Schweiz sind, weisen demgegenüber einen mehrheitlich schlechteren Gesundheitszustand auf als Schweizerinnen und Schweizer in demselben Alter. Innerhalb der Migrationsbevölkerung weisen Frauen zudem eher schlechtere Werte bezüglich des Gesundheitszustands auf als Männer. Je älter die Migrationsbevölkerung ist, umso grösser sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Bei der einheimischen Bevölkerung sind solche Unterschiede kaum oder nur in geringerem Ausmass zu beobachten.

Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen

Der Anteil an Personen, welche mindestens einmal innerhalb eines Jahres einen Arzt oder eine Ärztin konsultieren, ist bei keiner der betrachteten Migrationsgruppen höher als bei den Schweizerinnen und Schweizern. Im Gegenteil, Frauen aus Portugal und dem Kosovo und Männer aus Serbien und dem Kosovo suchen weniger oft einen Arzt oder eine Ärztin auf als die einheimische Bevölkerung. Im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung sind Konsultationen beim Hausarzt oder der Hausärztin bei den Migrationsgruppen jedoch verbreiteter. Bei der Inanspruchnahme von Notfalldiensten und Diensten in Spitalambulatorien und/oder Polikliniken zeigt sich, dass einzelne der untersuchten Migrationsgruppen diese häufiger in Anspruch nehmen als Schweizerinnen und Schweizer. Allerdings sind die Unterschiede relativ gering. Im Bereich der Vorsorgeuntersuchungen weisen Migrantinnen und Migranten

eher tiefere Raten auf als die einheimische Bevölkerung. Grundsätzlich kann es durch die Nicht-Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im ambulanten Bereich gerade bei präventiven Massnahmen (Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Beratung) oder bei der ambulanten Kontrolle und Versorgung chronischer Krankheiten dazu kommen, dass später teurere stationäre Behandlungen anfallen.

Gesundheitsverhalten

Migrantinnen und Migranten konsumieren deutlich weniger Alkohol, essen aber auch weniger Früchte und Gemüse und sind deutlich öfters körperlich inaktiv als Schweizerinnen und Schweizer. Darüber hinaus sind Migrantinnen und Migranten sehr viel häufiger von starkem Übergewicht betroffen. Im Rahmen der Förderung von gesundheitsförderlichem Verhalten scheint in diesem Bereich noch ein erhebliches Verbesserungspotential zu liegen. Der Tabakkonsum liegt bei den Männern mit Migrationshintergrund deutlich höher als bei Schweizer Männern, bei den Frauen sind die Unterschiede zwischen Migrantinnen und Schweizerinnen weniger konsistent.

Gesundheitskompetenz

Aus gesundheitsförderlicher Sicht kann Gesundheitskompetenz dazu beitragen, dass Menschen gesund leben, ihre Vorstellungen in Bezug auf Gesundheit einbringen und verwirklichen können. Damit ist Gesundheitskompetenz eine Ressource, welche die soziale Chancengleichheit für gute Gesundheit erhöht und die Mitwirkung im System ermöglicht oder zumindest verbessert. Ein Vergleich der Gesundheitskompetenz zwischen der Migrationsbevölkerung und der einheimischen Bevölkerung ist aufgrund fehlender Daten bei der einheimischen Bevölkerung nicht möglich. Deshalb lag der Fokus der Auswertungen auf Vergleichen zwischen den verschiedenen Herkunftsgruppen. Dabei zeigt sich kein konsistentes Muster an Unterschieden zwischen den verschiedenen Migrationsgruppen. Während die Auswahl des Arztes und die Verständigung mit diesem den befragten Personen mit Migrationshintergrund vergleichsweise wenige Probleme bereiten, wird das kritische Hinterfragen von Empfehlungen und Informationen selten wahrgenommen. Dennoch, je nach Migrationsgruppe können zwischen 15% und 45% der befragten Personen ihre eigenen Anliegen dem Arzt oft nicht verständlich machen oder verstehen die Informationen des Arztes nur ungenügend.

Monitoring - Personen des Asylbereichs

Gesundheitszustand

Der *subjektive Gesundheitszustand* wird von beiden Asylgruppen sehr unterschiedlich eingeschätzt: Während die Somalierinnen und Somalier einen ähnlich guten Gesundheitszustand angeben wie die einheimische Bevölkerung, weisen die Personen aus Sri Lanka einen deutlich schlechteren subjektiven Gesundheitszustand aus. Auch sind Somalierinnen und Somalier deutlich weniger oft aufgrund von körperlichen und/oder psychischen Problemen in ärztlicher Behandlung als die Personen aus Sri Lanka.

Inanspruchnahme

Im Vergleich zu den Einheimischen zeigen sich v.a. Unterschiede beim Aufsuchen eines Hausarztes, indem Angehörige der Asylbevölkerung dies häufiger tun. Bezüglich *Spitalaufenthaltsdauer* zeigt sich, dass Schweizerinnen und Schweizer tendenziell länger im Spital verbleiben als die Asylbevölkerung, allerdings ist nur die Differenz zu den Personen aus Sri Lanka signifikant. In der Beanspruchung von *Notfallstationen, Spitalambulatorien und Polikliniken* gibt es signifikante Unterschiede zwischen der einheimischen Bevölkerung und der Asylbevölkerung. Der Anteil von Personen, die im letzten Jahr

überhaupt eine solche Institution aufgesucht haben, unterscheidet sich zwar kaum. Die Asylbevölkerung hat aber insgesamt eine signifikant höhere Anzahl Konsultationen in einer dieser Institutionen zu verzeichnen als die Schweizer Bevölkerung.

Gesundheitsverhalten

Beim *Ernährungs- und Bewegungsverhalten* fällt bei der Asylbevölkerung auf, dass der Anteil von Personen, die kaum Früchte und Gemüse essen und körperlich inaktiv sind, grösser ist als bei den Schweizerinnen und Schweizern. Ausserdem konsumieren Personen aus Sri Lanka generell weniger Früchte und Gemüse als die Somalier/innen. Beim *Alkohol- und Tabakkonsum* bestehen deutliche Unterschiede zu den Schweizerinnen und Schweizern. Alkohol wird von der Asylbevölkerung deutlich seltener konsumiert als von der Schweizer Bevölkerung. Insbesondere der Anteil der abstinenten Personen ist hoch: Bei den Somalier/innen beträgt er fast 99% und bei der Asylbevölkerung aus Sri Lanka sind es zwei Drittel. Tabak wird von Personen aus Sri Lanka seltener konsumiert als von Schweizer/innen oder Somalier/innen.

Gesundheitskompetenz

Die Gesundheitskompetenz der befragten Asylbevölkerung ist generell etwas tiefer als bei anderen Migrationsgruppen insbesondere was Symptomeinschätzung und Verständigung im Gesundheitswesen betrifft. Im Vergleich zu anderen Migrationsgruppen kann die Asylbevölkerung eher schlecht einordnen, ob es bei verschiedenen Symptomen angezeigt ist, einen Arzt oder eine Ärztin aufzusuchen. Während dies bei körperlichen Beschwerden vor allem auf fehlendes Wissen zurückzuführen sein dürfte, werden psychische Symptome von der Asylbevölkerung systematisch unterschätzt: Bei psychischen Beschwerden wird ein Arztbesuch nur sehr selten als notwendig erachtet, selbst wenn er aus medizinischer Sicht angezeigt wäre. Massive Probleme bestehen bei der Verständigung zwischen den befragten Personen aus dem Asylbereich und behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Nur etwas mehr als ein Drittel der Somalier/innen und ein Viertel der Personen aus Sri Lanka können sich dem Arzt oder der Ärztin genügend verständlich machen. Der restlichen Asylbevölkerung gelingt dies gar nicht oder nur manchmal. Ähnlich grosse Schwierigkeiten bestehen, wenn es darum geht, die Anweisungen oder die Fragen des Arztes oder der Ärztin genügend zu verstehen.

Vertiefungsanalysen zum Gesundheitszustand

Das Monitoring zeigt auf, dass jüngere Migrantinnen und Migranten, welche erst kürzlich in die Schweiz immigriert sind, eher gesünder als die einheimische Bevölkerung ist und dass ältere und schon länger in der Schweiz ansässige Migrantinnen und Migranten eher kränker sind. Innerhalb der Migrationsbevölkerung weisen Frauen zudem eher schlechtere Werte bezüglich des Gesundheitszustands auf als Männer. Weil es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine Querschnittsstudie handelt, sind Aussagen über die tatsächliche Entwicklung des Gesundheitszustands seit der Einreise in die Schweiz jedoch nicht möglich. Es kann nicht beurteilt werden, ob es sich bei den geschilderten Resultaten um einen Einwanderungs- oder einen Kohorteneffekt handelt, oder ob sich die Gesundheit während der Aufenthaltsdauer in der Schweiz zwischen den Geschlechtern unterschiedlich entwickelt. So bleibt offen, ob die älteren und im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung eher kränkeren Migrantinnen und Migranten bereits zum Zeitpunkt ihrer Einreise einen schlechteren Gesundheitszustand aufwiesen, oder ob sie mit einer überdurchschnittlichen psychischen und physischen Gesundheit in die Schweiz immigriert sind.

Im Rahmen von Vertiefungsanalysen wird versucht, die Unterschiede bei verschiedenen Gesundheitsindikatoren zwischen Personen mit Migrationshintergrund und einheimischer Bevölkerung näher

zu ergründen. So gelingt es, einen Teil der Unterschiede durch das tiefere Ausbildungsniveau, ungenügende Sprachkompetenzen, Diskriminierungserfahrungen in der Schweiz und Erfahrungen mit politischer Verfolgung und Gewalt im Herkunftsland der Migrantinnen und Migranten zu erklären. Bei Migrantinnen und Migranten, die schon seit längerer Zeit in der Schweiz wohnen, kommen dafür jedoch auch andere Faktoren in Frage, welche in der Vergangenheit sowohl in der Schweiz als auch im Herkunftsland eine Rolle gespielt haben könnten. Aus anderen Studien (z.B. Spycher, Detzel, Guggisberg, 2006) weiss man etwa, dass Migrantinnen und Migranten bei unsicherer Wirtschaftslage oder Strukturwandlungsprozessen schneller als Schweizerinnen und Schweizer ihren Arbeitsplatz verlieren und nach dem Verlust des Arbeitsplatzes im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung geringere Chancen auf eine neue Arbeitsstelle haben. Darüber hinaus sind Migrantinnen und Migranten öfters als Schweizerinnen und Schweizer einer Mehrfachbelastung ausgesetzt (Familie, Beruf, Integration). Zusätzlich erhalten sie im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung weniger Unterstützung durch ältere Generationen und sind vermehrt Konflikten mit der jüngeren Generation ausgesetzt. Es ist aber auch möglich, dass jüngere und gesündere Alterskohorten nach einer gewissen Zeit wieder in ihre Heimatländer zurückkehren, während diejenigen mit belasteter Gesundheit, aufgrund der besseren Versorgungssituation in der Schweiz bleiben.

Schlussfolgerungen hinsichtlich zukünftiger Forschung

Grundsätzlich war es nicht Aufgabe der Autorinnen und Autoren dieses Berichts, aus den Erkenntnissen Handlungsempfehlungen abzuleiten. Diesen Schritt werden die Bundesämter BAG und BFM sowie weitere Akteure in der Praxis leisten müssen. Die hier formulierten Schlussfolgerungen beziehen sich deshalb ausschliesslich auf weiterführende Forschungsarbeiten.

Der zweite GMM-Survey bedurfte eines überproportionalen Aufwandes bei der Datenerhebung (insbesondere für die Rekrutierung der Befragungspersonen, Übersetzungsarbeiten etc.) im Vergleich zur Datenanalyse. Auf diesem Hintergrund ist zu prüfen, ob *eine Einbettung zukünftiger Gesundheitssurveys bei Angehörigen der Migrationsbevölkerung in die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SBG)* letztlich nicht kostengünstiger geleistet werden kann; zudem wäre eine inhaltliche und zeitliche Abstimmung gewährleistet. Die Einbettung könnte z.B. in Form von Zusatzmodulen und -stichproben erfolgen. Inwieweit der erwähnte Erhebungsaufwand in einem angemessenen Verhältnis zum „Ertrag“ steht, werden insbesondere weiterführende Analysen des umfangreichen Datenmaterials erst noch belegen müssen. Bereits die aktuellen Analysen für den vorliegenden Bericht zeigen aber einige Fragenkomplexe auf, bei denen weiterer Forschungsbedarf besteht und die ggf. auch genauer in zukünftigen GMM-Surveys untersucht werden könnten:

- Die *Entwicklung/Beobachtung des Gesundheitszustandes* von Personen mit Migrationshintergrund im Zeitverlauf sollte ein zentrales Anliegen zukünftiger GMM-Erhebungen sein. Dabei wäre insbesondere zu empfehlen, wenigstens einige der bereits befragten Migrationsgruppen kontinuierlich (d.h. auch in künftigen GMM-Surveys) zu beobachten. Dies würde es erlauben, zumindest partiell longitudinale Analysen zu simulieren und so allfällige unterschiedliche altersbezogene Verläufe zu untersuchen.
- Der Schwerpunkt der GMM-Surveys sollte auf dem *Monitoring-Ansatz* liegen, die theoriegeleitete Erfassung zentraler gesundheitlicher Determinanten (Ressourcen, Risikofaktoren) sollte jedoch mitberücksichtigt werden.
- *Inanspruchnahme, Qualität der Behandlung*: Die Befunde der vorliegenden Analysen weisen auf eher geringe und unsystematische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten zwischen Schweizer Bevölkerung und Personen mit Migrationshintergrund. Eine

Tendenz besteht zu häufigeren Hausarztbesuchen und einer leicht erhöhten Inanspruchnahme von Notfalldiensten bei einzelnen Migrantengruppen. Vertiefende Analysen der vorliegenden GMM-Daten zu diesem Bereich, u.a. unter Berücksichtigung des subjektiven Gesundheitszustandes, sind notwendig. Fragen möglicher Unterversorgung bedürfen aber spezifischer Erhebungen bei ausgewählten Migrantengruppen. Darüber hinaus wäre die Erfassung der Behandlungsqualität aus Sicht der Patienten für zukünftige Erhebungen zu prüfen.

- *Gesundheitsverhalten:* Die Befunde weisen auf Handlungsbedarf bei Personen mit Migrationshintergrund in den Bereichen Ernährung und körperliche Bewegung hin. Dabei ist auch der vergleichsweise hohe Anteil von Migrantinnen und Migranten mit starkem Übergewicht zu beachten. Weiterführende Analysen und ggf. Erhebungen in diesem Bereich sind als prioritär zu erachten.
- *Gender:* Bei der Migrationsbevölkerung scheint der Gesundheitszustand der Frauen eher schlechter als derjenige der Männer zu sein. Es sollte versucht werden, Erklärungen für diese Unterschiede zu finden.

Management Summary (Français)

Considérations et objectif

La confédération poursuit l'objectif d'accorder à tous les habitants les mêmes chances d'être en bonne santé, c'est-à-dire d'utiliser à plein leur potentiel de santé individuel. Plusieurs études montrent des indices que, pour certaines parties de la population étrangère, cette égalité des chances n'est pas atteinte. Le Programme national Migration et Santé (2008-2013) contient des mesures et des projets dans les domaines de la prévention, des prestations, de la formation et de la recherche. Le programme doit contribuer à atténuer les différences de santé des personnes issues de la migration et améliorer les conditions, afin qu'ils aient les mêmes chances de pouvoir développer leur potentiel de santé que les indigènes.

Dans le domaine de la recherche, l'OFSP a effectué un moniteur de la santé de la population issue de la migration en suisse (GMM) en 2004, qui a pour la première fois relevé des données sanitaires déterminantes pour des groupes de population issus de la migration. Afin d'approfondir les informations, l'OFSP a décidé de faire effectuer un second questionnaire de santé pour les personnes issues de la migration (GMM II). Ce mandat de recherche devrait couvrir *les trois questions* principales suivantes :

- Quelles sont les principales *différences de santé entre les autochtones et les personnes issues de la migration* en Suisse concernant leur état de santé, leur comportement de santé, leurs compétences en matière de santé et leur accès au système de santé ?
- Quels *groupes au sein de la population issue de la migration* en Suisse sont les plus vulnérables en termes de santé ?
- Quels sont les *déterminants principaux* des différences de santé constatées et quelle est l'ampleur de leur influence (Age, Sexe, Travail/Revenu, Formation, Intégration sociale, types de migration)?

Méthode

Groupes cibles, échantillon

De même que pour le GMM I (2004), l'accent a été placé sur quatre pays d'origine concernant la population résidente étrangère et deux pays d'origine concernant les requérants d'asile. Il s'agit de : *Portugal, Turquie, Kosovo et Serbie* pour les résidents permanents issus de la migration et de *Sri Lanka (Tamoul) et Somalie* pour les requérants d'asile. En plus des groupes centrés sur le pays et donc sur la langue, deux autres sous-groupes d'intérêt ont été définis. Le premier est constitué de personnes venant du Kosovo ou de Turquie et résidants en Suisse depuis moins de 2 ans. Le second est constitué de personnes récemment naturalisées. Le groupe de référence est constitué des citoyens suisses et provient de l'enquête suisse sur la santé de 2007.

Instrument

Le questionnaire comprend quatre thèmes: (1) Etat de santé, (2) Comportement de santé, (3) Utilisation du système de santé, (4) Moyens et Charges. Les concepts et variables issues des trois premiers groupes peuvent être considérés comme des variables d'état alors que celles du quatrième groupe sont des variables explicatives.

Exécution du questionnaire

Le questionnaire téléphonique a été intégralement effectué à l'aide de CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La phase de terrain a débuté le 24 Septembre 2010 avec l'échantillon principal et le sous-échantillon des personnes récemment naturalisées (pour toutes les nationalités concernées). La récolte pour le deuxième sous-échantillon ainsi que pour les personnes du domaine de l'asile a débuté le 11 Octobre 2010.

Limites méthodologiques

Les points suivants sont à relever d'un point de vue méthodologique:

- *Population issue de la migration – Récolte générale ou choix de groupes*: Il est à noter que l'enquête GMM II (de même que lors de GMM I) ne relève pas des informations concernant la population issue de la migration dans son ensemble. Mais les groupes choisis peuvent servir d'exemple pour la situation de migrantes et de migrants d'autres origines.
- *Limites dues au petit échantillon*: La taille des échantillons des sous-groupes de population de migrants limite la présentation des différences de situations. Cela conduit dans certains domaines à une baisse du pouvoir explicatif des résultats.
- *Concept de l'étude – Etat des lieux ou Analyse causale*: Le focus de GMM II a été fixé sur l'établissement d'un monitoring, mais le questionnaire a été conçu de manière à ce que des analyses soient le plus souvent également possibles.

Etat des lieux – Population résidente

Etat de santé

Les résultats montrent que les populations ayant récemment migré en provenance des pays étudiés dans cette recherche sont en relativement bonne santé. Cela est particulièrement le cas pour les personnes en provenance de Serbie et du Kosovo, moins en ce qui concerne les personnes venant de Turquie ou du Portugal. Les migrant-e-s présents depuis plus longtemps, au contraire, présentent un état de santé majoritairement moins bon que les suisse-sse-s de même âge. Au sein de la population issue de la migration, les femmes ont un état de santé moins bon que les hommes, et plus le groupe de population est âgé, plus cette différence s'accroît. On ne constate pas, ou pratiquement pas, cet effet dans la population d'origine suisse.

Utilisation du système de santé

La part des personnes ayant consulté un médecin au moins une fois au cours de l'année écoulée n'est pas plus élevée, dans tous les groupes étudiés, que celle des suisse-sse-s. Au contraire, les femmes venant du Portugal ou du Kosovo et les hommes venant de Serbie ou du Kosovo consultent moins souvent un médecin que la population autochtone. Par contre, le taux de consultation d'un médecin de famille est plus fréquent que dans la population d'origine suisse. L'utilisation des services d'urgence et d'hospitalisation ambulatoire ou policlinique est supérieure à celle des suisse-sse-s pour quelques groupes d'origine étrangère. Mais les différences sont de toute façon très faibles. Les personnes issues de la migration utilisent relativement moins les offres de prévention. Fondamentalement, ce peut être cette plus faible utilisation des mesures de prévention (Vaccination, examen préventif, conseil) ou dans les moindre contrôle ambulatoire et la prévention de maladie chronique qui explique le plus grand nombre de soins stationnaires par la suite.

Comportement de santé

Les migrant-e-s consomment nettement moins d'alcool, mais mangent moins de fruits et légumes et sont nettement plus souvent physiquement inactifs que les suisse-sse-s. De plus les migrant-e-s souffrent beaucoup plus souvent de surpoids. Dans le cadre de l'encouragement à un comportement sain, un potentiel notable d'amélioration subsiste dans ce domaine. La consommation tabagique des hommes issus de la migration est clairement supérieure à celle des suisses, parmi les femmes la différence est moins marquée.

Connaissances en matière de santé

Grâce à leurs connaissances en matière de santé les personnes peuvent rester en meilleure santé et réaliser pleinement leur potentiel de santé. C'est pourquoi ces connaissances représentent une ressource qui permet d'améliorer l'égalité des chances en matière de santé et permet une meilleure participation au système. Une comparaison des connaissances en matière de santé entre les populations

autochtones et issues de la migration n'est pas possible car nous ne disposons pas de cette information concernant les suisse-sse-s. C'est pourquoi cette analyse s'est concentrée en l'analyse des différences existantes entre les différents groupes de migrants. Aucune différence systématique selon les pays d'origine n'est ressortie de cette analyse. Le libre choix du médecin et la compréhension avec celui-ci ne pose relativement pas de problème aux personnes issues de la migration, par contre le regard critique des conseils donnés ou la recherche d'autres sources d'information est très rare. De plus, selon les groupes de migrants considérés, entre 15% et 45% des personnes interrogées ne parviennent pas à décrire clairement leurs problèmes avec le médecin ou ne parviennent que partiellement à comprendre les informations du médecin

Etat des lieux - Réfugiés

Etat de santé

L'état de santé subjectif a été estimé très différemment par les deux groupes de réfugiés: Les Somalien-ne-s ont un état de santé proche de celui des suisse-sse-s, alors que les tamoul-e-s présentent un état de santé subjectif nettement inférieur. De même, les personnes venant de Somalie suivent nettement moins souvent un traitement médical pour des problèmes physiques ou psychiques que celles venant du Sri Lanka.

Utilisation du système de santé

La différence de comportement par rapport aux autochtones est présente avant tout en ce qui concerne la consultation de médecins de famille, en ce sens que les réfugiés les consultent plus souvent. Les suisse-sse-s font des séjours hospitaliers tendanciellement plus longs que les réfugiés, bien que cet effet ne soit significatif que par rapport aux personnes venant du Sri Lanka. Concernant les urgences, l'ambulatoire hospitalier et les polycliniques, les comportements sont différents. Bien que la proportion de personnes y ayant eu recours soit pratiquement identique, lorsque c'est le cas, le nombre de consultations est significativement plus élevé pour les réfugiés que pour les autochtones.

Comportement de santé

Concernant l'alimentation et la mobilité, on constate que la part des réfugiés qui ne mangent pratiquement pas de fruits et légumes et sont physiquement inactifs est plus grande que parmi les suisse-sse-s. De plus, les tamoul-e-s consomment moins de fruits et de légumes que celles venant de Somalie. La consommation de tabac et d'alcool est nettement différente de celle des suisse-sse-s. Les réfugiés consomment nettement moins d'alcool que la population suisse. La part des abstinent est particulièrement élevée : Chez les somalien-ne-s 99% et parmi les personnes du Sri Lanka environ deux-tiers. Les tamoul-e-s consomment moins de tabac que les suisse-sse-s ou les somalien-ne-s

Connaissances en matière de santé

Les connaissances de santé des réfugiés est généralement inférieure à celle des autres migrants. En particulier concernant l'évaluation des symptômes et la compréhension de la santé. Les réfugiés parviennent mal, en comparaison aux autres groupes de migrants, à déterminer s'il est nécessaire de consulter un médecin en fonction des symptômes observés. En ce qui concerne la prise en compte de symptôme physique, cela peut provenir d'un manque d'information, mais les symptômes psychiques sont clairement sous-estimés : Une consultation médicale n'est que très rarement considérée comme nécessaire en présence de symptômes psychiques, bien que d'un point de vue médical une consultation soit conseillée. La communication entre le patient et le médecin constitue un problème majeur: Seulement un tiers des Somalien-ne-s et un quart des personnes venant du Sri Lanka parviennent à se faire suffisamment bien comprendre. Le reste de la population de réfugiés n'y parvient pas du tout ou seulement parfois. Un problème similaire se pose lorsqu'il s'agit de comprendre les consignes ou les questions du médecin.

Analyse approfondie de l'état de santé

L'état des lieux a montré que les jeunes migrant-e-s immigrés de fraîche date en Suisse sont plutôt en meilleure santé que les suisse-sse-s, alors que les migrant-e-s plus âgés et depuis plus longtemps en Suisse sont au contraire en moins bonne santé que les suisse-sse-s. Au sein de la population issue de la migration, les femmes présentent un état de santé inférieur à celui des hommes. Du fait que cette étude est transversale, il n'est pas possible d'en tirer des conclusions concernant l'évolution de l'état de santé à partir de l'entrée en Suisse. Il n'est pas possible de déterminer si les résultats obtenus résultent d'un effet de sélection ou de cohorte, ou s'ils reflètent une évolution différente de l'état de santé des femmes et des hommes en Suisse. La question de savoir si les migrants de longue date étaient déjà en mauvaise santé lors de leur arrivée ou si ils sont arrivés en bonne santé mais que leur état de santé s'est plus rapidement détérioré que celui des suisse-sse-s ne peut donc pas être tranchée.

Nous avons cherché les facteurs expliquant les différences d'état de santé entre les autochtones et les migrants dans les analyses approfondies. Une part des différences peut s'expliquer par le niveau de formation inférieur, les connaissances insuffisantes de la langue, la discrimination et l'expérience de violences politiques subies dans le pays d'origine. Chez les migrants de longue date d'autres facteurs peuvent entrer en jeu, qui ont pu jouer un rôle avant la migration ou durant le séjour en Suisse. D'autres études (par exemple : Spycher, Detzel, Guggisberg 2006) ont montré que lors de difficultés économiques, les travailleurs étrangers perdent plus rapidement leur emplois et ont ensuite plus de difficultés à retrouver un nouvel emploi que les suisse-sse-s. La population issue de la migration est plus fréquemment sujette aux charges multiples (Famille, Travail, Intégration). De plus, les populations issues de la migration reçoivent moins d'aide de la part des générations précédentes et sont plus souvent soumis à des conflits avec les générations suivantes. Il est possible que les migrants jeunes et en bonne santé retournent dans leur pays d'origine après un certain temps, alors que ceux souffrant de problèmes de santé restent en Suisse pour bénéficier du meilleur système de santé.

Pistes pour des recherches futures

Il n'est pas du ressort des auteur-e-s de ce rapport d'élaborer des recommandations pour le futur. Cette étape devra être effectuée par les fonctionnaires de l'OFSP et de l'ODM, ainsi que d'autres acteurs de la pratique. Les pistes indiquées ici ne concernent donc que des travaux de recherche en lien avec cette enquête.

La récolte des données (en particulier le recrutement des répondants, les traductions, etc.) a constitué la majeure partie du travail de cette seconde enquête GMM. De ce fait, il serait bon de considérer si l'inclusion des enquêtes concernant les populations issues de la migration dans le cadre des enquêtes suisses sur la santé (ESS) ne reviendrait pas moins cher, et permettrait une parfaite cohérence temporelle et thématique. Cette inclusion pourrait prendre par exemple la forme de modules supplémentaire ou de sous-échantillons. La valeur de cette enquête ne pourra être déterminée qu'une fois qu'elle aura été utilisée dans de nombreuses recherches utilisant cette très riche source d'information, à ce moment-là seulement il sera possible de comparer cette valeur au coût de la récolte des données. Les analyses effectuées dans ce rapport montrent quelques questions qui pourraient faire l'objet de recherches futures, y compris dans le cadre de futures enquêtes GMM :

- *L'observation/Evolution de l'état* de santé des personnes issues de la migration dans le temps devrait être un thème central pour les futures enquêtes GMM. Dans ce sens il serait judicieux d'inclure dans les échantillons futurs au moins une partie des personnes déjà interrogées. Ceci permettrait d'effectuer des analyses longitudinales et ainsi étudier les différences d'évolution de l'état de santé.
- Le point central des futurs GMM devrait rester *le monitoring* de l'état de santé, mais les facteurs déterminants de l'état de santé (Ressources, facteurs de risques) devraient également être pris en compte.

- *Utilisation, qualité des soins* : Les résultats montrent des différences faibles mais très hétérogènes dans l'utilisation du système de santé entre les suisse-sse-s et les personnes issues de la migration. La tendance qui se dessine est une utilisation plus importante des médecins de famille et légèrement plus importante du service des urgences dans certains groupes de population. Une analyse plus approfondie des données GMM sur ce thème, en particulier en regard de l'état de santé subjectif, serait nécessaire. La question de la sous-utilisation devrait être abordée à l'aide d'une récolte de données ciblée. La question de la qualité des soins, du point de vue des patients, est également à considérer lors des futures récoltes de données.
- *Comportement face à la santé* : Les résultats montrent des potentiels d'amélioration dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique auprès des personnes issues de la migration, ainsi qu'auprès du relativement grand nombre de personnes souffrant de surpoids. Les analyses complémentaires, et éventuellement des récoltes de données dans ce domaine devraient être considérées comme prioritaires.
- *Genre* : L'état de santé des femmes semble moins bon que celui des hommes au sein de la population issue de la migration, il faudrait étudier quels facteurs permettent d'expliquer cette différence.

Management Summary (Italiano)

Contesto iniziale, obiettivi

La Confederazione mira a offrire a tutta la popolazione residente in Svizzera le medesime possibilità di vivere in buona salute e di sfruttare fino in fondo le proprie competenze in ambito della salute. Secondo quanto scaturisce da vari studi, questa parità di opportunità è pregiudicata per determinati gruppi di migranti. Il Programma nazionale migrazione e salute (2008-2013) comprende misure e progetti nei settori promozione della salute e prevenzione, formazione e ricerca. Il programma è volto a contribuire alla riduzione di svantaggi in campo sanitario in Svizzera che possono riscontrare persone con un background migratorio e migliorare le condizioni affinché esse abbiano le stesse opportunità della popolazione autoctona per sviluppare il loro potenziale in materia di salute.

Nel settore della ricerca, nel 2004 l'UFSP ha dato l'incarico di realizzare un monitoraggio della salute della popolazione migrante (GMM), che per la prima volta ha rilevato dati rappresentativi relativi ai determinanti di gruppi prescelti. Per rafforzare ulteriormente la base di dati l'UFSP ha deciso di commissionare una seconda indagine sulla salute presso le persone con background migratorio (GMM II). Lo scopo di questo mandato di ricerca era di chiarire le *tre domande di base* seguenti:

- Quali sono le principali *differenze in materia di salute tra la popolazione con background migratorio e la popolazione autoctona* in Svizzera circa lo stato di salute, i comportamenti sanitari, le competenze sanitarie e l'accesso al sistema sanitario?
- Quali gruppi all'interno della popolazione migrante in Svizzera sono più a rischio sotto il profilo sanitario?
- Quali sono i *principali determinanti* delle differenze emerse e che incidenza hanno (sesso, età, lavoro/reddito, formazione, integrazione sociale, background migratorio)?

Metodo

Gruppi target, campione

Analogamente al GMM I (2004), nell'indagine GMM II sono stati scelti quattro paesi prioritari tra i migranti della popolazione straniera residente permanente e due paesi prioritari per le persone in ambito dell'asilo. Si tratta di *Portogallo, Turchia, Kosovo e Serbia* per i migranti della popolazione straniera residente permanente e di *Sri Lanka (Tamil) e Somalia* per il settore dell'asilo. Oltre alla selezione in base ai paesi e alla lingua, sono stati estratti due campioni supplementari. Il campione supplementare 1 è costituito da migranti provenienti dalla Turchia e dal Kosovo il cui soggiorno è di una durata inferiore ai 2 anni. Il campione supplementare 2 è stato estratto dalle persone (recentemente) naturalizzate. I dati di riferimento riguardanti la popolazione di nazionalità svizzera provengono dall'Indagine sulla salute in Svizzera 2007.

Strumenti

Il questionario comprende quattro tematiche: (1) Stato di salute, (2) Comportamento relativo alla salute, (3) Ricorso a servizi sanitari, (4) Risorse e situazioni sfavorevoli. Per quanto riguarda i primi tre settori, le variabili e i concetti possono essere considerati come variabili di obiettivo approssimative, mentre quelle del quarto settore in quanto variabili esplicative.

Realizzazione dell'indagine

L'indagine telefonica è stata eseguita completamente mediante CATI (Computer Assisted Telephone Interview). Per i vari campioni le indagini sul campo sono state avviate in periodi successivi diversi. L'avvio è stato dato il 24 settembre 2010 con il campione di base e gli immigrati da poco (tutte le na-

zionalità per ambedue i campioni). Con il campione supplementare 2, i naturalizzati, si è iniziato più tardi (nella settimana dell'11 ottobre 2010). Anche le persone del settore dell'asilo sono state incluse più tardi nel lavoro sul campo.

Limitazioni di carattere metodologico

Dal punto di vista della metodologia è utile rilevare i seguenti aspetti:

- *Popolazione migrante – gruppi scelti vs visione d'insieme*: è da notare che il GMM II (come già il GMM I) non è rappresentativo dell'intera popolazione migrante. Tuttavia i gruppi scelti possono essere considerati come esempi di una situazione sanitaria e di vita dei migranti.
- *Limitazioni in seguito a campioni di piccole dimensioni*: visto il numero esiguo di casi, per quanto riguarda i campioni dei sottogruppi di migranti le possibilità di una presentazione differenziata dei risultati sono limitate. In determinati settori ciò può ridurre l'attendibilità dei risultati.
- *Disegno di indagine – approccio basato sul monitoraggio vs analisi casuali*: anche se per il GMM II l'attenzione è stata posta sull'approccio basato sul monitoraggio, il questionario è stato concepito in modo tale da consentire, fino a un certo punto, anche un'analisi esplicativa.

Monitoraggio – popolazione residente

Stato di salute

I risultati indicano che al momento attuale, dai paesi presi in considerazione per questa ricerca affrontano una migrazione prevalentemente persone comparativamente in buono stato di salute psichica e fisica. Ciò riguarda in particolare le persone provenienti dalla Serbia e dal Kosovo, mentre lo è meno per gli immigranti dalla Turchia e dal Portogallo. I migranti residenti in Svizzera di età leggermente più avanzata invece, la cui maggioranza vive in Svizzera anche da più tempo, presentano uno stato di salute maggioritariamente peggiore rispetto alla popolazione di nazionalità svizzera della stessa età. All'interno della popolazione migrante inoltre le donne mostrano valori peggiori riguardo allo stato di salute rispetto agli uomini. Più l'età della popolazione migrante è avanzata e maggiori sono le differenze tra uomini e donne. Nella popolazione autoctona differenze di questo tipo praticamente non esistono o si notano solo in minima parte.

Ricorso a servizi medici

In nessuno dei gruppi di migranti esaminati la quota di persone che nel giro di un anno si reca almeno una volta da un medico è superiore rispetto alla popolazione svizzera. Anzi, le donne provenienti dal Portogallo e dal Kosovo e gli uomini provenienti dalla Serbia consultano meno spesso un medico rispetto alla popolazione autoctona. Tuttavia, rispetto alla popolazione autoctona, le visite presso il medico di famiglia sono più diffuse tra i gruppi di migranti. Per quanto riguarda i servizi di pronto soccorso e i servizi in ambulatori ospedalieri e/o poliambulatori si può notare che singoli gruppi di migranti intervistati ne fanno maggiormente ricorso rispetto agli svizzeri. Tuttavia tali differenze sono esigue. Nell'ambito delle visite mediche preventive le quote dei migranti sono abbastanza inferiori rispetto a quelle della popolazione autoctona. Sostanzialmente, il fatto di non far ricorso a servizi sanitari in ambito ambulatoriale per quanto riguarda le misure preventive (vaccinazioni, esami medici preventivi, consulenza), o per quanto riguarda i controlli ambulatoriali e la cura di malattie croniche può sfociare in successive cure con degenza in ospedale più costose.

Comportamento relativo alla salute

I migranti consumano nettamente meno alcol, mangiano però anche meno frutta e verdura e praticano molto meno attività fisiche rispetto agli svizzeri. Inoltre i migranti sono molto più spesso colpiti da un forte sovrappeso. In tale contesto per quanto riguarda la promozione ad assumere un comportamento volto a promuovere la salute sussiste ancora un considerevole potenziale di miglioramento. Il consumo di tabacco è significativamente più elevato presso gli uomini di origine migratoria rispetto agli uomini svizzeri, mentre per quanto riguarda le donne, le differenze sono meno marcate.

Competenze in materia di salute

Dal punto di vista della promozione della salute, grazie alle competenze in materia di salute le persone conducono una vita più sana, integrano e realizzano i loro concetti per quanto riguarda la salute. Le competenze in materia di salute costituiscono così una risorsa che aumenta le pari opportunità sociali per una buona salute e consente una partecipazione al sistema sanitario, o perlomeno la migliora. In seguito alla mancanza di questi dati per quanto riguarda la popolazione autoctona, non è possibile stilare un paragone delle competenze in materia di salute tra la popolazione migrante e la popolazione svizzera. Per tale motivo le analisi si sono concentrate su paragoni tra i vari gruppi di origine, paragoni che non mostrano differenze considerevoli tra i vari gruppi migratori. Mentre la scelta del medico e la comprensibilità con esso comparativamente creano pochi problemi alle persone con background migratorio, raramente sono messe in questione le raccomandazioni e le informazioni ricevute. Ciononostante, a seconda del gruppo di migranti, tra il 15% e il 45% delle persone interrogate non può spiegare chiaramente al medico la propria situazione oppure non capisce sufficientemente le informazioni del medico.

Monitoraggio - persone del settore dell'asilo

Stato di salute

Lo *stato soggettivo di salute* è valutato in modo molto diverso tra i due gruppi del settore dell'asilo: i somali indicano uno stato di salute simile a quello della popolazione autoctona, mentre le persone provenienti dallo Sri Lanka esprimono un giudizio molto più negativo per quanto riguarda il loro stato di salute soggettivo. Tra l'altro, i somali si sottopongono molto meno spesso a cure mediche a causa di problemi fisici e/o psichici rispetto alle persone dello Sri Lanka.

Ricorso a servizi medici

Rispetto alla popolazione autoctona si notano differenze in particolare per quanto riguarda la visita di un medico di famiglia, che i richiedenti l'asilo consultano maggiormente. Circa la *durata delle ospedalizzazioni* si può notare che gli svizzeri tendenzialmente soggiornano più a lungo all'ospedale rispetto alle persone del settore dell'asilo, tuttavia la differenza è significativa solo per quanto riguarda le persone provenienti dallo Sri Lanka. Le differenze tra la popolazione autoctona e la popolazione richiedente l'asilo è considerevole per quanto riguarda il ricorso a *servizi di pronto soccorso, ambulatori ospedalieri e poliambulatori*. La differenza della quota di persone che durante l'anno scorso ha fatto uso di un'istituzione del genere è praticamente minima. Ciononostante, complessivamente la popolazione del settore dell'asilo esibisce un numero significativamente maggiore di consultazioni presso istituzioni di questo tipo rispetto alla popolazione svizzera.

Comportamento relativo alla salute

Presso le persone del settore dell'asilo si può notare che per quanto riguarda il *comportamento in materia di alimentazione e movimento*, la quota di persone che non mangia praticamente frutta e ver-

dura e non esercita attività fisiche è superiore rispetto alla popolazione svizzera. Inoltre, generalmente le persone provenienti dallo Sri Lanka consumano meno frutta e verdura in confronto ai somali. Le differenze rispetto agli svizzeri sono notevoli per quanto riguarda il *consumo di alcol e di tabacco*. Il consumo di alcol è notevolmente inferiore presso la popolazione richiedente l'asilo rispetto alla popolazione svizzera. In particolare è elevata la quota di persone astinenti: tra i somali è quasi pari al 99% e tra i richiedenti l'asilo provenienti dallo Sri Lanka è di due terzi. Le persone dello Sri Lanka consumano meno tabacco rispetto agli svizzeri o ai somali.

Competenze in materia di salute

In generale, le competenze in materia di salute delle persone intervistate del settore dell'asilo sono inferiori rispetto ad altri gruppi di migranti, in particolare per quanto riguarda la valutazione di sintomi e la comprensione della sanità pubblica. In confronto ad altri gruppi di migranti, la popolazione richiedente l'asilo riesce piuttosto difficilmente a valutare se, alla luce di vari sintomi è indicato o meno andare dal medico. Per quanto riguarda i disturbi fisici ciò si potrebbe ricondurre a una mancanza di conoscenze, mentre i sintomi di ordine psichico vengono sistematicamente sottovalutati dalla popolazione richiedente l'asilo: in caso di disturbi psichici una visita medica viene considerata solo raramente come necessaria, anche se dal punto di vista medico sarebbe indicata. Sussistono enormi problemi tra persone del settore dell'asilo e medici curanti per quanto riguarda la comprensione. Soltanto poco più di un terzo dei somali e un quarto delle persone provenienti dallo Sri Lanka riesce a farsi capire sufficientemente dal medico. Il resto della popolazione richiedente l'asilo non ci riesce o solo a volte. Difficoltà di simile entità esistono quando si tratta di capire sufficientemente le istruzioni o le domande del medico.

Analisi di approfondimento sullo stato di salute

Il monitoraggio mostra che giovani migranti, immigrati in Svizzera da poco, sono relativamente più sani rispetto alla popolazione autoctona e che i migranti residenti in Svizzera già da tempo sono relativamente più ammalati. All'interno della popolazione migrante inoltre le donne mostrano valori peggiori riguardo allo stato di salute rispetto agli uomini. Dato che la presente indagine è costituita da uno studio trasversale, non è tuttavia possibile fornire dichiarazioni sullo sviluppo effettivo dello stato di salute sin dall'entrata in Svizzera. Non è possibile valutare se per quanto riguarda i risultati descritti si tratta di un effetto di immigrazione o di un effetto di coorte, oppure se la salute durante il soggiorno in Svizzera ha conosciuto uno sviluppo diverso tra i sessi. Non possiamo quindi valutare se i migranti di età più avanzata, il cui stato di salute rispetto a quello della popolazione autoctona è peggiore, presentavano già al momento dell'entrata in Svizzera uno stato di salute più precario o se sono immigrati in Svizzera con uno stato di salute psichico e fisico sopra la media.

Nell'ambito dell'analisi di approfondimento si cerca di esaminare le differenze circa indicatori di salute diversi tra persone con background migratorio e persone di nazionalità svizzera. Una parte delle differenze può essere così illustrata attraverso un livello di formazione più basso, competenze linguistiche insufficienti, esperienze discriminatorie in Svizzera ed esperienze con persecuzione politica e violenza nel paese di origine dei migranti. Per quanto riguarda i migranti che vivono in Svizzera già da tempo vengono però ad aggiungersi anche altri fattori che possono aver giocato un ruolo nel passato sia in Svizzera, sia nel paese d'origine. In seguito ad altri studi (p. es. Spycher, Detzel, Guggisberg, 2006) sappiamo che in caso di situazione economica incerta o processi di cambiamento strutturale i migranti perdono più rapidamente il loro posto di lavoro rispetto agli svizzeri e in seguito alla perdita del posto di lavoro hanno minori probabilità di trovarne uno nuovo rispetto alla popolazione autoctona. Oltre a ciò, i migranti sono più spesso esposti a uno stress multiplo in confronto agli svizzeri (famiglia, profes-

sione, integrazione). In aggiunta, rispetto alla popolazione autoctona ricevono meno sostegno da parte delle generazioni più anziane e sono esposti a maggiori situazioni conflittuali con le generazioni più giovani. Ma è anche possibile che coorti di età più giovani e più sane dopo un determinato periodo rientrino nel loro paese di origine, mentre coloro che hanno una salute più precaria rimangono in Svizzera perché le cure sono migliori.

Conclusioni in vista di una futura ricerca

Di principio non è compito degli autori di questo rapporto trarre raccomandazioni d'intervento da quanto rilevato. Questo sarà compito degli Uffici federali UFSP e UFM e di altri protagonisti. Le conclusioni formulate nel presente rapporto riguardano quindi esclusivamente i futuri lavori di ricerca.

La seconda indagine GMM ha richiesto un impegno finanziario sovraproporzionale per la rilevazione dei dati (in particolare per il reclutamento delle persone da intervistare, lavoro di traduzione ecc.) rispetto all'analisi dei dati. In seguito a tale constatazione vale la pena verificare se in fin dei conti non sarebbe più economico *incorporare nell'Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) future indagini sulla salute di soggetti della popolazione migrante*; ciò garantirebbe inoltre una coerenza a livello di contenuto e di tempo. L'integrazione potrebbe farsi p. es. sotto forma di moduli e campioni complementari. In che misura i costi di rilevazione menzionati sono adeguati a "quanto raccolto" dovrà essere provato in particolare da ulteriori analisi del vasto materiale raccolto. Già le analisi attuali per il presente rapporto mostrano tuttavia alcune problematiche per le quali si rivela necessario spingere avanti la ricerca e che eventualmente potrebbero essere esaminate più attentamente in future indagini GMM:

- Una questione centrale per le future indagini GMM è costituita dallo *sviluppo/dall'osservazione dello stato di salute* di persone con origine migratoria nel tempo. In tale contesto sarebbe consigliabile in particolare continuare a osservare almeno alcuni dei gruppi di migranti interrogati (vale a dire anche in indagini GMM future). Ciò consentirebbe di simulare almeno in parte delle analisi longitudinali e quindi esaminare eventuali sviluppi diversi legati all'età.
- Le indagini GMM dovrebbero poggiare principalmente sull'*approccio basato sul monitoraggio*, pur tenendo conto della rilevazione basata sulla teoria dei principali determinanti della salute (risorse, fattori di rischio).
- *Ricorso ai servizi medici, qualità del trattamento*: i reperti della presente analisi indicano differenze piuttosto minime e non sistematiche per quanto riguarda il ricorso a servizi sanitari tra popolazione svizzera e popolazione con background migratorio. Singoli gruppi di migranti presentano una tendenza a consultare più frequentemente il medico di famiglia e ricorrere leggermente di più ai servizi di pronto soccorso. In questo ambito sono necessarie analisi di approfondimento dei dati GMM disponibili, tra l'altro tenendo in considerazione lo stato di salute soggettivo. Per rispondere a domande circa un'eventuale sotto-assistenza sarebbero tuttavia necessarie rilevazioni specifiche presso determinati gruppi di migranti. Inoltre per future indagini si dovrebbe verificare il rilevamento della qualità delle cure dal punto di vista dei pazienti.
- *Comportamento relativo alla salute*: secondo i risultati, presso le persone con origine migratoria vi è necessità d'intervento nei settori dell'alimentazione e del movimento corporeo. In tale contesto è da osservare la quota comparativamente elevata di migranti in sovrappeso. In questo ambito ulteriori analisi ed eventualmente rilevazioni devono essere considerate come prioritarie.
- *"Gender"*: presso la popolazione migrante lo stato di salute delle donne sembra essere piuttosto peggiore rispetto a quello degli uomini. Si dovrebbe provare a cercare spiegazioni per questa differenza.

Management Summary (English)

Initial situation and goals

The Swiss Federal Government pursues a goal of enabling all the country's citizens to have equal opportunities to remain healthy and to fully exploit their health potential. Various studies indicate that this equality is restricted among sections of the migrant community. The National Programme Migration and Health (2008-13) includes measures and schemes for prevention, healthcare, education and research. The programme aims to contribute to a reduction in health discrimination against people with a migrant background in Switzerland and to improve conditions so that they may enjoy the same opportunities to reach their health potential as indigenous Swiss.

As part of its research, the Federal Office of Public Health (FOPH) commissioned a monitoring report on the health of the immigrant population (GMM) in Switzerland, which, for the very first time, collected representative data for defined health determinants from selected groups. The FOPH later decided to commission a second health survey for people from migrant backgrounds (GMM II) in order to obtain a more detailed data-set. This research assignment aimed to resolve the following three main questions:

- What are the principal *health differences between the indigenous population and people with a migrant background* in Switzerland as regards their health status, their health behaviour, their health skills and their access to the health system?
- Which groups *within the migrant community* in Switzerland are most vulnerable in health terms?
- What are the main *determinants* of the detected health differences, and what impact do they have (sex, age, job/income, education, social integration, migration background)?

Methodology

Target groups and sample

Just as in GMM I (2004), four focus countries were selected in GMM II for male and female migrants from the permanent foreign population and two for people seeking or granted asylum. These are *Portugal, Turkey, Kosovo and Serbia* for migrants among permanent residents, and *Sri Lanka (Tamils)* and *Somalia* for people granted asylum. In addition to the country- and language-specific selection, two additional samples were made. Additional sample 1 is drawn from among male and female migrants from Turkey and Kosovo who have been Swiss residents for less than 2 years. Additional sample 2 is drawn from among (recently) naturalised people. The reference population of Swiss nationals is taken from the 2007 Swiss Health Survey.

Tools

The questionnaire includes four thematic areas: (1) health status, (2) health behaviour, (3) healthcare utilisation, and (4) resources and demand. Variables and concepts from the first three areas can be roughly regarded as target variables and those from the fourth area as an explanatory variable.

Carrying out the survey

The telephone survey was carried out exclusively by CATI (Computer-Assisted Telephone Interview). The start of the various samples was staggered. The core sample and that of recent immigrants (both for all nationalities) began on 24th September 2010. Additional sample 2 - naturalised people – began later (in the week of 11th October 2010). The inclusion of people granted asylum in the field survey was also staggered in time.

Methodological limitations

The following aspects are worth mentioning from a methodological point of view:

- *Migrant population – selected groups vs. comprehensive survey:* It should be remembered that GMM II (like GMM I) does not give a representative picture of the male and female migrant population. The selected groups can however serve as an example of migrants' health status and circumstances.
- *Limitations through small samples:* The small number of cases in the migrant sub-group sample populations under study makes it harder to nuance the findings. This limits the significance of the results in some areas.
- *Design of the study – monitoring approach vs. analysis of cause and effect:* GMM II focused on a monitoring approach, but the questionnaire was designed to permit a certain amount of explanatory analysis.

Monitoring – Permanent Residents

Health status

The results indicate that currently it is in mainly people in comparatively good psychological and physical condition from the study countries that set out to migrate. This is particularly true of people from Serbia and Kosovo, whereas it is less accurate for people from Turkey or Portugal. However, the health status of older male and female migrants residing in Switzerland, who have generally been in Switzerland for quite a long time, is generally worse than that of Swiss men and women of the same age. Women migrants also generally score worse in terms of their health status than men. The older the migrant population, the greater the difference between men and women. Such differences are hardly or less apparent in the indigenous population.

Healthcare utilisation

The proportion of people consulting a doctor (general practitioners and specialists) at least once per year is not higher for any of the migrant groups under observation than for Swiss citizens. Indeed the opposite is true: women from Portugal and Kosovo, and men from Serbia and Kosovo, visit a doctor less often than the indigenous population does. However, visits to a general practitioner are more common among migrants than in the indigenous population. As for use of the emergency services and hospital outpatient facilities and/or outpatient clinics, the results show that some of the migrant groups under study call on them more often than Swiss citizens. These differences are relatively small, though. Female and male migrants have a lower rate of medical check-ups than indigenous Swiss. As a rule, a lower rate of use of outpatient health services for preventive measures (vaccinations medical check-ups, advice), or of outpatient check-ups and care for chronic illnesses, may lead to a need for expensive inpatient treatment later on.

Health behaviour

Female and male migrants consume significantly less alcohol than Swiss citizens, but they also eat less fruit and vegetables and do substantially less physical exercise. Furthermore, female and male migrants are far more frequently severely overweight. There appears to be considerable room for improvement in the promotion of positive health behaviour. Tobacco consumption is far higher among men with a migrant background than it is among Swiss men; for women, the differences between migrants and Swiss citizens are less consistent.

Health skills

From a health promotion perspective, health skills can help people to adopt a healthy lifestyle and to identify and practise their ideas about health. Hence health skills are a resource that furthers equal opportunities for good health, as well as enabling or at least improving people's involvement in the system. No comparison could be made between the health skills of migrants and those of the indigenous population due to a lack of data about the indigenous population. Our analysis therefore focused on comparisons between migrant groups of different origins. This produces no stable pattern regarding the differences between groups of different origins. Although choosing a doctor and communicating with him or her poses comparatively few problems to respondents with a migrant background, medical recommendations and advice are not often challenged. However, between 15% and 45% of respondents, depending on the migrant group, often cannot explain their concerns to the doctor or do not understand the doctor's advice well enough.

Monitoring – people granted asylum

Health status

The two asylum groups have very different subjective perceptions of their health. Whereas a similar proportion of male and female Somalis to Swiss citizens claim that their health is good, people from Sri Lanka have a far worse perception of their own health status than the indigenous population. Far fewer Somalis are receiving medical treatment for physical and/or psychological problems than people from Sri Lanka.

Healthcare utilisation

There are differences between people granted asylum and indigenous Swiss in respect to seeing a general practitioner in particular - people who have been granted asylum do this more often. As far as the duration of hospital stays is concerned, Swiss men and women tend to spend longer in hospital than people granted asylum, although the only significant difference is with people from Sri Lanka. There are significant differences in how use the indigenous population and the asylum population make of accident and emergency departments, outpatients departments outpatient clinics. There is little difference between the two populations in terms of the proportion of people who had visited such an institution at all in the past year. Overall, however, people granted asylum made a significantly higher number of visits to one of these institutions than the Swiss population.

Health behaviour

In terms of nutrition and physical exercise, it is apparent that the proportion of individuals that hardly ever eats fruit and vegetables and is physically inactive is higher within the asylum population than among Swiss citizens. Moreover, people from Sri Lanka generally eat less fruit and vegetables than Somalis. There are clear differences to Swiss men and women in terms of alcohol and tobacco consumption. Alcohol is consumed far less frequently by people granted asylum than by Swiss citizens. The proportion of teetotallers is especially high: almost 99% of Somalis and two-thirds of the Sri Lankans granted asylum. People from Sri Lanka consume tobacco less often than Swiss or Somali men and women.

Health skills

The health skills of the asylum respondents is on the whole somewhat lower than for the other migrant groups, particularly in terms of assessing symptoms and understanding the health system. Compared to other migrant groups, the asylum population is relatively bad at evaluating whether symptoms re-

quire a visit to a doctor. While this is mainly a consequence of a lack of knowledge for physical complaints, the asylum population systematically underestimates psychological symptoms. People seldom consider it necessary to see a doctor for psychological complaints, even when it would be medically advisable. There are huge problems of understanding between asylum respondents and the doctors treating them. Only a little more than a third of Somalis and a quarter of people from Sri Lanka can make themselves adequately understood to a doctor; the rest of the asylum population cannot do this at all or only occasionally. These people have similar trouble understanding the doctor's instructions or questions adequately.

Closer analysis of health status

The monitoring reveals that younger male and female migrants who have only just immigrated to Switzerland are somewhat healthier than the indigenous population, and that older female and male migrants, and those that have been in Switzerland for longer, are somewhat less healthy. Within the migrant population, women score somewhat worse than men in terms of their health status. Since this study is a cross-sectional study, however, it is not possible to make any assertions about how people's health status has actually evolved since they arrived in Switzerland. No assessment is possible as to whether the results described above are due to an immigration or cohort effect, or whether health developments during people's stay in Switzerland differ between the sexes. It thus remains an open question whether the health of the older and somewhat more ill migrants (in comparison to the indigenous population) was already worse when they arrived in Switzerland or whether they immigrated to Switzerland with above-average physical and psychological health.

Closer analysis seeks to elucidate the differences in various health indicators between people with a migrant background and the indigenous population. This enables us partially to explain these differences by the migrants' lower level of education, inadequate language skills, experiences of discrimination in Switzerland, and experiences of political persecution and violence in their country of origin. In the case of migrants who have been in Switzerland for longer, other factors apply that might have played a role in the past, both in Switzerland and in the country of origin. It is roughly known from other studies (e.g. Spycher, Detzel, Guggisberg, 2006) that female and male migrants lose their jobs quicker than Swiss citizens during times of economic uncertainty or processes of structural change and, after losing their jobs, have less chance of finding a new one than the indigenous population. Additionally, migrants have to cope with multiple responsibilities (family, work, integration) more often than Swiss citizens. What is more, they receive less support from older generations than the indigenous population and are more likely to face conflicts with the younger generation. However, it is also possible that younger, healthier age groups return to their homeland after a certain length of time, whereas those with health problems stay in Switzerland due to the better healthcare.

Conclusions and recommendations for further research

In principle, it was not the task of the authors of this report to derive recommendations from the findings. This step will have to be carried out by the Federal Office for Public Health and the Federal Office for Migration in conjunction with other actors. Hence the conclusions we formulate below refer exclusively to further research projects.

The second GMM survey required a disproportionate amount of effort for data collection (especially to recruit the respondents, for translation, etc.) compared with the data analysis. One should therefore check whether it might not actually be less expensive *to embed future health surveys of members of the migrant community into the Swiss Health Survey*; this would also fit in terms of both content and

timing. This embedding could for example take the form of additional modules and samples. Further analysis of the considerable data-set will first have to show to what extent the major efforts invested in data collection mentioned above are proportionate to the “yield”. The current analysis for this report does however reveal a few sets of questions that need further research and that could also potentially be investigated in more detail during future GMM surveys. These are:

- The *development/observation of the health status* of people with a migrant background over time should be a central preoccupation of future GMM surveys. It would therefore be especially advisable to observe at least one of the migrant groups already interviewed on a continual basis (i.e. in future surveys as well). This would make it at least partially possible to simulate longitudinal analysis and thereby to investigate potential age-related differences in trajectories.
- The GMM survey should focus on a *monitoring approach*, but consideration should also be given to a theoretically based survey of health determinants (resources, risk factors).
- *Utilisation and quality of care*: These research findings point to fairly small and unsystematic differences in how the Swiss population and people with a migrant background utilise healthcare services. Individual migrant groups display a tendency to visit their general practitioners more and they also utilise accident and emergency services slightly more. Closer analysis of the existing GMM data in this area is necessary, taking account - among other things - of the individuals' subjective health status. However, questions about potential undersupply require specific surveys of selected migrant groups. In addition, it would be necessary to verify patients' assessments of the quality of care in future surveys.
- *Health behaviour*: The findings point to a need for action to help people with a migrant background with nutrition and physical exercise. The comparatively high proportion of migrants who are seriously overweight should also be noted. Further analysis and, if necessary, surveys in this area should be seen as a priority.
- *Gender*: Women's health seems to be worse than men's in the migrant population. Efforts should be made to find explanations for these differences.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Fragestellungen

Der Bund verfolgt das Ziel, für alle Menschen hierzulande die gleichen Chancen zu bieten, gesund zu sein bzw. das eigene Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen. Verschiedene Studien geben Hinweise darauf, dass bei Teilen der Migrationsbevölkerung diese Chancengleichheit beeinträchtigt ist. Die Beeinträchtigungen sind im Wesentlichen auf drei Gruppen von Gesundheitsdeterminanten zurückzuführen: (a) materielle und psychosoziale Belastungen, (b) gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und (c) die Ausgestaltung des Gesundheitssystems.

Das Nationale Programm Migration und Gesundheit (2008-2013), das zurzeit federführend durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) umgesetzt wird, umfasst Massnahmen und Projekte in den Bereichen Prävention, Gesundheitsversorgung, Bildung und Forschung. Das Programm soll zum Abbau gesundheitlicher Benachteiligungen von Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz beitragen und die Voraussetzungen verbessern, so dass diese dieselbe Chance wie Einheimische haben, ihr Gesundheitspotenzial zu entfalten.

Im Bereich der Forschung wurde das Ziel definiert, gesichertes Wissen zur Evidenzbasierung der ergriffenen Umsetzungsmassnahmen zu gewinnen. Weil die seit 1992 regelmässig durchgeführte Erhebung zum Gesundheitszustand der Bevölkerung (SGB – Schweizerische Gesundheitsbefragung) ausschliesslich in den drei Landessprachen durchgeführt wird, konnten daran nur in der Schweiz ansässigen Migrantinnen und Migranten teilnehmen, die eine der drei schweizerischen Landessprachen hinreichend gut verstehen und sprechen. Aus diesem Grund hat das BAG im Jahr 2004 ein Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz in Auftrag gegeben, das erstmals repräsentative Daten zu den erwähnten Gesundheitsdeterminanten ausgewählter Gruppen erhoben hat. Damit auch Migrantinnen und Migranten mit weniger guten Sprachkenntnissen in einer der drei schweizerischen Landessprachen teilnehmen konnten, wurde das Befragungsinstrument in die Landessprachen der befragten Migrationsgruppen übersetzt.

Um die Datengrundlage weiter zu vertiefen, hat sich das BAG entschieden, eine zweite Gesundheitsbefragung bei Personen mit Migrationshintergrund in Auftrag zu geben (GMM II). Der Auftrag beinhaltet die Konzeption, Durchführung und Analyse einer Gesundheitsbefragung bei Personen mit Migrationshintergrund zwischen 15 und 74 Jahren, inklusive eingebürgerte Personen und Personen des Asylbereichs.

Mandatiert für die Ausführung des Auftrags wurde die Arbeitsgemeinschaft bestehend aus dem Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS, der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW, Fachstelle für Gesundheitswissenschaften, dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) Universität Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung (AGF) und dem Institut für Wirtschafts- und Sozialforschung M.I.S. TREND.

Im Rahmen des Forschungsauftrags sollten folgende *drei Hauptfragestellungen* geklärt werden:

- Welches sind die wichtigsten *gesundheitlichen Unterschiede zwischen der einheimischen Bevölkerung und Personen mit Migrationshintergrund* in der Schweiz hinsichtlich ihres Gesundheitszustands, ihres Gesundheitsverhaltens, ihrer Gesundheitskompetenz und ihres Zugangs zum Gesundheitssystem.
- Welche *Gruppen innerhalb der Migrationsbevölkerung* in der Schweiz sind in gesundheitlicher Hinsicht am *vulnerabelsten*?
- Welches sind die *wichtigsten Determinanten* der eruierten gesundheitlichen Unterschiede und wie stark sind deren Einflüsse (Geschlecht, Alter, Arbeit/Einkommen, Bildung, soziale Integration, Migrationshintergrund)?

1.2 Konzeptioneller Rahmen und Arbeitsmodell

Für die Schweiz zeigen empirische Studien immer wieder die Bedeutung der sozialen Lage im Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten sowie der Morbidität und Mortalität auf (vgl. etwa Bisig, Bopp und Minder 2001; Huwiler et al. 2002). Die Frage, weshalb Gesundheit und soziale Lage stark kovariieren, wird theoretisch unterschiedlich beantwortet. Siegrist (2005:182) identifiziert vier Argumentationsfiguren:

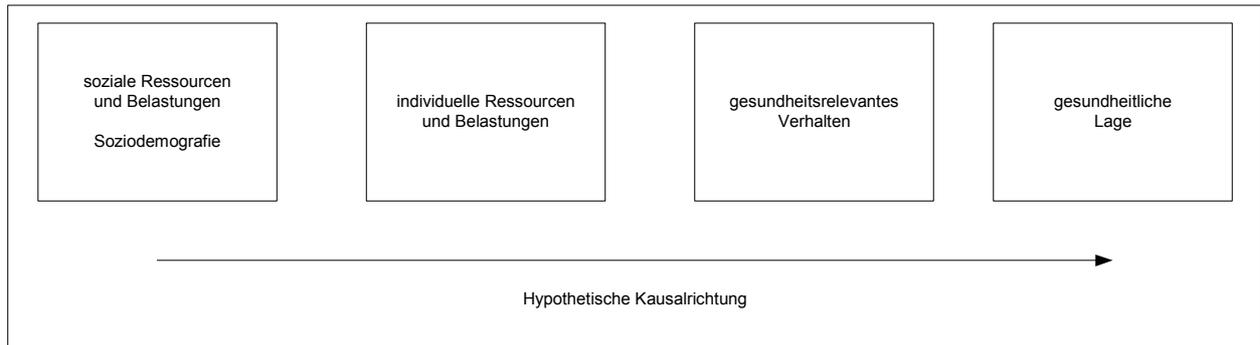
- 1) *Versorgungslücken-Hypothese*: Der Zugang und die Qualität des medizinischen Versorgungssystems sind nicht für alle Gesellschaftsmitglieder gleich gut; Personen mit höherem sozialen Status können sich eine bessere medizinische Versorgung leisten.
- 2) *Drift-Hypothese*: Nicht Deprivation macht krank, sondern Krankheit ist die Ursache für soziale Benachteiligung.
- 3) *Lebensstil-Hypothese*: Menschen in unterschiedlichen sozialen Lagen weisen ein schichtspezifisches Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten auf.
- 4) *Belastungs-Hypothese*: Materielle und psychosoziale Belastungen sind schichtspezifisch in Gestalt von Arbeits-, Wohn- und Lebensbedingungen organisiert.

Empirisch lassen sich für alle vier Erklärungsansätze Evidenzen finden; wobei der dritten und der vierten Hypothese die grösste Erklärungskraft zugeschrieben wird (Siegrist 2005:182, Mielck 2000). Dies dürfte aber seine Ursache darin haben, dass ein Grossteil der empirischen Forschung sich einerseits auf nationale Populationen und Gesundheitssysteme bezieht — und damit die massiven Ungleichheiten in der Weltgesellschaft systematisch ausblendet. Andererseits werden vulnerable Schichten aufgrund ihrer schlechten Erreichbarkeit aus forschungsökonomischen Gründen wenig oder gar nicht berücksichtigt oder es kommen legalistische Konzeptionen vom Zugang zum Versorgungssystem zur Anwendung, die nur wenig mit der sozialen Praxis benachteiligter Schichten gemein hat.

Inzwischen sind von verschiedener Seite theoretische Modelle postuliert worden, welche die oben aufgezeigten Einzelperspektiven integrieren (Lazarus und Folkman 1984; Freidl 1997; Becker 2006). Damit einher geht eine Konzeption von Gesundheit, die davon ausgeht, dass Austauschprozesse zwischen Individuen und Umwelt sowie auch Wahrnehmungsprozesse und Bewältigungsstrategien von Individuen, sowie die Umwelt selbst, für Gesundheit von grösster Bedeutung sind. Damit ist Gesundheit kein statischer Zustand, sondern ein dynamisches Gleichgewicht zwischen physischen, psychischen und sozialen Schutz- und Abwehrmechanismen einerseits und potenziell krankmachenden Einflüssen der physikalischen, biologischen und sozialen Umwelt andererseits. Notwendig ist ein ständiges Ausgleichen von Belastungen und Herstellen von Gesundheit durch das Individuum (Freidl 1994). Interne oder individuelle (physische und psychische) und externe (physikalische, materielle, ökologische, kulturelle, organisationale, etc.) Ressourcen spielen dabei eine bedeutsame Rolle. In dieser Denkfigur manifestiert sich die von Antonovsky (1979, 1987) eingeläutete gesundheitswissenschaftliche Wende, welche dem traditionellen Begriff der Pathogenese die Salutogenese gegenübergestellt und so den Weg von einer krankheitsorientierten Belastungsforschung hin zu einer ressourcenorientierten Gesundheitsforschung ebnet.

Das der Untersuchung zugrundeliegende Arbeitsmodell orientiert sich am bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit und Krankheit und am salutogenetischen Ansatz nach Antonovsky. Psychologische und soziologische Konzepte von Gesundheit werden dabei integriert. Auf allen Systemebenen sind sowohl Ressourcen als auch Belastungen angesiedelt. Gesundheit und Gesundheitsverhalten einer Person werden von unterschiedlichen Systemen determiniert.

Die Gliederung der Indikatoren des in *Abbildung 1* dargestellten Arbeitsmodells folgt den Hauptkomponenten eines Anforderungs-Ressourcen-Modells von Gesundheit (z. B. Lazarus und Folkman 1984; Freidl 1997; Becker 2006). Vom erarbeiteten Modell ausgehend orientiert sich die Untersuchung an einem Aufbau vom Sozialen zur Gesundheit.

Abbildung 1: Ebenen des Anforderungs-Ressourcen-Modells

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey (2001)

Die individuellen und sozialen Ressourcen spielen die wesentliche Rolle bei der Bewältigung (coping) von Belastungen. Individuelle Ressourcen sind auf der behavioralen innerpsychischen Ebene und soziale Ressourcen im sozialen Feld (Makro- bzw. Mikroumwelt) angesiedelt. Makro- und Mikroumwelt geben gesundheitsrelevante soziale Verhaltensnormen für das Individuum vor. Die soziale Lage des Individuums hat zentrale Bedeutung, da sie ungleiche Lebenspositionen und eine ungleiche Ressourcenverteilung bedingt. So könnten etwa eine ungünstige sozioökonomische Lage, belastende Arbeitsbedingungen, ein unsicherer Aufenthaltsstatus für Teile der Migrationsbevölkerung im Vergleich mit der einheimischen Bevölkerung erhöhte gesundheitliche Belastungen darstellen. Auch die Migrationserfahrung als solche kann unter Umständen die Gesundheit beeinträchtigen.

Nur in ihrer Gesamtheit determinieren die interagierenden physischen, psychischen und sozialen Systeme die individuelle Gesundheit und das Gesundheitshandeln. Indikatoren sind daher notwendigerweise nicht auf den Gesundheitszustand im traditionellen Sinn und auf Gesundheitsverhalten limitiert, sondern umfassen ein weiteres Spektrum, wie die soziale Lage, soziale Unterstützungssysteme, gesundheitsförderliche Strukturen und Angebote, Sozial- und Gesundheitspolitik, Wissen und Motivation für Gesundheitshandeln, Lebensqualität, Wohlbefinden und persönliche Ressourcen.

1.3 Planung und Umsetzung der Erhebung

Dieser Abschnitt ermöglicht einen Überblick über die wichtigsten Etappen bei der Planung und Umsetzung der durchgeführten Erhebung.¹

1.3.1 Zielgruppen

Um eine möglichst hohe Vergleichbarkeit mit der ersten Befragungswelle (GMM I) zu erreichen, wurden für die Befragung möglichst dieselben Herkunftsländer berücksichtigt wie schon im Jahr 2004. Im Rahmen des GMM I wurden Migrantinnen und Migranten aus Portugal, der Türkei, Sri Lanka und den Nachfolgestaaten Jugoslawiens befragt. Die Grundgesamtheit bildeten einerseits die Migrantinnen und Migranten der ständigen Wohnbevölkerung und andererseits Personen aus dem Asylbereich aus den entsprechenden Herkunftsländern. Analog zum GMM I wurden im GMM II vier Schwerpunktländer für Migrantinnen und Migranten aus der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung und zwei für Personen des Asylbereichs ausgewählt. Es handelt sich dabei um *Portugal, Türkei, Kosovo und Serbien* für Migrantinnen und Migranten der ständigen Wohnbevölkerung und um *Sri Lanka*² und *Somalia* für den Asylbereich. Mit Portugal, der Türkei und Sri Lanka sind Länder dabei, die schon beim GMM I berücksichtigt wurden, was zeitliche Vergleiche erlaubt. Von den Nachfolgestaaten Jugoslawiens wur-

¹ Es existiert ein technischer Bericht zur Untersuchung mit detaillierteren Angaben als im vorliegenden Bericht. Dieser enthält Angaben zu den Vorbereitungsarbeiten (Stichprobendesign und -ziehung) und zur Durchführung der Erhebung (Rücklaufquoten etc.). Er kann auf Anfrage beim BAG bezogen werden.

² Da der Fragebogen auf Tamilisch übersetzt wurde, handelt es sich dabei um die tamilische Bevölkerungsgruppe aus Sri Lanka

den diejenigen mit den grössten Beständen ausgewählt, womit auch die Auswahl von Somalia im Asylbereich begründet wird (nach Serbien zweithöchster Bestand, Stand 31.07.2010).

Allerdings stellte sich im Verlauf der Abklärungen zur Qualität der vom Zentralen Migrationsinformationssystem ZEMIS bereitgestellten Daten heraus, dass die Staatsangehörigkeit bei den Codes aus den beiden Balkanstaaten nicht für alle Registerinträge zuverlässig zugeteilt war. Aufgrund dieses Sachverhalts wurde nach der Durchführung einer Machbarkeitsabklärung in Absprache mit dem BAG und dem BFM entschieden, anstelle der Staatsangehörigkeit, die kulturelle Herkunft und die gesprochene Sprache als Zuteilungskriterium zu verwenden. Die Abklärungen haben gezeigt, dass die gesprochene Sprache sehr zuverlässig anhand einer Namenskodierung ermittelt werden kann. Um die Formulierung des Berichts nicht weiter zu verkomplizieren, wird hier aber weiterhin von Personen aus Serbien bzw. aus dem Kosovo gesprochen. Die Analysen haben gezeigt, dass in der Schweiz kaum serbisch sprechende Personen aus dem Staatsgebiet des Kosovo anzutreffen sind, wogegen rund 15% der albanisch sprechenden Personen in der Schweiz aus dem Staatsgebiet von Serbien stammen.

Neben der länder- bzw. sprachspezifischen Auswahl wurden zwei Zusatzstichproben gezogen.

Die erste Zusatzstichprobe bilden Migrantinnen und Migranten aus der Türkei und dem Kosovo mit einer Aufenthaltsdauer unter 2 Jahren. Damit werden Informationen zum Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Einreise in die Schweiz bereitgestellt. Hinter der Auswahl dieser Zusatzstichprobe steht die Frage nach dem Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Einreise in die Schweiz. Es besteht die Vermutung, dass es meistens besonders gesunde und belastbare Menschen sind, die sich zur Migration entschliessen. Dies soll im Rahmen von GMM II überprüft werden können.

Die zweite Zusatzstichprobe wird aus den (kürzlich) eingebürgerten Personen gezogen. Die erhobenen Informationen sollen einen Beitrag zur Klärung der Frage liefern, in wie weit ein Zusammenhang zwischen der gesundheitlichen Lage und der Einbürgerung besteht. Befragt wurden je 200 innerhalb der letzten zwei Jahre eingebürgerte Personen aus den Herkunftsländern Türkei und Kosovo.

1.3.2 Stichprobe

Insgesamt wurde für die Zielgruppen jedes Herkunftslandes und für jede Zusatzstichprobe eine *geschichtete, disproportionale Stichprobe* aus dem Zentralen Migrationsinformationssystem des Bundesamts für Migration gezogen. Bei einer geschichteten Stichprobe wird die Grundgesamtheit (hier pro Herkunftsland und Zusatzstichprobe) nach bestimmten Merkmalen (z.B. Geschlecht, Aufenthaltsdauer) in sogenannte Schichten unterteilt und dann aus jeder dieser Schichten eine einfache Zufallsstichprobe gezogen. Bei der disproportionalen Stichprobe wird aus jeder Schicht eine vorgegebene Anzahl von Einheiten ausgewählt, unabhängig von ihrem Anteil in der Grundgesamtheit. Die Anzahl der Einheiten, die jeder Schicht entnommen werden, wird als Planzahl bestimmt. Der Vorteil dieser Methode ist, dass Vergleiche zwischen einzelnen Schichten erleichtert werden. Die minimale Anzahl pro Schicht wurde auf 50 gesetzt.

Für die Stichproben aus der ständigen Wohnbevölkerung (Portugal, Türkei, Kosovo, Serbien) wurde eine Schichtung nach *Geschlecht, Geburtsort und Aufenthaltsdauer* vorgenommen. Dies begründet sich damit, dass Geburtsort und Aufenthaltsdauer mit einer Reihe (gesundheits-)relevanter Aspekte der Lebenslage der Migranten korrelieren (z.B. sozioökonomischer Status, Integration etc.) bzw. als deren Proxys fungieren. Ein solches Vorgehen hat den Vorteil, dass der Prozesscharakter der gesundheitlichen Entwicklung während dem Aufenthalt in der Schweiz besser berücksichtigt werden kann als bei einer einfachen Schichtung nach Alter.

Die beiden Stichproben aus dem Asylbereich (Sri Lanka, Somalia) wurden nach *Geschlecht* und *Aufenthaltsstatus* (vorläufig Aufgenommene [F] und Personen in laufendem Verfahren [N]) geschichtet. Für die zwei Zusatzstichproben (Eingebürgerte und kürzlich Eingewanderte) wurde ausschliesslich das *Geschlecht* als Schichtungsmerkmal verwendet.

Die als Referenz dienende Bevölkerung mit schweizerischer Nationalität stammt aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007. Es handelt sich dabei um jene Personen, welche zum Zeitpunkt der Befragung im Jahr 2007 die schweizerische Staatsbürgerschaft besitzen und zwischen 17 und 74 Jahre alt sind. Es handelt sich dabei um insgesamt 13'860 Schweizerinnen und Schweizer, 7'628 Frauen und 6'232 Männer.³

Tabelle 1 zeigt das Stichprobendesign mit den Planzahlen in Klammern und die tatsächlich realisierten Interviews

Tabelle 1: Stichprobenschichtung, Planzahl und realisierte Interviews der verschiedenen Stichproben

1) Kernstichprobe – Ständige Wohnbevölkerung

Herkunftsland	Alter 17 bis 74 Jahre									Gesamt	
	Geburtsort Schweiz			Geburtsort Ausland							
				Aufenthaltsdauer							
				0 bis 4 Jahre		5 bis 9 Jahre		10+ Jahre			
	Männer	Frauen	Subtot.	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Subtot.	
Portugal N=156'596	46 [50]	50 [50]	96 [100]	56 [55]	53 [55]	50 [50]	50 [50]	74 [70]	71 [70]	354 [350]	450 [450]
Türkei N=54'183	50 [50]	50 [50]	100 [100]	50 [50]	50 [50]	50 [50]	50 [50]	75 [75]	76 [75]	351 [350]	451 [450]
Serbien N=40'619	52 [50]	50 [50]	102 [100]	59 [55]	61 [55]	50 [50]	50 [50]	70 [70]	70 [70]	360 [350]	462 [450]
Kosovo N=87'843	50 [50]	50 [50]	100 [100]	50 [50]	50 [50]	50 [50]	51 [50]	75 [75]	75 [75]	351 [250]	451 [450]
Gesamt	198 [200]	200 [200]	398 [400]	215 [210]	214 [210]	200 [200]	201 [200]	294 [290]	292 [290]	1416 [1400]	1814 [1800]

2) Zusatzstichprobe «Kürzlich Eingewanderte»

Herkunftsland	Alter 17 bis 74 Jahre		Gesamt
	Aufenthaltsdauer < 2 Jahre		
	Männer	Frauen	
Türkei N=2352	100 [100]	100 [100]	200 [200]
Kosovo N=3'962	100 [100]	100 [100]	200 [200]

3) Zusatzstichprobe «Kürzlich Eingebürgerte»

Herkunftsland	Alter 17 bis 74 Jahre		Gesamt
	Einbürgerung maximal 2 Jahre vor Befragung		
	Männer	Frauen	
Türkei N=2352	100 [100]	100 [100]	200 [200]
Kosovo N=3'962	100 [100]	100 [100]	200 [200]

³ Für eine detaillierte Beschreibung der Befragung sei auf die vom Bundesamt für Statistik herausgegebene Broschüre «Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 in Kürze - Konzept, Methode, Durchführung» verwiesen, abrufbar unter dem BFS-Statistikportal, www.bfs.admin.ch

4) Personen aus dem Asylbereich

Herkunftsland	Alter 17 bis 74 Jahre				Gesamt
	Asylverfahren (Ausweis N)		Vorläufig Aufgenommene (Ausweis F)		
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
Sri Lanka	50	50	50	50	200
N=	[50]	[50]	[50]	[50]	[200]
Somalia	63	26	51	64	204
N=	[50]	[50]	[50]	[50]	[200]

1.3.3 Fragebogen

Ausgangspunkt Arbeitsmodell

Ausgangspunkt für die Entwicklung und Überarbeitung des Fragebogens bildet das in Abschnitt 1.2 vorgestellte Arbeitsmodell. Dieses erfordert, dass der Fragebogen Informationen zu folgenden vier zentralen Analysebereichen enthalten soll:

- Gesundheitszustand
- Gesundheitsverhalten
- Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten
- Ressourcen und Belastungen (personale Ressourcen, Gesundheitskompetenz, soziale Unterstützung, Arbeitsbedingungen, migrationsspezifische Ressourcen und Belastungen).

Variablen und Konzepte aus den drei ersten Bereichen können grob als Zielgrößen und diejenigen aus dem vierten Bereich als erklärende Größen betrachtet werden. Ein wichtiges Ziel der Überarbeitung des Fragebogens aus dem GMM I bestand nun darin, zu möglichst allen relevanten Hauptdimensionen des Arbeitsmodells Informationen zu den wichtigsten darin enthaltenen Konzepten zu erhalten.

Fragebogenlänge

Kalkuliert wurde im GMM II mit einer Fragebogenlänge bzw. einer Interviewdauer von *maximal 30 Minuten*. Aus den Erfahrungswerten vom GMM I war bekannt, dass der Fragebogen von GMM I substantiell gekürzt werden musste, betrug doch im Jahr 2004 die durchschnittliche Interviewdauer rund 37 Minuten. Die Befragungsdauer des Fragebogens musste demnach schon von vornherein um knapp 20% gekürzt werden. Bei den sensiblen Themen wie dem Sexualverhalten und dem Drogenkonsum, wo die Auswertungen des GMM I gezeigt haben (Rommel et al. 2006a), dass diese Fragen bei spezifischen ethnischen Gruppen fast mit Sicherheit zu Antwortverweigerung führen, war man sich schnell einig, auf diese zu verzichten. Diese Kürzung reichte jedoch nicht aus, die geforderten 30 Minuten einhalten zu können. In einem Konsultationsverfahren wurden die von der ARGE erarbeiteten Kürzungsvorschläge mit dem BAG und dem BFM besprochen und einvernehmlich bereinigt.

Auswahlkriterien

Als Entscheidungsgrundlage für die Aufnahme von Items oder Konstrukten in den Fragebogen wurden folgende sieben Beurteilungskriterien definiert und verwendet:

- inhaltlich angemessen (wie gut wird das gemessen, was man wirklich will)
- kulturell valide
- spezifisches Auswertungsinteresse vorhanden
- international vergleichbar
- methodisch solide
- ethisch vertretbar
- vergleichbar mit SGB 2007

Zwischen der Vergleichbarkeit vom GMM II mit der SGB 2007 einerseits als auch mit dem GMM I und der SGB 2002 bestand öfters ein Zielkonflikt. Die Vergleichbarkeit vom GMM II mit der SGB 2007

wurde dabei höher gewichtet als diejenige mit dem GMM I, weil die Informationen zur einheimischen Bevölkerung aus der SGB 2007 stammen.

Übersicht zu Neuerungen und Änderungen

Insgesamt haben sich folgende wichtigen Neuerungen oder Änderungen im Vergleich mit dem GMM I ergeben:

Gesundheitszustand: Auf die Erhebung bestimmter, aufgetretener Krankheitssymptome wurde aufgrund von Zweifeln im Bereich der kulturellen Validität verzichtet. Neu stützt sich der symptombezogene Gesundheitszustand auf die Frage, ob aufgrund von spezifischen Krankheiten innerhalb der letzten 12 Monate eine Ärztin oder ein Arzt konsultiert wurde. Neu stellt GMM II im Vergleich zu GMM I auch systematische Informationen zum psychischen Gesundheitszustand zur Verfügung (Vergleichbar mit SGB 2007).

Gesundheitsverhalten: Das GMM II enthält die wichtigsten Indikatoren zum in der SGB 2007 erfassten Medikamentenkonsum und gesundheitsrelevantem Verhalten wie Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegung und Ernährung sowie Vorsorgeuntersuchungen.

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen: Wurde weitgehend von der SGB 2007 übernommen und mit Arztkonsultationen aufgrund von psychischen Beschwerden erweitert. Ist weitgehend mit dem GMM I vergleichbar.

Individuelle Ressourcen und Belastungen: Neu in das GMM II aufgenommen wurde ein Fragekomplex zur Gesundheitskompetenz. Die Aufnahme der Gesundheitskompetenz liegt darin begründet, dass diesen einerseits in der Strategie Migration und Gesundheit des BAG eine wichtige Rolle zukommt, andererseits aber kaum empirische Daten dazu vorliegen. Des Weiteren wurde die Mastery-Skala neu in den Fragebogen aufgenommen, welche auch in der SGB 2007 verwendet wird. Dabei handelt es sich um ein Konstrukt aus dem Bereich der psychischen Ressourcen, der sogenannten Kontrollüberzeugung (Mastery). Insgesamt wurden der Bereich der individuellen Ressourcen und Belastungen eher ausgebaut, wobei die Erfassung der Konzepte weitgehend aus der SGB 2007 übernommen wurde.

Soziale Ressourcen und Belastungen: Auch in diesem Bereich wurde die Erfassung der Konzepte auf die SGB 2007 abgestimmt, insbesondere in den Teilbereichen der Arbeit (Belastungen am Arbeitsplatz), der Wohnverhältnisse und der sozialen Unterstützung. Im Vergleich zum GMM I sind zu diesem Bereich etwas mehr Informationen vorhanden.

Migrationsspezifische Ressourcen und Belastungen: Die Sprachkompetenz wird neu für unterschiedliche soziale Kontexte erfragt. Leicht verändert wurden auch die Fragen zur Diskriminierungserfahrungen. Der Fragebatterie zu den Diskriminierungserfahrungen geht neu eine Filterfrage voran, mit welcher eruiert wird, ob überhaupt Diskriminierungserfahrungen irgendeiner Art gemacht wurden. Die Fragen zur politischen Verfolgung oder Gewalt wurden insgesamt etwas gekürzt und aufgrund der Erfahrungen im GMM I in Absprache mit dem BFM geändert und angepasst.

Übersetzungsprocedere

Die deutsche Version des endgültigen Fragebogens wurde in insgesamt sieben Sprachen – Französisch, Portugiesisch, Türkisch, Albanisch, Serbisch, Tamilisch und Somali – von proverb, einem professionellen Übersetzungsbüro, übersetzt. Um die Qualität der Erstübersetzung zu gewährleisten wurden in jeder Sprache je 3 Pre-Tests durchgeführt und die schriftlichen Rückmeldungen der Befragter und Befragterinnen an das Übersetzungsbüro weitergeleitet. Anschliessend wurde für jede Übersetzung unter Einbezug der Rückmeldungen von einem zweiten professionellen Übersetzenden ein vergleichendes Korrekturlesen vorgenommen. Bei Unstimmigkeiten suchten und definierten die beiden Übersetzenden eine Konsenslösung.

1.3.4 Befragungsmethode und Befragungsablauf

Die telefonische Befragung wurde vollständig mittels CATI (Computer Assisted Telephone Interview) vom Institut für Wirtschafts- und Sozialforschung M.I.S. TREND durchgeführt. Im Folgenden werden die Arbeitsschritte, die M.I.S. TREND im Rahmen ihres Mandats durchgeführt hat, kurz vorgestellt:

Vorbereitungsarbeiten

Nach Erhalt der Adressen aus dem ZEMIS wurde als erstes die *Namenscodierung* für die Personen aus Serbien und dem Kosovo durchgeführt. Anschliessend wurde die *Stichprobe* gemäss Stichprobendesign gezogen, um dann mit der *Telefonnummernsuche* beginnen zu können. Diese erfolgte dreistufig. In einer ersten Stufe wurden die Telefonnummern anhand von Name und Adresse automatisch per Computer gesucht. Die auf diese Weise nicht eruierten Fälle wurden in einem zweiten Schritt einer manuellen Suche (Basis: Directories) unterzogen. Für die verbleibenden Fälle ohne Telefonnummer wurde dem Versand des Ankündigungsschreibens eine Antwortkarte beigelegt, anhand derer dem Befragungsinstitut ein Telefonanschluss bekannt gegeben werden konnte. Die Ausschöpfung der so eruierten Telefonnummern betrug über alle Stichproben hinweg 49.8%, wobei zwischen den verschiedenen Nationalitäten erhebliche Unterschiede festzustellen sind.⁴

Das *Ankündigungsschreiben* wurde vom Bundesamt für Gesundheit entworfen und von M.I.S. Trend überarbeitet. Das Bundesamt für Migration (BFM) wurde im Schreiben nicht erwähnt, um allfällige Zusammenhänge mit dem Asylverfahren auszuschliessen.

Vor der *CATI-Programmierung* wurden alle Sprachversionen des Fragebogens im Juli 2010 einem *Pretest* unterzogen. Pro Sprache wurden 3 Testinterviews durchgeführt, wobei darauf geachtet wurde, dass hinsichtlich Geschlecht und Alter nicht einseitig rekrutiert wurde. Während der Testinterviews wurde jede Frage hinsichtlich ihrer allgemeinen Verständlichkeit, sowie hinsichtlich der Übersetzungsqualität beurteilt. Die allgemeine Verständlichkeit wurde neben den Interviews auch während einer vorgängigen Lektüre durch die Pretest-Interviewer bewertet. Im Rahmen des Pretests wurden allgemein nur wenige Probleme festgestellt. Allerdings wurde bemängelt, die tamilische Version sei sehr schriftsprachlich formuliert.

Die *Schulung der Befragenden* beinhaltete vier Etappen. In einem ersten Teil wurde den Befragern die Erhebung präsentiert und deren Ablauf erklärt. In einem zweiten Schritt wurden diese mit den spezifischen Argumenten vertraut gemacht, welche die Befragung alimentieren sollten. Im Anschluss an die Präsentation der wichtigsten Argumente wurden diese anhand mehrerer interaktiver Rollenspiele eingeübt. Als Drittes wurde den Interviewern der Fragebogen detailliert erklärt. Dies betrifft sowohl die verwendeten Begriffe, wie auch alle Probleme und Unklarheiten, welche während der Befragung auftreten können. Zuletzt wurden Training-Interviews am Bildschirm durchgeführt. Die Befragten erhielten damit nochmals die Gelegenheit, sich am Erhebungsinstrument zu üben. Dabei waren das Supervisionspersonal und der Projektleiter anwesend und standen bei Fragen und Schwierigkeiten zur Verfügung.

Umsetzung der Feldarbeiten

Obwohl keine präzisen Zahlen vorliegen, kann festgestellt werden, dass die *Hotline* im Vergleich zu anderen Befragungsprojekten, die sich z.B. an die Gesamtbevölkerung wenden, um ein Vielfaches häufiger beansprucht wurde. Dies hat vermutlich damit zu tun, dass viele Zielpersonen sonst eher wenig vertraut sind mit dem Instrument einer Befragung (kleinere «Befragungsroutine»), und deshalb mehr Fragen aufgetaucht sind.

Der Feldstart erfolgte für die verschiedenen Stichproben zeitlich versetzt. Gestartet wurde am 24. September 2010 mit der Kernstichprobe und den kürzlich Eingewanderten (jeweils alle Nationalitäten). Mit der Zusatzstichprobe 2, den Eingebürgerten, wurde später begonnen (in der Woche vom 11. Ok-

⁴ vgl. dazu technischer Bericht von MIS Trend.

tober 2010), da es sich hier um eine etwas unterschiedliche Zielgruppe handelte und ein Kumulieren der Schwierigkeitsgrade für die Befragter vermieden werden sollte. Auch die Personen des Asylbereichs wurden versetzt in die Feldarbeit einbezogen. Hier lag der Grund jedoch in den Schwierigkeiten bei der Rekrutierung einer genügend grossen Anzahl somalischer und tamilischer Befragter, wobei die Erstgenannten in allen Sprachregionen schwierig zu rekrutieren waren, die tamilischen Interviewer jedoch nur in der Romandie rar waren.

Mit einer Ausnahme konnte für alle Zellen der Stichprobe die angestrebte Interviewanzahl erreicht werden. Für die somalischen Frauen mit Ausweis N erwies sich dies als unmöglich, da hier aus dem ZEMIS nur 84 Adressen für 50 Interviews gezogen worden waren. In Absprache mit dem Büro BASS wurden die fehlenden Interviews je zur Hälfte bei den somalischen Männern mit Ausweis F, sowie bei den Somalierinnen mit Ausweis N kompensiert.

1.4 Aufbau des Berichts

Nach dem einleitenden Kapitel werden im *Kapitel 2* die im Rahmen der Befragung erhobenen Indikatoren zum Gesundheitszustand, der Inanspruchnahme, dem Gesundheitsverhalten und der Gesundheitskompetenz der Kernstichprobe, das heisst der vier Gruppen aus der ständigen Wohnbevölkerung (Portugal, Türkei, Kosovo, Serbien) vorgestellt. Es handelt sich dabei um eine rein deskriptive Betrachtung der erhobenen Werte, die als Teil des Monitoring-Auftrags zu verstehen sind. Die darin präsentierten Ergebnisse geben einen Überblick über die gesundheitliche Situation der im Fokus dieser Untersuchung stehenden Migrationsbevölkerung. Mit den Ergebnissen sollen allfällige Problemlagen aufgezeigt, jedoch nicht erklärt werden. Das *dritte Kapitel* liefert Ergebnisse zu einem für vertiefende Analysen vorgesehenen Thema. Es wird untersucht, inwieweit allfällige Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen der Migrationsbevölkerung und der einheimischen Bevölkerung mit Hilfe der erhobenen Indikatoren zu den individuellen und sozialen Ressourcen erklärt werden können. Damit liefern die Ergebnisse auch Determinanten, die für den Gesundheitszustand wichtig sind. Das *vierte Kapitel* widmet sich der Asylbevölkerung. Es ist analog aufgebaut wie Kapitel 2 und widmet sich dem Monitoring. Das letzte Kapitel enthält eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Analyse und den Erfahrungen, welche im Rahmen des Mandats gesammelt werden konnten.

2 Monitoring – Ständige Wohnbevölkerung

2.1 Methodische Vorbemerkungen

2.1.1 Vergleichsgruppen

Nachfolgend werden der Gesundheitszustand, die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskompetenz von Ausländerinnen und Ausländern sowie Schweizerinnen und Schweizern vorgestellt und verglichen. Sämtliche Auswertungen basieren dabei auf den Daten der Kernstichprobe. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die Präzision der statistischen Schätzer aufgrund der Stichprobengrössen bei der Migrationsbevölkerung gewissen Einschränkungen unterworfen ist. Das gilt insbesondere, wenn die Häufigkeit eines untersuchten Merkmals gering ist. Dies kann dann der Fall sein, wenn Schätzungen zur Behandlungshäufigkeit einer spezifischen Erkrankung mit geringer Prävalenz vorgenommen werden. Beispielsweise gaben lediglich 0.4% der befragten Schweizer an, in den letzten 12 Monaten aufgrund von Osteoporose in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein.

Tabelle 2: Kernstichprobe und Population nach Herkunft und Geschlecht

Herkunft	Geschlecht	Alter (Jahre)	Stichprobe	Population
			n	N
Portugal	Frauen	17-34	108	26'964
		35-49	92	32'283
		50-74	24	10'309
	Männer	17-34	106	35'851
		35-49	77	35'372
		50-74	43	15'807
Türkei	Frauen	17-34	187	10'010
		35-49	108	9'067
		50-74	31	5'615
	Männer	17-34	187	12'318
		35-49	111	10'730
		50-74	27	6'443
Serbien	Frauen	17-34	136	8'711
		35-49	65	5'521
		50-74	30	5'693
	Männer	17-34	136	7'961
		35-49	58	6'064
		50-74	37	6'669
Kosovo	Frauen	17-34	243	21'123
		35-49	57	11'962
		50-74	27	8'424
	Männer	17-34	253	24'400
		35-49	52	11'566
		50-74	19	10'368
Schweiz	Frauen	17-34	1'689	609'369
		35-49	2'389	686'438
		50-74	3'550	875'057
	Männer	17-34	1'517	616'175
		35-49	2'039	643'786
		50-74	2'676	801'447
Total			16'074	4'571'502

Unterstellt man eine ähnlich geringe Osteoporose-Rate bei der männlichen Migrationsbevölkerung, so wäre zu erwarten, dass auf 250 Befragte ein einziger in Behandlung ist. Um präzise Schätzungen für ein Merkmal mit einer solch geringen Verbreitung vorzunehmen, müsste die jeweilige Stichprobengrösse ein Vielfaches von 250 betragen. Dies ist in der hier vorliegenden Stichprobe jedoch nicht überall der Fall. Insbesondere bei einer Differenzierung nach Alters- und Geschlechterkategorien erreichen die Fallzahlen schnell ein Niveau, das präzise Schätzungen unmöglich macht. So etwa beläuft sich die Anzahl der Portugiesen, die 50 Jahre oder älter sind, auf nur 43 Personen (**Tabelle 2**).

Konsequenterweise musste aus methodischen Überlegungen oft auf eine differenzierte Darstellung der Befunde nach Alterskohorten und Herkunft verzichtet werden, auch wenn diese aus inhaltlicher Sicht sinnvoll und wünschbar gewesen wäre. Stattdessen werden die nachfolgenden Auswertungen in der Regel lediglich nach Herkunft und Geschlecht differenziert (**Tabelle 2**). Damit ist die Aussagekraft der Resultate eingeschränkt. Zwar lassen sich Aussagen darüber formulieren, ob sich die Migrationsbevölkerung oder Teile davon von der einheimischen Bevölkerung unterscheiden (beispielsweise, ob ihr Gesundheitszustand besser oder schlechter ist als jener der Schweizerinnen und Schweizer). Hingegen kann nicht entschieden werden, ob und inwiefern diese Befunde durch das Alter der Befragten konfundiert sind. Unerkannt muss auch bleiben, ob spezifische Unterschiede sich erst in älteren Kohorten manifestieren. Um diese Defizite, wenn immer möglich, aufzuheben, werden – wo sinnvoll und machbar – zumindest Vergleiche mit den Alterskohorten 17-34 Jahre sowie 35-49 Jahre durchgeführt. In diesen Alterskategorien sind in der Regel hinreichend Fälle vorhanden, um Vergleiche (differenziert nach Herkunft und Geschlecht) durchführen zu können. Diese Befunde sind jedoch, aufgrund der geringeren Präzision mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren.

Tabelle 3: Kernstichprobe und Population nach Herkunft und Geschlecht

Herkunft	Geschlecht	Stichprobe	Population
		n	N
Portugal	Frauen	224	69'556
	Männer	226	87'030
Türkei	Frauen	326	24'692
	Männer	325	29'491
Serbien	Frauen	231	19'925
	Männer	231	20'694
Kosovo	Frauen	327	41'509
	Männer	324	46'334
Schweiz	Frauen	7'628	2'170'864
	Männer	6'232	2'061'408
Total		16'074	4'571'502

2.1.2 Referenzkategorien

Dort, wo Vergleiche zwischen der Migrationsbevölkerung sowie Schweizerinnen und Schweizern durchgeführt werden, wird vom Wert der Migrationsbevölkerung der entsprechende Wert der Referenz- oder Basiskategorie der einheimischen Bevölkerung subtrahiert. Werden beispielsweise Türkinnen in der Kohorte 17-34 Jahre auf bestehende Unterschiede zur einheimischen Bevölkerung untersucht, so wird der Wert der Türkinnen vom Wert der Referenzkategorie durch die Schweizerinnen der Alterskohorte 17-34 Jahre subtrahiert. Für die Differenz Δx eines beliebigen Merkmals x gilt damit:

$\Delta x = 0$ Merkmal x unterscheidet sich nicht zwischen Migrationsbevölkerung und einheimischer Bevölkerung.

$\Delta x < 0$ Merkmal x hat eine tiefere Ausprägung in der Migrationsbevölkerung.

$\Delta x > 0$ Merkmal x hat eine höhere Ausprägung in der in der Migrationsbevölkerung.

Für die Differenzen werden jeweils die zugeordneten Wahrscheinlichkeiten (p) auf der Basis von Student t -Tests ausgewiesen. Die Merkmalsausprägungen (Parameterschätzer) werden mit dem 95%-Vertrauensintervall (VI-95) ausgewiesen, die Irrtumswahrscheinlichkeit liegt bei 5%.

2.1.3 Vergleiche mit dem Gesundheitsmonitoring 2004

Während das Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung 2004 sich inhaltlich und methodisch weitgehend an der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 orientierte, wurde für das hier vorliegende Gesundheitsmonitoring die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 als primärer Referenzpunkt festgelegt, um die Vergleichbarkeit zwischen Personen mit Migrationshintergrund und Schweizerinnen und Schweizern zu maximieren. Gleichzeitig bedeutet dies, dass die Vergleichbarkeit zwischen den beiden GMM-Erhebungen eingeschränkt bleibt, weil Indikatoren wegfielen, neu hinzukamen oder anders erfasst wurden. Dies trifft insbesondere die Bereiche Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten, während die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zwischen den beiden GMM-Erhebungen in grossen Teilen vergleichbar bleibt.

Die direkte Vergleichbarkeit wird zudem durch den Umstand eingeschränkt, dass das GMM 2004 die ständige Wohnbevölkerung aus Serbien und dem Kosovo⁵ noch nicht getrennt erfasst hat. Vielmehr wurden in der Stichprobe *ehemaliges Jugoslawien* Personen mit serbisch-montenegrinischer, kroatischer, bosnisch-herzegowinischer und jugoslawischer Staatsangehörigkeit integriert. Wenn also nachfolgend die Migrationsbevölkerung aus dem ehemaligen Jugoslawien (2004) mit jener aus Serbien oder dem Kosovo (2010) verglichen wird, so sind die Resultate aufgrund der unterschiedlichen Stichprobenstruktur mit der nötigen Vorsicht zu interpretieren. Uneingeschränkt vergleichbar sind hingegen die Stichproben Türkei, Portugal und Schweiz.

Als Basis bei Vergleichen zwischen den GMM-Erhebungen wird jeweils das Jahr 2010 verwendet, d.h. bei der Berechnung der Differenz bezieht sich der Minuend immer auf den Wert im Jahr 2010 und der Subtrahend immer auf den korrespondierenden Wert im Jahr 2004. Für die Differenz Δx eines beliebigen Merkmals x gilt damit:

$\Delta x = 0$ Merkmal x verändert sich nicht zwischen 2004 und 2010.

$\Delta x < 0$ Merkmal x hat eine höhere Ausprägung im Jahr 2004, nimmt also 2010 ab.

$\Delta x > 0$ Merkmal x hat eine höhere Ausprägung im Jahr 2010, nimmt also gegenüber 2004 zu.

2.1.4 Lesebeispiel

Nachfolgendes Lesebeispiel verdeutlicht die Interpretation der Befunde in den Tabellen. Dabei beziehen wir uns auf **Tabelle 4**, den subjektiven Gesundheitszustand nach Herkunft und Geschlecht. Von

⁵ Modul II des GMM 2004

den Portugiesinnen schätzen 68.7% ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein, wobei der Wert bei den Portugiesinnen sich mit 95% Wahrscheinlichkeit in einem Bereich von 68.7% \pm 7.2% (VI-95) bewegt. Dieser Anteil liegt um 19.8% tiefer als derjenige der Schweizerinnen, die ihre Gesundheit als sehr gut oder gut einschätzt (%- Δ = 68.7%-88.5%) und diese Differenz ist statistisch signifikant ($p = 0.00 \leq 0.05$). Im Jahr 2010 sank der Anteil der Portugiesinnen, die ihre Gesundheit als sehr gut oder gut bewerten, um 2.8% gegenüber 2004 (%- Δ); der Unterschied ist jedoch nicht statistisch signifikant ($p=0.45 > 0.05$). Bei den Portugiesen stieg der Anteil derjenigen, die sagten, es gehe ihnen sehr gut oder gut, gegenüber 2004 um 8% (%- Δ); der Unterschied ist statistisch signifikant ($p = 0.00 \leq 0.05$).

2.2 Gesundheitszustand

2.2.1 Einschätzung der subjektiven Gesundheit

Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen? Mittels dieser Frage konnten die Befragten auf einer fünfstufigen Skala von sehr schlecht bis sehr gut Auskunft darüber geben, wie sie momentan ihren Gesundheitszustand subjektiv einschätzen. Für die Auswertungen wurden die Antwortkategorien *gut* und *sehr gut* zusammengefasst. Analog wurde mit den restlichen Kategorien *sehr schlecht*, *schlecht* und *mittelmässig* verfahren (**Tabelle 4**). Bei der Interpretation gilt es zu beachten, dass das subjektive Erleben von Gesundheit und Krankheit nicht zuletzt von individuellen Krankheitstheorien abhängt und damit erheblich von kulturellen Aspekten beeinflusst sein kann (vgl. dazu Büchi et al. 2004).

Tabelle 4: Subjektiver Gesundheitszustand nach Herkunft und Geschlecht

		gut-sehr gut	VI-95	Vergleich CH vs. Migrations- bevölkerung		Vergleich GMM I	
		%	+/-	%- Δ	p	%- Δ	p
Portugal	Frauen	68.7	7.2	-19.80	0.00	-2.8	0.45
	Männer	84.6	5.2	-5.63	0.04	8.0	0.00
Türkei	Frauen	59.9	8.4	-28.65	0.00	3.5	0.42
	Männer	72.9	7.6	-17.33	0.00	2.6	0.50
Serbien	Frauen	70.9	9.1	-17.66	0.00	-3.1	0.50
	Männer	77.6	8.1	-12.68	0.00	2.6	0.53
Kosovo	Frauen	74.9	7.9	-13.60	0.00	0.9	0.82
	Männer	83.9	8.0	-6.37	0.12	8.9	0.03
Schweiz	Frauen	88.5	0.9			2.5	0.00
	Männer	90.3	0.9			1.2	0.01

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); %- Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH, Differenz GMM II-GMM I; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Frauen schätzen über alle Herkunftskategorien ihre Gesundheit weniger oft als Männer als sehr gut oder gut ein. Dies ist auch so, wenn entsprechende Alterskategorien verglichen werden. Verglichen mit Schweizerinnen (88.5%) fällt der Anteil mit gutem oder sehr gutem subjektiven Gesundheitszustand bei Frauen mit Migrationshintergrund deutlich weniger hoch aus.

Besonders markant fällt diese Differenz bei den Türkinnen aus, wo rund 28.7% weniger als in der einheimischen Gruppen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut bezeichnen. Bei den Portugiesinnen sind es 19.8% weniger, bei den Serbinnen 17.7% und bei den Kosovarinnen 13.6%.

Männer mit Migrationshintergrund beurteilen zwar, ebenso wie die Frauen, ihre Gesundheit seltener als gut oder sehr gut im Vergleich zu den Schweizern. Die Unterschiede zwischen Schweizern (90.3%) und Migranten fallen aber geringer aus. Bei den Portugiesen beträgt die Differenz zu den Schweizern, die ihre Gesundheit subjektiv als gut oder sehr gut einschätzen, 5.6%. Bei den Türken sind es 17.3%, bei den Serben 12.7%. Bei den Kosovaren zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Die Einschätzungen der eigenen Gesundheit nach Alterskohorten zeigen in der Tendenz, dass in der jüngsten Kohorte, 17-34 Jahre, kaum Unterschiede zwischen der einheimischen Bevölkerung und der Migrationsbevölkerung bestehen. Ausser bei den Portugiesinnen sind die Differenzen in der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands statistisch nicht signifikant. Erst in der mittleren und höheren Alterskohorte werden Unterschiede manifest, jedoch nicht überall. In der Alterskohorte 35-49 Jahre schätzen Frauen mit Migrationshintergrund ihre subjektive Gesundheit signifikant weniger oft als Schweizerinnen als gut oder sehr gut ein. Bei den Männern trifft dies lediglich auf die Türken zu; alle anderen Männer mit Migrationshintergrund weisen keine statistisch signifikanten Unterschiede in dieser Alterskohorte auf.

Im Zeitverlauf scheint sich der Anteil an Personen mit subjektiv guter oder sehr guter Gesundheit eher zu vergrössern oder stabil zu bleiben. Bei den Schweizerinnen nimmt der Anteil um 2.5% zu, bei den Schweizern sind es 1.2%. Eine signifikante Zunahme verzeichnen auch die Portugiesen, deren Anteil sich um 8% vergrössert. Demgegenüber bleibt die Einschätzung der eigenen Gesundheit bei den Portugiesinnen sowie den Türkinnen und Türken stabil, d.h. es können keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den GMM-Erhebungen nachgewiesen werden. Vergleicht man die Gruppe der Serben und Serbinnen (2010) mit den Frauen und Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien (2004), so zeigen sich auch hier keine signifikanten Veränderungen. Gleiches gilt für den Vergleich der Kosovarinnen mit den Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Hingegen liegt der Anteil der Kosovaren, die 2010 ihre Gesundheit als sehr gut oder gut bezeichnen, um 8.9% höher als 2004 bei den Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien.

2.2.2 Gesundheitliche Belastungen

Beschwerden, Krankheiten

Neben dem subjektiven Gesundheitszustand wurde der Symptom bezogene Gesundheitszustand erhoben. Dabei wurde erfasst, ob die Befragten zurzeit oder innerhalb der letzten 12 Monate wegen einer oder mehrerer Krankheiten in ärztlicher Behandlung sind beziehungsweise waren. Nachfolgend werden die abgefragten Krankheiten einzeln verhandelt.

Heuschnupfen oder Allergien

Frauen und Männer mit Migrationshintergrund sind in der Regel nicht öfter als Schweizerinnen und Schweizer aufgrund von Heuschnupfen oder Allergien in ärztlicher Behandlung (**Tabelle 5**). Eine Ausnahme hiervon bilden die Türkinnen. Sie waren anteilmässig mit 13.3% in Behandlung während es bei den Schweizerinnen lediglich 6.9% waren. Dabei unterscheidet sich die Behandlungsquote der Türkinnen kaum zwischen den Alterskohorten. In der Kohorte 17-34 Jahre liegt der Anteil bei 13.4%, in der Kohorte 35-49 Jahre beträgt er 13.9% und in der Kohorte 50-74 Jahre sind es 12.4%.

Tabelle 5: Behandlung Heuschnupfen/Allergien nach Herkunft und Geschlecht

		Ja	VI-95	Vergleich CH vs. Migrationsbevölkerung	
		%	+/-	%-Δ	p
Portugal	Frauen	8.3	3.8	1.36	0.49
	Männer	7.5	3.8	1.91	0.33
Türkei	Frauen	13.3	5.6	6.44	0.02
	Männer	8.3	4.2	2.72	0.22
Serbien	Frauen	6.0	4.1	-0.85	0.69
	Männer	3.1	2.7	-2.45	0.09
Kosovo	Frauen	4.9	3.6	-2.03	0.29
	Männer	8.6	5.9	3.07	0.31
Schweiz	Frauen	6.9	0.8		
	Männer	5.6	0.8		

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); %-Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Hoher Blutdruck

Personen mit Migrationshintergrund sind in der Tendenz nicht häufiger als die einheimische Bevölkerung aufgrund von Bluthochdruck in ärztlicher Behandlung. Statistisch signifikante Unterschiede treten einzig bei den Türkinnen auf, die im Durchschnitt einen um 7.4% höheren Anteil an Frauen (16.5%) haben, die in ärztlicher Behandlung sind beziehungsweise in den letzten 12 Monaten in Behandlung waren. Allerdings ist dieser Befund insofern zu relativieren, als sich in den beiden jüngsten Alterskohorten keine signifikanten Unterschiede zu den Schweizerinnen zeigen. Demgegenüber bestehen bei der ältesten Kohorte signifikante Unterschiede. Insgesamt gaben 51.1% der Kohorte 50-74 Jahre bei den Türkinnen an, wegen Bluthochdruck in ärztlicher Behandlung zu sein. Die Anzahl der befragten Türkinnen in dieser Kategorie ist jedoch mit 31 Personen sehr gering, so dass der Befund relativiert werden muss.

Tabelle 6: Behandlung Bluthochdruck nach Herkunft und Geschlecht

		Ja	VI-95	Vergleich Migrationsbevölkerung vs.CH	
		%	+/-	%-Δ	p
Portugal	Frauen	10.1	4.6	1.01	0.67
	Männer	9.4	4.0	-2.43	0.25
Türkei	Frauen	16.5	7.0	7.40	0.04
	Männer	11.1	5.9	-0.78	0.80
Serbien	Frauen	15.7	7.2	6.63	0.07
	Männer	17.1	7.3	5.24	0.16
Kosovo	Frauen	14.7	6.8	5.62	0.11
	Männer	14.8	7.9	2.96	0.47
Schweiz	Frauen	9.1	0.8		
	Männer	11.9	1.1		

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); %-Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Nierenkrankheit

Aufgrund einer Nierenerkrankung oder Nierensteinen waren signifikant mehr Portugiesen (4.3%) als Schweizer (1.1%) und signifikant mehr Türkinnen (4.6%) als Schweizerinnen (0.6%) in ärztlicher Behandlung. Ansonsten lassen sich zwischen Migrationsbevölkerung und einheimischer Bevölkerung keine Unterschiede im Anteil behandelter Personen ausmachen. Aufgrund der insgesamt geringen Häufigkeit, mit der sich Personen wegen Nierenerkrankungen und Nierensteinen haben behandeln lassen, ist der vorliegende Befund mit der nötigen Vorsicht zu interpretieren.

Tabelle 7: Behandlung Nierenkrankheit/Nierensteine nach Herkunft und Geschlecht

		Ja	VI-95	Vergleich Migrationsbevölkerung vs.CH	
		%	+/-	%-Δ	p
Portugal	Frauen	1.8	1.8	1.21	0.19
	Männer	4.3	3.0	3.26	0.03
Türkei	Frauen	4.6	3.4	3.98	0.02
	Männer	1.9	1.6	0.79	0.35
Serbien	Frauen	2.3	3.0	1.63	0.28
	Männer	4.6	4.4	3.47	0.12
Kosovo	Frauen	0.7	1.0	0.12	0.82
	Männer	3.7	4.4	2.63	0.25
Schweiz	Frauen	0.6	0.3		
	Männer	1.1	0.3		

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); %-Δ = **Vergleich Migrationsbevölkerung vs.CH**; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Bronchitis

Insgesamt unterscheidet sich der Anteil von Personen, die aufgrund einer chronischen Bronchitis oder einem Emphysem in ärztlicher Behandlung sind, nicht zwischen der einheimischen Bevölkerung und der Migrationsbevölkerung. Einzig Türkinnen waren mit 7.6% signifikant mehr in Behandlung als die Schweizerinnen (1.8%). Differenziert man die Türkinnen weiter nach Altersgruppen, so fällt auf, dass signifikante Unterschiede lediglich in der Gruppe 50-74 Jahre bestehen, wo 22.1% angaben, in ärztlicher Behandlung zu sein. Wiederum ist aufgrund der geringen Fallzahl bei der Interpretation des Befundes Vorsicht angezeigt.

Tabelle 8: Behandlung chronische Bronchitis/Emphysem nach Herkunft und Geschlecht

		Ja	VI-95	Vergleich Migrationsbevölkerung vs.CH	
		%	+/-	%-Δ	p
Portugal	Frauen	2.4	2.4	0.58	0.65
	Männer	3.4	2.4	2.13	0.08
Türkei	Frauen	7.6	5.1	5.73	0.03
	Männer	3.0	3.0	1.69	0.28
Serbien	Frauen	6.1	4.7	4.24	0.08
	Männer	4.7	4.5	3.43	0.14
Kosovo	Frauen	3.3	2.9	1.45	0.34
	Männer	3.2	4.4	1.94	0.39
Schweiz	Frauen	1.8	0.4		
	Männer	1.3	0.4		

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); %-Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Arthrose

In der Tendenz liessen sich mehr Frauen als Männer aufgrund von Arthrose oder Arthritis ärztlich behandeln. Allerdings sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern nicht überall statistisch signifikant. Mehrheitlich unterscheiden sich Migrantinnen und Migranten nicht von der einheimischen Bevölkerung. Substantielle Differenzen zeigen sich zwischen Türkinnen (18.1%) und Schweizerinnen (7.4%). Dabei unterscheiden sich die Türkinnen in der Alterskohorte 17-34 Jahre zunächst nicht von den Schweizerinnen. In der Kohorte 35-49 Jahre beträgt bei den Türkinnen der Anteil von Frauen, die sich behandeln lassen, bereits 18.5%, was einem um 14.2% höheren Anteil, als in der entsprechenden Gruppe der Schweizerinnen entspricht. Die Kosovarinnen (1.8%) mussten sich insgesamt weniger als die Schweizerinnen aufgrund von Arthrose oder Arthritis ärztlich behandeln lassen. Die zwei jüngsten Alterskohorten weisen jedoch keine signifikanten Unterschiede zu ihren Schweizer Pendanten auf. In der Kohorte 50-74 beträgt der Anteil bei den Kosovarinnen jedoch nur 4.8%, während jener der Schweizerinnen bei 14.7% liegt.

Tabelle 9: Behandlung Arthrose und Arthritis nach Herkunft und Geschlecht

		Ja	VI-95	Vergleich Migrationsbevölkerung vs.CH	
		%	+/-	%-Δ	P
Portugal	Frauen	11.1	4.8	-	0.13
	Männer	6.8	3.5	2.24	0.22
Türkei	Frauen	18.1	7.2	10.74	0.00
	Männer	4.7	3.4	0.07	0.97
Serbien	Frauen	12.2	6.9	4.85	0.17
	Männer	8.3	5.3	3.70	0.17
Kosovo	Frauen	1.8	1.6	-5.61	0.00
	Männer	5.3	5.2	0.66	0.81
Schweiz	Frauen	7.4	0.8		
	Männer	4.6	0.7		

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); %-Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Depression

Für alle Nationalitäten – mit Ausnahme der Kosovarinnen – gilt, dass Frauen im Durchschnitt öfter als Männer aufgrund einer Depression in ärztlicher Behandlung waren. Bei den Frauen zeigt sich auch, dass Befragte mit Migrationshintergrund häufiger in Behandlung wegen Depression sind. Dagegen unterscheiden sich Männer mit Migrationshintergrund – mit Ausnahme der Türken – nicht von den Schweizern. Während Türken in der jüngsten und ältesten Alterskohorte sich nicht von entsprechenden Schweizern unterscheiden, liegt der Anteil an Türken, die sich aufgrund einer Depression ärztlich behandeln lassen, in der Kohorte 35-49 Jahre bei 22.8%, wogegen es bei den Schweizern 3.4% sind.

Tabelle 10: Behandlung Depression nach Herkunft und Geschlecht

		Ja	VI-95	Vergleich Migrationsbevölkerung vs.CH	
		%	+/-	%-Δ	p
Portugal	Frauen	14.6	5.3	9.18	0.00
	Männer	4.3	3.0	0.98	0.54
Türkei	Frauen	20.5	7.0	15.13	0.00
	Männer	15.2	6.5	11.89	0.00
Serbien	Frauen	14.7	7.6	9.29	0.02
	Männer	5.1	4.2	1.84	0.40
Kosovo	Frauen	6.0	4.5	0.60	0.79
	Männer	8.2	6.0	4.89	0.11
Schweiz	Frauen	5.4	0.7		
	Männer	3.3	0.6		

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); %-Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Bei den Frauen sind, mit Ausnahme der Kosovarinnen, mehr Frauen mit Migrationshintergrund als Schweizerinnen aufgrund einer Depression in ärztlicher Behandlung. Konsistent zeigt sich, dass sich Migrantinnen in der Kohorte 17-34 Jahre nicht von Schweizerinnen unterscheiden. Bei den Portugiesinnen und den Türkinnen ist dies erst in den beiden höchsten Alterskohorten der Fall. Bei den Serbinnen findet sich auf der Ebene der Altersgruppen kein klarer Befund, nicht zuletzt aufgrund der geringen Fallzahl.

Migräne

Auch bei Migräne lassen sich insgesamt jeweils deutlich mehr Frauen als Männer ärztlich behandeln. Personen aus Portugal und der Türkei lassen sich signifikant häufiger behandeln. Sind 3.8% der Schweizerinnen in Behandlung, so sind es bei den Portugiesinnen 13.6% und bei den Türkinnen 20.1%. Bei den Schweizern sind es 1.3%, bei den Portugiesen beträgt der Anteil 4.7% und bei den Türken 10.2%. Während Serben und Kosovaren sich nicht mehr als Schweizer aufgrund einer Migräne ärztlich behandeln lassen, sind es bei den Serbinnen 14.5% und 8.7% bei den Kosovarinnen. Differenziert nach Alterskohorten weisen die Portugiesinnen in der Kohorte 35-49 Jahre einen um 13.1% höheren Anteil an behandelten Personen auf. Türkische Frauen zeigen konsistent in allen Alterskohorten einen höheren Anteil als die Schweizerinnen. Türkische Männer weisen hingegen nur in der Kohorte 17-34 Jahre höhere Werte als die Schweizer auf. Schliesslich sind Serbinnen und Kosovarinnen lediglich in der Alterskohorte 35-49 Jahre signifikant häufiger aufgrund von Migräne in ärztlicher Behandlung.

In der Tendenz lassen sich Personen mit Migrationshintergrund eher öfter als Schweizerinnen und Schweizer wegen Migräne behandeln. Besonders ausgeprägt fällt dieser Unterschied bei den Frauen aus, wobei die grösste Differenz zur einheimischen Bevölkerung bei den Türkinnen vorliegt.

Tabelle 11: Behandlung Migräne nach Herkunft und Geschlecht

		Ja	VI-95	Vergleich Migrationsbevölkerung vs.CH	
		%	+/-	%-Δ	p
Portugal	Frauen	13.6	5.3	9.82	0.00
	Männer	4.7	3.2	3.37	0.04
Türkei	Frauen	20.1	6.9	16.34	0.00
	Männer	10.2	5.2	8.92	0.00
Serbien	Frauen	14.5	7.6	10.76	0.01
	Männer	3.4	4.0	2.15	0.29
Kosovo	Frauen	8.7	4.8	4.91	0.05
	Männer	5.0	4.7	3.76	0.12
Schweiz	Frauen	3.8	0.6		
	Männer	1.3	0.4		

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); %-Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Osteoporose

Markante Unterschiede zwischen Migrationsbevölkerungen und der einheimischen Bevölkerung treten bei der Behandlung aufgrund von Osteoporose nicht an den Tag. Insbesondere bei den Männern ist die erwartete Fallzahl dermassen klein, dass aufgrund der Stichprobengrösse kaum verlässliche Aus-

sagen möglich sind. Dies trifft in geringerem Umfang auch auf die Frauen zu. Hier zeigen sich einzig Unterschiede bei den Kosovarinnen, die mit 0.5% weniger oft als Schweizerinnen (2.6%) wegen Osteoporose in Behandlung waren. Während die beiden jüngsten Alterskohorten sich nicht signifikant unterscheiden, ist der signifikante Unterschied in der Kohorte 50-74 Jahre dem Umstand geschuldet, dass aufgrund der geringen Fallzahl und geringen Prävalenz keine Person in dieser Kategorie vorhanden ist, die aufgrund von Osteoporose in Behandlung ist. Als tentatives Fazit lässt sich daher festhalten, dass hinsichtlich der Behandlung von Osteoporose auch keine substantiellen Unterschiede zwischen Migrantinnen und Migranten bestehen.

Tabelle 12: Behandlung Osteoporose nach Herkunft und Geschlecht

		Ja	VI-95	Vergleich Migrationsbevölkerung vs.CH	
		%	+/-	%-Δ	p
Portugal	Frauen	2.7	2.6	0.04	0.98
	Männer	1.3	1.8	0.84	0.36
Türkei	Frauen	3.7	3.6	1.07	0.56
	Männer	0.8	1.5	0.32	0.68
Serbien	Frauen	7.5	5.7	4.85	0.10
	Männer	0.0	0.0	-0.45	0.00
Kosovo	Frauen	0.5	1.0	-2.12	0.00
	Männer	1.8	3.6	1.39	0.44
Schweiz	Frauen	2.6	0.4		
	Männer	0.4	0.2		

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); %-Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Dauerhaftes gesundheitliches Problem

Im Vergleich zu Männern geben Frauen aus allen Herkunftskontexten häufiger an, unter einer dauerhaften Krankheit zu leiden oder ein dauerhaftes gesundheitliches Problem zu haben. Bei den Schweizerinnen sind dies 27.6%, bei den Schweizern 26.0%. Während Portugiesinnen sich nicht von Schweizerinnen unterscheiden, berichten deutlich weniger Portugiesen (11.7%) als Schweizer, sie hätten ein dauerhaftes Gesundheitsproblem. Ebenso verhält es sich bei den Serben (17.6%) und den Kosovaren (10.6%). Auch Kosovarinnen haben weniger oft als Schweizerinnen ein dauerhaftes gesundheitliches Problem (17.3%). Schliesslich unterscheiden sich die Türken nicht signifikant von Schweizern, wogegen die Türkinnen mit 43.5% insgesamt den höchsten Anteil von Personen aufweisen, die angeben, eine dauerhafte Krankheit oder ein dauerhaftes gesundheitliches Problem zu haben.

Tabelle 13: Dauerhafte Krankheit oder dauerhaftes gesundheitliches Problem nach Herkunft und Geschlecht

		Ja	VI-95	Vergleich Migrationsbevölkerung vs.CH	
		%	+/-	%-Δ	p
Portugal	Frauen	22.5	6.3	-5.09	0.12
	Männer	11.7	4.6	-14.29	0.00
Türkei	Frauen	43.5	8.4	15.88	0.00
	Männer	28.6	7.8	2.56	0.53
Serbien	Frauen	23.1	8.7	-4.47	0.32
	Männer	17.6	7.2	-8.39	0.03
Kosovo	Frauen	17.3	7.1	-10.26	0.01
	Männer	10.6	6.3	-15.39	0.00
Schweiz	Frauen	27.6	1.2		
	Männer	26.0	1.4		

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); %-Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Wird zusätzlich nach Altersgruppen unterschieden, so ist es bei den Portugiesen die Alterskohorte 35-49 Jahre, welche einen signifikant tieferen Anteil (-14.7%) an Personen mit dauerhaften Gesundheitsproblemen aufweist. Türkinnen in der jüngsten Alterskohorte unterscheiden sich nicht von den korrespondierenden Schweizerinnen. Erst die Alterskohorten 35-49 Jahre und 50-74 Jahre weisen signifikant höhere Anteile auf als die Schweizerinnen. Während türkische Männer sich insgesamt nicht von den Schweizern unterscheiden, geben Türken der Alterskohorte 35-49 Jahre öfter als ihre Schweizer Pendanten an, ein dauerhaftes Gesundheitsproblem zu haben (+18.5%). Bei den Serben (-12%) sowie den Kosovarinnen (-9.2%) und Kosovaren (-12.4%) verzeichnet die jüngste Alterskohorte einen signifikant geringen Anteil an Personen mit dauerhaften gesundheitlichen Problemen. Bei den Kosovaren weist auch die Alterskohorte 35-49 Jahre geringere Anteile an Personen mit dauerhaften Gesundheitsproblemen auf (-17.7%).

Einschränkungen

Türkische Frauen und Männer waren bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens zumindest während der letzten 6 Monate durch ein gesundheitliches Problem eher eingeschränkt als Schweizerinnen und Schweizer. Während die Türkinnen (13.8%) und Serbinnen (13.9%) sich signifikant mehr als *stark eingeschränkt* bezeichnen, finden sich bei den Türken sowohl in der Kategorie *stark eingeschränkt* (12.8%) wie auch *etwas eingeschränkt* (26.6%) mehr Personen als in der Vergleichsgruppe der Schweizer (6.3% bzw. 16.2% [20.5%]). Für die restlichen nach Herkunft und Geschlecht differenzierten Migrationsgruppen lassen sich keine Unterschiede zur einheimischen Bevölkerung ausmachen. Wird zusätzlich nach Alterskohorten unterschieden, so weist die Kohorte 17-34 Jahre der Portugiesen einen 12% tieferen Anteil an Personen mit Einschränkungen als Schweizer auf. In der Alterskohorte 35-49 Jahre sind es noch 8.9% weniger. In der türkischen Migrationsbevölkerung unterscheidet sich die jüngste Alterskohorte 17-34 Jahre nicht von der einheimischen Bevölkerung. Erst in den Kohorten 35-49 und 50-74 Jahre berichten Türkinnen und Türken mehr als Schweizerinnen und Schweizer von Einschränkungen. Die Serben unterscheiden sich über alle Alterskohorten nicht von Schweizern. Demgegenüber sagen die Serbinnen in der Kohorte 35-49 Jahre häufiger als Schweizerinnen, dass sie aufgrund gesundheitlicher Probleme stark eingeschränkt sind (+3.3%).

Tabelle 14: Einschränkungen nach Herkunft und Geschlecht

		stark eingeschränkt		etwas eingeschränkt		nicht eingeschränkt	
		%	VI -95+/-	%	VI-95 +/-	%	VI-95 +/-
Portugal	Frauen	7.4	3.9	19.1	6.1	73.5	6.8
	Männer	4.5	2.8	10.4	4.3	85.2	5.0
Türkei	Frauen	13.8	6.1	25.9	7.4	60.3	8.3
	Männer	12.8	5.9	26.6	8.6	60.6	8.9
Serbien	Frauen	13.9	6.6	23.5	8.8	62.6	9.5
	Männer	8.3	5.4	17.8	7.4	73.9	8.5
Kosovo	Frauen	6.0	3.7	27.9	8.1	66.1	8.3
	Männer	8.2	5.7	21.8	8.7	69.9	9.5
Schweiz	Frauen	6.3	0.7	20.5	1.2	73.3	1.3
	Männer	6.3	0.8	16.2	1.2	77.5	1.4

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall)

Tabelle 15: Vergleich der Einschränkungen Migrationsbevölkerung-CH nach Herkunft und Geschlecht

		stark eingeschränkt		etwas eingeschränkt		nicht eingeschränkt	
		%-Δ	p	%-Δ	p	%-Δ	p
Portugal	Frauen	1.13	0.58	-1.37	0.66	0.24	0.95
	Männer	1.81	0.22	-5.85	0.01	7.66	0.00
Türkei	Frauen	7.48	0.02	5.48	0.15	-12.96	0.00
	Männer	6.53	0.03	10.36	0.02	-16.90	0.00
Serbien	Frauen	7.64	0.02	3.04	0.50	-10.68	0.03
	Männer	2.03	0.46	1.57	0.68	-3.61	0.41
Kosovo	Frauen	-0.22	0.91	7.45	0.07	-7.23	0.09
	Männer	1.97	0.51	5.63	0.21	-7.60	0.12

%-Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Übergewicht

Der Body Mass Index (BMI) ist ein gebräuchliches Mass für die Beurteilung des Gewichts. Der BMI ist definiert als Verhältnis zwischen Gewicht in Kilogramm und quadrierter Körpergrösse in Meter:

$$BMI = \frac{\text{Gewicht } kg}{\text{Körpergrösse } m^2}$$

Analog der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 wurden für die Einteilung in Gewichtskategorien die WHO-Richtlinien für die erwachsene Bevölkerung (ab 18 Jahren) verwendet. Für die eingeschlossenen Jugendlichen (17 Jahre) wurden die Kronmeyer-Hausschild-Tabellen als Referenz herangezogen, um der unterschiedlichen Entwicklung des Körpergewichts von Jugendlichen Rechnung zu tragen. **Tabelle 16** gibt die Gewichtskategorien und die verwendeten BMI Grenzwerte wieder.

In allen Herkunftskontexten sind Frauen öfter als Männer von Untergewicht betroffen. Gleichzeitig haben Frauen, gemessen am BMI, eher Normalgewicht als Männer. Eine Ausnahme hiervon bildet die türkische Migrationsbevölkerung, wo Frauen (44.7%) und Männer (45.8%) ähnlich hohe Anteile in der Kategorie Normalgewicht aufweisen. Männer sind demgegenüber eher übergewichtig als Frauen. Erst in der Kategorie mit starkem Übergewicht lassen sich kaum mehr signifikante Geschlechterunterschiede finden.

Tabelle 16: Gewichtskategorien

	Erwachsene Bevölkerung ab 18 Jahren	Jugendliche Bevölkerung im Alter von 17 Jahren
Untergewicht	BMI < 18.5	BMI < 18.3 (Frauen) BMI < 18.5 (Männer)
Normalgewicht	18.5 ≤ BMI < 25	18.3 ≤ BMI < 25.3 (Frauen) 18.5 ≤ BMI < 25.8 (Männer)
Übergewicht	25 ≤ BMI < 30	25.3 ≤ BMI < 27.9 (Frauen) 25.8 ≤ BMI < 28.7 (Männer)
Starkes Übergewicht	BMI ≥ 30	27.9 ≤ BMI (Frauen) 28.7 ≤ BMI (Männer)

Insgesamt sind Schweizerinnen eher als Frauen mit Migrationshintergrund normalgewichtig (67%). Bei den Portugiesinnen sind es 57.2%, den Kosovarinnen 54.2%, den Serbinnen 51.1% und den Türkinnen 44.7%. Mit Ausnahme der Türkinnen (32.3%) zeigen sich bei den Frauen in der Kategorie *Übergewicht* keine signifikanten Unterschiede zwischen Schweizerinnen (19.7%) und Migrantinnen. Die Frauen der Migrationsbevölkerung sind aber deutlich häufiger von starkem Übergewicht betroffen. Während 7.3% der Schweizerinnen starkes Übergewicht aufweisen, sind es bei den Portugiesinnen 13.2%. Von den Kosovarinnen sind 14.1% betroffen; bei den Türkinnen sind es 18.3% und bei den Serbinnen 23.5%.

Bei den Männern unterscheiden sich der Anteil von Schweizern mit Normalgewicht (53.2%) nicht von jenem der Türken und Portugiesen. Statistisch signifikante Differenzen bestehen aber zu den Serben (33.2%) und Kosovaren (38.6%), deren Anteile an normalgewichtigen Personen erheblich tiefer liegen. Analog den Frauen zeigen sich bei den Männern in der Kategorie *Übergewicht* keine substantiellen Unterschiede zwischen Schweizern und Migranten. Diese treten wiederum beim Anteil von Personen, die von starkem Übergewicht betroffen sind, zu Tage. Während bei den Schweizern 8.7% betroffen sind, sind es bei den Portugiesen 14.5% und bei den Serben 21.2%.

Nach Alterskohorten unterschieden zeigt sich, dass bei den Portugiesinnen und Portugiesen lediglich in der jüngsten Alterskohorte 17-34 Jahre mehr Personen als bei der einheimischen Bevölkerung von Übergewicht oder starkem Übergewicht betroffen sind. In der jüngsten Kohorte mehr betroffen sind auch Türken, Serben und Kosovaren während Türkinnen, Serbinnen und Kosovarinnen sich nicht von ihren Schweizer Pendanten unterscheiden. In der Alterskohorte 35-49 Jahre sind Schweizerinnen 26.5% und 11.7% weniger häufig von Übergewicht bzw. starkem Übergewicht betroffen als Türkinnen und bei Schweizern ist der Anteil an Übergewichtigen um 14.7% geringer als bei Türken. Bei den Ser-

binnen ist der Anteil Übergewichtiger um 25.2% höher, bei den Kosovarinnen ist er um 14.8% (starkes Übergewicht: +22.1%) und bei den Kosovaren um 22% höher.

Im Zeitverlauf erweisen sich die Anteile von Personen innerhalb der vier Gewichtskategorien mehrheitlich stabil, d.h. die ausgewiesenen Differenzen sind statistisch nicht signifikant. In der Kategorie der Untergewichtigen reduziert sich der Anteil bei den Schweizern im Jahr 2010 um 0.5%, bei den Türken um 0.9%. Eine substantielle und signifikante Reduktion des Anteils an Normalgewichtigen (11.6%) zeigt sich 2010 bei den Türkinnen. Und schliesslich ist der Anteil stark übergewichtiger Personen bei den Serben (8.8%) und bei den Serbinnen (12.9%) im Jahr 2010 deutlich höher als in den entsprechenden Vergleichsgruppen aus dem ehemaligen Jugoslawien.

Tabelle 17: Gewichtskategorien nach Herkunft und Geschlecht

		Normalgewicht		Übergewicht		Starkes Übergewicht	
		%	VI-95 +/-	%	VI-95 +/-	%	VI-95 +/-
Portugal	Frauen	57.2	7.7	25.5	6.7	13.2	5.2
	Männer	46.4	7.3	37.9	7.2	14.5	5.3
Türkei	Frauen	44.7	8.4	32.3	8.2	18.3	6.8
	Männer	45.8	8.7	41.5	8.5	12.5	6.0
Serbien	Frauen	51.1	9.6	22.1	8.4	23.5	9.0
	Männer	33.2	9.2	45.3	9.7	21.2	8.1
Kosovo	Frauen	54.2	8.9	26.9	7.9	14.1	6.2
	Männer	38.6	9.3	46.8	9.8	13.7	7.7
Schweiz	Frauen	67.0	1.3	19.7	1.1	7.3	0.7
	Männer	53.2	1.5	37.3	1.5	8.7	0.9

% sind Zeilenprozentwerte (ohne Untergewicht); VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall)

Tabelle 18: Vergleich der Gewichtskategorien Migrationsbevölkerung-CH nach Herkunft und Geschlecht

		Normalgewicht		Übergewicht		Starkes Übergewicht	
		%-Δ	p	%-Δ	p	%-Δ	p
Portugal	Frauen	-9.82	0.01	-5.78	0.10	5.95	0.03
	Männer	-6.82	0.07	-0.68	0.86	5.77	0.04
Türkei	Frauen	-22.27	0.00	-12.52	0.00	11.04	0.00
	Männer	-7.42	0.10	-4.22	0.34	3.83	0.21
Serbien	Frauen	-15.90	0.00	-2.36	0.58	16.27	0.00
	Männer	-20.01	0.00	-8.08	0.11	12.47	0.00
Kosovo	Frauen	-12.76	0.01	-7.18	0.08	6.86	0.03
	Männer	-14.67	0.00	-9.54	0.06	5.03	0.20

%-Δ Differenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Tabelle 19: Vergleich der Gewichtskategorien GMM II/GMM I nach Herkunft und Geschlecht

		Normalgewicht		Übergewicht		Starkes Übergewicht	
		%-Δ	p	%-Δ	p	%-Δ	p
Portugal	Frauen	-2.7	0.49	1.0	0.76	3.2	0.23
	Männer	-5.7	0.13	0.8	0.82	4.2	0.12
Türkei	Frauen	-11.6	0.01	6.1	0.15	5.8	0.10
	Männer	3.5	0.43	-4.9	0.26	2.2	0.47
Serbien	Frauen	-7.0	0.15	-6.0	0.16	12.9	0.00
	Männer	-5.0	0.29	-3.5	0.49	8.8	0.03
Kosovo	Frauen	-3.9	0.39	-1.2	0.77	3.5	0.26
	Männer	0.4	0.94	-2.0	0.69	1.3	0.74
Schweiz	Frauen	1.0	0.14	-0.8	0.18	0.1	0.88
	Männer	-0.7	0.41	1.1	0.16	0.2	0.67

%-Δ = Differenz GMM II – GMM I; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

2.2.3 Fazit

Im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung schätzen Personen mit Migrationshintergrund ihre Gesundheit subjektiv weniger oft als gut oder sehr gut ein. Besonders ausgeprägt ist dies bei den Frauen. Bei der Gruppe mit der grössten Differenz, den Türkinnen, fällt der Anteil an Frauen, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut bezeichnet, um 28.7% geringer als bei den Schweizerinnen aus. Bei der Gruppe mit dem geringsten Unterschied, den Kosovarinnen, ist der Wert um 13.6% tiefer. Während die Kosovaren sich in der subjektiven Einschätzung ihrer Gesundheit nicht von den Schweizern unterscheiden, beurteilen signifikant weniger Portugiesen (-5.6%), Serben (-12.7%) und Türken (-17.3%), ihre subjektive Gesundheit als gut oder sehr gut. Im Zeitverlauf scheint sich der Anteil an Personen mit subjektiv guter oder sehr guter Gesundheit eher zu vergrössern oder stabil zu bleiben. Bei den Schweizerinnen und Schweizern nimmt der Anteil eher zu. Eine signifikante Zunahme verzeichnen auch die Portugiesen. Demgegenüber bleibt die Einschätzung der eigenen Gesundheit bei den Portugiesinnen sowie den Türkinnen und Türken stabil. Vergleicht man die Gruppe der Serben und Serbinnen (2010) mit den Frauen und Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien (2004), so zeigen sich auch hier keine signifikanten Veränderungen. Gleiches gilt für den Vergleich der Kosovarinnen mit den Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Hingegen liegt der Anteil der Kosovaren, die 2010 ihre Gesundheit als sehr gut oder gut bezeichnen, um 8.9% höher als 2004 bei den Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien.

Allgemein unterscheidet sich der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund, der sich aufgrund einer oder mehrerer Krankheiten in ärztlicher Behandlung befindet, nicht systematisch von jenem der einheimischen Bevölkerung. Einzig die Türkinnen weisen bei sieben der acht erfragten Behandlungen konsistent höhere Behandlungsquoten als Schweizerinnen auf. Die markantesten Unterschiede zwischen Einheimischen und Migrationsbevölkerung zeigten sich bei der Behandlung aufgrund von Depression und Migräne. Deutlich mehr Frauen mit Migrationshintergrund als Schweizerinnen befanden sich aufgrund einer Depression in ärztlicher Behandlung. Bei den Männern hingegen lag lediglich der Anteil der Türken signifikant höher als jener der Schweizer. Personen aus Portugal und der Türkei sowie Serbinnen und Kosovarinnen waren ausserdem häufiger wegen Migräne in ärztlicher Behandlung als ihre Schweizer Pendants. Aufgrund der oft geringen Fallzahlen sind die Befunde aber mit der notwendigen Vorsicht zu interpretieren.

Von einem dauerhaften gesundheitlichen Problem oder eine dauerhaften Krankheit berichten weniger Portugiesen, weniger Serben und weniger Kosovaren als Schweizer. Keine Unterschiede bestehen zwischen Türken und Schweizern sowie Serbinnen und Schweizerinnen. Schliesslich liegt der Anteil der Kosovarinnen mit einem dauerhaften Gesundheitsproblem tiefer als bei den Schweizerinnen. Türkinnen weisen insgesamt mit 43.5% den grössten Anteil an Personen mit einer dauerhaften Krankheit oder einem dauerhaften gesundheitlichen Problem auf.

Bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens waren durch gesundheitliche Probleme signifikant mehr Serbinnen (13.9%), Türkinnen (13.8%) und Türken (12.8%) als Schweizerinnen (6.3%) und Schweizer (6.3%) stark eingeschränkt. Die verbleibenden Migrationsgruppen unterscheiden sich von der einheimischen Bevölkerung nicht im Umfang an Personen, die von Einschränkungen betroffen sind.

Frauen und Männer mit Migrationshintergrund sind häufiger als die einheimische Bevölkerung von starkem Übergewicht betroffen. Während 7.3% der Schweizerinnen starkes Übergewicht aufweisen, sind es bei den Portugiesinnen 13.2%. Von den Kosovarinnen sind 14.1% betroffen; bei den Türkinnen sind es 18.3% und bei den Serbinnen 23.5%. Bei den Männern sind 8.7% der Schweizer betroffen. Bei den Portugiesen sind es 14.5% und bei den Serben 21.2%. Im Zeitverlauf erweisen sich die Anteile von Personen innerhalb der vier Gewichtskategorien mehrheitlich stabil. Eine substantielle und signifikante Reduktion des Anteils an Normalgewichtigen (11.6%) zeigt sich 2010 bei den Türkinnen und der Anteil stark übergewichtiger Personen ist bei den Serben (8.8%) und Serbinnen (12.9%) im Jahr 2010 deutlich höher als in den entsprechenden Vergleichsgruppen aus dem ehemaligen Jugoslawien.

2.3 Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen

2.3.1 Arztkonsultationen insgesamt

In den letzten 12 Monaten seit der Befragung suchten insgesamt mehr Frauen als Männer einen Arzt oder einer Ärztin auf, den Zahnarzt oder die Zahnärztin nicht mitgerechnet. Dies gilt in der Tendenz für alle Herkunftskontexte, wobei die Migrationsbevölkerung aus dem Kosovo hier eine Ausnahme bildet. Die Konsultationsquote der Kosovaren liegt etwas höher als jene der Kosovarinnen.

Tabelle 20: Arztkonsultation in den letzten 12 Monaten nach Herkunft und Geschlecht

		Ja	VI-95	Vergleich	Migrationsbevölke-	Vergleich	
		%	+/-	rung vs.CH		GMM I	
				%-Δ	p	%-Δ	p
Portugal	Frauen	79.0	6.2	-6.6	0.04	2.7	0.39
	Männer	69.6	6.8	-2.4	0.49	-5.0	0.14
Türkei	Frauen	83.4	6.2	-2.2	0.49	-4.5	0.15
	Männer	71.5	7.4	-0.5	0.89	-5.6	0.14
Serbien	Frauen	81.2	7.0	-4.4	0.23	5.5	0.12
	Männer	54.9	9.7	-17.1	0.00	-11.7	0.02
Kosovo	Frauen	46.2	8.6	-39.4	0.00	-29.5	0.00
	Männer	53.1	9.8	-18.9	0.00	-13.5	0.01
Schweiz	Frauen	85.6	1.0			4.5	0.00
	Männer	72.0	1.4			2.0	0.00

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); %-Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH, Differenz GMM II - GMM I; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Systematische Unterschiede zwischen der Migrationsbevölkerung insgesamt und den Einheimischen lassen sich nicht nachweisen. So etwa suchten in etwa gleich viele Türkinnen (83.4%) und Türken

(71.5%) wie Schweizerinnen (85.6%) und Schweizer (72%) einen Arzt oder eine Ärztin auf. Auch Portugiesen (69.6%) und Serbinnen (81.2%) unterscheiden sich nicht signifikant von ihren entsprechenden Vergleichsgruppen. Hingegen suchten Portugiesinnen (79%) und besonders markant die Kosovarinnen (46.2%) und Kosovaren (53.1%) weniger oft medizinischen Rat als die Schweizerinnen und Schweizer. Nach Alterskohorten differenziert, findet sich nur noch bei den Kosovarinnen und Kosovaren eine deutlich geringere Häufigkeit, mit der ein Arzt oder eine Ärztin aufgesucht wird. Beide Geschlechter und alle Alterskohorten, mit Ausnahme der Kosovaren in der Kohorte 50-74 Jahre, konsultierten signifikant weniger oft als die einheimische Bevölkerung eine medizinische Fachperson.

Im Vergleich zu 2004 stieg der Anteil derjenigen, die einen Arzt oder eine Ärztin in den letzten 12 Monaten konsultierten, bei den Schweizerinnen um 4.5% und bei den Schweizern um 2.0%. Demgegenüber blieben die Anteile in den beiden über die Zeit am besten vergleichbaren Migrationsgruppen aus Portugal und der Türkei stabil, unterschieden sich also nicht signifikant zwischen den beiden GMM-Erhebungen. Ebenso zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der Konsultationsquote zwischen Serbinnen (2010) und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien (2004). Bei den Serben sinkt der Anteil, verglichen mit den Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien, um 11.7%. Bei den Kosovarinnen sinkt er um 29.5% und bei den Kosovaren liegt er um 13.5% tiefer gegenüber den jeweiligen Vergleichsgruppen aus dem ehemaligen Jugoslawien.

Personen, die in den letzten 12 Monaten seit der Erhebung einen Arzt oder eine Ärztin aufgesucht hatten, wurden anschliessend danach gefragt, wie häufig dies in den letzten 12 Monaten insgesamt der Fall war. Im Ganzen suchten Frauen etwas häufiger als Männer medizinischen Rat. Schweizerinnen konsultierten im Durchschnitt 5 Mal einen Arzt oder eine Ärztin, während Schweizer mit 4.6 Konsultationen marginal tiefer liegen. Personen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich in der Tendenz nicht systematisch von der einheimischen Bevölkerung. Einzig die Portugiesen weisen mit durchschnittlich 3.6 Konsultationen einen etwas tieferen Wert als die Schweizer auf und die Türkinnen suchten mit durchschnittlich 7.8 Konsultationen ihren Arzt oder ihre Ärztin etwas häufiger als Schweizerinnen auf. Nach Alterskohorten unterschieden weisen Portugiesen der Kohorte 17-34 Jahre signifikant tiefere Werte (2.4) als Schweizer (3.5) auf. Auch Kosovaren weisen in dieser Kohorte mit durchschnittlich 2.3 Konsultationen geringere Häufigkeiten auf. Bei den Türkinnen unterscheidet sich die jüngste Alterskohorte nicht von den Schweizerinnen. Erst die Kohorten 35-49 Jahre und 50-74 Jahre gingen mit durchschnittlich 9 bzw. 9.9 Konsultationen häufiger als Schweizerinnen (4.5 und 5.4 Konsultationen) zu ihrem Arzt oder ihrer Ärztin.

Tabelle 21: Häufigkeit von Arztkonsultation in den letzten 12 Monaten nach Herkunft und Geschlecht

		Anzahl	VI-95	Vergleich Migrationsbevölkerung vs. CH		Vergleich GMM I	
				AM	+/-	AM-Δ	p
Portugal	Frauen	5.0	1.0	-0.0	0.94	-1.7	0.00
	Männer	3.6	0.8	-1.0	0.02	-1.4	0.00
Türkei	Frauen	7.8	1.6	2.7	0.00	-2.0	0.01
	Männer	6.7	2.5	2.1	0.09	-1.4	0.26
Serbien	Frauen	6.3	2.2	1.3	0.26	-0.7	0.54
	Männer	5.0	1.6	0.4	0.63	-1.3	0.11
Kosovo	Frauen	6.2	1.6	1.1	0.17	-0.8	0.29
	Männer	4.3	1.4	-0.3	0.69	-2.0	0.01
Schweiz	Frauen	5.0	0.2			0.4	0.00
	Männer	4.6	0.3			0.6	0.00

AM - Arithmetischer Mittelwert; VI-95 = Abweichung +/- (Vertrauensintervall); AM-Δ = Mittelwertdifferenz Migrationsbevölkerung-CH, Mittelwertdifferenz GMM II-GMM I; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Im Zeitvergleich liegt bei den Schweizerinnen und Schweizern nicht nur die Konsultationsquote 2010 höher als im Jahr 2004, sondern Schweizerinnen (0.4) und Schweizer (0.6) konsultierten durchschnittlich auch etwas häufiger eine Ärztin oder einen Arzt. Demgegenüber nahm die Häufigkeit der Konsultationen bei den Portugiesinnen (1.7), Portugiesen (1.4) und Türkinnen (2.0) sowie den Kosovaren (2.0), verglichen mit Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien, ab. Gleichzeitig zeigten sich keine signifikanten Veränderungen der Konsultationshäufigkeit bei den Türken, Serbinnen und Serben sowie Kosovarinnen.

2.3.2 Konsultation Hausarzt/-ärztin

Personen, die in den letzten 12 Monaten einen Arzt oder eine Ärztin konsultiert hatten, wurden ebenfalls danach befragt, wie häufig sie in den letzten 12 Monaten den Hausarzt oder die Hausärztin konsultiert haben. Wie schon bei den Konsultationen insgesamt, zeigt sich auch bei den Hausarztkonsultationen, dass Frauen tendenziell etwas mehr als Männer ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin aufsuchen. Innerhalb der Herkunftskontexte der Befragten sind die Geschlechterunterschiede aber nicht statistisch signifikant. Schweizer konsultierten in der untersuchten Periode im Mittel 2.6 Mal ihren Hausarzt. Schweizerinnen konsultierten ihre Hausärztin 2.5 Mal. Während die portugiesische Migrationsbevölkerung und die Kosovaren sich nicht von den Einheimischen unterscheiden, konsultieren Türkinnen (5.9) und Türken (5.2), Serbinnen (4.1) und Serben (3.8) sowie Kosovarinnen (5.2) häufiger als ihre Schweizer Pendanten den Hausarzt oder die Hausärztin. Auch bei der Betrachtung nach Altersgruppen konsultiert die türkische Migrationsbevölkerung in allen Kohorten, Männer wie Frauen, häufiger als die einheimische Bevölkerung den Hausarzt. Kosovarinnen weisen ebenfalls in allen Alterskohorten mehr Konsultationen als Schweizerinnen auf, während bei den Serbinnen dies nur auf die Kohorte 35-49 Jahre zutrifft. Schliesslich zeigt sich, dass Kosovaren der Kohorte 17-34 Jahre mit durchschnittlich 2.8 Konsultationen ihren Hausarzt etwas häufiger als Schweizer (2 Konsultationen) aufsuchten.

Tabelle 22: Häufigkeit von Konsultationen Hausarzt/-ärztin in den letzten 12 Monaten nach Herkunft und Geschlecht

		Anzahl	VI-95	Vergleich Migrationsbevölkerung vs.CH	
		AM	+/-	AM-Δ	p
Portugal	Frauen	3.2	0.7	0.7	0.06
	Männer	2.9	0.7	0.3	0.43
Türkei	Frauen	5.9	1.2	3.4	0.00
	Männer	5.2	2.2	2.6	0.02
Serbien	Frauen	4.1	1.3	1.5	0.02
	Männer	3.8	1.2	1.2	0.05
Kosovo	Frauen	5.2	1.6	2.6	0.00
	Männer	4.4	1.8	1.8	0.06
Schweiz	Frauen	2.5	0.1		
	Männer	2.6	0.2		

AM - Arithmetischer Mittelwert; VI-95 = Abweichung +/- (Vertrauensintervall); AM-Δ = Mittelwertdifferenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

2.3.3 Konsultation Frauenarzt/-ärztin

Diejenigen Frauen, die in den letzten 12 Monaten seit der Erhebung einen Arzt oder eine Ärztin konsultiert hatten, wurden gebeten, Auskunft darüber zu geben, wie häufig sie in den letzten 12 Monaten den Frauenarzt oder die Frauenärztin konsultiert haben. Frauen mit Migrationshintergrund haben in der untersuchten Periode in etwa gleich oft ihre Frauenärztin aufgesucht. Auch nach Alterskohorten differenziert lassen sich tendenziell keine signifikanten Unterschiede zwischen der einheimischen Bevölkerung und der Migrationsbevölkerung ausmachen. Lediglich die Kosovarinnen der Alterskohorte 50-74 Jahre konsultierten ihren Frauenarzt oder ihre Frauenärztin weniger oft als Schweizerinnen.

Tabelle 23: Häufigkeit von Konsultationen Frauenarzt/-ärztin in den letzten 12 Monaten nach Herkunft

		Anzahl	VI-95	Vergleich Migrationsbevölkerung vs.CH		Vergleich GMM I	
		AM	+/-	AM-Δ	p	AM-Δ	p
Portugal	Frauen	1.5	0.5	0.4	0.14	-0.8	0.00
Türkei	Frauen	1.7	0.7	0.6	0.08	0.2	0.55
Serbien	Frauen	1.3	0.2	0.1	0.32	-0.3	0.02
Kosovo	Frauen	1.2	0.4	0.0	0.81	-0.4	0.07
Schweiz	Frauen	1.1	0.1			0.0	1.00

AM - Arithmetischer Mittelwert; VI-95 = Abweichung +/- (Vertrauensintervall); AM-Δ = Mittelwertdifferenz Migrationsbevölkerung-CH, Mittelwertdifferenz GMM II-GMM I; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Während bei den Schweizerinnen, Türkinnen und Kosovarinnen die Häufigkeit der Frauenarztkonsultationen über die Zeit stabil bleibt, sinkt die Anzahl der Konsultationen bei den Portugiesinnen (0.8)

sowie den Serbinnen (0.3) zwischen 2004 und 2010. Als Vergleichsgruppe für die Kosovarinnen und Serbinnen wurden wiederum die Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien (2004) herangezogen.

2.3.4 Spitalaufenthalte

Bei den Spitalaufenthalten stand die Aufenthaltsdauer im Zentrum. Die jeweiligen Gruppenmittelwerte widerspiegeln die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in einem Spital oder einer Spezialklinik und zwar lediglich für diejenigen Personen, die sich in einem Spital oder einer Klinik in Behandlung begeben mussten. Aufgrund der sehr geringen Fallzahlen und der erheblichen Streuung der Aufenthaltsdauer lassen sich Vergleiche zwischen Migrationsbevölkerung und Einheimischen kaum ziehen. Bei den Türkinnen – hier lag die Fallzahl im Vergleich zu allen anderen Migrationsgruppen am höchsten –, gaben zum Befragungszeitpunkt 62 Frauen an, dass sie sich in den letzten 12 Monaten in einem Spital oder einer Klinik haben behandeln lassen. Mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 5 Tagen lagen die Türkinnen damit signifikant unter der Aufenthaltsdauer von Schweizerinnen (8.2 Tage). Da zusätzliche Auswertungen nach Alterskohorten, aufgrund der bereits erwähnten eingeschränkten Fallzahlen, nicht sinnvoll sind, ist dieser Befund jedoch mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren. Gleiches gilt für den Befund, dass mit Ausnahme der Türkinnen sich die Aufenthaltsdauer von Migrantinnen und Migranten in Spitälern oder Kliniken nicht von jener der Schweizerinnen und Schweizer unterscheidet.

Tabelle 24: Anzahl Tage im Spital oder in Spezialkliniken in den letzten 12 Monaten nach Herkunft und Geschlecht

		Tage	VI-95	Vergleich Migrationsbevölke- rung vs.CH	Migrationsbevölke- p	Vergleich GMM I	
		AM	+/-	AM-Δ	p	AM-Δ	p
Portugal	Frauen	5.8	3.0	-2.4	0.14	-0.1	0.93
	Männer	9.3	9.0	-0.0	0.99	4.0	0.38
Türkei	Frauen	5.0	2.4	-3.2	0.02	-1.9	0.12
	Männer	19.1	14.8	9.8	0.20	8.5	0.26
Serbien	Frauen	6.0	3.6	-2.2	0.25	-0.5	0.77
	Männer	9.4	6.7	0.0	1.00	1.1	0.74
Kosovo	Frauen	7.7	9.6	-0.5	0.91	1.1	0.82
	Männer	3.1	1.5	-6.2	0.00	-5.1	0.00
Schweiz	Frauen	8.2	1.0			-0.7	0.15
	Männer	9.3	1.5			-0.1	0.88

AM - Arithmetischer Mittelwert; VI-95 = Abweichung +/- (Vertrauensintervall); AM-Δ = Mittelwertdifferenz Migrationsbevölkerung-CH, Mittelwertdifferenz GMM II-GMM I; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Zwischen den GMM-Erhebungen lassen sich kaum signifikante Veränderungen in der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in Spitälern oder Spezialkliniken finden. Sowohl bei der einheimischen Bevölkerung wie auch der Mehrheit der Migrationsbevölkerung bleiben die Werte stabil bzw. es lassen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede diagnostizieren. Eine Ausnahme bilden hier einzig die Kosovaren, die im Jahr 2010 eine um 5.1 Tage geringere durchschnittliche Aufenthaltsdauer aufweisen als 2004 die Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien. Allerdings muss dieser Befund hier nicht nur aufgrund der Unterschiede in der Stichprobenstruktur relativiert werden, sondern ebenso aufgrund der bereits oben erwähnten geringen Fallzahlen.

2.3.5 Konsultationen in einer Notfallstation, einem Spitalambulatorium oder einer Poliklinik

In der Untersuchungsperiode suchten 11.7% der Schweizerinnen und 12.5% der Schweizer die Notfallstation eines Spitals, ein Spitalambulatorium oder eine Poliklinik auf. Während die kosovarische und serbische Migrationsbevölkerung sich insgesamt nicht von der einheimischen Bevölkerung unterscheidet, haben Portugiesinnen (20.8%) und Portugiesen (22.3%) sowie Türkinnen (25.3%) und Türken (20.9%) signifikant öfter als Schweizerinnen und Schweizer eine Notfallstation, ein Spitalambulatorium oder eine Poliklinik aufgesucht.

Bei den Portugiesinnen unterscheiden sich insbesondere Frauen der Alterskohorte 17-34 Jahre (28.3%) und 35-49 Jahre (17.6%) von den Schweizerinnen (15.7% und 9.4%). Bei den Türkinnen zeigen sich signifikante Unterschiede lediglich in der Alterskohorte 35-49 Jahre (29.1%).

Tabelle 25: Konsultationen in einer Notfallstation, einem Spitalambulatorium oder einer Poliklinik in den letzten 12 Monaten nach Herkunft und Geschlecht

		Ja	VI-95	Vergleich Migrationsbevölke- rung vs.CH		Vergleich GMM I	
		%	+/-	%-Δ	p	%-Δ	p
Portugal	Frauen	20.8	6.2	9.1	0.00	-1.7	0.58
	Männer	22.3	6.0	9.7	0.00	2.3	0.46
Türkei	Frauen	25.3	7.1	13.6	0.00	-0.0	1.00
	Männer	20.9	6.4	8.3	0.01	0.5	0.89
Serbien	Frauen	9.6	5.1	-2.1	0.44	-5.5	0.04
	Männer	14.3	6.4	1.8	0.58	-1.3	0.70
Kosovo	Frauen	9.6	5.6	-2.0	0.49	-5.5	0.06
	Männer	11.0	6.1	-1.6	0.62	-4.6	0.14
Schweiz	Frauen	11.7	0.9			-0.9	0.04
	Männer	12.5	1.0			0.2	0.68

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); %-Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH, Differenz GMM II - GMM I; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Bei den Schweizerinnen hat die Konsultationsquote zwischen den GMM-Erhebungen leicht um 0.9% abgenommen, während sich bei den Schweizern kein Unterschied zwischen den Erhebungszeitpunkten zeigt. Letzteres gilt ebenso für Türkinnen, Türken, Portugiesen und Portugiesinnen sowie für Serben, Kosovarinnen und Kosovaren – verglichen mit Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Die Konsultationsquote der Serbinnen sank im Untersuchungszeitraum im Vergleich zu den Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien um 5.5%.

Personen, die eine Notfallstation, ein Spitalambulatorium oder eine Poliklinik aufgesucht hatten, wurden weiter gefragt, wie häufig dies geplant bzw. ungeplant der Fall war. Die Gesamtanzahl von geplanten und ungeplanten Konsultationen liegt mit durchschnittlich 3.6 Konsultationen bei den Portugiesinnen und 3 Konsultationen bei den Türkinnen höher als bei den Schweizerinnen (1.8 Konsultationen). Zwischen den verbleibenden Migrationsbevölkerung und den Einheimischen bestehen hingegen keine signifikanten Unterschiede. Wird nach geplanten und ungeplanten Konsultationen unterschieden, so weisen die Portugiesinnen sowohl bei den geplanten (2.4) wie den ungeplanten (1.4) Konsul-

tationen durchschnittlich höhere Werte als die Schweizerinnen (0.8 und 1) auf. Türkinnen unterscheiden sich jedoch lediglich bei den geplanten Konsultationen (2.0) von den Schweizerinnen. Serbinnen (0.3) schliesslich suchen weniger häufig als Schweizerinnen geplant die Notfallstation eines Spitals, ein Spitalambulatorium oder eine Poliklinik auf.

Im Zeitvergleich reduzierte sich die durchschnittliche Gesamtanzahl an Konsultationen in einer Notfallstation, einem Spitalambulatorium oder einer Poliklinik bei den Schweizerinnen leicht (0.3); die Konsultationen der Schweizer unterschieden sich hingegen nicht zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten; dies gilt auch für die untersuchte Migrationsbevölkerung, mit Ausnahme der Portugiesinnen und Portugiesen. Während sich zwischen 2004 und 2010 die durchschnittliche Anzahl an Konsultationen bei den Frauen aus Portugal um 1.7 erhöhte, sank sie bei den Männern um durchschnittlich 1.8 Konsultationen.

Tabelle 26: Ungeplante Konsultationen in einer Notfallstation, einem Spitalambulatorium oder einer Poliklinik in den letzten 12 Monaten nach Herkunft und Geschlecht

		Anzahl	VI-95 +/-	Vergleich Migrationsbevölkerung vs.CH	
				AM-Δ	p
Portugal	Frauen	1.4	0.3	0.4	0.01
	Männer	1.1	0.2	0.1	0.24
Türkei	Frauen	1.0	0.2	0.0	0.87
	Männer	1.6	0.6	0.6	0.08
Serbien	Frauen	1.4	0.4	0.5	0.03
	Männer	1.3	0.6	0.3	0.31
Kosovo	Frauen	1.2	0.4	0.3	0.20
	Männer	1.1	0.2	0.1	0.27
Schweiz	Frauen	1.0	0.1		
	Männer	1.0	0.1		

AM - Arithmetischer Mittelwert; VI-95 = Abweichung +/- (Vertrauensintervall); AM-Δ = Mittelwertdifferenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Tabelle 27: Geplante Konsultationen in einer Notfallstation, einem Spitalambulatorium oder einer Poliklinik in den letzten 12 Monaten nach Herkunft und Geschlecht

		Anzahl		Vergleich Migrationsbevölkerung vs.CH	
		AM	VI-95 +/-	AM-Δ	p
Portugal	Frauen	2.4	1.3	1.5	0.02
	Männer	2.2	1.7	1.2	0.18
Türkei	Frauen	2.0	1.1	1.2	0.05
	Männer	1.8	1.2	0.8	0.21
Serbien	Frauen	0.3	0.4	-0.5	0.03
	Männer	2.6	3.2	1.6	0.32
Kosovo	Frauen	1.8	1.3	1.0	0.14
	Männer	1.4	1.5	0.4	0.58
Schweiz	Frauen	0.8	0.2		
	Männer	1.0	0.2		

AM - Arithmetischer Mittelwert; VI-95 = Abweichung +/- (Vertrauensintervall); AM-Δ = Mittelwertdifferenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Tabelle 28: Total der Konsultationen in einer Notfallstation, einem Spitalambulatorium oder einer Poliklinik in den letzten 12 Monaten nach Herkunft und Geschlecht

		Anzahl		Vergleich Migrationsbevölkerung vs.CH		Vergleich GMM I	
		AM	VI-95 +/-	AM-Δ	p	AM-Δ	p
Portugal	Frauen	3.6	1.2	1.8	0.00	1.7	0.01
	Männer	3.3	1.7	1.3	0.15	-1.8	0.04
Türkei	Frauen	3.0	1.1	1.2	0.05	0.2	0.70
	Männer	3.3	1.4	1.4	0.07	1.0	0.19
Serbien	Frauen	1.8	0.6	-0.0	0.94	-0.2	0.55
	Männer	3.9	3.8	2.0	0.31	1.6	0.41
Kosovo	Frauen	3.1	1.5	1.3	0.10	1.1	0.14
	Männer	2.4	1.5	0.4	0.57	0.0	0.95
Schweiz	Frauen	1.8	0.2			-0.3	0.00
	Männer	2.0	0.2			-0.1	0.38

AM - Arithmetischer Mittelwert; VI-95 = Abweichung +/- (Vertrauensintervall); AM-Δ = Mittelwertdifferenz Migrationsbevölkerung-CH, Mittelwertdifferenz GMM II-GMM I; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

2.3.6 Spitex

Insgesamt wurden SPITEX-Dienste von allen Befragten nur in sehr geringem Ausmass in Anspruch genommen. Lediglich 0.8% der Schweizer und 1.9% der Schweizerinnen gaben an, in den letzten 12

Monaten seit der Erhebung für sich selbst einen SPITEX-Dienst gebraucht zu haben, d.h. eine Pflegefachperson, eine Hauspflegerin, eine Haushalts- oder Betagtenhilfe oder den Mahlzeiten- oder Fahrdienst in Anspruch genommen zu haben. In Kombination mit dem realisierbaren Stichprobenumfang sind daher Vergleiche zwischen Einheimischen und Migrationsbevölkerung nur sehr beschränkt möglich und Resultate können lediglich als vorläufig und unsicher gelten. Portugiesen, Serbinnen und Kosovarinnen scheinen dazu zu neigen, weniger als ihre Schweizer Pendanten SPITEX-Dienste in Anspruch zu nehmen. Zwischen der verbleibenden Migrationsbevölkerung und den Schweizerinnen und Schweizern besteht kein Unterschied. Allerdings muss hier offen bleiben, ob dies über alle Alterskohorten der Fall ist.

Tabelle 29: Inanspruchnahme eines SPITEX-Dienstes nach Herkunft und Geschlecht

		Ja %	VI-95 +/-	Vergleich Migrationsbevölkerung vs.CH	
				%-Δ	p
Portugal	Frauen	2.5	2.3	0.5	0.64
	Männer	0.1	0.2	-0.7	0.00
Türkei	Frauen	5.5	3.7	3.5	0.06
	Männer	2.3	2.3	1.5	0.22
Serbien	Frauen	0.3	0.6	-1.7	0.00
	Männer	1.2	2.2	0.4	0.73
Kosovo	Frauen	0.8	1.1	-1.1	0.04
	Männer	1.6	2.7	0.8	0.58
Schweiz	Frauen	1.9	0.3		
	Männer	0.8	0.3		

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); %-Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

2.3.7 Psychische Probleme

Frauen waren, mit Ausnahme der Kosovarinnen, häufiger als Männer aufgrund von psychischen Problemen in Behandlung. Während 6.6% der Schweizerinnen in Behandlung waren, sind es bei den Schweizern 4.5%. Portugiesinnen (11.8%) sowie Türkinnen (15.4%) und Türken (11.9%) begaben sich in der Untersuchungsperiode signifikant öfter als Schweizerinnen und Schweizer in Behandlung. Demgegenüber lag die Behandlungsquote bei Kosovarinnen mit 2.4% tiefer als bei Schweizerinnen. Schliesslich unterscheiden sich Portugiesen, Serbinnen und Serben sowie Kosovaren nicht signifikant von der einheimischen Bevölkerung.

Zwischen den GMM-Erhebungen von 2004 und 2010 hat sich der Anteil an Personen, die wegen psychischer Probleme in Behandlung ist, bei Portugiesen um 6.8% und bei den Türkinnen um 7.7% verringert, während sich die Behandlungsquoten bei den Portugiesinnen und Türken nicht zwischen den beiden Zeitpunkten unterscheiden. Ebenso lassen sich für die Schweizerinnen keine signifikanten Veränderungen diagnostizieren. Demgegenüber stieg der Anteil bei den Schweizern um 0.8%. Keine signifikanten Differenzen bestehen zwischen Serbinnen und Serben 2010 im Vergleich zu Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien im Jahr 2004. Gleiches gilt für die Kosovaren. Die Behandlungsquote der Kosovarinnen im Vergleich zu Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien reduzierte sich jedoch um 3.9%.

Tabelle 30: Behandlung psychischer Probleme in den letzten 12 Monaten nach Herkunft und Geschlecht

		Ja	VI-95	Vergleich Migrationsbevölke- rung vs.CH	Migrationsbevölke- p	Vergleich GMM I	
		%	+/-	%-Δ		%-Δ	p
Portugal	Frauen	11.8	4.9	5.2	0.04	3.3	0.19
	Männer	2.3	2.2	-2.3	0.06	-6.8	0.00
Türkei	Frauen	15.4	6.0	8.8	0.00	-7.7	0.01
	Männer	11.9	5.6	7.4	0.01	2.4	0.40
Serbien	Frauen	12.9	7.1	6.3	0.08	6.6	0.07
	Männer	5.9	4.6	1.4	0.56	0.9	0.69
Kosovo	Frauen	2.4	2.8	-4.2	0.00	-3.9	0.01
	Männer	3.3	3.4	-1.2	0.49	-1.7	0.33
Schweiz	Frauen	6.6	0.7			-0.4	0.28
	Männer	4.5	0.6			0.8	0.01

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); %-Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH, Differenz GMM II - GMM I; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Personen, die aufgrund psychischer Probleme in Behandlung waren, wurden anschliessend gefragt, wie häufig sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung waren. Allerdings wurde diese Frage nur der Migrationsbevölkerung gestellt, so dass keine Vergleiche mit der einheimischen Bevölkerung durchgeführt werden können. Zwischen den einzelnen Herkunftskontexten und Geschlechtern zeigen sich hinsichtlich der Anzahl Konsultationen jedoch kaum signifikante Unterschiede. Einzig die Türkinnen hatten mit durchschnittlich 13.1 Behandlungen eine signifikant höhere Behandlungsquote als die Kosovarinnen (4.7).

Tabelle 31: Anzahl Behandlungen wegen psychischer Probleme in den letzten 12 Monaten nach Herkunft und Geschlecht^{*)}

		Anzahl	VI-95
		AM	+/-
Portugal	Frauen	12.6	10.8
	Männer	11.5	1.0
Türkei	Frauen	13.1	5.4
	Männer	9.7	5.1
Serbien	Frauen	9.5	4.4
	Männer	11.7	5.6
Kosovo	Frauen	4.7	6.8
	Männer	6.4	5.3

^{*)} Nur für die Migrationsbevölkerung verfügbar. AM - Arithmetischer Mittelwert; VI-95 = Abweichung +/- (Vertrauensintervall)

2.3.8 Fazit

Migrationsbevölkerung und Schweizer Bevölkerung unterscheiden sich nicht systematisch darin, ob sie einen Arzt oder Ärztin aufsuchen oder nicht. So etwa konsultierten in etwa gleich viele Türkinnen (83.4%) und Türken (71.5%) wie Schweizerinnen (85.6%) und Schweizer (72%) einen Arzt oder eine Ärztin. Auch Portugiesen (69.6%) und Serbinnen (81.25) unterscheiden sich nicht signifikant von ihren Schweizer Pendants. Hingegen suchten Portugiesinnen (79%) und besonders markant die Kosovarinnen (46.2%) und Kosovaren (53.1%) weniger oft medizinischen Rat als die Schweizerinnen und Schweizer. Nach Alterskohorten differenziert findet sich nur bei den Kosovarinnen und Kosovaren eine deutlich geringere Häufigkeit mit der ein Arzt oder eine Ärztin aufgesucht wird. Im Zeitverlauf stieg der Anteil derjenigen, die einen Arzt oder eine Ärztin in den letzten 12 Monaten konsultierten, bei den Schweizerinnen und bei den Schweizern leicht an. Demgegenüber blieben die Konsultationsquoten in den beiden über die Zeit am besten vergleichbaren Migrationsgruppen aus Portugal und der Türkei stabil. Ebenso zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der Konsultationsquote zwischen Serbinnen (2010) und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien (2004). Bei den Serben, Kosovarinnen und Kosovaren sinkt der Anteil, verglichen mit den entsprechenden Geschlechtergruppen aus dem ehemaligen Jugoslawien.

Schweizerinnen, die in der Untersuchungsperiode einen Arzt oder eine Ärztin konsultierten, taten dies im Durchschnitt 5 Mal. Die Schweizer liegen mit 4.6 Konsultationen marginal tiefer. Personen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich in der Tendenz nicht systematisch von der einheimischen Bevölkerung. Einzig die Portugiesen weisen mit durchschnittlich 3.6 Konsultationen einen etwas tieferen Wert als die Schweizer auf und die Türkinnen suchten mit durchschnittlich 7.8 Konsultationen ihren Arzt oder ihre Ärztin etwas häufiger auf als Schweizerinnen. Im Zeitvergleich liegt bei den Schweizerinnen und Schweizern nicht nur die Konsultationsquote 2007 höher als im Jahr 2002, sondern Schweizerinnen und Schweizer konsultierten durchschnittlich auch etwas häufiger eine Ärztin oder einen Arzt. Demgegenüber nahm die Häufigkeit der Konsultationen bei den Portugiesinnen, Portugiesen und Türkinnen sowie den Kosovaren ab. Gleichzeitig zeigten sich keine signifikanten Veränderungen der Konsultationshäufigkeit bei den Türken, Serbinnen und Serben sowie Kosovarinnen.

Schweizer gingen im Mittel 2.6 Mal zu ihrem Hausarzt. Schweizerinnen konsultierten ihre Hausärztin 2.5 Mal. Während die portugiesische Migrationsbevölkerung und die Kosovaren sich nicht von den Einheimischen unterscheiden, konsultieren Türkinnen (5.9) und Türken (5.2), Serbinnen (4.1) und Serben (3.8) sowie Kosovarinnen (5.2) häufiger als ihre Schweizer Pendants den Hausarzt oder die Hausärztin.

Frauen mit Migrationshintergrund haben in etwa gleich oft ihre Frauenärztin oder ihren Frauenarzt aufgesucht wie die Schweizerinnen. Die Häufigkeit der Frauenarztkonsultationen bleibt über die Zeit relativ stabil. Bei den Portugiesinnen sinkt die Anzahl der Konsultationen um 0.8, bei den Serbinnen reduzieren sie sich leicht um durchschnittlich 0.3 Konsultationen zwischen 2004 und 2010.

In der Untersuchungsperiode suchten 11.7% der Schweizerinnen und 12.5% der Schweizer die Notfallstation eines Spitals, ein Spitalambulatorium oder eine Poliklinik auf. Die kosovarische und serbische Migrationsbevölkerung unterscheidet sich insgesamt nicht von der einheimischen Bevölkerung. Portugiesinnen (20.8%) und Portugiesen (22.3%) sowie Türkinnen (25.3%) und Türken (20.9%) haben jedoch signifikant öfter als Schweizerinnen und Schweizer eine Notfallstation, ein Spitalambulatorium oder eine Poliklinik aufgesucht. Die Gesamtanzahl von geplanten und ungeplanten Konsultationen liegt mit durchschnittlich 3.6 Konsultationen bei den Portugiesinnen und 3 Konsultationen bei den Türkinnen höher als bei den Schweizerinnen (1.8 Konsultationen). Im Zeitvergleich reduzierte sich die durchschnittliche Gesamtanzahl an Konsultationen in einer Notfallstation, einem Spitalambulatorium oder einer Poliklinik bei den Schweizerinnen leicht; die Konsultationen der Schweizer unterschieden sich nicht zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten; dies gilt auch für die untersuchte Migrationsbevölkerung mit Ausnahme jener aus Portugal. Zwischen 2004 und 2010 erhöhte sich die durch-

schnittliche Anzahl an Konsultationen bei den Portugiesen um 1.7, bei den Portugiesen sank sie um durchschnittlich 1.8 Konsultationen.

Portugiesinnen (11.8%) sowie Türkinnen (15.4%) und Türken (11.9%) begaben sich in der Untersuchungsperiode signifikant öfter als Schweizerinnen (6.6%) und Schweizer (4.5%) aufgrund psychischer Probleme in Behandlung. Demgegenüber liessen sich Kosovarinnen mit 2.4% weniger oft als Schweizerinnen behandeln. Schliesslich unterscheiden sich Portugiesen, Serbinnen und Serben sowie Kosovaren nicht signifikant von der einheimischen Bevölkerung. Zwischen den GMM-Erhebungen von 2004 und 2010 lässt sich auch hier kein systematisches Muster finden. So hat sich der Anteil an Personen, die wegen psychischer Probleme in Behandlung ist, bei Portugiesen, Kosovarinnen und Türkinnen verringert, während sich die Behandlungsquoten bei den Schweizerinnen, Portugiesinnen und Türken sowie Serbinnen und Serben nicht signifikant verändert hat und sie bei den Schweizern leicht gestiegen ist.

2.4 Gesundheitsverhalten

2.4.1 Ernährung und Bewegung

Mit den Fragen: „Wie viele Portionen Früchte und Fruchtsäfte nehmen Sie durchschnittlich pro Tag zu sich? Eine Portion entspricht der Grösse der Faust (oder etwa 120g). Bei Saft ist es ein mittleres Glas voll.“ und einer entsprechenden Frage für Gemüse wurden die Ernährungsgewohnheiten erfragt.

In Anlehnung an einen aus der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung konstruierten Indikator im Rahmen des Monitorings für Ernährung und Bewegung (Stamm/Lamprecht 2009) wurde auch für diese Analysen ein Indikator berechnet, der wiedergibt, in welchem Ausmass sich die Teilnehmenden an die Empfehlung halten, mindestens fünf Portionen Früchte oder Gemüse täglich zu konsumieren. Schweizerinnen hielten sich mit 39.3% an diese Empfehlung. Bei den Schweizern waren es hingegen lediglich 20%. Ein solch markanter Geschlechterunterschied findet sich nur noch bei der Migrationsbevölkerung aus Portugal. Während 37% der Portugiesinnen fünf oder mehr Portionen Früchte oder Gemüse am Tag konsumieren, sind es bei den Portugiesen lediglich 21.3%. Bei den übrigen Migrationsgruppen konsumiert in etwa je ein Fünftel der Frauen und Männer die empfohlene Tagesration. Signifikante Unterschiede beim Anteil Personen, die fünf Portionen Früchte oder Gemüse täglich zu sich nehmen, finden sich lediglich zwischen Schweizerinnen und Migrantinnen, nicht aber zwischen Schweizern und Migranten. Der Anteil der Kosovarinnen liegt hier um 18.9% tiefer als jener der Schweizerinnen; bei den Türkinnen ist der Anteil 17.7% tiefer und von den Serbinnen konsumieren 16% weniger als bei den Schweizerinnen die empfohlene Tagesration. Schliesslich unterscheidet sich der Anteil an Portugiesinnen, die mindestens fünf Portionen Früchte oder Gemüse pro Tag zu sich nehmen, nicht signifikant von den Schweizerinnen.

Der Anteil an Personen in der Kategorie mit dem geringsten Früchte- und Gemüsekonsum liegt bei den Schweizerinnen bei 3.9%, bei den Schweizern beträgt der Anteil 9.8%. Der Anteil der Portugiesinnen und Portugiesen sowie Serbinnen und Serben, die weniger als 2 Portionen am Tag zu sich nehmen, unterscheidet sich nicht signifikant von ihren Schweizer Pendanten. Hingegen bestehen signifikante und substantielle Unterschiede zu Personen aus der Türkei und dem Kosovo. Bei den Kosovarinnen beträgt der Anteil mit einem Konsum von weniger als 2 Einheiten pro Tag 33.5%, bei den Kosovaren liegt er bei 29.8%. Auch Türkinnen (26.5%) und Türken (21.8%) sind in der Kategorie mit dem geringsten Früchte- und Gemüsekonsum stark vertreten.

Wie oben aufgezeigt, unterscheidet sich der Anteil der Schweizer, der sich an die empfohlene Tagesration hält, nicht von der männlichen Migrationsbevölkerung. Gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass Schweizerinnen und Portugiesinnen mehr als der verbleibenden Migrantinnen fünf oder mehr Portionen Früchte und Gemüse am Tag konsumieren. Bei den Männern liegt der Anteil der Schweizer in der mittleren Kategorie (2-4 Portionen) mit 70.2% deutlich höher als bei den Türken (55%) und Kosovaren (51.5), während sich Portugiesen (68.7%) und Serben (68.5%) nicht von den Einheimischen unterscheiden. Die Schweizerinnen sind mit 56.8% vertreten, womit der Anteil der Kosovarinnen in der

Kategorie 2-4 Portionen wiederum tiefer liegt (46.1%); die Serbinnen erzielen mit einem Anteil von 68.1% jedoch deutlich höhere Werte. Damit zeichnet sich ab, dass dort, wo signifikante Unterschiede zwischen einheimischer Bevölkerung und Migrationsbevölkerung bestehen, diese bei den Frauen insbesondere aufgrund von Differenzen in der tiefsten und höchsten Kategorie, bei den Männern hingegen aufgrund von Unterschieden in den Anteilen in der tiefsten und mittleren Kategorie entstehen.

Das Ausmass und die Intensität der wöchentlich ausgeübten körperlichen Aktivität wurde anhand von vier Indikatoren⁶ analog Stamm und Lamprecht (2006) erhoben und in einem Kategorienschema mit den drei Ausprägungen inaktiv, teilaktiv und aktiv verdichtet. Dabei handelt es sich ausschliesslich um in der Freizeit ausgeübte körperliche Aktivitäten.

In der Tendenz sind Männer körperlich weniger inaktiv als Frauen. Der Anteil der Schweizerinnen, der als inaktiv eingestuft wurde, liegt mit 12.7% leicht, aber statistisch signifikant höher als bei den Schweizern (10.7%). Auch Portugiesen (30%) sind im Vergleich zu Portugiesinnen (42.4%) signifikant weniger oft inaktiv und gleiches gilt für Serben (26.6%) im Vergleich zu Serbinnen (40.4%). Demgegenüber unterscheiden sich Kosovarinnen (27.8%) und Kosovaren (21.6%) sowie Türkinnen (34.6%) und Türken (30.5%) nicht signifikant voneinander. Gleichzeitig fällt auf, dass der Anteil Inaktiver in der einheimischen Bevölkerung überall signifikant geringer ausfällt, als bei der Migrationsbevölkerung. Besonders ausgeprägt ist der Unterschied jeweils zwischen Schweizerinnen und Migrantinnen. Bei den Portugiesinnen liegt der Anteil Inaktiver um 29.7% höher als bei den Schweizerinnen, bei den Serbinnen sind 27.7% mehr inaktiv, bei den Türkinnen sind es 21.9% und bei den Kosovarinnen 15.1%. Im Vergleich zu Schweizern ist der Anteil Inaktiver bei den Türken um 19.8% höher. Bei den Portugiesen liegt der Wert um 19.4% höher als bei Einheimischen; bei den Serben ist der Anteil Inaktiver 16% höher und bei den Kosovaren liegt der Anteil um 10.9% höher.

Der Anteil als aktiv eingestufte Personen unterscheidet sich innerhalb der Herkunftskontexte nicht zwischen den Geschlechtern. Als körperlich Aktive gelten 41.9% der Schweizerinnen und 43.4% der Schweizer. Traten beim Vergleich zwischen Einheimischen und Migrationsbevölkerung bei den Inaktiven überall signifikante Unterschiede zu Tage, so zeigt sich beim Vergleich der Aktiven kein eindeutiges Bild mehr. Während der Anteil Aktiver sowohl bei den Portugiesinnen (25.2%) wie den Portugiesen (27.3%) deutlicher und signifikant tiefer als bei den Schweizerinnen und Schweizern liegt, sind bei den Kosovarinnen (31%) und Kosovaren (40%) keine signifikanten Unterschiede zur Schweizer Bevölkerung festzustellen. Gleiches gilt für die Türkinnen (35.4%) und Serbinnen (33%). Demgegenüber ist der Anteil Aktiver bei den Türken (35.1%) und den Serben (31%) geringer als bei den Schweizern.

In der mittleren Kategorie der Teilaktiven liegen bei den Männern einzig die Türken mit 34.5% deutlich tiefer als die Schweizer (46%); zwischen Schweizern sowie Portugiesen, Serben und Kosovaren bestehen keine signifikanten Differenzen. Frauen mit Migrationshintergrund sind im Vergleich zu Schweizerinnen (45.4%) weniger oft teilaktiv: Portugiesinnen (32.4%), Türkinnen (30%), Serbinnen (26.6%) und Kosovarinnen (32.2%).

Mit Ausnahme der türkischen Männer, die sowohl bei den körperlich Teilaktiven wie den Aktiven, signifikant tiefere Anteile als Schweizer erzielen, beruhen die Unterschiede im Ausmass an körperlicher Aktivität bei den Männern zum grössten Teil auf dem höheren Anteil an Aktiven bei den Schweizern und einem höheren Anteil bei Inaktiven bei den Migranten. Bei den Migrantinnen erreichen die Portugiesinnen bei den Aktiven wie den Teilaktiven deutlich geringere, bei den Inaktiven deutlich höhere Anteile. Demgegenüber unterscheiden sich Serbinnen, Kosovarinnen und Türkinnen von Schweize-

⁶ Körperliche Betätigung in der Freizeit, bei der man ins Schwitzen kommt: zumindest einmal in der Woche: *TKOBW02 / Frage 46.01* Körperliche Betätigung in der Freizeit, bei der man ins Schwitzen kommt: Anzahl Tage in der Woche. *TKOBW09 / Frage 46.10* Häufigkeit der körperlichen Betätigung, bei der man zumindest ausser Atem kommt: Anzahl Tage in der Woche. *TKOBW09 / Frage 46.10* Häufigkeit der körperlichen Betätigung, bei der man zumindest ausser Atem kommt: Anzahl Tage in der Woche. *TKOBW11 / Frage 46.11* Dauer der körperlichen Betätigung, bei der man zumindest ausser Atem kommt: Stunden und Minuten am Tag.

rinnen in einem geringeren Anteil an Teilaktiven sowie einem höheren Anteil an Inaktiven; gleichzeitig bestehen hier keine Unterschiede in Bezug auf den Anteil an Aktiven. In der Tendenz unterscheiden sich damit die Migrantinnen eher aufgrund von Unterschieden im Anteil Inaktiver und Teilaktiver. Bei den Migranten hingegen sind eher die Unterschiede zwischen den Anteilen an Inaktiven und Aktiven bedeutsam.

Tabelle 32: Täglicher Konsum von Früchten und Gemüse nach Herkunft und Geschlecht

		<2 Portionen				2-4 Portionen				≥5 Portionen			
		VI-95		Vergl. Mig. vs. CH		VI-95		Vergl. Mig. vs. CH		VI-95		Vergl. Mig. vs. CH	
		%	+/-	% -Δ	p	%	+/-	% -Δ	p	%	+/-	% -Δ	p
Portugal	Frauen	8.0	4.5	4.1	0.08	55.5	7.7	-1.8	0.66	37.0	7.5	-2.3	0.55
	Männer	10.0	4.5	0.2	0.94	68.7	6.8	-1.5	0.67	21.3	6.0	1.3	0.67
Turkei	Frauen	26.5	7.1	22.6	0.00	51.9	8.3	-4.9	0.26	21.6	7.1	-17.7	0.00
	Männer	21.8	6.8	11.9	0.00	55.0	8.5	-15.2	0.00	23.2	7.0	03.2	0.37
Serbien	Frauen	8.8	5.4	4.9	0.08	68.1	8.5	11.3	0.01	23.1	7.3	-16.2	0.00
	Männer	11.4	5.7	1.6	0.60	68.5	8.7	-1.7	0.70	20.1	7.4	0.1	0.97
Kosovo	Frauen	33.5	8.2	29.6	0.00	46.1	8.7	-10.7	0.02	20.4	7.2	-18.9	0.00
	Männer	29.8	8.9	20.0	0.00	51.5	9.9	-18.7	0.00	18.7	7.8	-1.2	0.76
Schweiz	Frauen	3.9	0.6			56.8	1.4			39.9	1.4		
	Männer	9.8	0.9			70.2	1.4			20.0	1.2		

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); % -Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit. FETT signifikanter Unterschied.

Tabelle 33: Ausmass und Intensität der körperlichen Aktivität nach Herkunft und Geschlecht

		inaktiv				teilaktiv				aktiv			
		VI-95		Vergl. Mig. vs. CH		VI-95		Vergl. Mig. vs. CH		VI-95		Vergl. Mig. vs. CH	
		%	+/-	% -Δ	p	%	+/-	% -Δ	p	%	+/-	% -Δ	p
Portugal	Frauen	42.4	7.5	29.7	0.00	32.4	7.1	-13.0	0.00	25.2	6.9	-16.7	0.00
	Männer	30.0	6.7	19.4	0.00	42.7	7.3	-3.3	0.39	27.3	6.5	-16.1	0.0
Turkei	Frauen	34.6	7.7	21.9	0.00	30.0	7.6	-15.4	0.00	35.4	8.3	-6.5	0.1
	Männer	30.5	7.7	19.8	0.00	34.5	9.0	-11.5	0.01	35.1	7.9	-8.3	0.0
Serbien	Frauen	40.4	9.4	27.7	0.00	26.6	8.0	-18.8	0.00	33.0	9.0	-8.9	0.1
	Männer	26.6	8.5	16.0	0.00	42.4	9.7	-3.6	0.48	31.0	9.0	-12.4	0.0
Kosovo	Frauen	27.8	7.8	15.1	0.00	32.2	7.8	-13.2	0.00	40.0	8.6	-1.9	0.7
	Männer	21.6	8.0	10.9	0.01	43.9	9.7	-2.1	0.68	34.5	9.3	-8.8	0.1
Schweiz	Frauen	12.7	0.9			45.4	1.4			41.9	1.4		
	Männer	10.7	1.0			46.0	1.6			43.4	1.6		

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); % -Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit. FETT signifikanter Unterschied.

2.4.2 Alkoholkonsum

Im Vergleich zu Männern weisen die Frauen in allen Herkunftskontexten eine deutlich höhere Abstinenz auf. So trinken 15.5% der Schweizerinnen, jedoch nur 7.6% der Schweizer gar keinen Alkohol. Bei den Portugiesinnen sind 51.8% abstinent, bei den Portugiesen 16.4%. Auch Türcinnen haben mit 75.4% eine deutlich höhere Abstinenzquote als Türken (51.1%). Gleiches gilt für die Kosovarinnen (82.7%) im Vergleich zu den Kosovaren (47.1%) und die Serbinnen (47.2%) im Vergleich mit Serben (30.6%). Substantiell und signifikant sind auch die Unterschiede zwischen einheimischer Bevölkerung und Migrationsbevölkerung. Besonders stark fallen die Unterschiede zwischen den Schweizerinnen und den Migrantinnen aus. Bei den Schweizerinnen ist die Abstinenzrate 67.2% geringer als bei den Kosovarinnen, 59.9% geringer als bei den Türcinnen, 36.3% geringer als bei den Portugiesinnen und 31.7% geringer als bei den Serbinnen. Auch bei den Männern haben Schweizer eine deutlich geringere Abstinenzrate. Der geringste Abstand besteht zu den Portugiesen, deren Abstinenzrate um 8.8% höher liegt. Der grösste Abstand besteht zu den Türken, die eine um 43.5% höhere Abstinenzrate haben.

Der Anteil an Personen, welcher angibt, mehr als dreimal am Tag Alkohol zu trinken, ist in allen Gruppen sehr tief. Unterschiede zwischen den Herkunftskontexten lassen sich nicht nachweisen. In der Kategorie derjenigen, welche angeben zweimal pro Tag (zum Essen) Alkohol zu trinken, sind die Portugiesen mit 17.2% vergleichsweise stark vertreten. Schweizer weisen mit 3% die zweithöchste Rate auf, liegen aber immer noch signifikant unter dem Wert der Portugiesen, was auch für alle anderen Vergleichsgruppen gilt. Auch bei den Personen, die einmal pro Tag Alkohol konsumieren, sind Schweizer (14.4%) und Portugiesen (16%) sowie Schweizerinnen (7.4%) und Portugiesinnen (5.8%) signifikant mehr vertreten als die türkische, serbische und kosovarische Migrationsbevölkerung.

Ein Vergleich über die Zeit gestaltet sich aufgrund der oft tiefen Fallzahlen in den einzelnen Kategorien wie auch aufgrund der veränderten Stichprobenstruktur (ehemaliges Jugoslawien versus Serbien, Kosovo) recht schwierig. Noch am ehesten geeignet ist ein Blick auf die Veränderung der Abstinenzquote. Während sich keine signifikante Veränderung bei der Migrationsbevölkerung aus Portugal und der Türkei zeigt, nimmt die Abstinenzquote bei den Schweizern um 3.7% und bei den Schweizerinnen um 10.2% ab. Der signifikante Anstieg der Abstinenzquote bei Personen aus dem Kosovo dürfte jedoch ursächlich darauf zurückzuführen sein, dass in der Vergleichsgruppe aus dem ehemaligen Jugoslawien deutlich weniger Personen muslimischen Glaubens eingeschlossen sind und damit Alkoholkonsum weiter verbreitet ist. Das entsprechende Spiegelbild findet sich bei den Serbinnen und Serben, deren Abstinenzquote tendenziell sinkt und bei den Frauen statistische Signifikanz erreicht.

Bei der Häufigkeit, mit der die Befragten nach eigenen Angaben über fünf Gläser (Männer) bzw. 4 Gläser (Frauen) Alkohol auf einmal tranken (Rauschtrinken), zeigen sich die bereits oben aufgedeckten Differenzen zwischen den Geschlechtern und Herkunftskontexten. Wiederum liegt der Anteil der Frauen, der angibt, niemals Rauschtrinken zu praktizieren, in allen Herkunftskontexten deutlich höher als jener der Männer. Gleichzeitig liegt der Anteil Schweizerinnen (52.5%) und Schweizer (38.4%), der angibt, niemals mehr als fünf bzw. vier Gläser Alkohol auf einmal zu trinken, signifikant tiefer als bei der untersuchten Migrationsbevölkerung. Immerhin 17.9% der Schweizer, 13.4% der Portugiesen und 11.9% der Serben sowie 11.8% der Schweizerinnen geben an, etwa einmal pro Monat über ein normales Mass hinaus zu trinken. Während Portugiesen und Serben sich nicht von den Schweizern unterscheiden, liegt die Quote bei den Türken und Kosovaren deutlich tiefer. Ebenso weisen die Migrantinnen in dieser Kategorie signifikant tiefere Raten auf. Der Anteil an Personen, der zumindest gelegentlich zum Rauschtrinken neigt (weniger als einmal pro Monat), liegt insgesamt nochmals deutlich höher. Bei den Schweizern beträgt er 36.8%, Schweizerinnen liegen bei 32.2%. Auch in dieser Kategorie, die gelegentliches Rauschtrinken praktiziert, sind die entsprechenden Quoten der einheimischen Bevölkerung deutlich höher als jene der Migrationsbevölkerung.

Tabelle 34: Alkoholkonsum nach Herkunft und Geschlecht

		≥3-mal p.Tag	VI- 95	2-mal p.Tag	VI- 95	1-mal p.Tag	VI- 95	Mehrmals 95 p.Woche	VI- 95	1-2-mal p.Woche	VI- 95	1-3-mal p.Monat	VI- 95	<1-mal p.Monat	VI- 95	nie	VI- 95
		%	+/-	%	+/-	%	+/-	%	+/-	%	+/-	%	+/-	%	+/-	%	+/-
Portugal	Frauen	0.0	0.0	1.6	1.6	5.8	3.6	1.4	1.5	14.5	5.7	12.4	4.6	12.5	5.0	51.8	7.6
	Männer	1.9	1.9	17.2	5.6	16.0	5.3	4.9	3.2	28.1	6.7	11.9	4.8	3.4	2.6	16.4	5.5
Turkei	Frauen	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	2.4	2.2	10.3	5.3	11.8	5.3	75.4	7.2
	Männer	0.4	0.8	0.6	1.2	3.8	3.3	2.0	1.6	13.1	5.6	12.0	5.0	16.9	6.1	51.1	8.7
Serbien	Frauen	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	1.2	1.6	2.1	8.1	5.0	15.0	6.4	27.4	9.2	47.2	9.5
	Männer	0.0	0.0	1.2	2.2	5.4	3.8	1.2	0.9	22.8	9.1	22.3	7.9	16.5	6.8	30.6	8.8
Kosovo	Frauen	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	5.1	5.0	3.1	2.8	9.0	5.7	82.7	7.5
	Männer	0.7	1.2	0.1	0.1	5.1	4.6	1.0	1.3	8.7	4.8	12.9	6.2	24.5	8.7	47.1	9.8
Schweiz	Frauen	0.0	0.0	0.9	0.2	7.4	0.7	7.0	0.7	34.9	1.4	20.1	1.2	14.1	1.0	15.5	1.0
	Männer	0.6	0.2	3.0	0.5	14.4	1.0	14.6	1.1	41.8	1.5	12.0	1.0	5.9	0.8	7.6	0.8

% sind Zeilenprozentwerte: VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall)

Tabelle 35: Vergleich Alkoholkonsum nach Herkunft und Geschlecht

		≥3-mal p.Tag		2-mal p.Tag		1-mal p.Tag		Mehrmals p.Woche		1-2-mal p.Woche		1-3-mal p.Monat		<1-mal p.Monat		nie								
		%	-Δ	p	%	-Δ	p	%	-Δ	p	%	-Δ	p	%	-Δ	p	%	-Δ	p					
Portugal	Frauen	0.0	0.12		0.6	0.46		-1.6	0.38		-5.6	0.00		-20.5	0.00		-7.7	0.00		-1.6	0.54		36.3	0.00
	Männer	1.3	0.16		14.2	0.00		1.6	0.56		-9.7	0.00		-13.7	0.00		-0.1	0.97		-2.5	0.06		8.8	0.00
Turkei	Frauen	0.0	0.12		-0.9	0.00		-	0.00		-6.9	0.00		-32.5	0.00		-9.8	0.00		-2.3	0.40		59.9	0.00
	Männer	-0.2	0.61		-2.4	0.00		-10.7	0.00		-12.6	0.00		-28.8	0.00		-0.0	0.99		-11.0	0.00		43.5	0.00
Serbien	Frauen	0.0	0.12		-0.9	0.00		-6.6	0.00		-5.4	0.00		-26.8	0.00		-5.1	0.12		13.3	0.01		31.7	0.00
	Männer	-0.6	0.00		-1.8	0.11		-9.0	0.00		-13.4	0.00		-19.0	0.00		10.3	0.01		10.5	0.00		23.0	0.00
Kosovo	Frauen	0.0	0.12		-0.9	0.00		-7.4	0.00		-6.9	0.00		-29.8	0.00		-17	0.00		-5.1	0.08		67.2	0.00
	Männer	0.1	0.93		-2.9	0.00		-9.3	0.00		-13.6	0.00		-33.1	0.00		0.9	0.79		18.6	0.00		39.6	0.00

% -Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit. **FETT** signifikanter Unterschied.

Tabelle 36: Häufigkeit Rauschtrinken nach Herkunft und Geschlecht

		nie		<1-mal p.Monat		1-mal p.Monat		1-mal p.Woche		1-mal p.Tag	
		%	+/-	%	+/-	%	+/-	%	+/-	%	+/-
Portugal	Frauen	79.2	6.2	13.3	5.1	3.7	2.8	3.8	3.3	0.0	0.0
	Männer	54.7	7.4	27.0	6.7	13.4	5.0	4.3	2.9	0.6	1.2
Türkei	Frauen	93.5	3.8	6.3	3.8	0.2	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0
	Männer	79.8	6.4	15.0	5.7	2.6	2.1	2.6	2.3	0.0	0.0
Serbien	Frauen	79.5	7.4	16.1	6.7	4.3	3.7	0.0	0.0	0.0	0.0
	Männer	60.1	9.7	27.2	8.1	11.9	8.3	0.8	0.6	0.0	0.0
Kosovo	Frauen	94.1	4.4	4.9	4.3	0.4	0.7	0.5	0.9	0.0	0.0
	Männer	74.6	8.3	18.0	7.5	6.1	4.3	1.2	1.4	0.1	0.2
Schweiz	Frauen	52.5	2.0	32.2	1.9	11.8	1.4	3.2	0.7	0.3	0.3
	Männer	38.4	1.8	36.8	1.8	17.9	1.5	6.3	0.9	0.6	0.3

% sind Zeilenprozentwerte: VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall)

Tabelle 37: Vergleich Rauschtrinken Alkoholkonsum nach Herkunft und Geschlecht

		nie		<1-mal p.Monat		1-mal p.Monat		1-mal p.Woche		1-mal p.Tag	
		% -Δ	p	% -Δ	p	% -Δ	p	% -Δ	p	% -Δ	p
Portugal	Frauen	26.7	0.00	-18.8	0.00	-8.1	0.00	0.6	0.74	-0.3	0.01
	Männer	16.3	0.00	-9.8	0.01	-4.5	0.09	-2.0	0.19	0.0	0.96
Türkei	Frauen	41.0	0.00	-25.9	0.00	-11.6	0.00	-3.1	0.00	-0.3	0.01
	Männer	41.5	0.00	-21.8	0.00	-15.4	0.00	-3.8	0.00	-0.6	0.00
Serbien	Frauen	27.0	0.00	-16.0	0.00	-7.5	0.00	-3.2	0.00	-0.3	0.01
	Männer	21.8	0.00	-9.6	0.02	-6.0	0.16	-5.5	0.00	-0.6	0.00
Kosovo	Frauen	41.6	0.00	-27.2	0.00	-11.4	0.00	-2.7	0.00	-0.3	0.01
	Männer	36.2	0.00	-18.8	0.00	-11.8	0.00	-5.1	0.00	-0.5	0.01

% -Δ= Differenz Migrationsbevölkerung-CH: p = Wahrscheinlichkeit: **FETT**: signifikanter Unterschied.

Tabelle 38: Vergleich Alkoholkonsum GMM II/GMM I nach Herkunft und Geschlecht

		2/Tag			1/Tag			nie		
		%	%-Δ	p	%	%-Δ	p	%	%-Δ	p
Portugal	Frauen	1.6	0.2	0.84	5.8	3.2	0.08	51.8	2.5	0.52
	Männer	17.2	1.2	0.67	16.0	5.0	0.06	16.4	1.0	0.72
Türkei	Frauen	0.0	-0.1	.	0.0	-0.6	.	75.4	0.8	0.83
	Männer	0.6	0.2	0.71	3.8	1.2	0.49	51.1	6.7	0.13
Serbien	Frauen	0.0	-0.1	.	0.8	-0.3	0.64	47.2	-15.7	0.00
	Männer	1.2	-2.2	0.05	5.4	-1.7	0.38	30.6	-6.2	0.17
Kosovo	Frauen	0.0	-0.1	.	0.0	-1.1	.	82.7	19.8	0.00
	Männer	0.1	-3.3	0.00	5.1	-2.0	0.39	47.1	10.3	0.04
Schweiz	Frauen	0.9	-0.4	0.00	7.4	-0.2	0.62	15.5	-10.2	0.00
	Männer	3.0	-1.3	0.00	14.4	-1.1	0.04	7.6	-3.7	0.00

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); %-Δ = Differenz GMM II - GMM I; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

2.4.3 Tabakkonsum

Mit Ausnahme der Serbinnen (37.1%), die mit den Serben (37.5%) gleichauf liegen, konsumieren Frauen weniger oft als Männer täglich Tabak. 21.7% der Schweizer rauchen täglich. Bei den Schweizerinnen sind es 19.5%. Im Vergleich zur männlichen Migrationsbevölkerung liegt die Quote der täglichen Raucher bei den Schweizern deutlich tiefer. Besonders markant fällt der Unterschied zu den Türken aus. Hier liegt der Anteil an Personen, die täglich rauchen bei 55.2%, also 33.5% höher als bei den Schweizern. Auch Serben (+15.8%) und Portugiesen (+17.5%) haben signifikant höhere Raucherquoten. Bei den Frauen unterscheiden sich die Schweizerinnen nicht von den Kosovarinnen und Portugiesinnen; signifikant höhere Raten von Tabakkonsumentinnen, die täglich rauchen, sind jedoch bei den Serbinnen (+17.6%) und den Türkinnen (+10%) auszumachen. Auch innerhalb der Migrationsbevölkerung liegen signifikante Unterschiede vor. Insbesondere die Türken und die Serbinnen weisen signifikant höherer Raucherraten als ihre entsprechenden Vergleichsgruppen auf.

Tabelle 39: Täglicher Tabakkonsum nach Herkunft und Geschlecht

		Ja	VI-95	Vergleich Migrationsbevölkerung vs.CH	
		%	+/-	%-Δ	p
Portugal	Frauen	23.7	6.6	4.2	0.22
	Männer	39.2	7.2	17.5	0.00
Türkei	Frauen	29.5	7.5	10.0	0.01
	Männer	55.2	8.5	33.5	0.00
Serbien	Frauen	37.1	9.1	17.6	0.00
	Männer	37.5	9.2	15.8	0.00
Kosovo	Frauen	24.2	7.6	4.7	0.23
	Männer	33.7	9.2	12.0	0.01
Schweiz	Frauen	19.5	1.1		
	Männer	21.7	1.3		

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); %-Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Beim durchschnittlichen täglichen Zigarettenkonsum fällt zunächst auf, dass Raucherinnen in allen Herkunftskontexten signifikant weniger rauchen als Raucher. Besonders ausgeprägt sind diese Geschlechterunterschiede zwischen Kosovaren (23.5) und Kosovarinnen (12.1) sowie Serben (20.8) und Serbinnen (11.7).

Tabelle 40: Zigarettenkonsum pro Tag nach Herkunft und Geschlecht

		Anzahl	VI-95	Vergleich Migrationsbevölkerung vs.CH	
		AM	+/-	AM-Δ	p
Portugal	Frauen	11.4	2.0	1.2	0.26
	Männer	17.0	2.1	3.4	0.00
Türkei	Frauen	11.0	2.1	0.8	0.45
	Männer	14.5	2.4	0.8	0.50
Serbien	Frauen	11.7	2.3	1.5	0.21
	Männer	20.8	3.0	7.1	0.00
Kosovo	Frauen	12.1	2.2	1.9	0.09
	Männer	23.5	5.2	9.9	0.00
Schweiz	Frauen	10.2	0.5		
	Männer	13.6	0.7		

AM - Arithmetischer Mittelwert; VI-95 = Abweichung +/- (Vertrauensintervall); AM-Δ = Mittelwertdifferenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Während sich der durchschnittliche Zigarettenkonsum der Schweizerinnen nicht signifikant von jenem der Migrantinnen unterscheidet, rauchen die Portugiesen mit 17 Zigaretten (+3.4), die Serben mit 20.8 (+7.1) und die Kosovaren mit 23.5 (+9.9) Zigaretten pro Tag durchschnittlich signifikant mehr als die Schweizer (13.6). Der Zigarettenkonsum der Türken (14.5) unterscheidet sich hingegen nicht signifikant von jenem der Schweizer. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass die Türken zwar mit Abstand über die höchste Raucherquote verfügen, ihr Zigarettenkonsum aber ebenso wie jener der Schweizer im Durchschnitt signifikant geringer ausfällt als jener der Portugiesen, Serben und Kosovaren.

2.4.4 Vorsorgeuntersuchungen

Prostata

Deutlich weniger Männer aus der Migrationsbevölkerung als Schweizer haben jemals eine Prostata-Untersuchung durchführen lassen. Nach Altersgruppen differenziert finden sich in der Kohorte 35-49 Jahre keine signifikanten Unterschiede zwischen den Prostata Untersuchungsquoten von Portugiesen (23.2%), Türken (23.7%) und Schweizern (24.3%). Signifikant und substantiell tiefer liegen die Raten hingegen bei Serben (5.5%) und Kosovaren (3.2%) der entsprechenden Kohorte. In der Alterskohorte 50-74 Jahre liegt die männliche Migrationsbevölkerung signifikant (Serbien, Kosovo) bzw. knapp signifikant (Portugal, Türkei) unter dem Niveau der Schweizer. Hier muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass aufgrund der geringen Fallzahl bei der Interpretation Vorsicht geboten ist.

Tabelle 41: Prostata-Untersuchungen nach Herkunft

		Ja	VI-95	Vergleich Migrationsbevölkerung-CH	
		%	+/-	%-Δ	p
Portugal	Männer	34.9	9.9	-15.5	0.00
Türkei	Männer	35.9	14.2	-14.6	0.05
Serbien	Männer	26.0	12.2	-24.5	0.00
Kosovo	Männer	11.1	9.4	-39.3	0.00
Schweiz	Männer ¹⁾	50.4	2.0		

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); %-Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

¹⁾ Nur Männer ab 40 Jahre

Tabelle 42: Prostata-Untersuchungen nach Herkunft und Alter

			Ja	VI-95	Vergleich rung vs.CH	Migrationsbevölke- p
			%	+/-	%-Δ	
Portugal	Männer	17-34	26.2	5.0		
		35-49	23.2	10.0	-1.1	0.84
		50-74	48.6	15.9	-16.2	0.05
Türkei	Männer	17-34	5.3	4.6		
		35-49	23.7	11.8	-0.5	0.93
		50-74	41.4	23.6	-23.4	0.05
Serbien	Männer	17-34	4.2	3.8		
		35-49	5.5	5.7	-18.8	0.00
		50-74	35.0	16.6	-29.7	0.00
Kosovo	Männer	17-34	15.7	9.8		
		35-49	3.2	5.3	-21.1	0.00
		50-74	19.5	16.6	-45.2	0.00
Schweiz	Männer	17-34				
		35-49	24.3	3.0		
		50-74	64.7	2.4		

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); %-Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Mammographie

Bei der Brustuntersuchung zeigt sich folgendes Bild: Während Türkinnen (41.2%) sich nicht signifikant von den Schweizerinnen (46.3%) unterscheiden, hat ein signifikant kleinerer Anteil der Serbinnen (35.7%) und Kosovarinnen (28.6%) und ein signifikant grösserer Anteil der Portugiesinnen (54.5%) jemals eine Brustuntersuchung durchführen lassen.

Tabelle 43: Mammographie nach Herkunft

			Ja	VI-95	Vergleich Migrationsbevölkerung vs.CH	p
			%	+/-	%-Δ	
Portugal	Frauen		54.5	7.9	8.3	0.04
Türkei	Frauen		41.2	8.9	-5.0	0.27
Serbien	Frauen		35.7	9.6	-10.6	0.03
Kosovo	Frauen		28.6	8.7	-17.7	0.00
Schweiz	Frauen		46.3	1.4		

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); %-Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Stuhl-Untersuchung

Innerhalb der Herkunftskontexte unterscheiden sich Frauen und Männer entweder nicht signifikant oder nicht substantiell darin, jemals eine Stuhl-Untersuchung in Anspruch genommen zu haben. Der Anteil der Schweizerinnen, der jemals eine Stuhl-Untersuchung hat durchführen lassen, liegt bei 28.6%. Der Anteil bei den Schweizern beträgt 31.1%. Portugiesinnen (31.9%) und Portugiesen (30.2%) sowie Kosovarinnen (17.9%) und Kosovaren (27.9%) weisen keine signifikanten Unterschiede der Vorsorgerate auf. Dahingegen lassen signifikant mehr Türkinnen (46.1%) und Türken (44.6%) und weniger Serbinnen (14.1%) und Serben (17.1%) als die einheimische Bevölkerung eine Stuhl-Untersuchung durchführen.

Tabelle 44: Stuhl-Untersuchung nach Herkunft und Geschlecht

		Ja %	VI-95 +/-	Vergleich Migrationsbevölkerung vs.CH	
				%-Δ	p
Portugal	Frauen	31.9	10.7	3.3	0.55
	Männer	30.2	9.3	-0.9	0.85
Türkei	Frauen	46.1	13.6	17.5	0.01
	Männer	44.6	16.1	13.5	0.10
Serbien	Frauen	14.1	10.1	-14.5	0.01
	Männer	17.1	10.1	-14.0	0.01
Kosovo	Frauen	17.9	12.9	-10.7	0.11
	Männer	27.9	17.1	-3.2	0.71
Schweiz	Frauen	28.6	1.6		
	Männer	31.1	1.8		

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); %-Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Darmspiegelung

Etwas mehr als ein Fünftel der Einheimischen hat jemals eine Darmspiegelung durchführen lassen. Signifikante Unterschiede bei der Untersuchungsrate lassen sich zwischen Schweizer Bevölkerung und Migrationsbevölkerung einzig bei den Serben finden, wo lediglich 8.8% eine Untersuchung in Anspruch genommen haben.

Tabelle 45: Darmspiegelung nach Herkunft und Geschlecht

		Ja %	VI-95 +/-	Vergleich Migrationsbevölkerung vs.CH	
				%-Δ	p
Portugal	Frauen	32.2	10.7	9.3	0.09
	Männer	25.0	9.1	0.8	0.86
Türkei	Frauen	34.7	13.3	11.8	0.08
	Männer	18.2	11.5	-6.0	0.32
Serbien	Frauen	19.7	11.6	-3.1	0.60
	Männer	8.8	7.4	-15.4	0.00
Kosovo	Frauen	15.5	10.2	-7.3	0.16
	Männer	19.3	14.7	-4.8	0.52
Schweiz	Frauen	22.9	1.4		
	Männer	24.1	1.7		

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); %-Δ = Differenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

2.4.5 Fazit

Schweizerinnen hielten sich mit 39.3% an die Empfehlung, mindestens fünf Portionen Früchte- oder Gemüse pro Tag zu konsumieren. Bei den Schweizern waren es nur 20%. Ein solch markanter Geschlechterunterschied findet sich nur noch bei der Migrationsbevölkerung aus Portugal (37% und 21.3%). Bei den übrigen Migrationsgruppen konsumiert in etwa je ein Fünftel der Frauen und Männer die empfohlene Tagesration. Signifikante Unterschiede beim Anteil Personen, die fünf Portionen Früchte oder Gemüse täglich zu sich nehmen, existieren lediglich zwischen Schweizerinnen und Migrantinnen, nicht aber zwischen Schweizern und Migranten. Der Anteil der Kosovarinnen liegt hier um 18.9% tiefer als jener der Schweizerinnen; bei den Türkinnen ist der Anteil 17.7% tiefer und von den Serbinnen konsumieren 16% weniger als bei den Schweizerinnen die empfohlene Tagesration. Schliesslich unterscheidet sich der Anteil an Portugiesinnen, die mindestens fünf Portionen Früchte oder Gemüse pro Tag zu sich nehmen nicht signifikant von den Schweizerinnen.

Der Anteil körperlich inaktiver Personen fällt in der einheimischen Bevölkerung signifikant geringer aus als bei der Migrationsbevölkerung. Besonders ausgeprägt ist der Unterschied jeweils zwischen Schweizerinnen und Migrantinnen. Bei den Portugiesinnen liegt der Anteil Inaktiver um 29.7% höher als bei den Schweizerinnen, bei den Serbinnen sind 27.7% mehr inaktiv, bei den Türkinnen sind es 21.9% und bei den Kosovarinnen 15.1%. Im Vergleich zu Schweizern ist der Anteil Inaktiver bei den Türken um 19.8% höher. Bei den Portugiesen liegt der Wert um 19.4% höher als bei Einheimischen; bei den Serben ist der Anteil Inaktiver 16% höher und bei den Kosovaren liegt der Anteil um 10.9% höher. Allerdings gilt es zu beachten, dass das körperliche Aktivitätsniveau sich auf die Freizeit bezieht und das Ausmass an körperlicher Freizeitaktivität auch davon abhängen kann, ob eine körperlich anstrengende Erwerbsarbeit oder Hausarbeit verrichtet werden muss oder nicht.

Im Vergleich zu Männern weisen die Frauen in allen Herkunftskontexten eine deutlich höhere Alkohol-Abstinenz auf. So trinken 15.5% der Schweizerinnen, jedoch nur 7.6% der Schweizer gar keinen Alkohol. Bei den Portugiesinnen sind 51.8% abstinent, bei den Portugiesen 16.4%. Auch Türkinnen haben mit 75.4% eine deutlich höhere Abstinenzquote als Türken (51.1%). Gleiches gilt für die Kosovarinnen (82.7%) im Vergleich zu den Kosovaren (47.1%) und die Serbinnen (47.2%) im Vergleich mit

Serben (30.6%). Substantiell und signifikant sind auch die Unterschiede zwischen einheimischer Bevölkerung und Migrationsbevölkerung. Besonders stark fallen die Unterschiede zwischen den Schweizerinnen und den Migrantinnen aus. Bei den Schweizerinnen ist die Abstinenzrate 67.2% geringer als bei den Kosovarinnen, 59.9% geringer als bei den Türkinnen, 36.3% geringer als bei den Portugiesinnen und 31.7% geringer als bei den Serbinnen. Auch bei den Männern haben Schweizer deutlich geringere Abstinenzraten. Der geringste Abstand besteht zu den Portugiesen, die 8.8% tiefere Abstinenzraten aufweisen. Die grösste Differenz besteht zu den Türken, die eine um 43.5% höhere Abstinenzrate haben. Während von der Tendenz her die Abstinenzraten bei der Migrationsbevölkerung über die Zeit stabil bleiben, zeichnet sich bei den Schweizerinnen und Schweizern eine Reduktion des Anteils an Personen ab, die gänzlich auf Alkohol verzichtet.

Auch bei der Häufigkeit, mit der die Befragten nach eigenen Angaben über fünf Gläser (Männer) bzw. 4 Gläser (Frauen) Alkohol auf einmal tranken (Rauschtrinken), zeigen sich die eben aufgezeigten Differenzen zwischen den Geschlechtern und Herkunftskontexten. Der Anteil der Frauen, der angibt, niemals Rauschtrinken zu praktizieren, liegt in allen Herkunftskontexten deutlich höher als jener der Männer. Gleichzeitig liegt der Anteil Schweizerinnen (52.5%) und Schweizer (38.4%), der angibt, niemals mehr als fünf bzw. vier Gläser Alkohol auf einmal zu trinken, signifikant tiefer als bei der untersuchten Migrationsbevölkerung.

Mit Ausnahme der Serbinnen (37.1%), die mit den Serben (37.5%) gleichauf liegen, konsumieren Frauen weniger oft als Männer täglich Tabak. 21.7% der Schweizer rauchen täglich. Bei den Schweizerinnen sind es 19.5%. Im Vergleich zur männlichen Migrationsbevölkerung liegt die Quote der täglichen Raucher bei den Schweizern deutlich tiefer. Besonders markant fällt der Unterschied zu den Türken aus. Hier liegt der Anteil an Personen, die täglich rauchen bei 55.2%, also 33.5% höher als bei den Schweizern. Auch Serben (+15.8%) und Portugiesen (+17.5%) haben signifikant höhere Raucherquoten. Bei den Frauen unterscheiden sich die Schweizerinnen nicht von den Kosovarinnen und Portugiesinnen; signifikant höhere Raten von Tabakkonsumentinnen, die täglich rauchen, sind jedoch bei den Serbinnen (+17.6%) und den Türkinnen (+10%) auszumachen.

Nach Altersgruppen differenziert, finden sich in der Kohorte 35-49 Jahre keine signifikanten Unterschiede zwischen den Prostata Untersuchungsquoten von Portugiesen (23.2%), Türken (23.7%) und Schweizern (24.3%). Signifikant und substantiell tiefer liegen die Raten hingegen bei Serben (5.5%) und Kosovaren (3.2%). In der Alterskohorte 50-74 Jahre liegt die männliche Migrationsbevölkerung signifikant (Serbien, Kosovo) bzw. knapp signifikant (Portugal, Türkei) unter dem Niveau der Schweizer. Bei der Brustuntersuchung zeigt sich ein ähnliches Bild, wie zuvor bei der Prostata-Untersuchung. Während Portugiesinnen (51.9%) und Türkinnen (39%) sich nicht signifikant von den Schweizerinnen (46.3%) unterscheiden, hat ein signifikant kleinerer Anteil der Serbinnen (33.9%) und Kosovarinnen (26.2%) jemals eine Brustuntersuchung durchführen lassen. Der Anteil der Schweizerinnen, der jemals eine Stuhl-Untersuchung hat durchführen lassen, liegt bei 28.6%. Der Anteil bei den Schweizern beträgt 31.1%. Portugiesinnen (31.9%) und Portugiesen (30.2%) sowie Kosovarinnen (17.9%) und Kosovaren (27.9%) weisen keine signifikanten Unterschiede der Vorsorgerate auf. Dahingegen liessen signifikant mehr Türkinnen (46.1%) und Türken (44.6%) und weniger Serbinnen (14.1%) und Serben (17.1%) als die einheimische Bevölkerung zumindest einmal in ihrem Leben eine Stuhl-Untersuchung durchführen. Etwas mehr als ein Fünftel der Einheimischen hat jemals eine Darmspiegelung durchführen lassen. Signifikante Unterschiede bei der Untersuchungsrate lassen sich zwischen Schweizer Bevölkerung und Migrationsbevölkerung einzig bei den Serben finden, wo lediglich 8.8% eine Untersuchung in Anspruch genommen haben.

2.5 Gesundheitskompetenz

2.5.1 Vorbemerkungen

Gemäss der Definition von Abel und Bruhin (2003) ist Gesundheitskompetenz eine „wissensbasierte Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung. Solches Wissen ist in erster Linie alltagspraktisches Wissen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, mit dem eigenen Körper genauso wie mit den gesundheitsprägenden sozialen Lebensbedingungen. Dieses Wissen ist primär über Kultur, Bildung und Erziehung vermittelt bzw. weitergegeben. Zur wissensbasierten Gesundheitskompetenz gehört neben dem alltagspraktischen auch spezialisiertes Wissen z.B. über individuelle und kollektive Gesundheitsrisiken oder über Massnahmen zur Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen.“

Aus gesundheitsförderlicher Sicht kann Gesundheitskompetenz dazu beitragen, dass Menschen gesund leben, ihre Vorstellungen in Bezug auf Gesundheit einbringen und verwirklichen können. Damit ist Gesundheitskompetenz eine Ressource, welche die soziale Chancengleichheit für gute Gesundheit erhöht und die Mitwirkung im System ermöglicht oder zumindest verbessert. Gesundheitskompetenz ist aber auch ein Faktor, der die Nutzung der gesundheitlichen Versorgungsangebote mitbestimmt. Die krankheitsorientierte Sichtweise versteht mangelnde Gesundheitskompetenz als Risikofaktor für einen schlechteren Gesundheitszustand. Zudem wird sie dafür mitverantwortlich gemacht, dass durch die inadäquate Nutzung des Versorgungssystems sowohl bei Früherkennungsprogrammen als auch im Krankheitsfall Mehrkosten entstehen. In den letzten Jahren ist Gesundheitskompetenz daher aus gesundheitsökonomischen Überlegungen stärker ins Zentrum des gesundheitspolitischen Interesses gerückt. Mehrere Studien befassten sich mit den durch mangelnde Gesundheitskompetenz entstehenden Mehrkosten im Gesundheitssystem. Trotz der aussichtsreichen Perspektive der Einsparung von Kosten in einem sich ständig verteuernenden Gesundheitssystem sollte nicht vergessen werden, dass die Verbesserung der Gesundheit und der damit in Zusammenhang stehenden Lebensumstände sowohl für das Individuum als auch für die Gesellschaft an sich schon einen Wert darstellt.

Das Monitoring der Gesundheitskompetenz bietet die Möglichkeit, deren Verteilung in der untersuchten Bevölkerung und Veränderungen dieser Verteilung über die Zeit zu erfassen. Auf dieser Basis kann der Handlungsbedarf in der Zielgruppe der Migrationsbevölkerung abgeschätzt und auf mögliche Ansatzpunkte hingewiesen werden. Wenn Massnahmen ergriffen wurden, kann ein erneutes Monitoring Aufschlüsse über den aktuellen Handlungsbedarf bzw. eine eventuelle Anpassung der Massnahmen ergeben.

Die folgenden Tabellen basieren auf der Kernstichprobe, welche insgesamt 2214 Personen umfasst, davon 1108 Frauen und 1106 Männer. In der Einteilung nach Herkunft und Geschlecht sind pro Feld minimal 224 Personen befragt worden (portugiesische Frauen), in der Einteilung nach Herkunft, Geschlecht und Alter pro Feld minimal 19 Personen (kosovarische Männer 50+). Detailliertere Angaben zu den Fallzahlen sind im Kapitel 1.1 Methodische Vorbemerkungen zu finden.

Direkte Vergleiche der Migrationsbevölkerung mit der einheimischen Bevölkerung in Bezug auf die Gesundheitskompetenz sind leider nicht möglich, da die Fragen in diesem Themenbereich neu entwickelt und zusammengestellt wurden. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung waren diese Fragen nicht enthalten.

2.5.2 Gesundheitskompetenz „Symptomeinschätzung“

Die Gesundheitskompetenz „Symptomeinschätzung“ summiert die Antworten aus 12 Fragen zu gesundheitlichen Symptomen (6 körperliche Symptome und 6 psychische Symptome) in Bezug auf die Notwendigkeit eines Arztbesuchs: „Glauben Sie, jemand in ihrem Alter sollte ärztliche oder psychologische Hilfe aufsuchen bei einer der folgenden Beschwerden?“. Die gemachten Beurteilungen werden dabei auf ihre objektive Richtigkeit überprüft (basierend auf Experteneinschätzung), wobei für eine richtige Antwort ein Punkt vergeben wird, was ein Minimum von 0 Punkten und ein Maximum von 12

Punkten ergibt. Die Tabelle 46 und Tabelle 47 zeigen die Anteile der untersuchten Bevölkerung mit tiefer (0-5 Punkte), mittlerer (6-8 Punkte) und hoher (9-12 Punkte) Gesundheitskompetenz „Symptomeinschätzung“.

Tabelle 46: Gesundheitskompetenz „Symptomeinschätzung“ (12 Symptome) nach Herkunft und Geschlecht: Anteile von Personen mit tiefer, mittlerer und hoher Gesundheitskompetenz (Range 0-12 Punkte, Mittelwert Frauen 7.6 Punkte, Mittelwert Männer 7.2 Punkte)

		tief (0-5 Punkte)		mittel (6-8 Punkte)		hoch (9-12 Punkte)	
		%	VI-95 +/-	%	VI-95 +/-	%	VI-95 +/-
Portugal	Frauen	7.0	4.3	49.1	8.4	43.9	8.4
	Männer	14.8	5.9	60.5	8.0	24.7	7.3
Türkei	Frauen	8.3	5.1	74.7	7.8	17.0	6.7
	Männer	16.8	8.0	59.5	9.4	23.7	8.0
Serbien	Frauen	4.4	3.9	67.9	10.0	27.7	9.6
	Männer	5.3	5.1	68.3	10.6	26.4	9.8
Kosovo	Frauen	14.9	6.3	75.9	8.2	9.2	6.1
	Männer	17.9	9.0	65.1	11.2	17.0	9.2

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = 95%-Vertrauensintervall

Die erzielten Mittelwerte variieren sowohl nach Herkunftskategorie als auch nach Geschlecht. Portugiesinnen und Portugiesen erreichten als Mittelwert 7.7 Punkte, Türkinnen und Türken 7.3 Punkte, Serbinnen und Serben 7.6 Punkte und Kosovarinnen und Kosovaren 6.8 Punkte. In allen Herkunftskategorien ausser Kosovo finden sich jeweils weniger Frauen als Männer in der tiefsten Kategorie (Mittelwert aller Frauen 7.6 Punkte, Mittelwert aller Männer 7.2 Punkte bei einem Gesamt-Mittelwert von 7.4 Punkten). In der höchsten Kategorie hingegen ist das Muster gemischt: In den beiden Herkunftsregionen Kosovo und Türkei sind die Männer häufiger vertreten, während Portugiesinnen und Serbinnen häufiger als Portugiesen und Serben eine als hoch eingestufte Gesundheitskompetenz „Symptomeinschätzung“ erreichen. Allerdings überlappen die Vertrauensintervalle häufig, so dass die Geschlechtsunterschiede mit Vorsicht zu interpretieren sind.

2.5.3 Objektivierbare Einzelfragen Gesundheitskompetenz

Zusätzlich zur Gesundheitskompetenz Symptomeinschätzung wurden zwei weitere Fragen mit objektivierbaren Antworten gestellt. Einerseits wurde das spontane Wissen der Ambulanznummer (Tel. Nr. 144) abgefragt, andererseits, ob HIV/AIDS heute heilbar ist. Die gemachten Angaben wurden dabei ebenfalls auf ihre Richtigkeit überprüft.

Beim Spontanwissen der Ambulanznummer geben 27-51% der Befragten richtige Antworten. Abgesehen von den Portugiesinnen sind es aus derselben Herkunftsregion jeweils die Männer, welche die Ambulanznummer häufiger als die Frauen spontan richtig angeben können.

Tabelle 47: Spontanwissen der Ambulanznummer (Telefon Nr. 144) nach Herkunft und Geschlecht

		richtige Tel. Nr. angegeben		falsche Tel. Nr. angegeben		weiss Tel. Nr. nicht	
		%	VI-95 +/-	%	VI-95 +/-	%	VI-95 +/-
Portugal	Frauen	30.5	6.7	23.8	7.6	45.7	7.1
	Männer	27.4	7.3	41.0	6.9	31.5	6.5
Türkei	Frauen	29.4	6.7	20.6	8.2	49.9	7.4
	Männer	36.3	8.2	38.1	6.7	25.6	9.0
Serbien	Frauen	27.7	7.1	14.5	9.4	57.8	8.6
	Männer	36.8	6.7	17.3	9.6	45.9	9.6
Kosovo	Frauen	47.0	5.9	12.2	8.2	40.8	8.6
	Männer	50.6	9.0	28.3	8.0	21.2	9.8

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = 95%-Vertrauensintervall

Tabelle 48: Frage zur Heilbarkeit von HIV/AIDS nach Herkunft und Geschlecht

		richtig (nicht heilbar)		falsch (heilbar)		weiss nicht	
		%	VI-95 +/-	%	VI-95 +/-	%	VI-95 +/-
Portugal	Frauen	83.4	3.7	6.5	5.7	10.2	4.5
	Männer	70.0	4.9	13.0	6.7	16.9	5.5
Türkei	Frauen	50.0	7.3	25.9	8.2	24.2	7.6
	Männer	56.2	6.7	21.1	8.8	22.8	8.4
Serbien	Frauen	63.4	7.4	15.3	9.2	21.3	7.4
	Männer	49.0	7.8	16.4	9.6	34.6	9.6
Kosovo	Frauen	43.1	6.3	15.9	8.4	41.1	8.6
	Männer	58.9	7.1	14.7	9.6	26.4	8.6

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = 95%-Vertrauensintervall

Die Frage nach der Heilbarkeit von HIV/AIDS beantworteten 43-83% richtig (nicht heilbar), ohne dass klare Trends im Verteilungsmuster nach Herkunft und Geschlecht auszumachen sind. Die Portugiesinnen und Serbinnen beantworteten die Frage häufiger richtig als die Männer derselben Herkunftskategorie, während es bei den Türken und Kosovaren die Männer sind, die häufiger eine richtige Antwort abgeben. Auch bei diesen beiden Fragen müssen die Prozentangaben mit Vorsicht interpretiert werden, da die Vertrauensintervalle breit sind.

2.5.4 Subjektive Einschätzung der Gesundheitskompetenz

Bei der Erfragung der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheitskompetenz wurde das Setting der ersten Station im Gesundheitssystem gewählt – die Interaktion mit dem Arzt. Dabei wurde

nach Situationen und Verhaltensweisen gefragt, mit denen die Personen in diesem Zusammenhang bereits hatten Erfahrung sammeln können.

Ein hoher Prozentsatz an Personen fühlt sich bei der Auswahl eines Arztes sicher oder sehr sicher. Auch die direkte Kommunikation mit dem Arzt bereitet der Mehrheit der Migrationsbevölkerung subjektiv eher wenig Schwierigkeiten: 55% bis 88% geben an, die eigenen Anliegen dem Arzt oft/immer verständlich machen zu können, und 56% bis 86% verstehen oft/immer die Informationen des Arztes. Auffallend bei beiden Fragen ist, dass Türkinnen mit 55% (eigene Anliegen dem Arzt verständlich machen) bzw. 56% (Informationen des Arztes verstehen) weitaus den tiefsten Wert aufweisen. Konsistent damit geben sie auch deutlich am häufigsten an, nie die eigenen Anliegen dem Arzt verständlich machen zu können (9.3%) bzw. nie die Informationen des Arztes zu verstehen (10.5%).

Tabelle 49: Über Vor- und Nachteile der Empfehlungen des Arztes nachdenken nach Herkunft und Geschlecht

		nie		selten		manchmal		oft/immer	
		%	VI-95 +/-	%	VI-95 +/-	%	VI-95 +/-	%	VI-95 +/-
Portugal	Frauen	11.7	5.1	7.6	3.9	26.4	6.9	54.3	7.6
	Männer	13.2	4.9	9.0	4.3	24.6	6.5	53.2	7.4
Türkei	Frauen	9.3	4.9	9.5	4.1	27.6	7.6	53.6	8.4
	Männer	14.6	7.8	10.4	5.3	26.4	7.4	48.7	8.8
Serbien	Frauen	15.2	6.9	13.6	6.9	30.4	9.4	40.8	9.6
	Männer	36.5	10.0	10.7	7.6	22.4	8.4	30.4	10.0
Kosovo	Frauen	14.2	6.1	14.4	6.5	28.3	8.2	43.2	8.8
	Männer	10.2	6.1	13.6	7.1	19.2	7.8	57.0	10.0

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = 95%-Vertrauensintervall

Die Frage „Wie ist das bei Ihnen, wenn Sie zu einem Arzt oder einer Ärztin gehen – tauschen Sie sich vor oder nach dem Arztbesuch mit anderen Personen dazu aus, egal ob persönlich, per Telefon oder im Internet etc.“ beantworten die Frauen aus allen Herkunftsregionen häufiger mit oft/immer (18-38%) als die Männer derselben Herkunftsregion (16-36%). Entsprechend geben die Frauen (24-39%) im Vergleich mit den Männern (29-51%) desselben Herkunftslandes auch seltener an, sich nie mit anderen Personen auszutauschen.

Tabelle 50: Suchen von weiteren Informationen, wenn von Informationen des Arztes nicht überzeugt nach Herkunft und Geschlecht

		nie		selten		manchmal		oft/immer	
		%	VI-95 +/-	%	VI-95 +/-	%	VI-95 +/-	%	VI-95 +/-
Portugal	Frauen	14.9	5.7	12.6	5.1	29.9	7.6	42.6	8.0
	Männer	30.2	7.4	15.6	5.7	20.1	6.5	34.0	7.6
Türkei	Frauen	18.2	7.3	8.7	4.1	23.2	7.4	49.9	8.8
	Männer	15.0	5.9	6.7	4.7	29.5	9.2	48.7	9.2
Serbien	Frauen	19.0	8.6	10.1	5.9	25.2	9.2	45.7	10.2
	Männer	30.6	10.8	6.3	4.9	15.8	9.4	47.3	11.8
Kosovo	Frauen	19.7	7.4	13.7	6.5	22.3	8.0	44.3	9.8
	Männer	26.5	10.0	8.5	6.5	28.1	10.2	37.0	10.8

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = 95%-Vertrauensintervall

Während 28% bis 42% die Angabe machen, oft/immer vor wichtigen Entscheidungen zur Gesundheit Informationen zu sammeln, sind es immerhin auch 10% bis 30%, welche dies nach eigenen Angaben nie tun, wobei in der „nie-Kategorie“ die Männer (16-30%) gegenüber den Frauen (10-26%) desselben Herkunftslandes durchgehend häufiger vertreten sind.

Über Vor- und Nachteile der Empfehlungen des Arztes denken lediglich 30% bis 57% der Befragten oft/immer nach. Hier fallen die Serben auf, welche hier mit 30.4% deutlich den tiefsten Wert zeigen. Mit 36.5% geben sie auch weitaus am häufigsten an, nie darüber nachzudenken (9-37%).

Sogar, wenn die Befragten von den Informationen des Arztes nicht überzeugt waren, suchen nur 34% bis 50% nach weiteren Informationen. Ein erstaunlich hoher Prozentsatz (15-31%) tut dies gemäss eigenen Angaben in solchen Situationen sogar nie.

2.5.5 Fazit

Da die Vergleichszahlen zur Schweizer Bevölkerung fehlen, liegt der Fokus der Auswertungen auf Vergleichen zwischen den verschiedenen Herkunftsgruppen.

Bei der Gesundheitskompetenz „Symptomeinschätzung“ erscheint die Streubreite der Anteile von Personen mit 9% bis 44% in der Kategorie „hoch“ gross. Abgesehen vom grössten (Portugiesinnen), und vom kleinsten Anteil (Kosovarinnen) in der höchsten Kategorie bewegen sich die Werte jedoch zwischen 17% und 28%, was einer überschaubaren Streubreite entspricht und auf ein solides Verbesserungspotential schliessen lässt. Eine tiefe Gesundheitskompetenz „Symptomeinschätzung“ wiederum trifft auf 7% bis 18% der Migrationsbevölkerung zu – ein nicht zu vernachlässigender Anteil mit grossem Nachholbedarf in Bezug auf Symptomeinschätzungen.

Ein deutlicher Geschlechterunterschied mit nicht überlappenden Vertrauensintervallen besteht in der höchsten Kategorie der Gesundheitskompetenz „Symptomeinschätzung“ einzig zwischen Kosovarinnen und Kosovaren, wobei die Kosovarinnen hier wesentlich unter dem Niveau aller anderen Herkunftskategorien beider Geschlechter liegen. Lediglich die Türkinnen zeigen im Vertrauensintervall noch einen leichten Überlapp mit den Kosovarinnen.

Dass in den Herkunftsregionen Portugal, Türkei und Serbien in der höchsten Kategorie der Gesundheitskompetenz „Symptomeinschätzung“ ein konsistenter Alterstrend besteht, kann selbst bei weiten Vertrauensintervallen einen Hinweis auf einen tatsächlich bestehenden Effekt geben. Die überr-

schende Umkehrung dieses Alterstrends sowohl bei den Kosovarinnen als auch den Kosovaren deckt daher weiteren Forschungsbedarf auf. Auch wenn die Fallzahlen gerade in der Altersgruppe 50+ klein sind und damit die Vertrauensintervalle entsprechend weit, sollten weiterführende Untersuchungen prüfen, ob kulturelle Hintergründe und Traditionen dabei eine Rolle spielen.

Die beiden objektivierbaren Einzelfragen greifen offensichtlich verschiedene Aspekte von Gesundheitskompetenz ab und erbringen unterschiedlich oft richtige Antworten. Die praktisch wichtige Frage nach dem Spontanwissen der Ambulanznummer können zwischen 27% und 51% der Befragten richtig beantworten. Leichter scheint hingegen die Frage nach der Heilbarkeit von HIV/AIDS zu fallen: 49% bis 83% geben hier eine richtige Antwort ab. Dennoch ist auch hier Verbesserungspotential vorhanden.

Die subjektiven Angaben zum eigenen Verhalten bei der Interaktion mit dem Arzt zeigen je nach der erfragten Dimension ein unterschiedliches Antwortspektrum. Während die Auswahl des Arztes und die Verständigung mit diesem vergleichsweise wenige Probleme bereiten, ist das kritische Hinterfragen von Empfehlungen und Informationen eindeutig noch nicht Standard. Selbst wenn die Informationen des Arztes nicht überzeugen, suchen nur 34% bis 50% nach weiteren Informationen. Hier scheint das Verbesserungspotential besonders gross.

3 Vertiefungsanalysen zum Gesundheitszustand

Im Fokus dieses Kapitels werden die Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitszustand einerseits und soziodemografischen Merkmalen und ausgewählten individuellen und sozialen Ressourcen andererseits herausgearbeitet. Wie in Kapitel 2 beschrieben wurde, stehen für die Beschreibung bzw. Messung des Gesundheitszustands 12 verschiedene Indikatoren zur Verfügung. Neben dem subjektiven Gesundheitszustand wurde der symptombezogene Gesundheitszustand erhoben. Dieser gibt Auskunft darüber, ob die Befragten zurzeit oder innerhalb der letzten 12 Monate wegen einer oder mehrerer Krankheiten in ärztlicher Behandlung sind beziehungsweise waren (vgl. dazu Abschnitt 2.2). Um eine vereinfachte Interpretation der Ergebnisse zu ermöglichen, wurden alle 12 Indikatoren zum Gesundheitszustand dichotomisiert, d.h. sie nehmen entweder den Wert Null oder eins an.

Das Kapitel gibt Antworten auf folgende drei Leitfragen:

- In wieweit können bestehende Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den Migrationsgruppen einerseits und den Schweizerinnen und Schweizern andererseits auf unterschiedliche *individuelle und soziale Ressourcen und Belastungen* zurückgeführt werden?
- Beeinflussen die soziodemografischen und individuellen und sozialen Ressourcen und Belastungen den Gesundheitszustand der Migrantinnen und Migranten in demselben Ausmass wie dies bei den Schweizerinnen und Schweizern festgestellt werden kann? Wo gibt es Unterschiede?
- In welchem Zusammenhang stehen *migrationsspezifische Ressourcen und Belastungen* wie bspw. die Sprachkompetenz oder Diskriminierungserfahrungen und Gesundheitszustand?

Zur Beantwortung der Leitfragen greifen wir auf die Methode der *multivariaten Regressionsanalysen* zurück. Konkret schätzen wir mit Ordinary Least Square (OLS) womit man ein lineares Probabilitätsmodell erhält (LPM) (vgl. dazu bspw. Amemiya, 1977). Die Ergebnisse dieser Analysen geben Auskunft darüber, inwiefern verschiedene erklärende Merkmale (bspw. Alter, Geschlecht, Ausbildung etc.) in ihrer Kombination den Gesundheitszustand beeinflussen. Die aus den Modellrechnungen ermittelten Effekte liefern die Grundlage zur Beantwortung der Hauptfragestellungen.

Wie sich zeigen wird, treten zwischen den Ergebnissen des Monitoring (Kapitel 2) und den im Rahmen dieses Kapitels vorgestellten Ergebnisse zu den vertiefenden Analysen einige scheinbare, aber irritierende Widersprüche auf. So wird beispielsweise im Rahmen der Vertiefungsanalysen festgestellt, dass die Migrationsbevölkerung im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung öfters wegen zu hohem Blutdruck in Behandlung ist. In *Kapitel 2* wurden die deskriptiv festgestellten Unterschiede als nicht signifikant bezeichnet. Es handelt sich dabei jedoch nur um scheinbare Widersprüche, welche auf die unterschiedlichen statistischen Methoden zurückzuführen sind. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass alle Befunde zum Gesundheitszustand in beiden Kapiteln in die gleiche Richtung zeigen, mit den bivariaten Auswertungsmethoden jedoch aufgrund der kleinen Fallzahlen nur z.T. statistische Signifikanz erreichen. Mit der multivariaten Methode wird dieses Problem etwas entschärft, weil man mit dieser Methode in der Lage ist, den Einfluss verschiedener Variablen (bspw. Alter und Geschlecht) auf die Zielgrösse (bspw. Bluthochdruck) gleichzeitig zu testen. Dieser Befund ist durchaus einleuchtend, weil in der Migranten-Stichprobe jüngere Altersgruppen (unter 50 Jahre) stärker vertreten sind, womit die Bluthochdruck-Differenz mit den bivariaten Auswertungsmethoden gewissermassen verschleiert bleibt.

3.1 Erklärung der gesundheitlichen Unterschiede

Bei der Beantwortung der Frage nach Erklärungen für bestehende gesundheitliche Unterschiede zwischen den Migrationsgruppen und der einheimischen Bevölkerung gehen wir schrittweise vor.

- In einem ersten Schritt untersuchen wir, bei welchen Grössen zur Beschreibung des Gesundheitszustands unter Berücksichtigung *des Alters- und Geschlechtereffekts* zwischen der Migrati-

onsbevölkerung und der einheimischen Bevölkerung signifikante Unterschiede bestehen und wie gross diese sind.

- Mit dem zweiten Schritt wird für die einheimische Bevölkerung in Form einer *Referenzschätzung* der Einfluss von Alter, Geschlecht und der verschiedenen Indikatoren im Bereich der individuellen und sozialen Ressourcen und Belastungen auf die Indikatoren zum Gesundheitszustand geschätzt.
- Die ermittelten Effekte werden im letzten Schritt auf die Migrationsgruppen übertragen. Dabei wird für jede ausländische Person die Wahrscheinlichkeit berechnet, dass der untersuchte Zustand (Gesundheitsindikator) eintritt oder nicht. Aus den berechneten Werten lässt sich ableiten, zu welchem Anteil die bestehenden Differenzen zu den Schweizerinnen und Schweizern erklärt werden können.

3.1.1 Verbleibende Unterschiede unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

Um zu testen, ob unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht signifikante Unterschiede zwischen den Migrationsgruppen und der einheimischen Bevölkerung bestehen, wurde für jeden Gesundheitsindikator eine Regressionsanalyse durchgeführt. Als erklärende Grössen wurde das Alter, das Geschlecht, der sogenannte Interaktionseffekt (Alter*Geschlecht) und für jede Migrationsgruppe eine Dummy-Variable eingesetzt. Die (signifikanten) Koeffizienten für die «Länder-Dummies» sind in *Tabelle 51* aufgeführt. Daraus wird ersichtlich, dass bei gleichzeitiger Berücksichtigung von Alter und Geschlecht in den meisten Fällen die Werte der verschiedenen Indikatoren zum Gesundheitszustand bei den Migrationsgruppen schlechter sind als diejenigen der Schweizerinnen und Schweizer. Je nach Indikator und Migrationsgruppe sind die Unterschiede beträchtlich. So ist bspw. die Wahrscheinlichkeit, wegen Nieren- oder Lungenproblemen in ärztlicher Behandlung zu sein bei fast allen Migrationsgruppen mehr als doppelt so hoch wie bei den Schweizerinnen und Schweizern. Behandlungen aufgrund von Depressionen oder Migräne stellen vor allem bei Niedergelassenen oder Aufenthaltlern aus Portugal oder der Türkei ein erhöhtes Problem dar. Durchgehend mehr in Behandlung als Schweizerinnen und Schweizer sind alle betrachteten Migrationsgruppen wegen zu hohem Blutdruck. Hingegen geben ausser den Personen aus der Türkei weniger Migrantinnen und Migranten an, dass sie eine dauerhafte Krankheit oder ein dauerhaftes gesundheitliches Problem hätten. Das Ergebnis erstaunt auf den ersten Blick. Eine Erklärung dafür liefern zusätzlich durchgeführte Analysen. Migrantinnen und Migranten, die erst seit kurzer Zeit in der Schweiz sind (Aufenthaltsdauer geringer als 3 Jahre), sind auch unter Kontrolle von Alter und Geschlecht deutlich weniger oft von einer dauerhaften Krankheit betroffen als Schweizerinnen und Schweizer, d.h. neu in die Schweiz einreisende Migrantinnen und Migranten sind im Vergleich zu den Schweizerinnen und Schweizer eher in besserer psychischer und physischer Verfassung (vgl. dazu Abschnitt 3.3).

Tabelle 51: Differenzen zwischen Migrationsgruppen und einheimischer Bevölkerung unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht in Prozentpunkten

		Schweiz (Referenz)	Differenz gegenüber Schweizer/innen in Prozentpunkten					
			Niedergelassene/Aufenthalter			Eingebürgerte		
			Portugal	Türkei	Serbien	Kosovo	Türkei	Kosovo
Gesundheits- zustand	subjektive Gesundheit: nicht gut	8.6%	-	17.7	10.7	7.1	17.6	9.5
	dauerhafte Krankheit	27.4%	-5.9	-	-9.8	-9.6	-	-8.5
	Einschränkungen durch ges. Problem	22.2%	-	13.8	7.7	-	7.9	-
in Behandlung wegen...	Allergie	6.2%	-	3.9	-	-2.8	0	-
	Blutdruck	9.3%	5.6	5.4	6.1	6.9	4.7	6.3
	Nieren	0.8%	2.4	2.5	1.5	1.6	3.2	2
	Lungen	1.4%	1.9	2.5	2.2	1.3	2.7	-
	Arthrose	5.3%	5.6	5.2	3.5	-	7	-
	Depression	4.0%	4.9	8.2	-	-	7.7	-
	Migräne	2.6%	5.6	9.2	-	-	9.8	4.6
	Osteoporose	1.4%	-	-	1.6	-	-	-
	psychisches Leiden	5.5%	-	4.4	-	-4.5	-	-

Erläuterung:

Wert>0 Gesundheitszustand ist im Vergleich zu Schweizer/innen signifikant schlechter

Wert<0 Gesundheitszustand ist im Vergleich Schweizer/innen signifikant besser

- kein signifikanter Unterschied zu Schweizer/innen

Basis: Schätzmodell mit Kernstichprobe, Zusatzstichprobe 2 (Eingebürgerte) und Schweizer/innen und folgenden erklärenden Grössen: Alter, Geschlecht, Alter*Geschlecht, Länder-Dummy zu jeder Migrationsgruppe

Quelle: GMM 2010. Eigene Berechnungen

Lesebeispiele:

subjektive Gesundheit: 8.6% der Schweizer/innen schätzen ihre Gesundheit als nicht gut ein (Schweiz, Referenz). Bei den Türk/innen ist dieser Anteil um 17.7% signifikant höher und beträgt demnach 26.3% (8.6%+17.7%).

dauerhafte Krankheit: 27.4% der Schweizer/innen geben an, dass sie eine dauerhafte Krankheit hätten. Bei den Migrantinnen und Migranten aus Portugal ist der Wert um 5.9% signifikant tiefer und beträgt 21.3%. Bei den Personen aus Serbien und dem Kosovo ist der Anteilswert im Vergleich zu den Schweizer/innen sogar um knapp 9.8% bzw. 9.6% tiefer.

3.1.2 Merkmale und Indikatoren zur Erklärung der Unterschiede

Bevor wir die Ergebnisse zur Erklärung der Differenzen vorstellen, werden zuerst die Merkmale und Grössen vorgestellt, mit denen die (signifikanten) gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Migrationsgruppen und der einheimischen Bevölkerung erklärt werden sollen. In *Tabelle 52* sind die Durchschnittswerte bzw. Anteilswerte für die Personen aus den verschiedenen Herkunftsländern aufgeführt. Dort wo es möglich ist, wurden die Werte mit denjenigen der Schweizerinnen und Schweizer verglichen. Der Vergleich macht deutlich, dass sich die Migrationsgruppen in fast allen Merkmalen signifikant von den Schweizerinnen und Schweizer unterscheiden. Grundsätzlich können für die durchgeführten Analysen zur Erklärung der Unterschiede nur diejenigen erklärenden Grössen berücksichtigt werden, welche sowohl für Schweizerinnen und Schweizer als auch für Migrantinnen und Migranten vorhanden sind. Dies sind neben dem *Alter* und dem *Geschlecht* insgesamt sieben Grössen. Es sind dies das *Ausbildungsniveau*, der *Erwerbsstatus* (erwerbstätig ja/nein), das *Erreichen des AHV-Alters* (ja/nein), die erfahrene *soziale Unterstützung*, das Mass an *Kontrollüberzeugungen* (Mastery-Skala), der *verfügbare Wohnraum* pro Person (Anzahl Zimmer pro Person) und der Wohnort auf der Dimension *Stadt/Land*⁷. Zusätzlich vorgestellt werden am Ende des Kapitels auch vier migrationsspezifische Grössen und in Zusammenhang mit den Gesundheitsindikatoren gebracht. Es handelt sich um die *Aufenthaltsdauer*, die *Sprachkompetenz*, *Diskriminierung in der Schweiz* und *Gewalt oder politische Verfolgung* im Herkunftsland.

⁷ Im Rahmen der vorliegenden Analysen konnte der Einfluss des beruflichen Status und der Arbeitssituation (Belastungen am Arbeitsplatz) noch nicht analysiert werden, weil dazu nochmals eine Vielzahl neuer Modellvarianten hätte entwickelt werden müssen. Dies war aus forschungsökonomischen Gründen nicht möglich. Auf den Einbezug des Einkommens in die Modellrechnungen wurde verzichtet, weil relativ viele Personen keine genauen Angaben zum Einkommen gemacht haben. Zudem muss noch ein Weg gefunden werden, wie die Einkommen der aus der SGB 2007 stammenden Schweizerinnen und Schweizer mit denjenigen der Migrantinnen und Migranten aus dem GMM vergleichbar gemacht werden können, weil die Frage anders gestellt wurde?

Im Folgenden werden diejenigen Indikatoren vorgestellt, welche von ihrer Bezeichnung her nicht selbsterklärend sind.

Ausbildungsniveau

Bei der Ausbildung unterscheiden wir zwischen drei Niveaus: In der ersten Gruppe sind alle Personen zusammengefasst, welche nach der obligatorischen Schulzeit keine Ausbildung abgeschlossen haben. Die zweite Stufe (Sek II) umfasst alle Personen, welche entweder eine Berufslehre (inkl. Vorlehre) abgeschlossen haben oder über die Maturität verfügen. Wer über eine höhere berufliche oder allgemeine Ausbildung, einen Abschluss auf Stufe Fachhochschule oder Universität verfügt, wird der dritten Stufe (Tertiäre Ausbildung) zugerechnet.

soziale Unterstützung

Grundsätzlich gehen wir davon aus, dass es zwischen der sozialen Unterstützung und einem (besseren) Gesundheitszustand einen Zusammenhang gibt. Dass ein Einfluss von sozialer Unterstützung sowohl auf das psychische Wohlbefinden als auch auf die körperliche Gesundheit wurde in vielen empirischen Studien belegt (vgl. dazu bspw. Review von Ucino 2006).

In den Indikator zur sozialen Unterstützung, dessen Wert zwischen 1 (Minimum) und 5 (Maximum) liegt, fliessen die Informationen aus folgenden fünf Items bzw. Fragen:⁸

- *Falls Sie Gesellschaft suchen, Hilfe oder eine andere Form von Unterstützung brauchen, inwiefern (steht Ihnen bei Bedarf eine Person zur Seite, die...⁹*
 - ... Ihnen zuhört, falls Sie sich aussprechen möchten?*
 - ... Ihnen in Krisensituationen zu Seite steht?*
 - ... Sie gern hat und Ihnen das Gefühl gibt, geschätzt zu sein?*
- *Wie oft treffen Sie sich mit Familienmitgliedern bei Ihnen daheim oder bei denen daheim?¹⁰*
- *Wie oft treffen Sie sich mit Freunden oder Bekannten bei Ihnen daheim oder bei denen daheim?*

Stadt/Land

Die Klassifizierung erfolgte anhand der Gemeindenummer der Wohnortgemeinde der befragten Person und dem vom BFS zur Verfügung gestellten Gemeindemasterfile. Städtische und Agglomerationsgemeinden wurden zu einer Kategorie (Stadt) zusammengefasst, womit die restlichen Gemeinden zu den ländlichen gehören.

Kontrollüberzeugungen (Mastery)

Die sogenannte «Mastery-Skala», die in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung verwendet wird, geht auf die Pearlin-Mastery-Scale zurück, welche in ihrer ursprünglichen Form 7 Items umfasst. Die Skala ist eines der am weitesten verbreiteten Instrumente zur Messung des psychologischen Konstrukts der Kontrollüberzeugung und umfasst in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung vier Fragen.¹¹

Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

⁸ Die Werte für jedes der 5 Items [1-5] wurden zusammengezählt und die daraus resultierende Summe durch 5 dividiert. Je höher der Wert, umso mehr soziale Unterstützung ist vorhanden.

⁹ Antwortskala: immer (5); meistens (4); manchmal (3); selten (2); nie (1)

¹⁰ Antwortskala: täglich oder beinahe täglich (5); mindestens einmal pro Woche (4); mindestens einmal pro Monat (3); mindestens einmal pro Jahr (2); fast nie (weniger als einmal pro Jahr oder nie) (1)

¹¹ Die Antworten wurden in drei Kategorien zusammengefasst: tiefe, mittlere und hohe Kontrollüberzeugung.

- *Ich werde mit einigen meiner Probleme nicht fertig*
- *Ich fühle mich im Leben gelegentlich hin und hergeworfen*
- *Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die ich erlebe*
- *Oft fühle ich mich meinen Problemen ausgeliefert*

Die Überzeugung, das eigene Leben selbstbestimmt gestalten zu können, scheint ein wichtiger Faktor für die Gesundheit zu sein. Zu diesem Schluss kommen auch Lamprecht und Stamm et al. (2010). Basierend auf Datenanalysen der SGB schreiben sie, dass „*Menschen, die über diese so genannte Kontrollüberzeugung verfügen, eine bessere Gesundheit, mehr Lebensfreude und weniger depressive Symptome haben als Menschen, bei denen diese Überzeugung weniger ausgeprägt ist*“. In wieweit dies auch für die im Fokus stehenden Migrantinnen und Migranten gilt, soll im Rahmen dieser Analysen geklärt werden.

Aufenthaltsdauer

Bei der Aufenthaltsdauer unterscheiden wir zwischen Migrantinnen und Migranten, welche sich erst seit relativ kurzer Zeit, d.h. nicht länger als drei Jahre, in der Schweiz aufhalten und dem Rest. Dass die Grösse dichotom ausgeprägt und nicht metrisch ist, hat seinen Grund. Es geht dabei darum zu überprüfen, mit welchem Gesundheitszustand die Personen in die Schweiz einreisen und inwieweit sich diese unter Berücksichtigung der anderen Grössen von Migrantinnen und Migranten unterscheiden, welche schon länger in der Schweiz sind.

Sprachkompetenz

Die Sprachkompetenz wurde im Rahmen vom GMM II relativ detailliert abgefragt. So sind bspw. Informationen vorhanden, ob die Befragten in verschiedenen Bereichen (Freizeit, Arbeit, Behörden) in der Lage sind, die wesentlichen Dinge zu verstehen und einfache Gespräche zu führen. Im Rahmen der durchgeführten Analysen stützen wir uns bei der Sprachkompetenz jedoch ausschliesslich auf die Antwort zur Frage, wie gut jemand eine der drei Landessprachen spricht. Es wird zwischen den vier Stufen sehr gut (4), gut (3), mittelmässig (2) und schlecht oder sehr schlecht (1) unterschieden.

Diskriminierung in der Schweiz und Gewalt und politische Verfolgung im Herkunftsland

Beide für die Vertiefungsanalysen benutzten Grössen zum Thema Diskriminierung und politische Verfolgung fliessen dichotomisiert (ja/nein) in die Modellrechnungen ein. Zur Diskriminierungserfahrung sind grundsätzlich noch deutlich mehr Informationen in den Daten vorhanden. So werden diejenigen Personen, welche angeben, dass es schon vorgekommen ist, dass sie sich gelegentlich schon diskriminiert gefühlt hätten, weiter gefragt, wie häufig dies schon vorgekommen und aus welchen Gründen (Sprache, Hautfarbe, Glauben) und in welchen Bereichen (Schule, Arbeitssuche etc.) dies passiert sei. Die detaillierteren Angaben zur Diskriminierung führten bei den durchgeführten Modellrechnungen nicht zu einer erhöhten Erklärungskraft, sind aber durchaus eine Quelle für weitere vertiefende Analysen.

Tabellarische Übersicht zu den verwendeten Grössen

Anhand der in *Tabelle 52* enthaltenen Merkmale werden im Folgenden die vier im Fokus dieser Untersuchung stehenden Migrationsgruppen beschrieben. Anschliessend werden anhand dieser Zahlen kurze «Länderportraits» zu der anwesenden Migrationsbevölkerung vorgestellt.

Tabelle 52: Für die Erklärung der Unterschiede verwendete Grössen

	Niedergelassene und Aufenthalter				Eingebürgerte		Schweiz
	Portugal	Türkei	Serbien	Kosovo	Türkei	Kosovo	
Geschlecht (Frauenanteil)	44%	45%	49%	46%	49%	50%	53%
Durchschnittsalter in Jahren	37.9	39.1	39.9	36.2	32.8	32.2	44.2
Durchschnittl. Anzahl Zimmer pro Person	1.07	1.17	1.11	0.94	1.02	0.92	1.86
Ausbildungsniveau							
ohne nachoblig. Abschluss	58.0%	51.4%	34.2%	46.8%	32.2%	37.9%	5.8%
Sekundarstufe II	35.4%	38.3%	54.1%	49.3%	49.4%	55.7%	63.9%
Tertiäre Ausbildung	6.6%	10.3%	11.7%	3.9%	18.4%	6.4%	30.3%
soziale Unterstützung [1-5]	4.03	3.85	4.13	4.07	3.98	4.29	4.05
im AHV-Alter	0.3%	8.6%	5.0%	3.4%	2.1%	2.7%	11.7%
erwerbstätig	85.3%	54.2%	71.6%	66.2%	74.9%	71.8%	74.8%
Kontrollüberzeugungen [1-3]	2.2	2.2	2.2	2.5	2.4	2.7	2.2
Wohnort: ländliche Gegend	21%	16%	17%	23%	15%	21%	29%
Aufenthaltsdauer <= 3 Jahre	20%	8%	8%	9%	-	-	
Beherrschung einer Landessprache							
gar nicht oder schlecht	3%	7%	9%	9%	1%	1%	
mittelmässig	40%	36%	27%	31%	24%	17%	
gut	35%	27%	32%	31%	27%	41%	
sehr gut	23%	31%	32%	29%	48%	42%	
Diskriminierungserfahrung in der Schweiz	25%	31%	24%	11%	31%	19%	
Polit. Verfolgung / Gewalt im Herkunftsland	1%	15%	3%	9%	15%	20%	

Fett: Signifikanter Unterschied zu Schweizerinnen und Schweizer

Bemerkung: Die Grössen «Anteil an Frauen», «Durchschnittsalter», «Anteil der Bevölkerung mit einer Aufenthaltsdauer von 3 Jahren oder weniger» entsprechen aufgrund der verwendeten Gewichtung exakt den Werten in der Gesamtpopulation (Basis ZEMIS). Die restlichen Angaben beruhen auf Selbstangaben.

Portugal

Bei der portugiesischen Migrationsbevölkerung gibt es mit 44% etwas weniger Frauen als Männer. Die Portugiesinnen und Portugiesen sind mit einem Durchschnittsalter von 37.9 Jahren im Vergleich zu den übrigen Migrationsgruppen relativ jung; im Vergleich zu den Schweizer/innen sind sie sogar deutlich jünger. Ein Fünftel aller Portugiesinnen und Portugiesen ist erst seit relativ kurzer Zeit (3 Jahre oder weniger) in der Schweiz. Dies ist mit Abstand der grösste Anteil im Vergleich mit den anderen Migrationsgruppen. Diese drei Werte – der Anteil an Frauen, das Durchschnittsalter und der Anteil der Bevölkerung mit einer Aufenthaltsdauer unter 3 Jahren – entspricht exakt den Werten aus dem ZEMIS.

Die Mehrheit der befragten portugiesischen Migrantinnen und Migranten (58%) haben nur die obligatorische Schule abgeschlossen und darüber hinaus keine weitere Ausbildung absolviert. Weitere 35% haben die Sekundarstufe II abgeschlossen und nur 7% verfügen über eine tertiäre Ausbildung. Die Portugiesinnen und Portugiesen sind im Vergleich zu den übrigen Migrationsgruppen eher schlechter ausgebildet – im Vergleich zu den Schweizerinnen und Schweizern sind die Unterschiede noch viel grösser.

Die meisten der Portugiesinnen und Portugiesen sind erwerbstätig (85.3%) und wohnen in der Stadt (20% wohnen auf dem Land). Im Durchschnitt bewohnen portugiesische Migrantinnen und Migranten 1.1 Zimmer pro Person. Dieser Wert ist bei allen Migrationsgruppen ähnlich hoch, ist jedoch deutlich tiefer als bei den Schweizerinnen und Schweizern, bei denen jede Person im Durchschnitt 1.9 Zimmer

bewohnt. Die Mehrheit verfügt, wie auch die Schweizerinnen und Schweizer über eine gute soziale Unterstützung (4 auf einer Skala von 1 bis 5).

Etwas mehr als die Hälfte beherrscht mindestens eine der Landessprachen gut (35%) oder sehr gut (23%). Nur 3% schätzen ihre Sprachkenntnisse als schlecht oder nicht vorhanden ein. Im Vergleich zu den weiteren Migrationsgruppen schätzen die Portugiesinnen und Portugiesen ihre Kenntnisse einer Landessprache eher schlechter ein.

Im Bereich der personalen Ressourcen greifen wir wie erwähnt auf die Mastery-Skala zurück, welche eine enge inhaltliche Beziehung zum Konstrukt der Kontrollüberzeugungen und der Selbstwirksamkeit hat, zurück. Auf der Skala, die von 1 bis 3 reicht (1=tiefes Kontrollniveau, 2 = mittleres Niveau und 3 = hohes Niveau), unterscheiden sich die Portugiesinnen und Portugiesen nicht von den Schweizerinnen und Schweizern.

Ein Viertel der portugiesischen Migrantinnen und Migranten fühlte sich in der Schweiz mindestens schon einmal diskriminiert. Politische Verfolgung oder Gewalt im Herkunftsland hat hingegen nur 1% aller Portugiesinnen und Portugiesen erlebt.

Serbien

Die serbische Migrationsbevölkerung weist mit 39.1 Jahren das höchste Durchschnittsalter aller Migrationsgruppen aus, und mit 71.6% eine ähnliche Erwerbsquote wie die Schweizer/innen.

Im Vergleich zu den Schweizer/innen haben zwar immer noch sehr viele befragten Personen keinen nachobligatorischen Abschluss (34%), dieser Wert ist aber deutlich tiefer als bei allen anderen Migrationsgruppen. Auch die Sprachkenntnisse einer Landessprache sind tendenziell besser als die der anderen Migrantengruppen (allerdings sind es 9% der Personen, die schlechte oder gar keine Sprachkenntnisse angeben, was vergleichsweise hoch ist).

Türkei

Bei den befragten Personen, die aus der Türkei stammen, sind die nicht-eingebürgerten deutlich älter (39.1 Jahre) als die eingebürgerten (32.8 Jahre), beide Gruppen sind jedoch jünger als der Durchschnitt der Schweizer/innen.

Von den nicht-eingebürgerten Türkinnen und Türken sprechen 57.4% eine der Landessprachen gut oder sehr gut. Im Vergleich zu den restlichen Migrationsgruppen sind ihre Sprachkompetenzen eher etwas tiefer. Ähnliches gilt für die Ausbildung: Die Hälfte hat keinen nachobligatorischen Abschluss. Die eingebürgerten Personen haben demgegenüber eine deutlich bessere Ausbildung und deutlich bessere Sprachkenntnisse: Zwei Drittel haben einen Abschluss auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe und drei Viertel sprechen eine der Landessprachen gut oder sehr gut.

Der Anteil der Erwerbstätigen ist bei den nicht-eingebürgerten Personen im Vergleich zu den anderen Migrationsgruppen sehr tief (54.2%). Bei den eingebürgerten Personen ist er deutlich höher (74.9%) und in etwa auf dem gleichen Niveau wie bei der einheimischen Bevölkerung.

Wenig unterscheiden sich die eingebürgerten und nicht eingebürgerten Personen aus der Türkei bezüglich Diskriminierungserfahrungen in der Schweiz. Davon betroffen ist knapp ein Drittel (31%), was den höchsten Wert unter den Migrationsgruppen darstellt. Auch der Anteil an Personen, die angeben, dass sie im Herkunftsland politischer Verfolgung oder Gewalt ausgesetzt waren, ist mit 15% im Vergleich zu den anderen relativ hoch.

Kosovo

Bei den befragten Personen aus dem Kosovo lässt sich ebenfalls ein Altersunterschied zwischen den nicht-eingebürgerten und den eingebürgerten Personen feststellen: Die eingebürgerten Personen sind mit 32.2 Jahren im Durchschnitt jünger als die nicht-eingebürgerten mit 36.2 Jahren. Beide Gruppen sind wiederum deutlich jünger als die durchschnittliche Schweizer Bevölkerung.

Die Ausbildung der nicht-eingebürgerten Personen aus dem Kosovo liegt etwa im Mittelfeld der vier (nicht-eingebürgerten) Migrationsgruppen. Zwar ist auffällig, dass nur sehr wenige Personen über eine tertiäre Ausbildung verfügen, gleichzeitig ist aber auch der Anteil der Personen ohne nachobligatorischen Abschluss vergleichsweise gering. Die eingebürgerten Personen verfügen im Vergleich zu den nicht eingebürgerten tendenziell über eine bessere Ausbildung.

Die Kenntnisse einer Landessprache der nicht-eingebürgerten Kosovarinnen und Kosovaren liegen etwa im Mittelfeld, wenn man sie mit den restlichen (nicht-eingebürgerten) Migrantengruppen vergleicht: Etwa 60% geben an, eine Landessprache gut oder sehr gut zu beherrschen. Die eingebürgerten Personen aus dem Kosovo haben deutlich bessere Sprachkenntnisse: 82.6% sprechen eine der Landessprachen gut oder sehr gut. Dieser Anteil ist leicht höher als bei den aus der Türkei stammenden Eingebürgerten.

Der Anteil der Erwerbstätigen liegt bei den nicht-eingebürgerten Kosovarinnen und Kosovaren bei 66.2%. Er ist damit höher als bei den nicht-eingebürgerten Türk/innen, aber tiefer als bei den Personen aus Portugal oder Serbien. Bei den eingebürgerten Personen aus dem Kosovo ist die Quote mit 71.8% deutlich höher und ist vergleichbar mit demjenigen der Schweizerinnen und Schweizer.

Deutliche Unterschiede zwischen den eingebürgerten und nicht-eingebürgerten Personen bestehen bei der Erfahrung von politischer Verfolgung und Gewalt: Während ein Fünftel der Eingebürgerten politische Verfolgung erfahren musste, ist dies mit 9% bei den Nicht-Eingebürgerten deutlich weniger der Fall. Geringere Unterschiede sind bei den Diskriminierungserfahrungen zu beobachten: 19% der eingebürgerten und 11% der nicht-eingebürgerten Personen fühlten sich in der Schweiz schon diskriminiert.

Auffällig ist bei beiden Gruppen das Ausmass der Kontrollüberzeugung: Die nicht-eingebürgerten und – noch etwas stärker – die eingebürgerten Personen aus dem Kosovo weisen im Durchschnitt ein höheres Kontrollniveau auf als die Schweizerinnen und Schweizer.

3.1.3 Ergebnisse

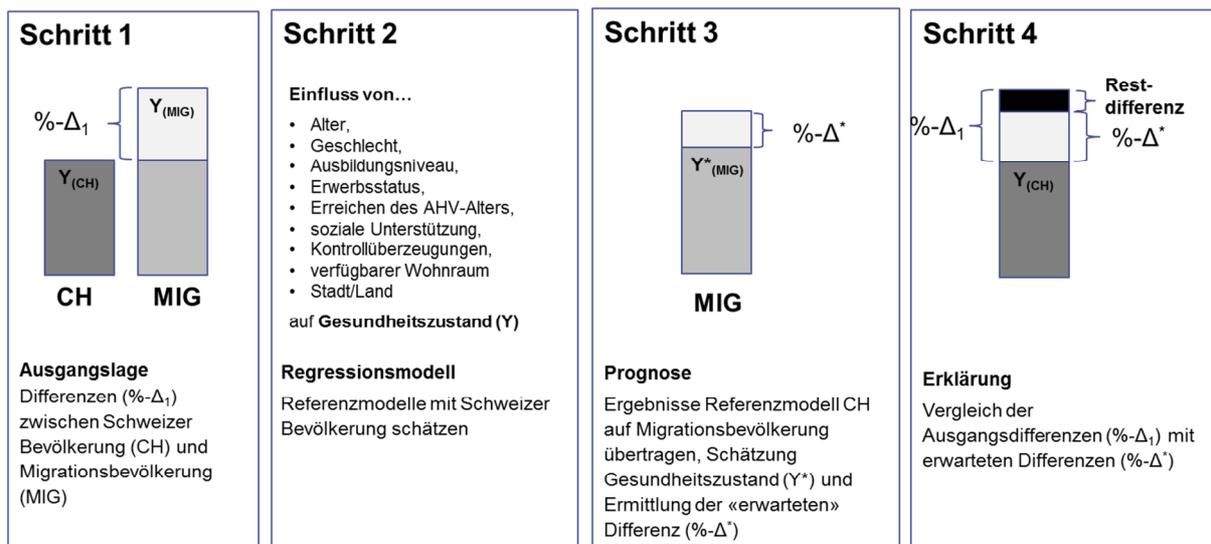
Mit Hilfe von Regressionsanalysen wurde überprüft, zu welchem Anteil man mit den sieben zusätzlich zum Alter und Geschlecht berücksichtigten Indikatoren (vgl. Abschnitt 3.1.2) in der Lage ist, die Differenzen zu den Schweizerinnen und Schweizern zu erklären. Die Ergebnisse in verdichteter Form sind in *Tabelle 53* übersichtsmässig dargestellt.

Die in *Tabelle 53* enthaltenen Prozentwerte geben Auskunft darüber, wie «gut» man in der Lage ist, mit den für die Modellrechnungen berücksichtigten erklärenden Grössen die in *Tabelle 51* vorgestellten signifikanten gesundheitlichen Unterschiede zu den Schweizerinnen und Schweizern zu erklären. Sofern das Modell «funktioniert», liegt der Wert zwischen 0 und 100%. Wie aus der Tabelle ersichtlich wird, liegen in den meisten Fällen die Werte zwischen 1% und 77%. Ein Wert von einem Prozent bedeutet, dass mit Hilfe der verwendeten erklärenden Grössen nur gerade 1 Prozent der bestehenden Unterschiede zu den Schweizer/innen zu erklären (bspw. subjektiver Gesundheitszustand Eingebürgerte Kosovo). Im besten Fall (Arthrose; Aufenthalter Kosovo) können die bestehenden Unterschiede mit Hilfe der Modellrechnung jedoch bis zu 77% erklärt werden. Grundsätzlich erachten wir einen Erklärungsgehalt von über 10% als gut, einen von unter 10% als eher gering. Entsprechend sind in der Tabelle die Werte mit einem Erklärungsgehalt von über 10% schwarz und solche von 10% oder weniger grau eingefärbt. Es hat sich jedoch auch gezeigt, dass in rund einem Fünftel aller zu erklärenden Differenzen das Modell nicht geeignet ist, um diese zu erklären. In der Tabelle sind die entsprechenden Zellen grau eingefärbt.

Die Basis für die dargestellten Ergebnisse bilden die Ergebnisse von insgesamt 10 Regressionsschätzungen, für jede der 10 Zielgrössen eine. Die Schätzung wird ausschliesslich mit den Schweizerinnen und Schweizern durchgeführt. Dabei wird ermittelt, in welchem Zusammenhang das Auftreten einer bestimmten Krankheit (bspw. hoher Blutdruck) mit den insgesamt 9 erklärenden Grössen (*Alter, Ge-*

schlecht, Ausbildungsniveau, Erwerbsstatus, Erreichen des AHV-Alters, soziale Unterstützung, Kontrollüberzeugungen, verfügbare Wohnraum pro Person und Stadt/Land) steht. Der so ermittelte Einfluss für jede der einzelnen Grössen lässt sich mit Hilfe der Schätztechnik quantifizieren (geschätzte Koeffizienten). Insgesamt bestätigen sich die erwarteten Zusammenhänge mehrheitlich. Detailliert werden diese im *Abschnitt 3.2* vorgestellt. So hat sich bspw. gezeigt, dass die Kontrollüberzeugung einen vergleichsweise starken Einfluss auf den Gesundheitszustand aufweist, wogegen der verfügbare Wohnraum eher eine untergeordnete Rolle spielt. Die auf diese Weise bei der einheimischen Bevölkerung ermittelten Zusammenhänge werden in einem zweiten Schritt auf die verschiedenen Migrationsgruppen «übertragen». Damit lässt sich für jede Migrationsgruppe und für jeden Gesundheitsindikator eine Prognose erstellen. Diese schätzt, wie gross der Anteil an «kranken» Migrantinnen und Migranten ist, wenn dieselben Zusammenhänge zwischen der zu erklärenden und den erklärenden Grössen wie bei den Schweizer/innen gelten würden. Umgangssprachlich formuliert, schätzt man dabei den Anteil an kranken (oder gesunden) Migrantinnen und Migranten, wenn diese Schweizer/innen wären. In einem letzten Analyseschritt wird die Differenz zwischen dem Schätzwert und dem Referenzwert der Schweizer/innen gebildet und mit der ursprünglich vorhandenen Differenz verglichen. Indem man die beiden Werte dividiert, erhält man so die in *Tabelle 53* ausgewiesenen Werte. *Abbildung 2* zeigt nochmals zusammenfassend das methodische Vorgehen in den vier Analyseschritten.

Abbildung 2: Methodisches Vorgehen



Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 53: Anteil der erklärten Differenzen zwischen Gesundheitszustand der Migrationsgruppen und Schweizer/innen

	Niedergelassene/Aufenthalter				Eingebürgert	
	Portugal	Türkei	Serbien	Kosovo	Türkei	Kosovo
Ges. subjektiv: nicht gut	-	19%	12%	10%	18%	1%
dauerhafte Krankheit	16%	-	x	-	-	-
Einschränkungen im Alltag	-	13%	3%	x	54%	-
Allergie	-	x	-	-	-	33%
Blutdruck	20%	27%	28%	17%	19%	11%
Nieren	2%	10%	17%	x	x	-
Lungen	13%	24%	17%	9%	20%	-
Arthrose	15%	23%	16%	77%	23%	-
Depression	8%	9%	-	x	x	x
Migräne	4%	2%	-	5%	x	-
Legende	-	Ausgangsdifferenz nicht signifikant				
	16%	Differenzen werden mit Schätzmodell zu mehr als 10% erklärt				
	4%	Differenzen werden mit Schätzmodell zu weniger als 10% erklärt				
	x	Schätzmodell kann Differenzen nicht erklären				

Basis: Referenzmodell Schweizer/innen mit folgenden erklärenden Grössen: *Alter, Geschlecht, Alter*Geschlecht, Ausbildungsniveau, Erwerbsstatus, Erreichen des AHV-Alters, soziale Unterstützung, Kontrollüberzeugungen, verfügbare Wohnraum pro Person und Stadt/Land*

Quelle: GMM 2010. Eigene Berechnungen

Mehrheitlich gut erklärt wird die im Vergleich zu den Schweizerinnen und Schweizern deutlich schlechtere Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Der Anteil der Erklärung an den Differenzen liegt, ausser bei den Migrationsgruppen aus dem Kosovo, über 10%. Auch die im Vergleich zu den Schweizerinnen und Schweizern durchwegs höhere Behandlungswahrscheinlichkeit wegen Bluthochdruck, Problemen mit den Lungen und Arthrose lassen sich mit den verwendeten Grössen insgesamt gut erklären. Der Erklärungsgehalt liegt mehrheitlich zwischen guten 17% und 28%.

Praktisch nicht oder in sehr unterschiedlichem Ausmass erklären lassen sich die unterschiedlichen Anteile an Personen mit einer *dauerhaften Krankheit*, mit *Einschränkungen im Alltag* und die Behandlungswahrscheinlichkeit wegen *Depressionen*, *psychischen Problemen* und *Migräne*. Ein Blick auf den Erklärungsgehalt nach Herkunftsland zeigt zudem recht deutlich, dass die Unterschiede zu den Personen aus dem Kosovo mit den verwendeten Grössen ausser in wenigen Ausnahmen (Bluthochdruck und Arthrose) eher schlecht erklärt werden können.

Aufgrund dieser doch eher heterogenen Ergebnisse stellt sich die Frage, weshalb es in einigen Fällen gelingt, die Unterschiede relativ gut zu erklären und in anderen nicht. Die Antwort darauf hängt zum einen damit zusammen, dass sich das Auftreten gewisser Krankheiten mit den im Modell verwendeten Grössen insgesamt nur sehr schlecht erklären lassen. Dazu zählen bspw. die Nierenkrankheiten, die Allergien, die Migräne, aber auch Depressionen.¹² Ein zweiter Grund dafür, dass die Modelle unbefriedigende Resultate liefern, liegt in der den Berechnungen zugrunde liegende Annahme, dass die bei den Schweizerinnen und Schweizern ermittelten Effekte erstens in dieselbe Richtung weisen und zweitens in etwa gleich stark sind wie bei den Migrationsgruppen. Trifft insbesondere die erste Annahme nicht zu, wird man nicht in der Lage sein, Unterschiede zu erklären. Genau in solchen Fällen kann es vorkommen, dass man mit der angewandten Methode und den verwendeten erklärenden Grössen die bestehenden Unterschiede nicht erklären kann. Wie ein Vergleich der geschätzten Koeffizienten für die Schweizer und die Migrationsbevölkerung zeigt, sind tatsächlich in einigen Fällen sehr unterschiedlich starke Effekte zu beobachten. Diesem Thema widmet sich dann *Abschnitt 3.2.2*.

¹² Diese Modelle weisen einen sehr tiefen R²-Wert auf, was bedeutet, dass der Erklärungsgehalt des Modells insgesamt sehr tief ist.

3.2 Ausmass des Einflusses der verwendeten Grössen auf den Gesundheitszustand

Eine der wichtigsten Prädiktoren für den Gesundheitszustand sind neben allen anderen Grössen das Alter und das Geschlecht. In einem ersten Schritt konzentrieren wir uns deshalb speziell auf diese Grössen. Danach gehen wir einen Schritt weiter und vergleichen die vier wichtigsten Einflussgrössen im Bereich der individuellen und sozialen Ressourcen. Im letzten Abschnitt dieses Kapitels werden die Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitszustand und den migrationsspezifischen Ressourcen und Belastungen beschrieben.

3.2.1 Alter und Geschlecht

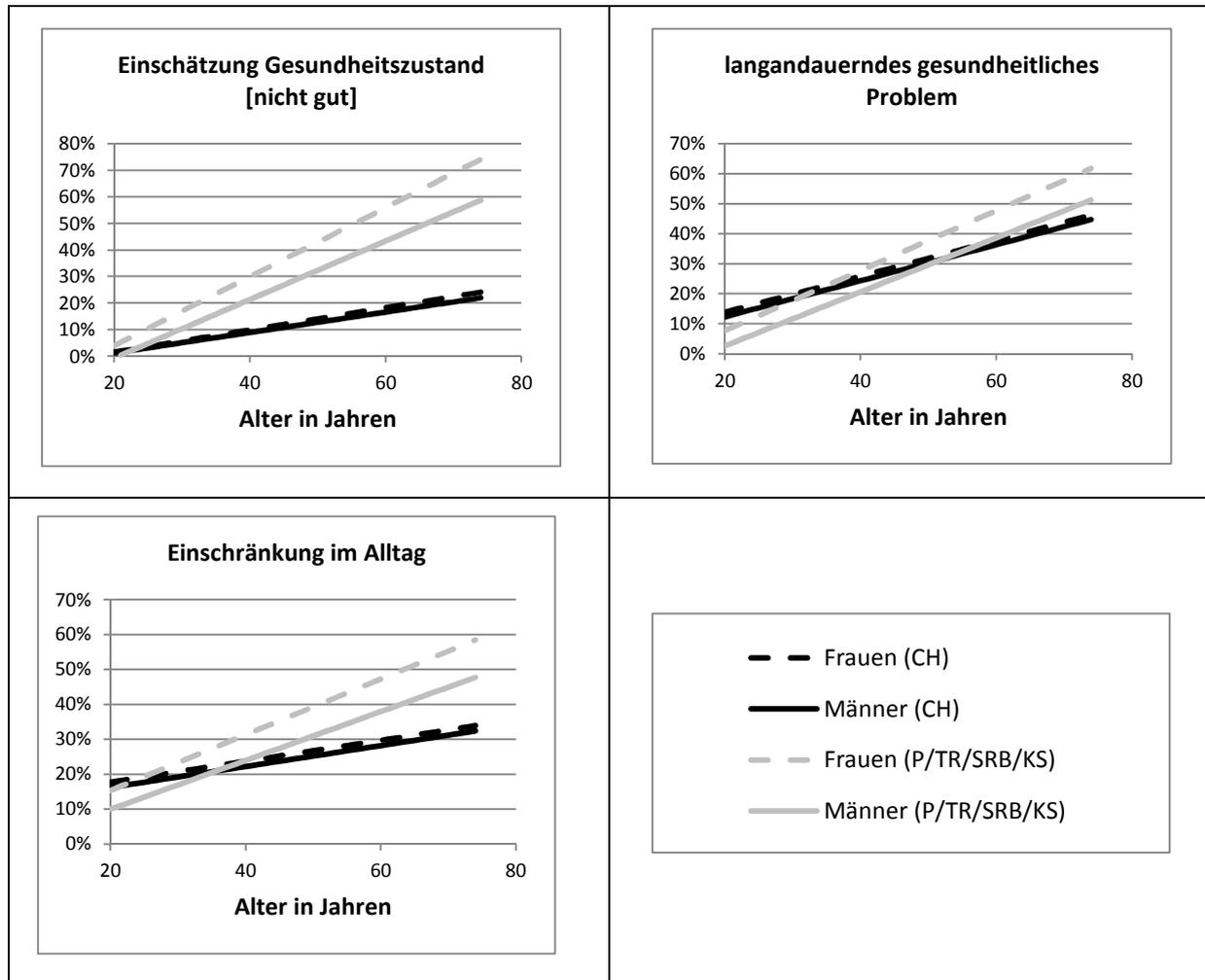
In den folgenden Abbildungen ist für jeden Indikator zum Gesundheitszustand der Alters- und Geschlechtereffekt für die Schweizerinnen und Schweizer und für die Migrantinnen und Migranten ersichtlich. Es handelt sich dabei wiederum um die (grafisch aufbereiteten) Ergebnisse von Regressionsanalysen. Pro Gesundheitsindikator wurden jeweils zwei Schätzungen, eine für die einheimische Bevölkerung und eine für die Migrationsbevölkerung durchgeführt. Als erklärende Grössen enthalten die Modelle jeweils das *Alter*, das *Geschlecht* und den *Interaktionseffekt* ($\text{Alter} \times \text{Geschlecht}$). Die wichtigsten Ergebnisse werden nun kurz vorgestellt:

Migrantinnen und Migranten: Innerhalb der Migrationsbevölkerung zeigen sich fast durchgehend sowohl ein starker Geschlechter- als auch ein starker Alterseffekt. Ausser bei der Behandlungshäufigkeit wegen zu hohem Blutdruck sind Migrantinnen sowohl wegen körperlichen als auch psychischen Krankheiten häufiger in ärztlicher Behandlung als Migranten. Frauen mit Migrationshintergrund sind häufiger von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen und haben öfters ein langandauerndes gesundheitliches Problem als Männer. Insgesamt beurteilen sie ihr gesundheitliches Wohlbefinden schlechter als die männliche Migrationsbevölkerung. Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind bei den meisten Indikatoren mit zunehmendem Alter grösser.

Schweizerinnen und Schweizer: Geschlechterspezifische Unterschiede sind bei den Schweizerinnen und Schweizern deutlich weniger zu beobachten als bei den Migrantinnen und Migranten. Wenn sie vorhanden sind, sind sie weniger ausgeprägt. Im Vergleich zur Migrationsbevölkerung ist zudem der Alterseffekt deutlich weniger stark ausgeprägt. Die Behandlungswahrscheinlichkeit wegen Heuschnupfen oder anderen Allergien nimmt mit zunehmendem Alter sogar ab. Bei der Behandlungswahrscheinlichkeit wegen psychischen Krankheiten, Depressionen und Migräne ist im Gegensatz zur Migrationsbevölkerung kein Alterseffekt zu beobachten. Die Behandlungswahrscheinlichkeit wegen diesen drei Symptomen bleibt über das Alter betrachtet in etwa konstant.

Langandauernde Krankheit und Einschränkung im Alltag: Bei diesen beiden Indikatoren kann beobachtet werden, dass junge Schweizerinnen und Schweizer etwas öfters von einer langandauernden Krankheit oder einer Einschränkung im Alltag aufgrund von gesundheitlichen Problemen betroffen sind als die junge Migrationsbevölkerung. Weil das Alter stark an die Aufenthaltsdauer geknüpft ist, ist dies ein Hinweis darauf, dass neueinreisende Migrantinnen und Migranten im Vergleich zu den Schweizerinnen und Schweizern eher weniger von schweren oder langandauernden Krankheiten betroffen sind. Im *Abschnitt 3.2.3*, der sich mit den migrationsspezifischen Einflussgrössen befasst, werden wir auf dieses Thema nochmals eingehen.

Abbildung 3: Alters- und Geschlechtereffekte Gesundheitszustand nach Herkunft



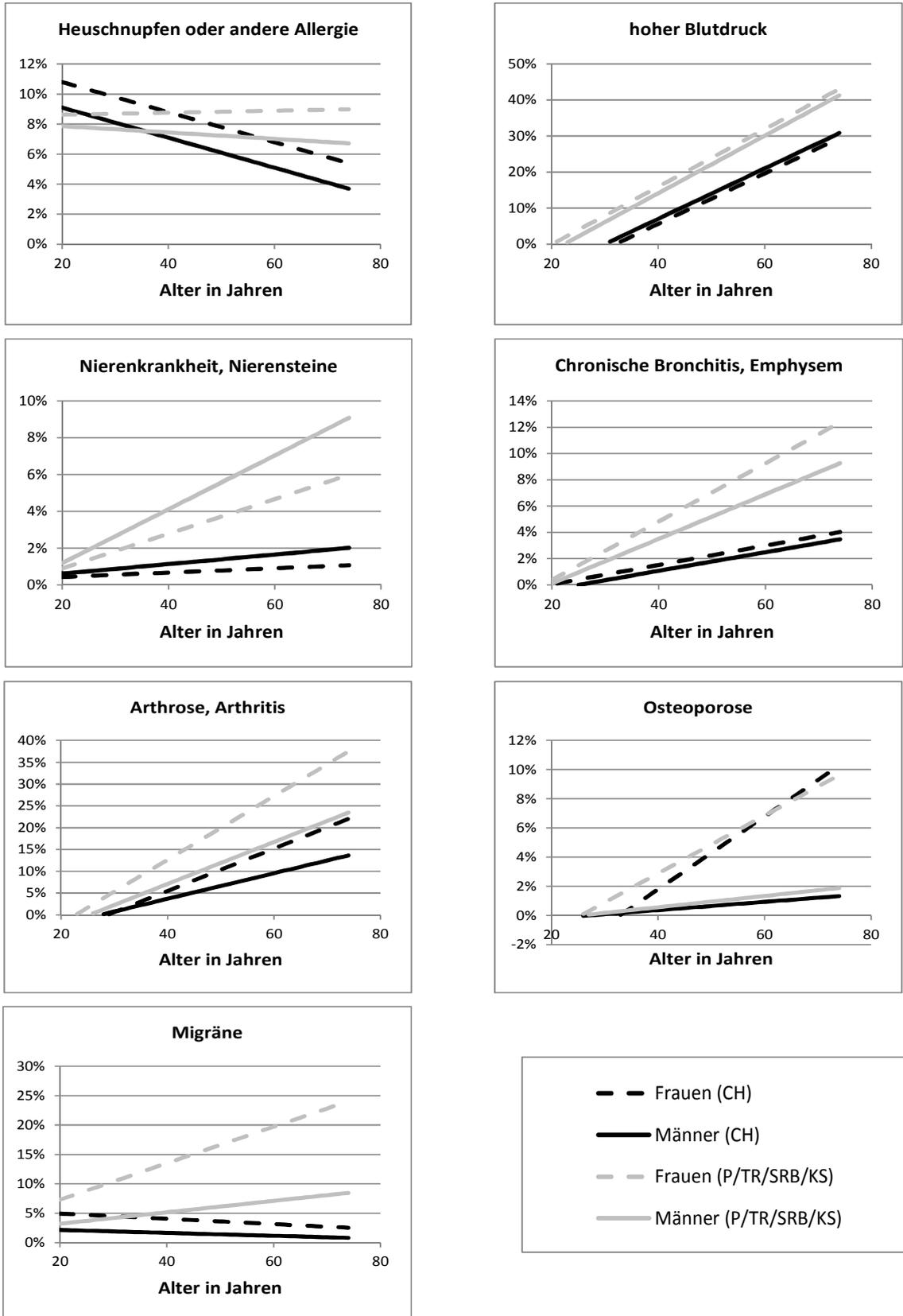
Basis: Pro Gesundheitsindikator separate Schätzmodelle für Schweizer Bevölkerung und Migrationsbevölkerung mit folgenden erklärenden Grössen: *Alter*, *Geschlecht*, *Alter*Geschlecht*
Quelle: GMM 2010

Hoher Blutdruck: Speziell bei diesem Indikator sind die für die vier Vergleichsgruppen fast parallelen, jedoch zeitlich versetzten Graphen. Bei Migrantinnen und Migranten steigt die Wahrscheinlichkeit, wegen zu hohem Blutdruck in Behandlung zu sein ab dem Alter von 23 kontinuierlich an, wogegen die Behandlungen bei den Schweizerinnen und Schweizern erst rund 10 Jahre später beginnen.

Psychische Probleme und Depression: Ähnlich wie bei den langandauernden Krankheiten oder der Einschränkung aufgrund eines gesundheitlichen Problems im Alltag sind die jungen Migrantinnen und Migranten im Vergleich zu den jungen Schweizerinnen und Schweizern eher weniger wegen psychischen Problemen oder Depressionen in ärztlicher Behandlung. Mit zunehmendem Alter oder Aufenthaltsdauer nimmt die Wahrscheinlichkeit im Gegensatz zu den Schweizerinnen und Schweizern jedoch stark zu.

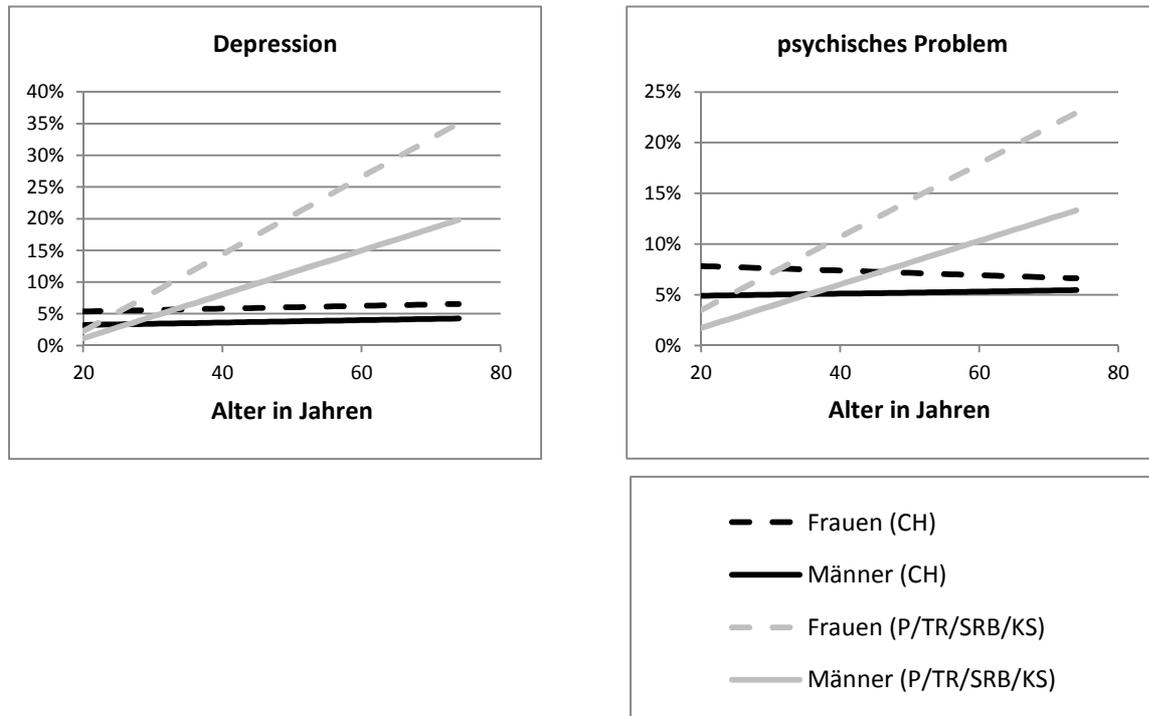
Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bei der Migrationsbevölkerung Frauen fast durchgehend stärker von gesundheitlichen Problemen betroffen sind als Männer und die Unterschiede mit zunehmendem Alter stärker ausgeprägt sind. Dies ist bei der einheimischen Bevölkerung kaum oder nur in geringerem Ausmass zu beobachten. Insgesamt sind gesundheitliche Probleme mit zunehmendem Alter (oder der Aufenthaltsdauer) bei der Migrationsbevölkerung deutlich stärker zu beobachten als bei der einheimischen Bevölkerung.

Abbildung 4: Alters- und Geschlechtereffekte Behandlungswahrscheinlichkeiten aufgrund körperlicher Krankheiten nach Herkunftsland



Basis: Pro Gesundheitsindikator separate Schätzmodelle für Schweizer Bevölkerung und Migrationsbevölkerung mit folgenden erklärenden Grössen: *Alter*, *Geschlecht*, *Alter*Geschlecht*
Quelle: GMM 2010. Eigene Berechnungen

Abbildung 5: Alters- und Geschlechtereffekte Behandlungswahrscheinlichkeiten aufgrund psychischer Krankheiten nach Herkunftsland



Basis: Pro Gesundheitsindikator separate Schätzmodelle für Schweizer Bevölkerung und Migrationsbevölkerung mit folgenden erklärenden Grössen: *Alter*, *Geschlecht*, *Alter*Geschlecht*
Quelle: GMM 2010. Eigene Berechnungen

3.2.2 Ausbildung, Kontrollüberzeugung, Erwerbstätigkeit und soziale Unterstützung

Nachdem wir den Alters- und Geschlechtereffekt vorgestellt haben, werden in diesem Abschnitt die Effekte der *Ausbildung*, der *Kontrollüberzeugung*, der *Teilnahme am Erwerbsleben* und der *sozialen Unterstützung* auf den Gesundheitszustand betrachtet. Es handelt sich dabei um jene vier Erklärungsgrössen aus den Referenzmodellen mit den stärksten Einflüssen. Der durchschnittlich zur Verfügung stehende Wohnraum, das Erreichen des AHV-Alters und die Stadt-Land-Dimension weisen in den Referenzmodellen nur einen marginalen Einfluss auf den Gesundheitszustand auf. Zur Vereinfachung verzichten wir an dieser Stelle zudem auf eine detaillierte Vorstellung der Ergebnisse zu allen neun Symptom bezogenen Indikatoren. Aus den neun Indikatoren haben wir zwei gebildet. dazu haben wir die abgefragten Symptome in psychische und körperliche unterteilt.¹³

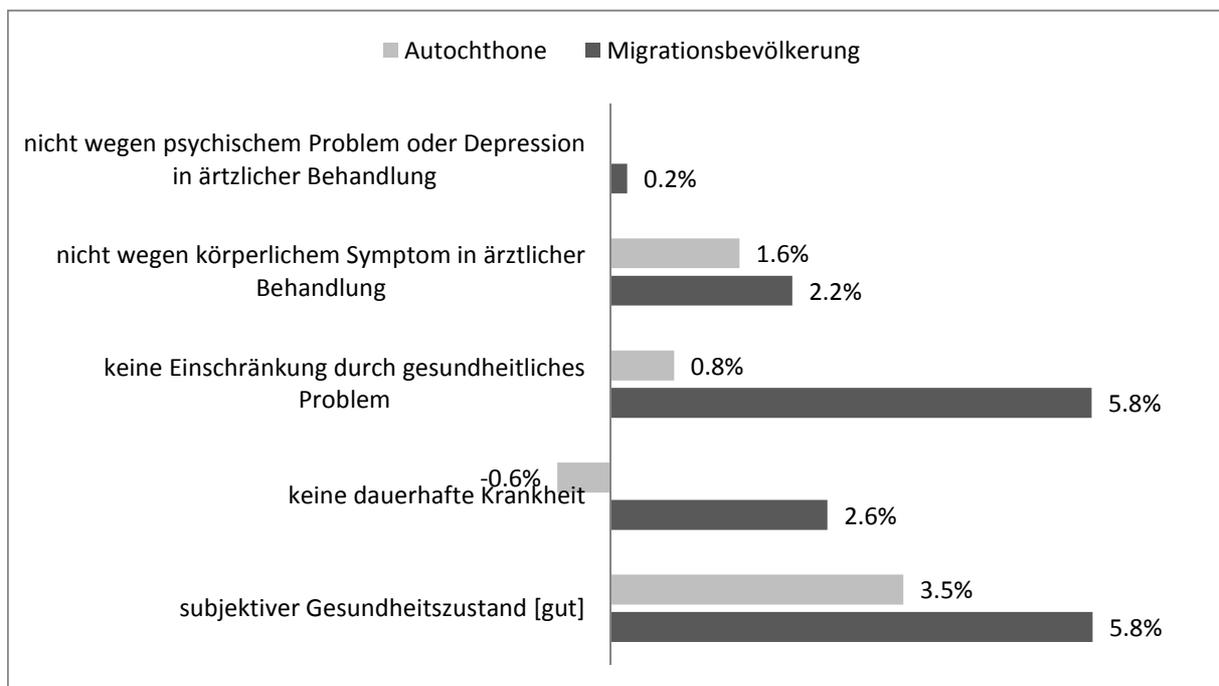
Die präsentierten Ergebnisse beruhen wiederum auf einer Vielzahl von durchgeführten Regressionsanalysen. Im Rahmen der Erklärung der Unterschiede zwischen den Einheimischen und der Migrationsbevölkerung (*Abschnitt 3.1.3*) wurden die Effekte der erklärenden Grössen auf die Gesundheitsindikatoren für die einheimische Bevölkerung ermittelt. Das in *Abschnitt 3.1.2* vorgestellte «Basismodell» mit den insgesamt 9 erklärenden Grössen, wurde nun zusätzlich auf die Migrationsbevölkerung (ohne Unterscheidung nach Nationalität) angewandt. Damit erhalten wir die spezifischen Effekte (d.h. die Beziehung zum Gesundheitszustand) auch für die Migrationsbevölkerung. Die ermittelten Effekte werden im Folgenden mit denjenigen der einheimischen Bevölkerung verglichen.

¹³ Zum Indikator mit den *körperlichen* Symptomen zählen wir Allergie, Blutdruck, Nieren, Lungen, Arthrose, Migräne, Osteoporose. In den Indikator zu den psychischen Symptomen fliessen die Informationen aus der Frage, ob die befragte Person psychische Probleme hat und/oder wegen einer Depressionen in Behandlung ist (war).

Ausbildungsniveau

Insgesamt zeigt sich beim Ausbildungsniveau der erwartete Zusammenhang. Je höher das Ausbildungsniveau, umso «besser» der Gesundheitszustand. Der Effekt ist bei der Migrationsbevölkerung jedoch deutlich stärker als bei den Einheimischen, d.h. das Ausbildungsniveau wirkt sich bei der Migrationsbevölkerung insgesamt stärker auf den Gesundheitszustand aus als bei den Schweizerinnen und Schweizern. So sinkt bspw. die Wahrscheinlichkeit, von einer dauerhaften Krankheit betroffen zu sein oder durch ein dauerhaftes Problem im Alltag eingeschränkt zu werden mit einem höheren Ausbildungsniveau bei der Migrationsbevölkerung um 5.8 Prozentpunkte, wogegen der Effekt bei den Schweizerinnen und Schweizern mit 0.8 bzw. 3.5 Prozentpunkten deutlich tiefer liegt. Die Wahrscheinlichkeit wegen eines psychischen Problems oder wegen Depressionen einen Arzt aufzusuchen ist hingegen bei beiden Gruppen nicht abhängig vom Ausbildungsniveau. Im Bereich der körperlichen Krankheiten sind es vor allem der zu hohe Blutdruck, Lungen- und Nierenkrankheiten und Arthrose, die in einem Zusammenhang zum Ausbildungsniveau stehen. Auch hier ist der Effekt bei den Migrantinnen und Migranten stärker als bei den Schweizerinnen und Schweizern.

Abbildung 6: Einfluss des Ausbildungsniveaus auf den Gesundheitszustand (Angaben in Prozentpunkten, positive Werte bedeuten eine Verbesserung des Gesundheitsindex)



ten, positive Werte bedeuten eine Verbesserung des Gesundheitsindex)

Lesebeispiel:

Eine höhere Ausbildung reduziert die Wahrscheinlichkeit, durch ein gesundheitliches Problem eingeschränkt zu werden bei der Migrationsbevölkerung um durchschnittlich 5.8 Prozentpunkte, bei der einheimischen Bevölkerung jedoch lediglich um rund 0.8 Prozentpunkte. Der Effekt der Ausbildung auf das Auftreten einer Einschränkung durch ein gesundheitliches Problem ist demnach bei der Migrationsbevölkerung deutlich stärker als bei den Schweizer/innen.

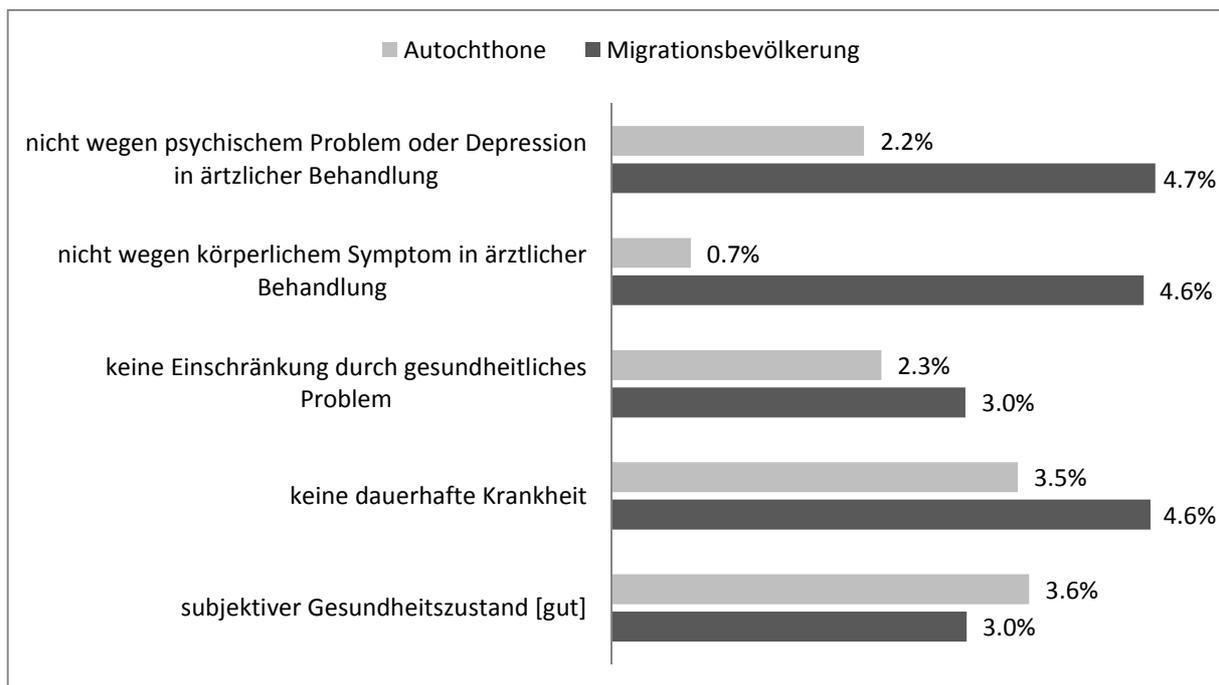
Basis: Pro Gesundheitsindikator separate Schätzmodelle für Schweizer Bevölkerung und Migrationsbevölkerung mit folgenden erklärenden Grössen: *Alter, Geschlecht, Alter*Geschlecht, Ausbildungsniveau, Erwerbsstatus, Erreichen des AHV-Alters, soziale Unterstützung, Kontrollüberzeugungen, verfügbare Wohnraum pro Person und Stadt/Land*

Quelle: GMM 2010. Eigene Berechnungen Quelle.

Soziale Unterstützung

Je mehr soziale Unterstützung vorhanden ist, umso besser ist der Gesundheitszustand oder umso weniger sind Personen wegen körperlichen oder psychischen Symptomen in ärztlicher Behandlung. Unterschiedlich stark ist der Effekt vor allem bei den Symptom bezogenen Indikatoren, wo die soziale Unterstützung bei den Migrationsgruppen eine etwas wichtigere Rolle zu spielen scheint als bei der einheimischen Bevölkerung. Die ermittelten Effekte sind vergleichbar mit denjenigen des Ausbildungsniveaus. Im Gegensatz zur Migrationsbevölkerung kann zwischen der sozialen Unterstützung und den körperlichen Symptom bezogenen Gesundheitsindikatoren bei den Schweizerinnen und Schweizern kein Zusammenhang festgestellt werden.

Abbildung 7: Einfluss der sozialen Unterstützung auf den Gesundheitszustand (Angaben in Prozentpunkten, positive Werte bedeuten eine Verbesserung des Gesundheitsindex)



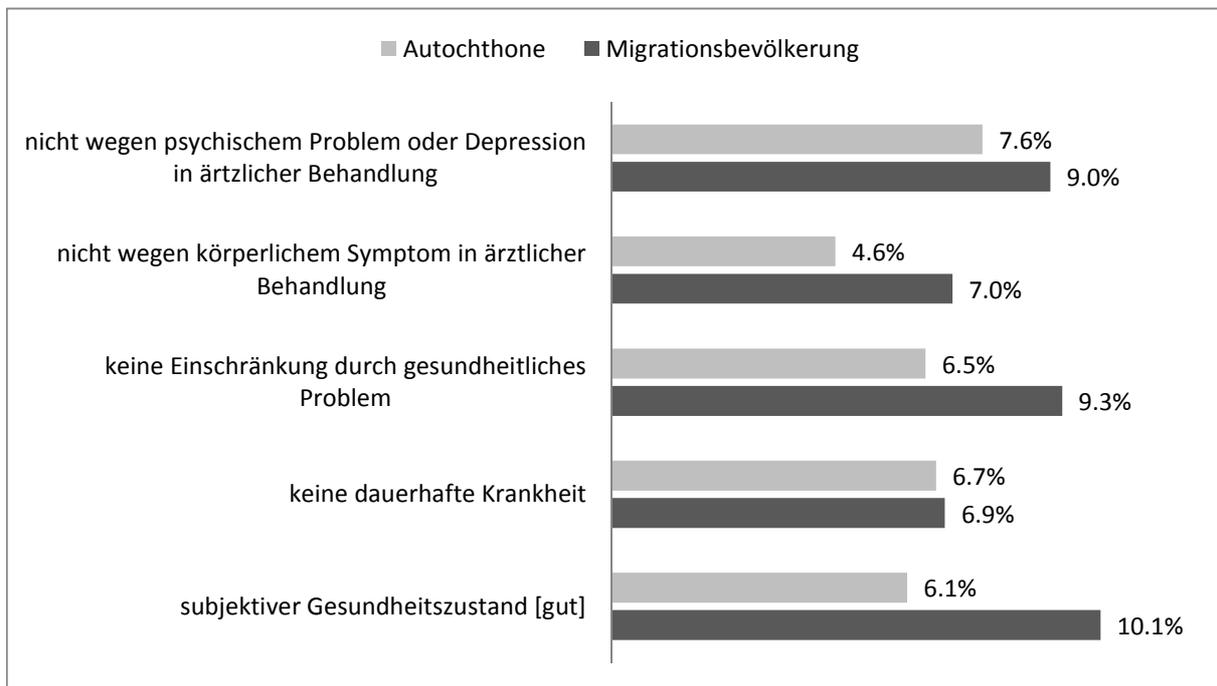
Basis: Pro Gesundheitsindikator separate Schätzmodelle für Schweizer Bevölkerung und Migrationsbevölkerung mit folgenden erklärenden Grössen: *Alter, Geschlecht, Alter*Geschlecht, Ausbildungsniveau, Erwerbsstatus, Erreichen des AHV-Alters, soziale Unterstützung, Kontrollüberzeugungen, verfügbare Wohnraum pro Person und Stadt/Land*

Quelle: GMM 2010. Eigene Berechnungen Quelle.

Kontrollüberzeugungen (Mastery)

Die Kontrollüberzeugungen stehen wie erwartet sowohl bei den Migrantinnen und Migranten als auch bei den Schweizerinnen und Schweizern in einem sehr engen Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand. Der Effekt ist insgesamt sehr stark und bei der Migrationsbevölkerung leicht ausgeprägter als bei den Einheimischen. Bei Migrantinnen und Migranten mit hohen Kontrollüberzeugungen ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie ihren Gesundheitszustand als gut bezeichnen, um 10 Prozentpunkte höher als bei Personen mit höheren Kontrollüberzeugungen. Bei den Einheimischen beträgt der Effekt lediglich 6 Prozentpunkte.

Abbildung 8: Einfluss der Kontrollüberzeugungen auf den Gesundheitszustand (Angaben in Prozentpunkten, positive Werte bedeuten eine Verbesserung des Gesundheitsindex)



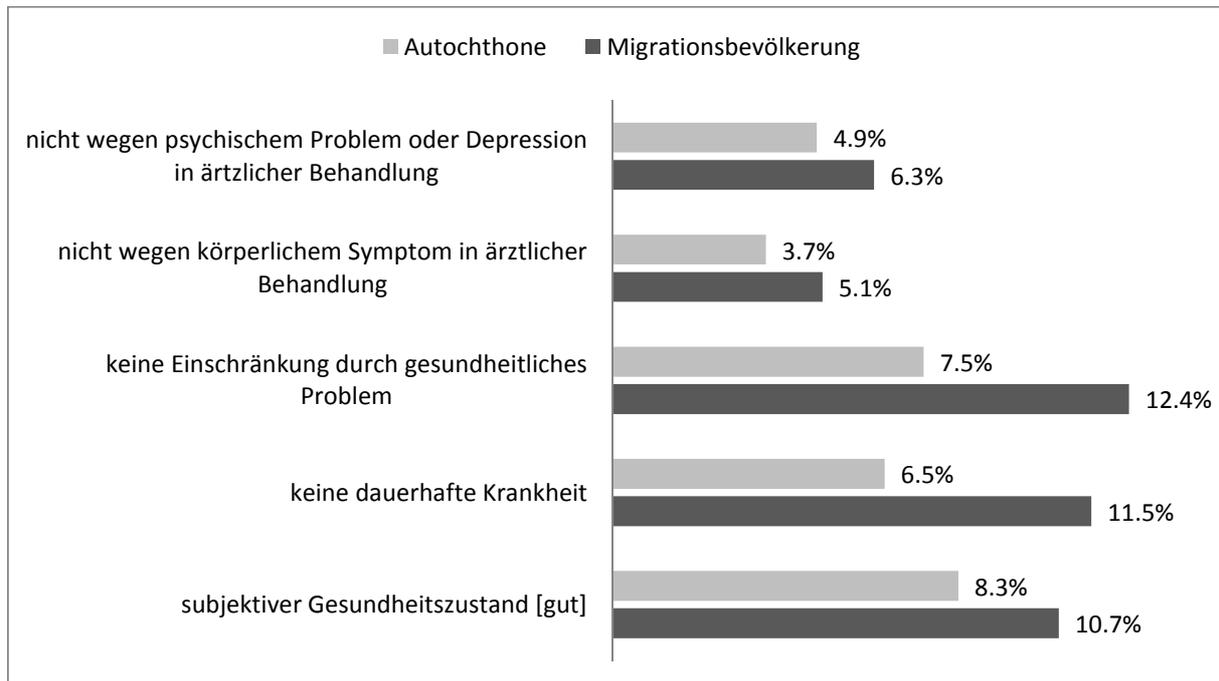
Basis: Pro Gesundheitsindikator separate Schätzmodelle für Schweizer Bevölkerung und Migrationsbevölkerung mit folgenden erklärenden Grössen: *Alter, Geschlecht, Alter*Geschlecht, Ausbildungsniveau, Erwerbsstatus, Erreichen des AHV-Alters, soziale Unterstützung, Kontrollüberzeugungen, verfügbare Wohnraum pro Person und Stadt/Land*

Quelle: GMM 2010. Eigene Berechnungen Quelle.

Teilnahme am Erwerbsprozess

Personen, welche erwerbstätig sind, sind insgesamt gesünder als Personen, die nicht erwerbstätig sind. Auch dieser Zusammenhang konnte erwartet werden, da Krankheit ein Grund dafür sein kann, dass man aus dem Erwerbsprozess ausscheidet. Dennoch, frühere Analysen, welche mit Daten aus dem GMM I durchgeführt wurden, haben aufgezeigt, dass der Rückzug aus der Erwerbstätigkeit bei der Migrationsbevölkerung deutlich stärker an die Gesundheit geknüpft ist als bei der einheimischen Bevölkerung (vgl. Guggisberg et al. 2009). Dieser Befund wird hier wieder bestätigt. Geht es um Einschränkungen durch ein gesundheitliches Problem oder eine dauerhafte Krankheit, können relativ grosse Unterschiede zwischen der Migrationsbevölkerung und den Einheimischen beobachtet werden. Migrantinnen und Migranten, die nicht erwerbstätig sind, weisen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit auf, von einem gesundheitlichen Problem betroffen zu sein als die nicht erwerbstätigen Schweizerinnen und Schweizer.

Abbildung 9: Teilnahme am Erwerbsprozess und Gesundheitszustand (Angaben in Prozentpunkten, positive Werte bedeuten eine Verbesserung des Gesundheitsindex)



Basis: Pro Gesundheitsindikator separate Schätzmodelle für Schweizer Bevölkerung und Migrationsbevölkerung mit folgenden erklärenden Grössen: *Alter, Geschlecht, Alter*Geschlecht, Ausbildungsniveau, Erwerbsstatus, Erreichen des AHV-Alters, soziale Unterstützung, Kontrollüberzeugungen, verfügbare Wohnraum pro Person und Stadt/Land*

Quelle: GMM 2010. Eigene Berechnungen.

3.2.3 Aufenthaltsdauer, Sprachkompetenzen, Diskriminierung in der Schweiz und Gewalt im Herkunftsland

Im Rahmen des letzten Abschnitts der Detailanalysen betrachten wir die Zusammenhänge zwischen ausgewählten migrationsspezifischen Grössen und den Indikatoren zum Gesundheitszustand. Es handelt sich dabei um die *Aufenthaltsdauer*, die *Sprachkompetenzen*, *Erfahrungen mit Diskriminierungssituationen* in der Schweiz und die *Erfahrung als Opfer von Gewalt* oder *politischer Verfolgung* im Herkunftsland. Die Ergebnisse werden übersichtsmässig in *Abbildung 10* dargestellt.

Insgesamt handelt es sich dabei um eine erste Annäherung an die Thematik des Einflusses der migrationsspezifischen Faktoren auf den Gesundheitszustand. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass sich die im Rahmen dieser Untersuchung überprüften Faktoren in der erwarteten Richtung auf den Gesundheitszustand auswirken. Was die Analysen nicht leisten können, ist eine differenzierte Analyse der Wirkungszusammenhänge, welche hinter diesen Effekten stehen. Dies müsste in zusätzlichen Vertiefungsstudien noch geschehen. Die dafür notwendige Datengrundlage ist vorhanden.

Aufenthaltsdauer

Die Aufenthaltsdauer scheint in Bezug auf den Gesundheitszustand eine entscheidende Grösse zu sein. Migrantinnen und Migranten, welche erst seit kurzer Zeit in die Schweiz immigriert sind (Aufenthaltsdauer unter 3 Jahren) fühlen sich im Vergleich zu Migrantinnen und Migranten mit längerer Aufenthaltsdauer auch unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und den sieben in den Modellrechnungen berücksichtigten Grössen insgesamt gesünder. Zudem weisen sie eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit auf, eine dauerhafte Krankheit zu haben oder im Alltag aufgrund von gesundheitlichen Problemen eingeschränkt zu sein. Die Effekte sind je nach Herkunftsland unterschiedlich. Bei den Personen aus Serbien und dem Kosovo sind sie etwas stärker als bei den Migrantinnen und Migranten aus Portugal und der Türkei. Die Ergebnisse verweisen darauf, dass zurzeit eher Personen mit einem *überdurchschnittlich guten Gesundheitszustand* in die Schweiz einreisen. Die Ergebnisse sind

ein Hinweis darauf, dass Migranten und Migrantinnen eine selektive Gruppe sind: Jung, motiviert und insbesondere in der psychischen und physischen Verfassung, sich auf eine Migration einzulassen. Dementsprechend besser ist ihr Gesundheitszustand bei der Einreise (im Vergleich zur durchmischten Population der Einheimischen).

Sprachkompetenzen

Auch die Sprachkompetenzen weisen einen starken Zusammenhang zum Gesundheitszustand auf. Dies auch unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und den sieben verwendeten Indikatoren zu den sozialen und individuellen Ressourcen. Im Vergleich zu Migrantinnen und Migranten, die keine oder kaum eine schweizerische Landessprache sprechen, fühlen sich diejenigen mit den besten Kompetenzen deutlich gesünder und weisen eine um rund 11 Prozentpunkte tiefere Wahrscheinlichkeit auf, wegen gesundheitlichen Problemen im Alltag eingeschränkt zu werden. Zu den Symptom bezogenen Gesundheitsindikatoren sind keine oder nur sehr schwache Zusammenhänge nachweisbar. Ob die fehlenden Sprachkompetenzen dazu führen, dass die Betroffenen nicht adäquat behandelt wurden oder nicht oder zu spät medizinisch betreut wurden, kann mit den vorliegenden Ergebnissen nicht beurteilt werden. Dazu braucht es vertiefende Analysen, welche diesen möglichen Zusammenhängen nachgehen.

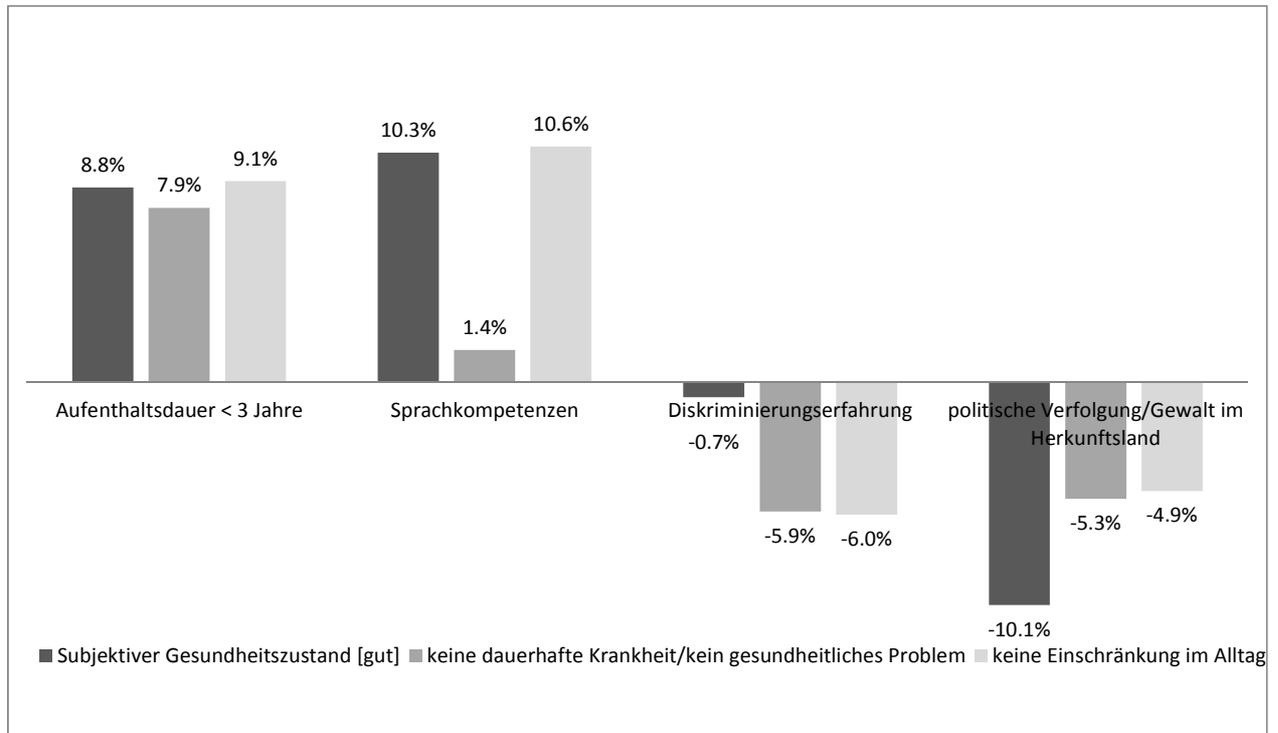
Erfahrungen mit Diskriminierungssituationen

Migrantinnen und Migranten, die angeben, dass sie sich in der Schweiz gelegentlich diskriminiert fühlen, weisen eine um rund 6 Prozentpunkte höhere Wahrscheinlichkeit auf, dass sie eine dauerhafte Krankheit haben oder wegen eines gesundheitlichen Problems im Alltag eingeschränkt sind. Weder zum subjektiven Gesundheitszustand noch zu den Symptom bezogenen Gesundheitsindikatoren können signifikante Zusammenhänge nachgewiesen werden. Auch hier müssten vertiefende Analysen durchgeführt werden, um noch etwas präzisere Angaben zu möglichen Zusammenhängen zu erhalten.

Opfer von Gewalt oder politischer Verfolgung im Herkunftsland

Opfer von Gewalt oder politischer Verfolgung im Herkunftsland schätzen ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter ein als Migrantinnen und Migranten, die keine entsprechenden Erfahrungen gemacht haben. Sie weisen eine um rund 6 Prozentpunkte höhere Wahrscheinlichkeit auf, eine dauerhafte Krankheit zu haben oder wegen eines gesundheitlichen Problems im Alltag eingeschränkt zu sein. Im Gegensatz zu allen anderen migrationsspezifischen Grössen besteht auch ein deutlicher Zusammenhang zur psychischen Gesundheit. Die Wahrscheinlichkeiten, wegen einer Depression oder eines psychischen Problems in ärztlicher Behandlung zu sein (oder gewesen zu sein), erhöhen sich bei dieser Gruppe um rund 4 Prozentpunkte.

Abbildung 10: Einfluss der migrationspezifischen Grössen auf Indikatoren des Gesundheitszustands (Angaben in Prozentpunkten, positive Werte bedeuten eine Verbesserung des Gesundheitsindex, negative ein Verschlechterung)



Lesebeispiel

Migrantinnen und Migranten mit einer relativ kurzen Aufenthaltsdauer in der Schweiz weisen unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und den 7 berücksichtigten sozialen und individuellen Ressourcen eine um 8.8 Prozentpunkte höhere Wahrscheinlichkeit auf, ihre Gesundheit als gut zu bezeichnen. Bei Migrantinnen und Migranten, welche in ihrem Herkunftsland Opfer von politischer Verfolgung oder Gewalt gewesen sind, ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese ihre Gesundheit als gut zu bezeichnen um 10.1 Prozentpunkte tiefer.

Basis: Pro Gesundheitsindikator ein Schätzmodelle für die Migrationsbevölkerung mit folgenden erklärenden Grössen: Alter, Geschlecht, Alter*Geschlecht, Ausbildungsniveau, Erwerbsstatus, Erreichen des AHV-Alters, soziale Unterstützung, Kontrollüberzeugungen, verfügbare Wohnraum pro Person und Stadt/Land, Aufenthaltsdauer, Sprachkompetenzen, Diskriminierungserfahrung, politische Verfolgung im Herkunftsland

Quelle: GMM 2010. Eigene Berechnungen Quelle.

4 Monitoring - Personen des Asylbereichs

Im Folgenden werden der Gesundheitszustand, die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskompetenz der Asylbevölkerung dargestellt und den Ergebnissen der Schweizerinnen und Schweizern gegenübergestellt. Dafür wurden je 200 Personen aus Somalia und Sri Lanka befragt (vgl. dazu Abschnitt 1.3.2). In den folgenden zwei Tabellen sind die Stichprobe und die Population der Asylbevölkerung nach verschiedenen Merkmalen aufgeschlüsselt.

Tabelle 54: Asylbevölkerung nach Herkunft, Geschlecht und Alter

Herkunft	Geschlecht	Alter	Stichprobe	Population
Somalia	Männer	17-34	95	1'631
		35-49	17	303
		50+	2	106
	Frauen	17-34	59	542
		35-49	20	233
		50+	11	94
Sri Lanka	Männer	17-34	68	1'281
		35-49	23	517
		50+	9	164
	Frauen	17-34	43	346
		35-49	25	253
		50+	32	248
Total			404	5'718

Tabelle 55: Asylbevölkerung nach Herkunft, Geschlecht und Aufenthaltsstatus

Herkunft	Geschlecht	Aufenthaltsstatus	Stichprobe	Population
Somalia	Männer	Asylsuchende	63	279
		vorläufig Aufgenommene	51	1'761
	Frauen	Asylsuchende	26	84
		vorläufig Aufgenommene	64	785
Sri Lanka	Männer	Asylsuchende	50	898
		vorläufig Aufgenommene	50	1'064
	Frauen	Asylsuchende	50	228
		vorläufig Aufgenommene	50	619
Total			404	5'718

Um identifizieren zu können, wo sich relevante Unterschiede befinden, die sich nicht nur auf zufällige Schwankungen zurückführen lassen, wurden jeweils die folgenden Vergleichstests durchgeführt:

- Vergleich der einheimischen Bevölkerung mit den beiden Asylgruppen
- Vergleich der beiden Asylgruppen insgesamt
- Vergleich der beiden Asylgruppen unter Einbezug des Aufenthaltsstatus (F/N)
- Vergleich des Aufenthaltsstatus (F/N) innerhalb der gleichen Asylgruppe
- Vergleich zwischen Männern und Frauen innerhalb der gleichen Asylgruppe

Personen aus Sri Lanka wurden bereits im GMMI befragt. Wo dies möglich ist, werden deshalb zusätzlich die Resultate von GMMI und GMMII für die Asylbevölkerung aus Sri Lanka verglichen.

4.1 Gesundheitszustand

Wie schätzen die Personen der Asylbevölkerung ihren eigenen Gesundheitszustand ein? Leiden sie unter Krankheiten oder dauerhaften gesundheitlichen Problemen?

In *Tabelle 56* sind die gesammelten Ergebnisse zum Gesundheitszustand aufgeführt, die im folgenden Abschnitt erläutert werden. Die Anteile der Personen, die auf eine Frage mit «ja» antworteten, werden für die Personen aus Somalia, aus Sri Lanka und aus der Schweiz aufgeführt (Spalten mit der Überschrift «ja»). Zusätzlich wird das Vertrauensintervall dieser Anteilswerte angegeben (Spalten mit der Überschrift «VI-95»).

Ob zwischen den beiden Migrationsgruppen signifikante Unterschiede bestehen und ob sich diese beiden Gruppen von der Schweizer Wohnbevölkerung unterscheiden, wird aus dem rechten Teil der Tabelle ersichtlich, wo die p-Werte der Vergleichstests aufgeführt. Fett markierte Werte geben an, dass die Unterschiede zwischen zwei Gruppen signifikant sind (95%-Signifikanzniveau).

Die exakten Resultate der Vergleiche unter Berücksichtigung des Aufenthaltsstatus finden sich im Anhang zum Kapitel 4. Im Lauftext wird jedoch darauf verwiesen, wenn sich signifikante Ergebnisse zeigen.

Tabelle 56: Gesundheitszustand und gesundheitliche Belastungen

	Somalia		Sri Lanka		Schweiz		Unterschiede/Signifikanzen		
	Ja	VI-95	Ja	VI-95	Ja	VI-95	Schweiz vs.		Sri Lanka vs.
	%	+/-	%	+/-	%	+/-	Somalia	Sri Lanka	Somalia
Subjektiver Gesundheitszustand gut	86.2	5.8	45.1	8.0	89.4	0.6	0.29	0.00	0.00
Heuschnupfen und Allergien	12.0	5.7	22.5	6.5	6.3	0.6	0.05	0.00	0.02
Hoher Blutdruck	5.6	3.8	6.1	3.5	10.4	0.7	0.01	0.02	0.84
Nierenkrankheiten und Nierensteine	2.2	2.4	4.1	2.8	0.8	0.2	0.27	0.02	0.33
Chronische Bronchitis oder Emphysem	2.1	1.5	20.7	6.3	1.6	0.3	0.47	0.00	0.00
Arthrose	4.8	3.8	17.7	6.8	6.1	0.5	0.51	0.00	0.00
Depression	12.4	6.2	34.6	7.9	4.4	0.5	0.01	0.00	0.00
Migräne	36.6	8.7	30.4	7.6	2.6	0.4	0.00	0.00	0.29
Osteoporose	2.2	2.5	19.5	5.9	1.6	0.3	0.62	0.00	0.00
Dauerhaftes gesundheitliches Problem	12.2	5.7	26.8	7.1	26.8	0.9	0.00	0.99	0.00
Einschränkung wg. ges. Problem	21.1	7.3	63.7	7.8	24.7	0.9	0.34	0.00	0.00

% sind Zeilenprozentwerte: VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall)

4.1.1 Einschätzung der subjektiven Gesundheit

Die Befragten konnten auf einer fünfstufigen Skala von «sehr gut» bis «sehr schlecht» angeben, wie sie ihren Gesundheitszustand subjektiv einschätzen. Für die Auswertung wurden die Antwortkategorien «sehr gut» und «gut» zusammengefasst, sowie die Kategorien «mittelmässig» «schlecht» und «sehr schlecht».

Es zeigt sich, dass die Unterschiede innerhalb der *Asylbevölkerung* gross und signifikant sind: Somalier/innen bewerten ihre Gesundheit signifikant besser als Personen aus Sri Lanka (86.2% vs. 45.1% antworten mit «sehr gut» oder «gut»). Diese signifikanten Unterschiede bleiben auch dann bestehen, wenn nur die vorläufig Aufgenommenen aus Somalia und Sri Lanka bzw. nur die Asylsuchenden aus Somalia und Sri Lanka miteinander verglichen werden.

Die Unterschiede zwischen den Personen aus dem gleichen Land, aber mit unterschiedlichem *Aufenthaltsstatus* sind hingegen relativ gering – die Asylsuchenden aus beiden Ländern schätzen ihre Gesundheit leicht schlechter ein als die vorläufig aufgenommenen Personen (82.4% vs. 86.7% für Somalia und 40.5% vs. 48.1% für Sri Lanka).

Ein *Vergleich der Asylbevölkerung mit der einheimischen Bevölkerung* zeigt, dass Schweizerinnen und Schweizer ihren Gesundheitszustand generell besser einschätzt (89.4% «gut» oder «sehr gut») als die Asylbevölkerung. Der Unterschied zu den Somalier/innen ist mit 3.2 Prozentpunkten allerdings sehr gering und nicht signifikant. Anders bei der Asylbevölkerung aus Sri Lanka: Der Unterschied zur Einschätzung der Schweizerinnen und Schweizer ist mit 44.3 Prozentpunkten sehr gross und hochsignifikant.

Der subjektive Gesundheitszustand der Personen aus Sri Lanka wurde bereits 2004/05 im GMM I erhoben. Der *Vergleich mit GMM I* zeigt, dass im GMM I mehr Personen aus Sri Lanka einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand angegeben hatten (Differenz von 8.4 Prozentpunkten). Der Unterschied ist aber nicht signifikant.

Das sehr unterschiedliche Antwortverhalten der Asylbevölkerung aus Sri Lanka hat uns dazu veranlasst, die Übersetzung der Fragen zu überprüfen. Diese wurde jedoch als gut befunden. Wir gehen davon aus, dass es sich bei diesen Unterschieden um ein kulturell geprägtes Antwortverhalten handelt. Entsprechende Hinweise liegen vom Übersetzer vor.

4.1.2 Gesundheitliche Belastungen

Die Personen der Asylbevölkerung wurden gefragt, ob sie sich zurzeit wegen einer Krankheit in ärztlicher Behandlung befinden oder innerhalb der letzten 12 Monate befunden haben.

Heuschnupfen und Allergien

Die *Asylbevölkerung* aus Sri Lanka war signifikant häufiger als die somalische wegen Heuschnupfen oder anderen Allergien in ärztlicher Behandlung: 22.5% haben innerhalb des letzten Jahres wegen Allergien einen Arzt oder eine Ärztin aufgesucht, bei den Somalier/innen war dies nur bei 12% der Personen der Fall. Werden lediglich Personen mit dem gleichen Aufenthaltsstatus aus beiden Ländern verglichen, bleibt nur der Unterschied zwischen vorläufig aufgenommenen Personen aus Sri Lanka und jenen aus Somalia signifikant, bei den Asylsuchenden ist hingegen keine signifikante Differenz festzustellen.

Innerhalb der Asylbevölkerung aus dem gleichen Herkunftsland zeigen sich keine signifikanten Unterschiede nach *Aufenthaltsbewilligung*.

Beide Asylgruppen hatten wegen Allergien häufiger eine ärztliche Behandlung als Schweizer/innen, bei denen die Behandlungsrate nur 6.3% beträgt. Nur der Unterschied zwischen den Personen aus Sri Lanka und den Schweizer/innen ist signifikant, jener zwischen den Somalier/innen und der einheimischen Bevölkerung nicht.

Hoher Blutdruck

Von der befragten *Asylbevölkerung* haben sich 5.6% der Somalier/innen und 6.1% der Personen aus Sri Lanka wegen Bluthochdruck behandeln lassen. Die Unterschiede zwischen den beiden sind nicht signifikant, selbst wenn nur Personen mit der gleicher Aufenthaltsbewilligung verglichen werden.

Zwischen den *Asylsuchenden* und *vorläufig aufgenommenen Personen* besteht nur für die somalische Bevölkerung ein signifikanter Unterschied: Während nur 0.8% der asylsuchenden Somalierinnen und Somalier wegen hohem Blutdruck zum Arzt oder zur Ärztin gingen, waren es 6.2% der vorläufig Aufgenommenen. Zwar gibt es auch Unterschiede bei der Asylbevölkerung aus Sri Lanka (Asylsuchende: 2.9%, vorläufig aufgenommene Ausländer/innen: 8.2%), diese sind aber nicht signifikant.

Im Vergleich zu den Schweizerinnen und Schweizern weist die Asylbevölkerung eine signifikant tiefere Behandlungsrate auf: Bei Personen aus Somalia liegt die Rate 4.8 Prozentpunkte tiefer und bei Personen aus Sri Lanka 4.3 Prozentpunkte.

Nierenkrankheit

Wegen einer Nierenkrankheit oder Nierensteinen hatten 2.2% der somalischen *Asylbevölkerung* und 4.1% der Personen aus Sri Lanka eine medizinische Behandlung in Anspruch genommen. Die Unterschiede zwischen den beiden Asylgruppen sind alle nicht signifikant, auch nicht, wenn nur Personen mit dem gleichen Aufenthaltsstatus verglichen werden.

Ebenfalls keine signifikanten Unterschiede bestehen zwischen den *Aufenthaltsstatus* der Personen mit gleichem Herkunftsland.

Verglichen mit der einheimischen Bevölkerung (Behandlungsrate von 0.8%) suchten Personen aus Sri Lanka signifikant häufiger einen Arzt oder eine Ärztin wegen Nierenkrankheiten auf. Zwar ist auch der Anteil bei den Somalier/innen etwas höher als bei der Schweizer Wohnbevölkerung, der Unterschied ist aber nicht signifikant.

Chronische Bronchitis

Bei der *Asylbevölkerung* fällt auf, dass signifikant mehr Personen aus Sri Lanka (20.7%) als aus Somalia (2.1%) wegen chronischer Bronchitis in medizinischer Behandlung waren. Die hochsignifikanten Unterschiede bleiben auch dann bestehen, wenn jeweils nur Asylsuchende bzw. vorläufig Aufgenommene miteinander verglichen werden.

Betrachtet man den *Aufenthaltsstatus*, unterscheiden sich die Asylsuchenden und vorläufig Aufgenommenen aus Sri Lanka signifikant: Asylsuchende suchten häufiger eine Ärztin oder einen Arzt wegen Bronchitis (30.6%) auf als vorläufig Aufgenommene (14.1%). Bei der somalischen Asylbevölkerung sind die Unterschiede gering und nicht signifikant.

Der Unterschied zwischen den Somalierinnen und Somaliern und der einheimischen Bevölkerung (1.6%) ist gering: Die Somalier/innen weisen einen um 0.6 Prozentpunkte höheren Anteil aus, der nicht signifikant abweicht. Der Unterschied zwischen den Personen aus Sri Lanka und den Schweizer/innen ist hingegen mit 19.2 Prozentpunkten gross und signifikant.

Arthrose

Ein ähnliches Bild wie bei der chronischen Bronchitis zeigt sich auch bei Arthrose und Arthritis. Ein deutlich höherer Anteil der *Asylbevölkerung* aus Sri Lanka (17.7%) als aus Somalia (4.8%) nahm deswegen eine medizinische Behandlung in Anspruch. Auch bei Berücksichtigung des Aufenthaltsstatus bleiben die signifikanten Unterscheide bestehen.

Innerhalb des gleichen Herkunftslands gibt es keine signifikante Differenz zwischen *Asylsuchenden* und *vorläufig Aufgenommenen*.

Dass der Behandlungsanteil der Personen aus Sri Lanka hoch ist, zeigt sich auch im Vergleich mit der einheimischen Bevölkerung: Der Anteil der Schweizerinnen und Schweizer liegt mit 6.1% signifikant tiefer. Die Unterschiede zwischen der somalischen Asylbevölkerung und der einheimischen Bevölkerung sind hingegen nicht signifikant.

Depression

Bei der Behandlung von Depressionen zeigen sich massive Unterschiede innerhalb der *Asylbevölkerung*: Während 12.4% der Somalierinnen und Somalier wegen einer Depression eine ärztliche Behandlung in Anspruch nahmen, war der Anteil bei den Personen aus Sri Lanka mit 34.6% um ein Mehrfaches grösser. Die Unterschiede zwischen den beiden befragten Gruppen sind denn auch signifikant. Werden allerdings nur die Personen mit dem gleichen Aufenthaltsstatus aus den beiden Ländern verglichen, zeigt sich, dass nur der Unterschied zwischen den Asylsuchenden aus Somalia bzw. Sri Lanka signifikant ist – der Unterschied zwischen den vorläufig Aufgenommenen der beiden Länder hingegen nicht.

Die Unterschiede zwischen *Aufenthaltsstatus* F und N sind für beide Länder signifikant. In der somalischen Bevölkerung leiden die vorläufig Aufgenommenen (13.7%) öfter an Depressionen als die Asylsuchenden (3.0%), während es bei den Menschen aus Sri Lanka genau umgekehrt ist (vorläufig Aufgenommene: 19.3% vs. Asylsuchende: 58.1%).

Verglichen mit der einheimischen Bevölkerung (Behandlungsrate von 4.4%) lassen sich Personen aus Somalia und Sri Lanka signifikant häufiger wegen Depressionen behandeln.

Migräne

36.6% der somalischen *Asylbevölkerung* und 30.4% der Personen aus Sri Lanka waren im letzten Jahr wegen Migräne in ärztlicher Behandlung. Der Unterschied zwischen den beiden Asylgruppen ist nicht signifikant, auch nicht unter Berücksichtigung des Aufenthaltsstatus.

Innerhalb des gleichen Herkunftslands bestehen keine signifikanten Differenzen zwischen Personen mit unterschiedlichem *Aufenthaltsstatus*.

Die Unterschiede zwischen der einheimischen Bevölkerung, bei der nur ein Anteil von 2.6% wegen Migräne behandelt wurde, und der Asylbevölkerung sind massiv und signifikant.

Osteoporose

Wegen Osteoporose haben sich 2.2% der *Asylbevölkerung* aus Somalia und 19.5% der Personen aus Sri Lanka behandeln lassen. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist mit 17.2 Prozentpunkten sehr gross und signifikant. Er bleibt auch dann signifikant, wenn der Aufenthaltsstatus berücksichtigt wird.

Der hohe Anteil bei den Personen aus Sri Lanka scheint unrealistisch. Eine Überprüfung der Übersetzung hat keinen Anhaltspunkt gegeben, dass diese falsch war. Möglich ist, dass der für die Übersetzung gewählte medizinisch richtige Begriff von den Befragten nicht verstanden wurde, jedoch nicht nachgefragt wurde, was er bedeutet.¹⁴

Innerhalb einer Asylgruppe bestehen hingegen keine signifikanten Unterschiede: Weder bei den Somalierinnen und Somaliern noch bei den Personen aus Sri Lanka spielt der *Aufenthaltsstatus* eine signifikante Rolle dafür, wie viele Personen wegen Osteoporose zu einem Arzt oder einer Ärztin gehen.

¹⁴ Bei den durchgeführten Pre-Tests mit Personen aus Sri Lanka wurde vermerkt, dass die Übersetzung zwar korrekt, jedoch manchmal sehr technisch sei.

Die Somalier/innen unterscheiden sich nur wenig von der *Schweizer Wohnbevölkerung* – bei der sich 1.6% behandeln lassen. Der Unterschied der Schweizerinnen und Schweizer mit den Personen aus Sri Lanka fällt hingegen signifikant aus.

Dauerhaftes gesundheitliches Problem

Danach gefragt, ob sie ein dauerhaftes gesundheitliches Problem hätten, antworteten 12.2% der Somalierinnen und Somalier mit «ja» sowie 26.8% der *Asylbevölkerung* aus Sri Lanka. Der Unterschied zwischen den beiden Asylgruppen ist mit 14.6 Prozentpunkten gross und signifikant (auch bei Einbezug des Aufenthaltsstatus).

Innerhalb der Asylgruppen spielt der *Aufenthaltsstatus* in Bezug auf dauerhafte gesundheitliche Probleme keine signifikante Rolle: Weder bei den Personen aus Somalia noch aus Sri Lanka lassen sich signifikante Unterschiede zwischen Asylsuchenden und vorläufig aufgenommenen Personen ausmachen.

Schweizerinnen und Schweizer leiden mit einem Anteil von 26.8% gleich häufig wie Personen aus Sri Lanka unter dauerhaften gesundheitlichen Problemen. Anders bei den Somalierinnen und Somaliern: Sie leiden signifikant seltener an dauerhaften gesundheitlichen Problemen als die einheimische Bevölkerung.

Einschränkungen

Auf die Frage, ob sie sich bei den Tätigkeiten des normalen Alltagslebens in den letzten 6 Monaten eingeschränkt fühlten, antworten die beiden *Asylgruppen* signifikant unterschiedlich: Von der somalischen Asylbevölkerung fühlten sich nur 21.1% «stark» oder «etwas eingeschränkt», während dies bei 63.7% der Personen aus Sri Lanka der Fall war. Der Unterschied bleibt auch dann signifikant, wenn die Asylsuchenden und die vorläufig aufgenommenen Personen separat verglichen werden.

Werden die Personen mit unterschiedlichem *Aufenthaltsstatus* aus dem gleichen Land verglichen, zeigen sich weder bei den Somalier/innen noch bei den Personen aus Sri Lanka signifikante Differenzen.

Im Vergleich zur *Schweizer Bevölkerung*, bei der sich 24.7% stark oder etwas eingeschränkt fühlen, geben Personen aus Sri Lanka signifikant häufiger Einschränkungen an. Zur somalischen Asylbevölkerung bestehen hingegen keine signifikanten Unterschiede.

Übergewicht

Anhand der Angaben zu Gewicht und Körpergrösse wurde der Body Mass Index (BMI) berechnet und zur Einteilung der befragten Personen in Gewichtskategorien gemäss den WHO-Richtlinien verwendet.¹⁵

Bei der *Asylbevölkerung* zeigt sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 57 und Tabelle im Anhang): Von den Personen aus Somalia sind 15.5% stark übergewichtig (BMI \geq 30), 20.6% übergewichtig ($25 \leq$ BMI $<$ 30), 59.5% normalgewichtig ($18.5 \leq$ BMI $<$ 25) und 4.4% untergewichtig (BMI $<$ 18.5). Die Asylbevölkerung aus Sri Lanka ist in der Tendenz etwas seltener stark übergewichtig (10.4%) und etwas häufiger untergewichtig (8.4%). Normalgewichtig sind 57.6% der Personen aus Sri Lanka und 23.7% sind übergewichtig. Die Differenzen zwischen den beiden Asylgruppen sind nicht signifikant.

¹⁵ Zur Einteilung der Jugendlichen unter 18 Jahren wurden die Kronmeyer-Hausschild-Tabellen benutzt.

Tabelle 57: Gewichtskategorien

	untergewichtig		normalgewichtig		übergewichtig		stark übergewichtig	
	Ja (%)	VI-95 (+/-)	Ja (%)	VI-95 (+/-)	Ja (%)	VI-95 (+/-)	Ja (%)	VI-95 (+/-)
Somalia	4.4	4.2	59.5	9.3	20.6	7.3	15.5	6.6
Sri Lanka	8.4	6.1	57.6	10.2	23.7	8.6	10.4	6.8
Schweiz	3.5	0.4	60.3	1.0	28.3	0.9	8.0	0.6

% sind Zeilenprozentwerte: VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall)

Wird bei Personen aus dem gleichen Herkunftsland nach *Aufenthaltsstatus* verglichen, zeigt sich nur gerade ein einziger signifikanter Unterschied: Die vorläufig aufgenommenen Somalierinnen und Somalier sind signifikant häufiger stark übergewichtig als die Asylsuchenden.

Die *Schweizer/innen* sind am häufigsten normalgewichtig (60.3%) oder übergewichtig (28.3%). Stark übergewichtig sind 8% der einheimischen Bevölkerung und untergewichtig 3.5%. Die signifikanten Unterschiede zwischen der schweizerischen Bevölkerung und den Asylgruppen sind wenig aussagekräftig: Somalierinnen und Somalier sind im Vergleich zu den Schweizerinnen und Schweizer signifikant häufiger stark übergewichtig, dafür signifikant seltener übergewichtig.

Werden die Resultate der Personen aus Sri Lanka des *GMM I und GMM II* verglichen, lassen sich keine signifikanten Unterschiede ausmachen.

4.1.3 Fazit

Der *subjektive Gesundheitszustand* wird von beiden Asylgruppen sehr unterschiedlich eingeschätzt: Während die Somalierinnen und Somalier einen ähnlich guten Gesundheitszustand angeben wie die einheimische Bevölkerung, weisen die Personen aus Sri Lanka einen deutlich schlechteren subjektiven Gesundheitszustand aus. Wir gehen davon aus, dass es sich bei den Unterschieden zumindest zum Teil auch um unterschiedlich kulturell geprägtes Antwortverhalten handelt.

Um die *gesundheitliche Belastung* der Asylbevölkerung erfassen zu können, wurde nach Arztkonsultationen aufgrund einer bestimmten Krankheit im letzten Jahr gefragt. Die Ergebnisse sind nicht ganz eindeutig, in der Tendenz ist die Behandlungsrate für die verschiedenen Krankheiten bei der Asylbevölkerung (und insbesondere bei den Personen aus Sri Lanka) aber höher.

Im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung hat sowohl ein grösserer Anteil der Somalier/innen und der Personen aus Sri Lanka wegen Heuschnupfen, Migräne oder Depression einen Arzt oder eine Ärztin aufgesucht.

Bei den Nierenkrankheiten, chronischer Bronchitis, Arthrose und Osteoporose weicht nur die Behandlungsrate der Personen aus Sri Lanka von der schweizerischen Rate ab – in vielen Fällen sind die Unterschiede gross. Die Behandlungsrate der Somalierinnen und Somalier unterscheidet sich hingegen kaum von der der Schweizerinnen und Schweizer.

Ein gegenläufiges Ergebnis lässt sich beim Bluthochdruck beobachten: Im Vergleich zur Asylbevölkerung haben deutlich mehr Schweizerinnen und Schweizer deswegen den Arzt oder die Ärztin aufgesucht.

Die Personen aus Sri Lanka geben gleich oft ein *dauerhaftes gesundheitliches Problem* an wie die Schweizerinnen und Schweizer, die Somalier/innen leiden demgegenüber deutlich seltener an dauerhaften gesundheitlichen Problemen. Dementsprechend fühlen sich im Vergleich zu Personen aus Sri Lanka weniger Somalierinnen und Somalier stark durch gesundheitliche Probleme eingeschränkt.

Bei der Analyse der *Gewichtskategorien* zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede der beiden Asylgruppen zu den Schweizer/innen.

4.2 Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen

Wie viele Personen der Asylbevölkerung eine medizinische Leistung innerhalb der letzten 12 Monaten in Anspruch genommen haben, wird aus *Tabelle 58* ersichtlich. Es sind die Anteilswerte (mit Vertrauensintervall) sowie die Signifikanzen der Vergleichstests aufgeführt. Personen, die eine medizinische Leistung genutzt haben, wurden zusätzlich gefragt, wie häufig sie dies taten. Die Anzahl der Konsultationen sind in *Tabelle 59* aufgeführt. Die Ergebnisse der beiden Tabellen werden im Folgenden erläutert.

Tabelle 58: Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen: Anteilswerte

	Somalia		Sri Lanka		Schweiz		Unterschiede/Signifikanzen		
	Ja	VI-95	Ja	VI-95	Ja	VI-95	Schweiz vs.		Sri Lanka vs.
	%	+/-	%	+/-	%	+/-	Somalia	Sri Lanka	Somalia
Arztbesuch in den letzten 12 Monaten	70.7	8.7	73.2	7.2	79.0	0.9	0.06	0.12	0.67
Konsultation in Notfallstation, Spitalambulatorium oder Poliklinik in den letzten 12 Monaten	9.7	5.3	14.8	5.7	12.1	0.7	0.39	0.35	0.20
Spitex Leistungen in den letzten 12 Monaten	1.3	1.4	0.9	1.3	1.4	0.2	0.87	0.44	0.67
Behandlung wegen psychischen Problemen in den letzten 12 Monaten	3.2	3.6	6.6	4.0	5.6	0.5	0.20	0.65	0.23

% sind Zeilenprozentwerte; VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); **FETT**: signifikanter Unterschied

Tabelle 59: Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen: Durchschnittswerte

	Somalia		Sri Lanka		Schweiz		Unterschiede/Signifikanzen		
	Anz.	VI-95	Anz.	VI-95	Anz.	VI-95	Schweiz vs.		Sri Lanka vs.
	AM	+/-	AM	+/-	AM	+/-	Somalia	Sri Lanka	Somalia
Arztbesuche in den letzten 12 Monaten	8.4	4.6	5.1	1.1	4.9	0.2	0.13	0.66	0.17
Hausarztbesuche in den letzten 12 Monaten	8.0	4.5	4.5	1.0	2.5	0.1	0.02	0.00	0.14
Frauenarztbesuche in den letzten 12 Monaten	1.8	0.9	1.0	0.6	1.1	0.1	0.12	0.77	0.14
Spitalverweildauer (Anzahl Tage)	7.0	4.3	3.6	1.7	8.7	0.9	0.45	0.00	0.15
Ungeplante Konsultationen in Notfallstationen, Spitalambulatorien oder Polikliniken innerhalb der letzten 12 Monate	1.8	0.8	2.9	2.1	1.0	0.0	0.05	0.07	0.32
Geplante Konsultationen in Notfallstationen, Spitalambulatorien oder Polikliniken innerhalb der letzten 12 Monate	5.4	3.8	7.8	7.6	0.9	0.1	0.02	0.07	0.58
Geplante und ungeplante Konsultationen in Notfallstationen, Spitalambulatorien oder Polikliniken innerhalb der letzten 12 Monate	7.2	4.5	8.0	5.6	1.9	0.1	0.02	0.03	0.84

AM - Arithmetischer Mittelwert; VI-95 = Abweichung +/- (Vertrauensintervall); **FETT**: signifikanter Unterschied.

4.2.1 Arztkonsultationen insgesamt

Arztkonsultation im letzten Jahr

Innerhalb des letzten Jahres haben 70.7% der somalischen *Asylbevölkerung* und 73.2% der Personen aus Sri Lanka einen Arzt oder eine Ärztin aufgesucht. Der Unterschied zwischen den Personen aus den beiden Herkunftsländern ist nicht signifikant. Asylsuchende Somalierinnen und Somalier haben häufiger einen Arzt oder eine Ärztin besucht als ihre vorläufig aufgenommenen Landesgenoss/innen. Bei den Personen aus Sri Lanka ist der Unterschied zwischen Personen mit unterschiedlichem *Aufenthaltsstatus* nicht signifikant.

Im Vergleich zur *Schweizer Bevölkerung* bestehen keine signifikanten Differenzen. Auch der Unterschied der Ergebnisse von *GMM I und GMM II* der Personen aus Sri Lanka ist nicht signifikant.

Anzahl Arztkonsultationen

Personen die im letzten Jahr mindestens eine Arztkonsultation in Anspruch genommen haben, gaben zusätzlich die Anzahl der Konsultationen an.

Bei der *Asylbevölkerung* zeigt sich, dass die Somalierinnen und Somalier mit 8.4 Konsultationen häufiger den Arzt oder die Ärztin aufsuchten als Personen aus Sri Lanka, die im Durchschnitt 5.1 Konsultationen angeben. Der Unterschied ist allerdings nicht signifikant, auch nicht, wenn nur Personen mit dem gleichen Aufenthaltsstatus verglichen werden.

Auch innerhalb der Personen mit gleichem Herkunftsland zeigen sich keine signifikanten Differenzen zwischen *Asylsuchenden und vorläufig Aufgenommenen*.

Verglichen mit der einheimischen Bevölkerung, die im Durchschnitt 4.9 Konsultationen angibt, gingen Somalierinnen und Somalier im letzten Jahr eher häufiger zum Arzt oder zur Ärztin. Signifikant ist der Unterschied aber ebenso wenig wie zwischen den Schweizer/innen und den Personen aus Sri Lanka.

Der Vergleich zwischen *GMM I und GMM II* zeigt, dass Personen aus Sri Lanka 2010 1.3 Konsultationen weniger – und damit signifikant weniger Konsultationen – in Anspruch nahmen als 2004.

4.2.2 Konsultation Hausarzt/-ärztin

In den meisten Fällen sucht die *Asylbevölkerung* den Hausarzt oder die Hausärztin auf: Die befragten Somalierinnen und Somalier hatten im letzten Jahr im Durchschnitt 8 Konsultationen bei einem Hausarzt oder einer Hausärztin, bei den Personen aus Sri Lanka liegt der Durchschnitt bei 4.5. Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sind nicht signifikant.

Auch die Differenzen zwischen den *asylsuchenden und vorläufig aufgenommenen* Somalier/innen bzw. asylsuchenden und vorläufig aufgenommenen Personen aus Sri Lanka sind nicht signifikant.

Die *Schweizerinnen und Schweizer* konsultieren den Hausarzt oder die Hausärztin mit 2.5 Konsultationen im letzten Jahr signifikant seltener als Personen aus Somalia oder Sri Lanka. Der Unterschied zwischen der Schweizerischen und der *Asylbevölkerung* kommt durch zwei Effekte zustande: Erstens suchen Schweizer/innen generell seltener einen Arzt oder eine Ärztin auf (vgl. Absatz 4.2.1). Wenn sie dies dann aber tun, ist dies zweitens seltener der Hausarzt oder die Hausärztin als bei der *Asylbevölkerung*.

4.2.3 Konsultation Frauenarzt/-ärztin

Die Frauen, die im letzten Jahr mindestens eine Arztkonsultation angegeben haben, wurden zusätzlich nach der Anzahl Konsultationen bei einem Frauenarzt oder einer Frauenärztin gefragt.

Bei der somalischen *Asylbevölkerung* konsultierten die entsprechenden Frauen 1.8 Mal einen Frauenarzt oder eine Frauenärztin und weisen damit einen – allerdings nicht signifikant – höheren Durch-

schnitt auf als die Frauen aus Sri Lanka (1 Konsultation). Diese Differenz ist auch dann nicht signifikant, wenn nur zwischen Personen mit gleichem Aufenthaltsstatus, aber unterschiedlichem Herkunftsland verglichen wird.

Zwischen Personen mit unterschiedlichem *Aufenthaltsstatus* des gleichen Landes bestehen ebenfalls keine signifikanten Differenzen.

Im Vergleich zu den *Schweizerinnen*, die 1.1 Konsultationen angeben, weist die Asylbevölkerung keine signifikanten Differenzen aus. Auch die Unterschiede zwischen *GMM I und GMM II* sind bei den Personen aus Sri Lanka nicht signifikant.

4.2.4 Spitalaufenthalte

Die Personen der somalischen *Asylbevölkerung*, die im letzten Jahr mindestens einmal im Spital gewesen waren, blieben im Durchschnitt für 7 Tage dort. Die Personen aus Sri Lanka blieben mit 3.6 Tagen etwas weniger lang, der Unterschied ist aber nicht signifikant (auch nicht bei Berücksichtigung des Aufenthaltsstatus).

Auch keine signifikanten Unterschiede bestehen zwischen den Personen aus dem gleichen Herkunftsland mit unterschiedlichem *Aufenthaltsstatus*.

Die *Schweizerische Bevölkerung* hat mit 8.7 Tagen eine längere Spitalverweildauer als die Asylbevölkerung. Signifikant unterscheiden sich aber nur die Personen aus Sri Lanka von den Schweizer/innen.

Vergleicht man die Spitalaufenthaltsdauer der Personen aus Sri Lanka zwischen *GMM I und GMM II* zeigt sich, dass diese im GMM II angeben, signifikant weniger lange im Spital zu verbleiben (12.9 Tage).

4.2.5 Konsultationen in einer Notfallstation, einem Spitalambulatorium oder einer Poliklinik

In den letzten 12 Monaten haben 9.7% der somalischen *Asylbevölkerung* und 14.8% der Personen aus Sri Lanka eine Notfallstation, ein Spitalambulatorium oder eine Poliklinik. Sie unterscheiden sich nicht signifikant voneinander, auch nicht bei Berücksichtigung des Aufenthaltsstatus.

Die Somalier/innen, die im letzten Jahr mindestens eine solche Konsultation angaben, gingen im Durchschnitt 1.8 Mal ungeplant und 5.4 Mal geplant in eine Notfallstation, ein Spitalambulatorium oder eine Poliklinik. Die Personen aus Sri Lanka haben im Durchschnitt 2.9 ungeplante und 7.8 geplante Konsultationen in Anspruch genommen. Die beiden Asylgruppen unterscheiden sich auch hier nicht signifikant, auch nicht, wenn die Summe der geplanten und ungeplanten Konsultationen betrachtet wird.

Der *Aufenthaltsstatus* bei Personen aus dem gleichen Herkunftsland führt nur bei den Somalier/innen zu signifikanten Unterschieden: Vorläufig Aufgenommene gehen insgesamt (geplant und ungeplant) signifikant häufiger in eine Notfallstation, ein Spitalambulatorium oder eine Poliklinik als Asylsuchende. Das Gleiche gilt für die Anzahl geplanter Konsultationen (nicht aber für die Anzahl ungeplanter Konsultationen).

Von den *Schweizer/innen* gingen im letzten Jahr mit 12.1% etwas mehr Personen in die Notfallstation, ein Spitalambulatorium oder eine Poliklinik als dies bei den Somalier/innen der Fall war, aber etwas weniger als bei den Personen aus Sri Lanka. Signifikante Differenzen sind aber nicht auszumachen.

Signifikante Unterschiede bestehen hingegen beim Total der geplanten und ungeplanten Konsultationen: Schweizer/innen nahmen im Durchschnitt nur 1.9 Mal eine Konsultation in Anspruch, Somalier/innen hingegen 7.2 Mal und Personen aus Sri Lanka 8 Mal. Ausserdem ging die einheimische Bevölkerung signifikant seltener geplant in die Notfallstation, ein Spitalambulatorium oder eine Poliklinik

als die Somalierinnen und Somalier. Bei den ungeplanten Konsultationen gibt es hingegen keine signifikanten Differenzen.

Werden die Resultate aus *GMM I und GMM II* verglichen, zeigt sich für die Personen aus Sri Lanka folgendes: Signifikant weniger Personen suchten 2010 eine Notfallstation, ein Spitalambulatorium oder eine Poliklinik auf: Während 2004 27.3% aller Personen aus Sri Lanka eine solche Institution aufsuchten, waren es 2010 12.5 Prozentpunkte weniger. Signifikante Unterschiede in der Häufigkeit von geplanten und ungeplanten Konsultationen bestehen hingegen keine.

4.2.6 Spitex

Nur ein kleiner Teil der *Asylbevölkerung* hat in den letzten 12 Monaten Leistungen der Spitex in Anspruch genommen, nämlich 1.3% der Somalierinnen und Somalier und 0.9% der Asylbevölkerung aus Sri Lanka. Die Differenz ist nicht signifikant.

Der Anteil der Leistungsbezüger/innen ist bei den vorläufig Aufgenommenen tendenziell etwas höher (Somalia: 1.3%, Sri Lanka: 1.4%) als bei den Asylsuchenden (Somalia: 0.9%, Sri Lanka: 0%). Signifikante Unterschiede aufgrund des *Aufenthaltsstatus* lassen sich aber nicht ausmachen.

Auch im Vergleich zur *Schweizer Bevölkerung*, die einen Anteil von 1.4% ausweist, gibt es keine signifikanten Differenzen.

4.2.7 Psychische Probleme

Im letzten Jahr waren 3.2% der somalischen *Asylbevölkerung* wegen psychischen Problemen in ärztlicher Behandlung. Bei den Personen aus Sri Lanka liegt der Anteil bei 6.6. Werden nur die Personen mit dem gleichen Aufenthaltsstatus berücksichtigt, bestehen nur noch zwischen den Asylsuchenden aus Somalia und Sri Lanka signifikante Differenzen.

Innerhalb der gleichen Asylgruppe führt der *Aufenthaltsstatus* zu keinen signifikanten Unterschieden. Dies obwohl keine der asylsuchenden Somalier/innen eine Behandlung in Anspruch nahm, was auf die geringen Fallzahlen zurückzuführen ist.

Auch im Vergleich zu den *Schweizerinnen und Schweizer* (Behandlungsrate: 5.6%) gibt es keine signifikanten Unterschiede.

Der Anteil der Personen, die wegen Depression in ärztlicher Behandlung waren, ist bei beiden Asylgruppen höher als der Anteil, der wegen psychischen Problemen in Behandlung war. Insbesondere bei den Personen aus Sri Lanka sind die Unterschiede sehr gross. Eine Erklärung für diese Inkonsistenz konnte nicht gefunden werden. Auch die Überprüfung der Übersetzung hat ergeben, dass diese korrekt war. Es wird geprüft, weshalb es zu diesen Inkonsistenzen gekommen ist (z.B. Übersetzung).

Über die *Häufigkeit von Konsultationen aufgrund von psychischen Problemen* können wegen den geringen Fallzahlen keine Aussagen gemacht werden. Es haben nur zwei Personen aus Somalia und zehn aus Sri Lanka die entsprechende Frage beantwortet.

Für die einheimische Bevölkerung liegen keine entsprechenden Angaben vor, da diese Frage in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung nicht gestellt wurde

Die Unterschiede zwischen *GMM I und GMM II* für die Personen aus Sri Lanka sind nicht signifikant.

4.2.8 Fazit

Welche medizinischen Leistungen beansprucht die Asylbevölkerung und wie oft? Knapp drei Viertel der gesamten Asylbevölkerung hat im letzten Jahr mindestens einen *Arztbesuch* getätigt – darin unterscheiden sie sich nicht von der einheimischen Bevölkerung. Die Personen aus Somalia und Sri Lanka, die mindestens einmal eine ärztliche Behandlung in Anspruch genommen haben, unterschei-

den sich auch nicht in der Anzahl in Anspruch genommener Konsultationen von den Schweizerinnen und Schweizern.

Ausserdem sucht die Asylbevölkerung fast immer den Hausarzt oder die Hausärztin auf, während Schweizerinnen und Schweizer dies seltener tun. Bei der Häufigkeit des Besuchs eines Frauenarztes oder einer Frauenärztin gibt es keine signifikanten Unterschiede.

Bezüglich *Spitalaufenthaltsdauer* zeigt sich, dass Schweizerinnen und Schweizer tendenziell länger im Spital verbleiben als die Asylbevölkerung, allerdings ist nur die Differenz zu den Personen aus Sri Lanka signifikant.

In der Beanspruchung von *Notfallstationen, Spitalambulatorien und Polikliniken* gibt es signifikante Unterschiede zwischen der einheimischen Bevölkerung und der Asylbevölkerung. Der Anteil von Personen, die im letzten Jahr überhaupt eine solche Institution aufgesucht haben, unterscheidet sich zwar kaum. Die Asylbevölkerung hat aber insgesamt eine signifikant höhere Anzahl Konsultationen (und die Somalier/innen zusätzlich eine höhere Anzahl geplanter Konsultationen) in einer dieser Institutionen zu verzeichnen als die einheimische Bevölkerung.

Der Anteil der Asylbevölkerung, der wegen *psychischen Problemen* einen Arzt oder eine Ärztin aufsucht, unterscheidet sich nicht signifikant vom Anteil der Schweizerinnen und Schweizer.

4.3 Gesundheitsverhalten

4.3.1 Ernährung und Bewegung

Konsum von Früchten und Gemüse

22.9% der somalischen *Asylbevölkerung* essen keine oder nur eine Portion Früchte und Gemüse pro Tag, 46.4% essen zwischen zwei und vier Portionen und 30.7% essen fünf oder mehr Portionen täglich (vgl. Tabelle 26 im Anhang). Von den Personen aus Sri Lanka konsumieren 28.2% weniger als 2 Portionen täglich, 54.4% zwei bis vier Portionen und 17.5% mindestens fünf Portionen. Vergleicht man die beiden Asylgruppen, zeigt sich folgendes: Es gibt signifikant mehr Somalierinnen und Somalier, die täglich mindestens 5 Portionen Früchte und Gemüse essen im Vergleich zu den Personen aus Sri Lanka.

Tabelle 60: Täglicher Konsum von Früchten und Gemüse

	< 2 Portionen		2 - 4 Portionen		≥ 5 Portionen	
	ja (%)	VI-95 (+/-)	ja (%)	VI-95 (+/-)	ja (%)	VI-95 (+/-)
Somalia	22.9	8.1	46.4	9.2	30.7	8.3
Sri Lanka	28.2	7.6	54.4	8.1	17.5	5.8
Schweiz	6.8	0.5	63.2	1.0	30.0	1.0

% sind Zeilenprozentwerte: VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall)

Diese signifikanten Ergebnisse bleiben bestehen, wenn nur asylsuchende Personen aus Somalia und Sri Lanka verglichen werden – bei den vorläufig Aufgenommenen bestehen hingegen keine signifikanten Differenzen zwischen den Herkunftsländern.

Innerhalb der Personen aus dem gleichen Herkunftsland lassen sich aufgrund des *Aufenthaltsstatus* keine signifikanten Unterschiede feststellen. Einzige Ausnahme bilden die vorläufig aufgenommenen Somalier/innen, welche in der Kategorie 2-4 Portionen signifikant mehr Früchte und Gemüse konsumieren als ihre asylsuchenden Mitbürger/innen.

Bei der einheimischen Bevölkerung isst der Grossteil zwischen zwei und vier Portionen Früchte und Gemüse (63.2%). Nur ein kleiner Teil (6.8%) isst weniger als zwei Portionen und 30% essen mehr als

vier Portionen. Im Vergleich zur Asylbevölkerung aus Sri Lanka konsumieren Schweizer/innen generell mehr Früchte und Gemüse (signifikant tieferer Anteil Schweizer/innen in der Kategorie «weniger als 2 Portionen», signifikant höherer Anteil in den Kategorien «2-4 Portionen» und «fünf Portionen oder mehr»). Die Somalier/innen konsumieren signifikant öfter weniger als zwei Portionen Früchte und Gemüse im Vergleich zu den Schweizer/innen.

Körperliche Aktivität

Das Ausmass und die Intensität der in der Freizeit wöchentlich ausgeübten körperlichen Aktivität wurde mit Hilfe von vier Indikatoren erfasst und zu einer Variable mit drei Ausprägungen verdichtet (vgl. Ausführungen des Monitorings in Kapitel 2). Dabei zeigt sich bei der *Asylbevölkerung* folgendes Bild (vgl. Tabelle 27 im Anhang): Je etwa ein Drittel der Somalierinnen und Somalier (34.1%) ist körperlich inaktiv, teilaktiv (29.2%) oder aktiv (36.7%). Die Personen aus Sri Lanka sind in der Tendenz körperlich aktiver: 29.5% ist inaktiv, 21.4% sind teilaktiv und 49.1% sind aktiv. Damit ist die Asylbevölkerung aus Sri Lanka signifikant häufiger aktiv.

Tabelle 61: Ausmass und Intensität der körperlichen Aktivität

	inaktiv		teilaktiv		aktiv	
	ja (%)	VI-95 (+/-)	ja (%)	VI-95 (+/-)	ja (%)	VI-95 (+/-)
Somalia	34.1	8.6	29.2	8.9	36.7	9.0
Sri Lanka	29.5	7.4	21.4	7.1	49.1	8.2
Schweiz	11.7	0.7	45.7	1.1	42.6	1.1

% sind Zeilenprozentwerte: VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall)

Wird zusätzlich nach *Aufenthaltsstatus* differenziert, sind die Unterschiede zwischen den Ländern in keiner Kategorie signifikant.

Innerhalb des gleichen Herkunftslandes lassen sich aufgrund des *Aufenthaltsstatus* ebenfalls keine signifikanten Differenzen ausmachen.

In der einheimischen Bevölkerung sind 11.7% inaktiv, 45.7% teilaktiv und 42.6% aktiv. Verglichen mit der Asylbevölkerung sind die Schweizer/innen signifikant seltener inaktiv und signifikant häufiger teilaktiv.

4.3.2 Alkoholkonsum

Häufigkeit des Alkoholkonsums

Wird die somalische *Asylbevölkerung* nach dem Ausmass ihres Alkoholkonsums gefragt, fällt auf, dass der allergrösste Teil gar nie Alkohol trinkt (98.3%) (vgl. Tabelle 62). Dies gilt sowohl für die Asylsuchenden (93.8%) als auch für die vorläufig Aufgenommenen (99.0%). Bei den Personen aus Sri Lanka ist der Anteil der abstinenten Personen mit 66.8% ebenfalls sehr hoch, allerdings signifikant tiefer als bei den Somalier/innen. Tendenziell trinken die Personen aus Sri Lanka häufiger Alkohol als die Somalier/innen und dies äussert sich in mehreren signifikanten Unterschieden der einzelnen Antwortkategorien. Ein ähnliches Bild zeigt sich ebenfalls, wenn zusätzlich nach dem Aufenthaltsstatus differenziert wird.

Tabelle 62: Alkoholkonsum

	>= 3x /Tag		2x /Tag		1x /Tag		mehrmals /Woche		1-2x /Woche		1-3x /Monat		< 1x /Monat		nie	
	ja	VI-95	ja	VI-95	ja	VI-95	ja	VI-95	ja	VI-95	ja	VI-95	ja	VI-95	ja	VI-95
	%	+/-	%	+/-	%	+/-	%	+/-	%	+/-	%	+/-	%	+/-	%	+/-
Somalia	0.0		0.0		0.9	1.8	0.0		0.0		0.0		0.8	0.7	98.3	1.9
Sri Lanka	2.5	2.4	1.6	2.2	2.7	2.6	0.7	1.4	15.5	6.4	1.7	2.0	8.4	4.8	66.8	7.9
Schweiz	0.3	0.1	1.9	0.3	10.8	0.6	10.7	0.6	38.3	1.0	16.2	0.8	10.1	0.6	11.6	0.6

% sind Zeilenprozentwerte: VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall)

Werden die Personen mit unterschiedlichem *Aufenthaltsstatus* aus dem gleichen Herkunftsland verglichen, zeigen sich nur wenige Signifikanzen: Die Asylsuchenden aus Somalia trinken häufiger weniger einmal pro Monat Alkohol (6.2%) als die vorläufig Aufgenommenen (0%) und die vorläufig Aufgenommenen aus Sri Lanka trinken häufiger einmal pro Tag Alkohol (4.5%) als die Asylsuchenden (0%).

Die Unterscheide zur *Schweizer Bevölkerung* sind sehr deutlich und fast alle signifikant¹⁶: Beide Asylgruppen trinken deutlich seltener Alkohol als die Schweizer/innen. Insbesondere der Anteil der abstinenten Personen ist bei der einheimischen Bevölkerung massiv kleiner (11.6%).

Werden die Resultate aus *GMM I und GMM II* verglichen, zeigt sich für die Personen aus Sri Lanka ein signifikanter Unterschied: 2010 gaben deutlich mehr Personen an, dass sie gar nie Alkohol trinken würden, als 2004 (Differenz von 25 Prozentpunkten).

Häufigkeit von Rauschtrinken

Unter Rauschtrinken wird der Konsum von 4 (Frauen) bzw. 5 (Männer) Gläsern Alkohol auf einmal verstanden. Von den Personen aus Sri Lanka trinken 71.2% nie mehr als 4 bzw. 5 Gläser nacheinander, 6.2% machen dies weniger als einmal pro Monat, 3.6 tun dies jeden Monat, 10.5% jede Woche und 8.5% jeden Tag oder fast jeden Tag (vgl. Tabelle 63).

Tabelle 63: Häufigkeit von Rauschtrinken

	nie		< 1 x im Monat		jeden Monat		jede Woche		(fast) jeden Tag	
	ja (%)	VI-95 (+/-)	ja (%)	VI-95 (+/-)	ja (%)	VI-95 (+/-)	ja (%)	VI-95 (+/-)	ja (%)	VI-95 (+/-)
Somalia	0.0	4.9	1.1	0.5	1.6		0.0		78.9	4.9
Sri Lanka	8.1	7.9	95.6	4.5	16.1	2.9	2.2	5.5	0.0	5.1
Schweiz	0.0	1.3	0.0	1.3	0.0	1.0	0.0	0.6	0.0	0.2

% sind Zeilenprozentwerte: VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall)

Die Resultate der Somalier/innen sind nicht konsistent mit den Antworten auf die vorhergehende Frage nach der Häufigkeit des Alkoholkonsums. Eine Überprüfung der Übersetzung hat keine Anhaltspunkte dafür geliefert, dass dort ein Fehler passiert ist.

Von den *Schweizer/innen* geben 44.3% an, nie mehr als 4 bzw. 5 Gläser Alkohol nacheinander zu trinken und 34.9% tun dies weniger als einmal pro Monat. Jeden Monat trinken 15.4% der einheimischen Bevölkerung so viel, 5% tun dies jede Woche und 0.5% (fast) jeden Tag. Im Vergleich dazu

¹⁶ Die einzige nicht signifikante Differenz besteht zwischen den Schweizer/innen und den Personen aus Sri Lanka bei der Kategorie «mehr als drei Mal pro Tag».

betreiben signifikant mehr Personen aus Sri Lanka häufiges Rauschtrinken (jeden Tag oder jede Woche), allerdings trinken auch signifikant mehr Personen aus Sri Lanka gar nie so viel. Dementsprechend sind signifikant mehr Schweizer/innen in den Kategorien «weniger als einmal im Monat» und «jeden Monat» vertreten.

4.3.3 Tabakkonsum

23.4% der somalischen *Asylbevölkerung* rauchen jeden Tag (vgl. Tabelle 64). Von den Personen aus Sri Lanka rauchen 13.7% täglich. Der Unterschied ist allerdings nur dann signifikant, wenn nur die asylsuchenden Personen der beiden Länder verglichen werden.

Tabelle 64: Täglicher Tabakkonsum und Anzahl Zigaretten pro Tag

	Anteil Raucher/innen		Anzahl Zigaretten / Tag	
	Ja (%)	VI-95 (+/-)	AM	VI-95 (+/-)
Somalia	23.4	8.6	9.7	2.3
Sri Lanka	13.7	5.8	8.3	2.9
Schweiz	20.6	0.9	11.9	0.4

Zwischen den Personen aus dem gleichen Herkunftsland, aber mit unterschiedlichem *Aufenthaltsstatus* bestehen keine signifikanten Differenzen.

20.6% der *Schweizerinnen und Schweizer* rauchen täglich. Das sind signifikant mehr als der Anteil bei den Personen aus Sri Lanka. Den Somalier/innen gegenüber besteht hingegen kein signifikanter Unterschied.

Wird nach der *Anzahl Zigaretten pro Tag* gefragt, zeigen sich ähnliche Unterschiede (vgl. Tabelle 64): Schweizer/innen rauchen mit 11.9 Zigaretten pro Tag mehr als Personen aus Somalia (9.7 Zigaretten) und Sri Lanka (8.3 Zigaretten). Signifikant ist allerdings nur der Unterschied zwischen den Schweizer/innen und den Personen aus Sri Lanka.

Wird innerhalb der gleichen Asylgruppe nach Aufenthaltsstatus verglichen, zeigen sich bei beiden Ländern keine signifikanten Unterschiede zwischen Asylsuchenden und vorläufig Aufgenommenen. Dasselbe gilt, wenn man jeweils die vorläufig Aufgenommenen und die Asylsuchenden der beiden Länder vergleicht.

4.3.4 Vorsorgeuntersuchungen

Aus Tabelle 65 wird ersichtlich, welcher Anteil der Asylbevölkerung bereits einmal eine Vorsorgeuntersuchung durchführen liess. Die vier abgefragten Vorsorgeuntersuchungen Prostata-Untersuchung, Mammographie, Stuhl-Untersuchung und Darmspiegelung werden im folgenden Abschnitt genauer besprochen.

Tabelle 65: Vorsorgeuntersuchungen

	Somalia		Sri Lanka		Schweiz		Unterschiede/Signifikanzen		
	Ja	VI-95	Ja	VI-95	Ja	VI-95	Schweiz vs.		Sri Lanka vs.
	%	+/-	%	+/-	%	+/-	Somalia	Sri Lanka	Somalia
Prostata-Untersuchung	0.0		10.5	15.7	50.4	2.0	0.00	0.00	0.21
Mammographie-Untersuchung	24.7	10.0	27.5	10.9	46.3	1.4	0.00	0.00	0.72
Stuhl-Untersuchung	38.9	19.8	29.6	15.7	29.8	1.2	0.37	0.98	0.48
Darmspiegelung	18.8	13.9	15.0	9.3	23.5	1.1	0.51	0.07	0.66

% sind Zeilenprozentwerte: VI-95 = Abweichung +/- in % (Vertrauensintervall); **FETT**: signifikanter Unterschied

Prostata-Untersuchung

Der Anteil der männlichen *Asylbevölkerung* über 40, der bereits einmal eine Prostata-Vorsorgeuntersuchung durchführen liess, ist generell tief: Kein einziger Somalier und nur 10.5% der Männer aus Sri Lanka hat je eine solche Untersuchung in Anspruch genommen. Der Anteil bei den Männern aus Sri Lanka ist signifikant höher als bei den Somaliern.

Aussagen über den *Aufenthaltsstatus* sind aufgrund der geringen Fallzahlen nicht möglich.

Schweizer unterscheiden sich deutlich von der *Asylbevölkerung*: Mit 50.4% haben signifikant mehr Schweizer Männer eine Prostata-Untersuchung durchführen lassen.

Mammographie

24.7% aller somalischen Frauen haben bisher eine Mammographie machen lassen, bei den Frauen aus Sri Lanka sind es 27.5%. Der Unterschied ist nicht signifikant, auch dann nicht, wenn nur Personen mit dem gleichen Aufenthaltsstatus verglichen werden.

Der *Aufenthaltsstatus* bei gleichem Herkunftsland spielt nur bei den Somalierinnen eine Rolle: Es gingen signifikant mehr vorläufig Aufgenommene wegen einer Mammographie zum Arzt oder zur Ärztin (26.6%) als Asylsuchende (4.4%).

Bei den *Schweizerinnen* ist der Anteil signifikant höher (46.3%) als bei den beiden Asylgruppen.

Stuhl-Untersuchung

Anders als bei den bisherigen Voruntersuchungen haben mit 38.9% mehr Personen über 40 Jahren aus der somalischen *Asylbevölkerung* eine Stuhl-Untersuchung hinter sich als bei den Personen aus Sri Lanka (29.6%). Der Unterschied ist allerdings nicht signifikant, auch dann nicht, wenn zwischen Asylsuchenden und vorläufig Aufgenommen unterschieden wird.

Auch zwischen Personen aus dem gleichen Herkunftsland, aber mit unterschiedlichem *Aufenthaltsstatus* bestehen keine signifikanten Differenzen.

Verglichen mit den *Schweizer/innen*, von denen 29.8% eine Untersuchung des Stuhls machen liessen, ist der Anteil bei der *Asylbevölkerung* zwar höher, aber nicht signifikant.

Darmspiegelung

Die beiden Gruppen der *Asylbevölkerung* unterscheiden sich kaum in der Inanspruchnahme einer Darmspiegelung: 18.8% der Somalier/innen über 40 Jahren und 15% der Personen aus Sri Lanka haben eine solche Vorsorgeuntersuchung schon einmal durchführen lassen.

Ein massiver Unterschied besteht hingegen innerhalb der somalischen *Asylbevölkerung*, wenn der Aufenthaltsstatus berücksichtigt wird: 19.3% der vorläufig aufgenommenen Somalierinnen und Soma-

lier berichten von einer Darmspiegelung, was bei keiner einzigen asylsuchenden somalischen Person der Fall ist.

Von der einheimischen Bevölkerung unterscheidet sich die Asylbevölkerung nicht signifikant: Auch bei den Schweizer/innen hat etwa ein Fünftel (23.5%) eine Darmspiegelung machen lassen.

4.3.5 Fazit

Beim *Ernährungs- und Bewegungsverhalten* fällt bei der Asylbevölkerung auf, dass der Anteil von Personen, die kaum Früchte und Gemüse essen und körperlich inaktiv sind, grösser ist als bei den Schweizerinnen und Schweizern. Ausserdem konsumieren Personen aus Sri Lanka generell weniger Früchte und Gemüse als die Somalier/innen.

Beim *Alkohol- und Tabakkonsum* bestehen deutliche Unterschiede zu den Schweizerinnen und Schweizern. Alkohol wird von der Asylbevölkerung deutlich seltener konsumiert als von der einheimischen Bevölkerung. Insbesondere der Anteil der abstinenten Personen ist hoch: Bei den Somalier/innen beträgt er fast 99% und bei der Asylbevölkerung aus Sri Lanka sind es zwei Drittel.

Tabak wird von Personen aus Sri Lanka seltener konsumiert als von Schweizer/innen oder Somalier/innen: Wenn Personen der Asylbevölkerung rauchen, rauchen sie ausserdem tendenziell weniger Zigaretten pro Tag als Schweizerinnen und Schweizer.

Bei der somalischen Asylbevölkerung nimmt in der Tendenz ein geringerer Anteil *Vorsorgeuntersuchungen* in Anspruch als bei den Schweizer/innen und Schweizern. Auffällig sind die Resultate bei der Prostata- Untersuchung und der Mammographie: Eine Prostatauntersuchung liess bisher kein einziger Somalier und eine Mammographie liessen nur 24.7% der somalischen Frauen durchführen (das ist nur etwa ein halb so grosser Anteil wie bei den Schweizer/innen). Auch die Asylbevölkerung aus Sri Lanka nimmt diese beiden Vorsorgeuntersuchungen seltener in Anspruch als die Schweizer/innen.

Diese Tendenz gilt aber nicht durchgehend: Weder bei der Untersuchungsrate von Darmspiegelungen noch von Stuhl-Untersuchungen gibt es signifikante Unterschiede zwischen den beiden Asylgruppen und der schweizerischen Bevölkerung. Bei den Vorsorgeuntersuchungen ist allerdings zu beachten, dass die Fallzahlen teilweise klein sind (v.a. dann, wenn nur Personen über 40 Jahren befragt wurden).

4.4 Gesundheitskompetenz

Welches Wissen hat die befragte Asylbevölkerung über Gesundheit und Krankheit? Können Sie sich mit Ärztinnen und Ärzten verständigen und sich über Gesundheitsthemen informieren? Im folgenden Abschnitt wird die Gesundheitskompetenz der Asylbevölkerung anhand von mehreren Indikatoren vorgestellt.

Einschätzung von Krankheitssymptomen

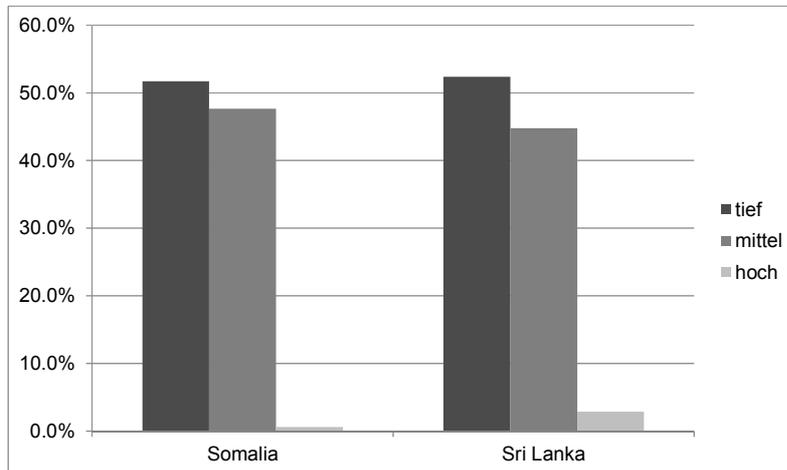
Wie gut kann die Asylbevölkerung einschätzen, bei welchen Krankheitssymptomen sie zum Arzt oder zur Ärztin gehen sollte? Für zwölf verschiedene Symptome – sechs physische und sechs psychische – gaben die Befragten an, ob jemand bei diesem Symptom ärztliche oder psychologische Hilfe aufsuchen sollte. Ist aus objektiv medizinischer Sicht tatsächlich ein Arztbesuch angezeigt, wird diese Antwort als richtig bewertet und danach die Anzahl der richtigen Antworten summiert.

Im Durchschnitt haben die Somalierinnen und Somalier 5.4 der 12 Symptome richtig eingeschätzt, die Personen aus Sri Lanka 5.6.

Die Verteilung der richtigen Antworten wird aus *Abbildung 11* ersichtlich. Die Mehrheit der Asylbevölkerung hat eine eher als tief eingestufte Gesundheitskompetenz in Bezug auf die Symptomeinschätzung: Mehr als die Hälfte aller Personen (Somalia: 51.7%, Sri Lanka: 52.4%) konnten nur fünf oder weniger Symptome richtig einschätzen. Dieser Anteil ist deutlich höher als bei den restlichen Migrati-

onsgruppen, bei denen sich jeweils weniger als ein Fünftel in dieser Kategorie befindet. Demgegenüber ist der Anteil der Personen, die die Mehrheit der Symptome richtig einschätzten, verschwindend klein: Nur 0.7% (Somalia) bzw. 3.4% Personen (Sri Lanka) haben mehr als 8 der 12 Fragen richtig beantwortet.

Abbildung 11: Gesundheitskompetenz «Symptomeinschätzung»: Anzahl richtiger Antworten auf Fragen zu 12 Symptomen (Range: 0 bis 12 Punkte, kategorisiert)



Bedeutet nun diese schlechte Symptomeinschätzung, dass die Asylbevölkerung *zu häufig oder zu selten einen Arzt oder eine Ärztin aufsucht*? Es zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen körperlichen und psychischen Symptomen.

Bei *körperlichen Symptomen* wäre aus medizinischer Sicht in drei Fällen ein Arztbesuch angezeigt. Die Asylbevölkerung würde im Durchschnitt aber nur in 1.9 (Somalia) bzw. 1.5 (Sri Lanka) der Fälle zum Arzt oder zur Ärztin gehen. Bei drei anderen körperlichen Symptomen wäre es objektiv unnötig, einen Arzt oder eine Ärztin aufzusuchen. Die Somalierinnen und Somalier würden trotzdem im Durchschnitt 1.67 Mal medizinische Hilfe in Anspruch nehmen und Personen aus Sri Lanka 1.48 Mal. Es kann deshalb nicht davon ausgegangen werden, dass die Asylbevölkerung bei körperlichen Symptomen generell zu selten zum Arzt oder zur Ärztin geht. Vielmehr fehlt es ihr am Wissen darüber, in welchen Fällen ein Arztbesuch angemessen wäre. Bei dieser Einschätzung von körperlichen Symptomen schneiden sie in der Tendenz schlechter ab als die anderen Migrationsgruppen.

Ein anderes Bild zeigt sich, wenn die *psychischen Symptome* in den Blick genommen werden. Bei vier der abgefragten psychischen Symptome sollte ein Arzt oder eine Ärztin aufgesucht werden. Die Somalierinnen und Somalier halten dies im Durchschnitt jedoch nur in 0.6 der Fälle und die Personen aus Sri Lanka nur bei 0.9 der Fälle für notwendig. Ähnlich oft würde die Asylbevölkerung allerdings auch zum Arzt oder zur Ärztin gehen, wenn es gar nicht nötig wäre. Aus diesen Ergebnissen können zwei Schlüsse gezogen werden: Erstens ist die Asylbevölkerung auch bei psychischen Symptomen nur sehr bedingt in der Lage einzuschätzen, ob ein psychisches Symptom nach ärztlicher oder psychologischer Unterstützung verlangt oder nicht. Zweitens scheint die Asylbevölkerung psychische Symptome generell zu unterschätzen: Psychische Symptome führen kaum dazu, dass ein Arzt oder eine Ärztin aufgesucht wird. Dabei fällt auf, dass die Asylbevölkerung dies sehr viel seltener tut als die anderen Migrationsgruppen.

Objektivierbare Einzelfragen zur Gesundheitskompetenz

Neben der Symptomeinschätzung wurden den Befragungsteilnehmenden zwei weitere Fragen zum Gesundheitswissen gestellt: Erstens wurde nach der Telefonnummer der Ambulanz gefragt und zweitens nach der Heilbarkeit von AIDS.

Bei der Frage nach der Ambulanznummer haben 46.2% der Somalierinnen und Somalier und 25.1% der Personen aus Sri Lanka die richtige Antwort gewusst. Dass AIDS nicht heilbar ist, haben 93.9% der somalischen Asylbevölkerung und 60.1% der Personen aus Sri Lanka richtigerweise angegeben.

Im Gegensatz zu den Symptomeinschätzungen, bei denen die Asylbevölkerung deutlich schlechter abschnitt als die restlichen Migrationsgruppen, ist das bei diesen beiden Wissensfragen nicht der Fall. Bei den Personen aus Sri Lanka kennt zwar nur ein Viertel die richtige Telefonnummer der Ambulanz – dies ist ein tieferer Wert als bei den anderen Migrationsgruppen. Bei der Frage nach der Heilbarkeit von AIDS hat hingegen ein relativ grosser Teil richtig geantwortet (ebenfalls im Vergleich zu den restlichen Migrantinnen und Migrantinnen).

Im Vergleich zu den restlichen Migrationsgruppen mehr richtige Antworten geben die Somalierinnen und Somalier auf die Frage nach der Telefonnummer der Ambulanz: (46%). Bei der Frage zur Heilbarkeit von AIDS antworten sogar so viele Personen richtig wie bei keiner der anderen Gruppen.

Verständigung mit dem Arzt oder der Ärztin

Eine wichtige Voraussetzung für die Gesundheitskompetenz ist die Verständigung: Nur wem es gelingt, sich dem Arzt oder der Ärztin verständlich zu machen und umgekehrt den Arzt oder die Ärztin zu verstehen, kann in Bezug auf die Gesundheit und das Gesundheitssystem kompetent agieren.

Die Auswertungen für die Asylbevölkerung zeigen, dass dies oft nicht der Fall ist. Nur ein Drittel der *Somalierinnen und Somalier* können ihre Anliegen dem Arzt oder der Ärztin mehrheitlich verständlich machen (36.7%). Einem knappen Drittel gelingt das zumindest manchmal (30.3%), dem letzten Drittel (33.0%) hingegen nie oder nur selten. Auch die Informationen des Arztes oder der Ärztin zu verstehen, fällt dem grössten Teil schwer: Fast 30% verstehen den Arzt oder die Ärztin nie oder nur selten und weitere 30% nur manchmal.

Noch problematischer ist die Lage bei den Personen aus *Sri Lanka*: Nur ein Viertel (24.8%) hat den Eindruck, dass er oder sie immer oder oft von den Ärzt/innen verstanden wird. Die Hälfte (51.4%) hat diesen Eindruck nur selten oder gar nie. Ähnlich wenige Personen verstehen umgekehrt, welche Informationen der Arzt oder die Ärztin ihnen vermitteln möchte.

Die Zahlen verdeutlichen, dass bei der Asylbevölkerung offensichtlich ein massives Verständigungsproblem besteht: Die Mehrheit kann sich dem medizinischen Personal weder zuverlässig mitteilen noch zuverlässig verstehen, was der Arzt oder die Ärztin zu vermitteln versucht. Das Problem ist bei der Asylbevölkerung deutlich ausgeprägter als bei den restlichen Migrationsgruppen.

Weitere Aspekte der Gesundheitskompetenz

Weitere Aspekte der Gesundheitskompetenz sind das selbstständige Informieren zu Gesundheitsthemen, Reflexionsfähigkeit und die Sicherheit, mit der sich eine Person im Gesundheitssystem bewegen kann.

Wenn wichtige Entscheidungen zur Gesundheit anstehen, sammeln 55% der Somalierinnen und Somalier und 80% der Personen aus Sri Lanka manchmal, oft oder immer eigene *Informationen* zu diesem Thema. Ein ähnliches Muster ergibt sich bei der Frage, ob jemand nach weiteren Informationen sucht, wenn sie oder er von den Informationen des Arztes oder der Ärztin nicht überzeugt ist: 53% der Personen aus Somalia und 78% der Personen aus Sri Lanka tun dies in einer solchen Situation manchmal oft oder immer. Im Vergleich zur Migrationsbevölkerung aus der ständigen Wohnbevölkerung ist der Anteil bei den Somalier/innen relativ hoch, derjenige bei den Personen aus Sri Lanka hingegen relativ tief.

Den *Austausch mit anderen Personen* vor oder nach dem Arztbesuch suchen nur 30% der Somalierinnen und Somalier manchmal, oft oder immer. Bei den Personen aus Sri Lanka sind es hingegen 62%.

Etwa zwei Drittel der Asylbevölkerung denkt immer, oft oder manchmal über die Empfehlungen des Arztes oder der Ärztin nach, indem sie oder er *Vor- und Nachteile* gegeneinander abwägt. Im Vergleich zu den anderen Migrationsgruppen ist dieser Anteil eher niedrig.

Bei der *Arztwahl* fühlt sich der grösste Teil der Somalierinnen und Somalier (91.2%) und drei Viertel der Personen aus Sri Lanka sicher. Unsicher oder sehr unsicher fühlen sich nur 0.5% der somalischen Asylbevölkerung und 4.5% der Personen mit Herkunftsland Sri Lanka. Damit fühlen sie sich sogar sicherer als die Personen aus den anderen Migrationsgruppen.

Fazit

Die Gesundheitskompetenz der befragten Asylbevölkerung ist generell etwas tiefer als bei anderen Migrationsgruppen - insbesondere was Symptomeinschätzung und Verständigung im Gesundheitswesen betrifft. Im Vergleich zu anderen Migrationsgruppen kann die Asylbevölkerung eher schlecht einordnen, ob es bei den abgefragten Symptomen angezeigt ist, einen Arzt oder eine Ärztin aufzusuchen. Während dies bei körperlichen Beschwerden vor allem auf fehlendes Wissen zurückzuführen sein dürfte, werden psychische Symptome von der Asylbevölkerung systematisch unterschätzt: Bei psychischen Beschwerden wird ein Arztbesuch nur sehr selten als notwendig erachtet, selbst wenn er aus medizinischer Sicht angezeigt wäre.

Bei zwei Wissensfragen (Heilbarkeit von AIDS, Telefonnummer der Ambulanz) schneidet die Asylbevölkerung ähnlich ab wie die anderen Migrationsgruppen.

Massive Probleme bestehen bei der Verständigung zwischen den befragten Personen aus dem Asylbereich und Ärztinnen und Ärzten. Nur etwas mehr als ein Drittel der Somalier/innen und ein Viertel der Personen aus Sri Lanka können sich dem Arzt oder der Ärztin genügend verständlich machen. Der restlichen Asylbevölkerung gelingt dies gar nicht oder nur manchmal. Ähnlich grosse Schwierigkeiten bestehen, wenn es darum geht, die Anweisungen oder die Fragen des Arztes oder der Ärztin genügend zu verstehen.

5 Zusammenfassung und Synthese

5.1 Zentrale Ergebnisse

5.1.1 Gesundheitszustand

Bessere Gesundheit von kürzlich Eingewanderten

Migrantinnen und Migranten, welche erst seit kurzem in der Schweiz leben, sind unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht weniger oft von dauerhaften Krankheiten betroffen und werden weniger oft durch gesundheitliche Probleme im Alltag behindert als Schweizerinnen und Schweizer. Dies trifft in verstärktem Ausmass auf Personen aus Serbien und dem Kosovo zu, während es bei Immigrantinnen und Immigranten aus der Türkei oder aus Portugal weniger stark ausgeprägt ist. Dieses Ergebnis ist ein Hinweis darauf, dass sich zum heutigen Zeitpunkt aus den im Fokus dieser Untersuchung stehenden Ländern vor allem Personen in vergleichsweise guter psychischer und physischer Verfassung auf eine Migration einlassen.

Ältere und weibliche Migranten besonders belastet,...

Die in der Schweiz ansässigen älteren Migrantinnen und Migranten hingegen, welche in der Mehrheit auch schon seit längerer Zeit in der Schweiz sind, weisen demgegenüber einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand auf als Schweizerinnen und Schweizer in demselben Alter. Sie schätzen ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter ein als die Einheimischen und sind häufiger aufgrund von körperlichen (bspw. Bluthochdruck, Arthrose, Nieren- oder Lungenkrankheiten, Migräne) und/oder psychischen Problemen in ärztlicher Behandlung. Innerhalb der Migrationsbevölkerung weisen Frauen zudem eher schlechtere Werte bezüglich des Gesundheitszustands auf als Männer. Je älter die Migrationsbevölkerung ist, umso grösser sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Bei der einheimischen Bevölkerung sind solche Unterschiede kaum oder nur in geringerem Ausmass zu beobachten.

... was unterschiedlich erklärt werden kann

Weil es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine Querschnittsstudie handelt, sind Aussagen über die tatsächliche Entwicklung des Gesundheitszustands seit der Einreise in die Schweiz nicht möglich (s.u. Abschnitt 5.3). Es kann nicht beurteilt werden, ob es sich bei den geschilderten Resultaten um einen Einwanderungs- oder einen Kohorteneffekt handelt, oder ob sich die Gesundheit während der Aufenthaltsdauer in der Schweiz zwischen den Geschlechtern unterschiedlich entwickelt. So bleibt deshalb offen, ob die älteren und im Vergleich zu den Einheimischen eher kränkeren Migrantinnen und Migranten bereits zum Zeitpunkt ihrer Einreise einen schlechteren Gesundheitszustand aufwiesen, oder ob sie mit einer überdurchschnittlichen psychischen und physischen Gesundheit in die Schweiz immigriert sind.

Was die Analysen aufzeigen, ist folgender Zusammenhang: Unabhängig vom Alterseffekt besteht ein Zusammenhang zwischen der Aufenthaltsdauer und dem Gesundheitszustand. Dieser ist negativ, d.h. je länger die Aufenthaltsdauer, umso schlechter ist der Gesundheitszustand. Der Zusammenhang ist interpretationsbedürftig. Das deutlich tiefere Ausbildungsniveau, ungenügende Sprachkompetenzen, Diskriminierungserfahrungen in der Schweiz und Erfahrungen mit politischer Verfolgung und Gewalt im Herkunftsland können eine Teil der Unterschiede zu den Einheimischen erklären, jedoch lange nicht alles. Weil es sich um Migrantinnen und Migranten handelt, die schon seit längerer Zeit in der Schweiz wohnen, kommen dafür auch andere Faktoren, welche in der Vergangenheit sowohl in der Schweiz als auch im Herkunftsland eine Rolle gespielt haben könnten, in Frage. Aus anderen Studien weiss man bspw., dass Migrantinnen und Migranten bei unsicherer Wirtschaftslage oder Strukturwandlungsprozessen schneller als Schweizerinnen und Schweizer ihren Arbeitsplatz verlieren und anschliessend geringere Chancen auf einen neuen Arbeitsplatz haben (Spycher/Detzel/Guggisberg 2006). Zum anderen sind Migrationsfamilien öfters einer Mehrfachbelastung ausgesetzt (Familie,

Beruf, Integration), erhalten im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung weniger Unterstützung durch ältere Generationen und sind vermehrt Konflikten mit der jüngeren Generation ausgesetzt (vgl. dazu Dubach/Stutz/Calderon, 2006). Es ist jedoch durchaus auch möglich, dass jüngere und gesündere Alterskohorten nach einer gewissen Zeit wieder in ihre Heimatländer zurückkehren, während diejenigen, denen es gesundheitlich nicht so gut geht, aufgrund der besseren Versorgungssituation in der Schweiz bleiben.

5.1.2 Inanspruchnahme

Migranten gehen insgesamt nicht öfters zum Arzt, im Vergleich zu den Einheimischen aber vermehrt zum Hausarzt

Der Anteil an Personen, welche mindestens einmal innerhalb eines Jahres einen Arzt oder eine Ärztin konsultieren, ist bei keiner der betrachteten Migrationsgruppen höher als bei den Schweizerinnen und Schweizern. Im Gegenteil, Frauen aus Portugal und dem Kosovo und Männer aus Serbien und dem Kosovo suchen weniger oft einen Arzt oder eine Ärztin auf als die Einheimischen. Im Vergleich zu den Einheimischen sind Konsultationen beim Hausarzt oder der Hausärztin bei den Migrationsgruppen jedoch verbreiteter. Bei der Inanspruchnahme von Notfalldiensten, Polikliniken und Spitalambulatorien zeigt sich, dass einzelne der untersuchten Migrationsgruppen Dienste aus diesen Institutionen häufiger in Anspruch nehmen als Schweizerinnen und Schweizer. Allerdings sind die Unterschiede relativ gering. Im Bereich der Vorsorgeuntersuchungen weisen Migrantinnen und Migranten eher tiefere Raten auf als die Einheimischen.

Keine klaren Hinweise auf Unterversorgung von Migrantinnen und Migranten

Grundsätzlich kann es durch die Nicht-Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im ambulanten Bereich gerade bei präventiven Massnahmen (Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Beratung) oder bei der ambulanten Kontrolle und Versorgung chronischer Krankheiten dazu kommen, dass später teurere stationäre Behandlungen anfallen. Direkte Vergleiche von Bevölkerungen sind jedoch äusserst zweifelhaft, da es keine Garantie dafür gibt, dass die bei anderen Bevölkerungsgruppen (bspw. Schweizerinnen und Schweizer) gemessene Inanspruchnahme von Leistungen im «richtigen» Mass erfolgt. Aus diesem Grund sollte Über- oder Unterversorgung eher an evidenzbasierten Leitlinien am bestehenden Bedarf gemessen bzw. definiert werden.

5.1.3 Gesundheitsverhalten

Potentielle Risiken bei Ernährung, Tabakkonsum, Bewegung und Körpergewicht

Migrantinnen und Migranten konsumieren deutlich weniger Alkohol, haben einen höheren Tabakkonsum, essen weniger Früchte und Gemüse und sind deutlich öfters körperlich inaktiv als Schweizerinnen und Schweizer. Darüber hinaus sind Migrantinnen und Migranten sehr viel häufiger von starkem Übergewicht betroffen. Schweizerinnen und Schweizer haben eher Normalgewicht. Im Rahmen der Förderung von gesundheitsförderlichem Verhalten scheint in diesem Bereich noch ein erhebliches Verbesserungspotential zu liegen.

5.1.4 Asylbevölkerung

Personen aus dem Asylbereich aus Somalia sind eher gesünder als Personen aus Sri Lanka

Die Asylbevölkerung aus Somalia scheint insgesamt deutlich gesünder zu sein als die tamilische. Somalierinnen und Somalier schätzten einerseits ihren *Gesundheitszustand* deutlich besser ein als die Personen aus Sri Lanka und sind andererseits auch weniger oft aufgrund von körperlichen und/oder psychischen Problemen in ärztlicher Behandlung.

Kaum Unterschiede bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zwischen den beiden Asylgruppen..

In der *Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen* können zwischen den beiden Asylgruppen hingegen keine statistisch signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Sowohl der Anteil an Personen, welche innerhalb der letzten 12 Monate mindestens einmal in ärztlicher Behandlung war als auch die durchschnittliche Anzahl Konsultationen unterscheiden sich zwischen den beiden Gruppen nicht. In ihrer Tendenz scheinen Somalierinnen und Somalier jedoch eher etwas mehr Konsultationen in Anspruch zu nehmen als die Tamilinnen und Tamilen, wenn sie sich entschliessen, einen Arzt oder eine Ärztin aufzusuchen.

... im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung jedoch schon

Der Vergleich der Asylbevölkerung mit der einheimischen Bevölkerung zeigt im Bereich der Inanspruchnahme einige interessante Unterschiede auf. Beide Asylgruppen suchen im Rahmen von medizinischen Konsultationen deutlich öfters die Hausärztin oder der Hausarzt auf als Schweizerinnen und Schweizer. Zweitens ist bei einem Spitalaufenthalt die *Aufenthaltsdauer* bei der Asylbevölkerung im Vergleich zu den Einheimischen deutlich kürzer. Auch in der Beanspruchung von *Notfallstationen, Spitalambulatorien und Polikliniken* gibt es signifikante Unterschiede zwischen der einheimischen Bevölkerung und der Asylbevölkerung. Der Anteil von Personen, die im letzten Jahr überhaupt eine solche Institution aufgesucht haben, unterscheidet sich zwar kaum. Die Asylbevölkerung hat aber insgesamt eine signifikant höhere Anzahl Konsultationen in einer dieser Institutionen zu verzeichnen als die einheimische Bevölkerung.

Bei der somalischen Asylbevölkerung nimmt in der Tendenz ein geringerer Anteil *Vorsorgeuntersuchungen* in Anspruch als bei den Schweizer/innen und Schweizern. Auffällig sind die Resultate bei der Prostata- Untersuchung und der Mammographie: Auch die Asylbevölkerung aus Sri Lanka nimmt diese beiden Vorsorgeuntersuchungen seltener in Anspruch als die Schweizer/innen.

Potentielle Risiken bei Ernährung und Bewegung

Beim *Ernährungs- und Bewegungsverhalten* fällt bei der Asylbevölkerung auf, dass der Anteil von Personen, die kaum Früchte und Gemüse essen und körperlich inaktiv sind, grösser ist als bei den Schweizerinnen und Schweizern. Ausserdem konsumieren Personen aus Sri Lanka generell weniger Früchte und Gemüse als die Somalier/innen. *Alkohol* hingegen wird von beiden Asylgruppen deutlich seltener konsumiert als von der einheimischen Bevölkerung. Beim *Tabakkonsum* sind es ausschliesslich die Personen aus Sri Lanka, welche sich sowohl von den Somalierinnen und Somalier wie auch von der einheimischen Bevölkerung unterscheiden. Erstens rauchen sie seltener und wenn sie rauchen, rauchen sie tendenziell weniger Zigaretten pro Tag.

Gesundheitskompetenz im Vergleich zu anderen Migrationsgruppen eher tief

Im Vergleich zu anderen Migrationsgruppen kann die Asylbevölkerung eher schlecht einordnen, ob es bei den im Rahmen der Erfassung der Gesundheitskompetenz abgefragten Symptomen angezeigt ist, einen Arzt oder eine Ärztin aufzusuchen. Während dies bei körperlichen Beschwerden vor allem auf fehlendes Wissen zurückzuführen sein dürfte, werden psychische Symptome von der Asylbevölkerung systematisch unterschätzt: Bei psychischen Beschwerden wird ein Arztbesuch nur sehr selten als notwendig erachtet, selbst wenn er aus medizinischer Sicht angezeigt wäre.

Probleme bei der Verständigung mit Ärztinnen und Ärzten

Massive Probleme bestehen bei der Verständigung zwischen den befragten Personen aus dem Asylbereich und behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Nur etwas mehr als ein Drittel der Somalier/innen und ein Viertel der Personen aus Sri Lanka können sich dem Arzt oder der Ärztin genügend verständlich machen. Der restlichen Asylbevölkerung gelingt dies gar nicht oder nur manchmal. Ähnlich grosse Schwierigkeiten bestehen, wenn es darum geht, die Anweisungen oder die Fragen des Arztes oder der Ärztin genügend zu verstehen.

5.2 Vorschläge für weiterführende Analysen

Wir haben im vorherigen Abschnitt auf die zentralen Ergebnisse der bisher durchgeführten Analysen mit den neuen Daten hingewiesen. Im Vordergrund des Auftrags stand dabei das Monitoring bezüglich Gesundheitszustand, Inanspruchnahme und Gesundheitsverhalten. Neben den erhobenen Indikatoren zum Gesundheitszustand, zur Inanspruchnahme und zum Gesundheitsverhalten enthält der Datensatz in Anlehnung an das verwendete Gesundheitsmodell viele Informationen zu den sozialen und individuellen Ressourcen. Diese Informationen können dazu genutzt werden, bestimmte aus dem Monitoring ersichtliche Sachverhalte zu erklären. Ein Beispiel dafür liefern die in Kapitel 3 vorgestellten Ergebnisse zur Erklärung der Unterschiede bezüglich des Gesundheitszustands zwischen der Migrationsbevölkerung und den Einheimischen. Weitere vertiefende Analysen zu anderen gesundheitsbezogenen Themen oder anderen spezifischen Fragestellungen wären sehr gut möglich. Im Folgenden benennen und umreissen wir einige Ideen.

5.2.1 Zusammenhänge zwischen Gesundheitszustand, Inanspruchnahme und Gesundheitsverhalten

Bevor das Augenmerk auf die Rolle der verfügbaren Ressourcen gerichtet wird, möchten wir darauf hinweisen, dass als Erstes eine Analyse zu den Zusammenhängen zwischen den drei Zielgrössen - Gesundheitszustand, Inanspruchnahme und Gesundheitsverhalten - durchgeführt werden sollte. Zum einen sollte es dabei darum gehen, Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand zu verknüpfen.

In wieweit besteht bspw. ein Zusammenhang zwischen der Neigung zu Übergewicht einerseits und dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten andererseits? Ein anderer Punkt betrifft bspw. den Zusammenhang zwischen der Wahrscheinlichkeit, einen Arzt aufzusuchen und dem Gesundheitszustand. Im Rahmen des Monitorings konnte dazu erst aufgezeigt werden, dass Migrantinnen und Migranten eher weniger zum Arzt gehen als Einheimische. Wir wissen jedoch auch, dass erst kürzlich eingereiste jüngere Migrantinnen und Migranten eher gesünder sind als Schweizerinnen und Schweizer und allenfalls aus diesem Grund eher weniger einen Arzt aufsuchen als Schweizerinnen und Schweizer. Solche und ähnliche Fragen sollten u.E. im Rahmen von zusätzlichen Analysen mit den Daten des GMM II durchgeführt werden.

5.2.2 Rolle der verfügbaren Ressourcen

Es bestand das Ziel, im Rahmen vom GMM II möglichst zu allen wichtigen Bereichen Informationen zu individuellen und sozialen Ressourcen zur Verfügung zu stellen, damit gesundheitliche Aspekte oder Befunde besser erklärt werden können. Dazu zählen wir neben den psychischen Ressourcen (bspw. Kontrollüberzeugungen) die soziale Unterstützung, die Ressourcen und Belastungen am Arbeitsplatz sowie die Gesundheitskompetenz. Wir gehen davon aus, dass die in diesen Bereichen zur Verfügung stehenden Ressourcen in ihrem Zusammenspiel einen wesentlichen Beitrag zum Erhalt respektive zur Herstellung von Gesundheit leisten.

Weder die Informationen zur sozialen Unterstützung, noch die Belastungen am Arbeitsplatz, noch die Gesundheitskompetenz wurden systematisch in Zusammenhang mit den wichtigsten Outputgrössen in den Bereichen der Inanspruchnahme und des Gesundheitsverhaltens gestellt. Die Informationen zur sozialen Unterstützung und zu den Belastungen am Arbeitsplatz sind im Vergleich zum GMM I deutlich besser erfasst, konnten jedoch noch nicht ausgewertet werden. Auch die migrationsspezifischen Einflussgrössen (Sprachkompetenz, Diskriminierung und Gewalt im Herkunftsland) sind erst rudimentär ausgewertet worden. Dies sollte im Rahmen von zusätzlichen Vertiefungsanalysen noch geschehen. Speziell erwähnen möchten wir zudem an dieser Stelle die im Rahmen vom GMM II neu erhobene Gesundheitskompetenz.

Gesundheitskompetenz

Die Gesundheitskompetenz gewinnt als in der Bevölkerung vorhandene Ressource sowohl in der Forschung als auch in der Politik (Präventionsgesetz) national und international an Bedeutung. Wenn es um die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen geht, ist der Gesundheitsstatus eine wichtige, aber nicht die einzige Determinante. Als Bindeglied zwischen Gesundheitsstatus und der Inanspruchnahme hat die Gesundheitskompetenz, gerade die im Rahmen des Berichts vorgestellte «Symptomeinschätzung», eine zentrale Bedeutung, um die Prozesse zu verstehen, die zu einem Arztbesuch führen. Dies ist für die Identifikation von Handlungsansätzen unerlässlich.

Dazu kommt der Aspekt gesundheitlicher Ungleichheit, da es für die Navigation innerhalb des Gesundheitssystems die (Gesundheits-)Kompetenz des Einzelnen braucht. Je nach sozialer Herkunft ist diese unterschiedlich verteilt, und um Massnahmen ergreifen zu können, müssen die vulnerablen Gruppen bekannt sein.

Die im Rahmen dieses Berichts durchgeführten Analysen sind erst deskriptiver Art. Sie liefern einen Beitrag zum «Krankheitsverhalten», d.h. zum Verhalten, wenn gesundheitliche Störungen wahrgenommen werden, bzw. im Kontakt mit einem Arzt, und nicht zum «klassischen» Gesundheitsverhalten (Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkoholkonsum, sexuelles Risikoverhalten, etc.).

Im Rahmen von weiterführenden Untersuchungen kann nun überprüft werden, in wieweit die Gesundheitskompetenz einen Beitrag zur Erklärung von bestimmten Indikatoren zum Gesundheitszustand, der Inanspruchnahme und/oder dem Gesundheitsverhalten liefern. So wäre es bspw. möglich zu untersuchen, ob Personen, die sich nicht gut mit dem Arzt verständigen können (Arzt-Patient-Kommunikation subjektiv als schwierig wahrgenommen), häufiger oder seltener zum Arzt gehen als Personen, denen die Kommunikation mit dem Arzt subjektiv keine Probleme bereitet.

5.3 Methodische Überlegungen

Im Rahmen des vorliegenden Berichts sind einige Bemerkungen zu methodischen Aspekten der GMM-II-Erhebung, welche die Resultate beeinflussen können, erforderlich. Folgende Aspekte sind zu erwähnen:

- Migrationspopulation: ausgewählte Gruppen vs. Gesamtbetrachtung,
- Einschränkungen durch kleine Stichproben,
- Studiendesign: Monitoring-Ansatz vs. Kausalanalysen.

5.3.1 Migrationspopulation: ausgewählte Gruppen vs. Gesamtbetrachtung

Festzuhalten ist, dass das GMM II (wie bereits das GMM I) nicht die Population der Migrantinnen und Migranten insgesamt repräsentativ abbildet. Ein solcher Anspruch wäre nur mit grossem Aufwand einlösbar gewesen, hätte aber aus Kostengründen die Analyse von Subpopulationen aufgrund geringer Stichprobengrössen kaum ermöglicht. Darüber hinaus ist auch der Nutzen einer gesamthaften Abbildung fraglich aufgrund der grossen Heterogenität der Migrationsbevölkerung. Deshalb wurden vielmehr spezifische Migrationsgruppen ausgewählt, die aber als beispielhaft für die Lebenslage von Migrantinnen und Migranten stehen können. Zudem wurde eine gute Vergleichbarkeit mit der GMM I-Erhebung von 2004 angestrebt.

Aufgrund dieser Ausrichtung muss betont werden, dass Vergleiche zwischen einheimischer Bevölkerung und den hier untersuchten Migrationsgruppen in toto wenig sinnvoll sind. Aussagekräftiger dürften zum einen Vergleiche zwischen Einheimischen und verschiedenen Nationalitäten der Migranten sein. Zum anderen sind Analysen innerhalb der Migrationsstichprobe nach Aufenthaltsdauer und -status nutzbringend.

5.3.2 Einschränkungen durch kleine Stichproben

Die Stichprobengrößen der untersuchten Migrantensubgruppen schränken aufgrund zu geringer Fallzahlen eine differenziertere Darstellung der Befundlage ein. Insbesondere dann, wenn ein bestimmtes Gesundheitsphänomen nur wenig verbreitet ist in der Bevölkerung. Die Genauigkeit der statistischen Schätzer ist deshalb teilweise begrenzt. Zudem musste aus methodischen Überlegungen oft auf eine differenzierte Darstellung der Befunde nach Alterskohorten und Herkunft verzichtet werden, auch wenn diese aus inhaltlicher Sicht sinnvoll und wünschbar gewesen wäre. Dies führt zu einer Begrenzung der Aussagekraft der Resultate: zwar lassen sich Aussagen darüber formulieren, ob sich bestimmte Gruppen der Migrationsbevölkerung von der einheimischen Bevölkerung unterscheiden, aber der Einfluss von möglichen konfundierenden Variablen kann nur begrenzt in multivariaten statistischen Modellen kontrolliert werden (vgl. *Kapitel 3*).

5.3.3 Studiendesign: Monitoring-Ansatz vs. Kausalanalysen

Die Ergebnisdarstellung im vorliegenden Bericht ist im Wesentlichen aufgeteilt in einen deskriptiven („Monitoring“) und in einen analytischen oder erklärenden Bereich. Darin widerspiegelt sich auch ein Spannungsfeld zwischen unterschiedlichen Ansprüchen, die an die GMM-Erhebung getragen wurden: Ist der Hauptzweck der Erhebung das Monitoring der gesundheitlichen Lage von einheimischer und Migrationsbevölkerung? Und/oder soll der GMM-Survey auch erklärende Analysen von gesundheitlichen Unterschieden zwischen den beiden Populationen ermöglichen? Für das GMM II wurde ein Kompromiss zwischen diesen beiden Ansprüchen gesucht: Der Schwerpunkt wurde auf den Monitoring-Ansatz gelegt, zugleich wurde der Fragebogen aber so konzipiert, dass bis zu einem gewissen Grad auch erklärende Analysen möglich sind. Als bevölkerungsbezogene Querschnittuntersuchung sind aber eigentliche Kausalanalysen, welche ein Längsschnittdesign benötigen würden, im Rahmen des GMM nicht möglich. Dementsprechend kann der GMM-Survey auffällige Phänomene – und im Laufe der Zeit ggf. auch Entwicklungen – aufzeigen und darüber hinaus Hinweise zu deren Erklärung liefern. Aber für vertiefendere Analysen dürften weiterführenden Studien notwendig sein (siehe dazu den *Abschnitt 5.4* am Schluss).

Die Möglichkeiten und Grenzen des GMM zeigt das Beispiel der besseren Gesundheit von Migranten mit kurzer Aufenthaltsdauer (s.o., *Abschnitt 5.1*). Das Querschnittsdesign des GMM-Surveys lässt mehrere alternative Erklärungsmöglichkeiten offen, die alle plausibel scheinen. Im Minimum wäre für eine partielle Klärung der Kausalität eine Fallkontrollstudie (hierarchy of evidence) notwendig.

Schliesslich ist auf einige scheinbare, aber irritierende Widersprüche im vorliegenden Bericht zwischen den Ergebnissen des Monitoring (*Kapitel 2*) und der Vertiefungsanalysen (*Kapitel 3*) hinzuweisen. Dabei handelt es sich jedoch deshalb um scheinbare Widersprüche, weil die Befunde (z.B. Mittelwertsdifferenzen bei bestimmten Gesundheitsindikatoren) in beiden Kapiteln in die „gleiche Richtung“ gehen, aber nur z.T. statistische Signifikanz erreichen. Dieses Phänomen ist auf die statistische Kontrolle von Drittvariablen, in denen sich Einheimische und Migranten unterscheiden, zurückzuführen. Beispielsweise zeigt sich beim Wissen um eigenen Bluthochdruck, dass beim deskriptiven Monitoring kein signifikanter Unterschied zwischen einheimischer Bevölkerung und Migranten vorliegt, indessen bei der multivariaten Analyse (wo u.a. Alterseffekte kontrolliert werden) schon. Die Ergebnisse zeigen zwar in beiden Kapiteln in die gleiche Richtung, nur werden die Unterschiede (Personen mit Migrationshintergrund berichten häufiger über Bluthochdruck) erst in der multivariaten Analyse signifikant.

5.4 'Lessons learned' und Ausblick

Der zweite GMM-Survey bedurfte eines überproportionalen Aufwandes bei der Datenerhebung (insbesondere für die Rekrutierung der Befragungspersonen, Übersetzungsarbeiten etc.) im Vergleich zur

Datenanalyse. Auf diesem Hintergrund ist zu prüfen, ob eine Einbettung zukünftiger Gesundheits surveys bei Angehörigen der Migrationsbevölkerung in die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SBG) letztlich nicht kostengünstiger geleistet werden kann; zudem wäre eine inhaltliche und zeitliche Abstimmung gewährleistet. Die Einbettung könnte z.B. in Form von Zusatzmodulen und -stichproben erfolgen.

Inwieweit der erwähnte Erhebungsaufwand in einem angemessenen Verhältnis zum „Ertrag“ steht, werden insbesondere weiterführende Analysen des umfangreichen Datenmaterials erst noch belegen müssen. Bereits die aktuellen Analysen für den vorliegenden Bericht zeigen aber einige Fragenkomplexe auf, bei denen weiterer Forschungsbedarf besteht und die ggf. auch genauer in zukünftigen GMM-Surveys untersucht werden könnten:

- Die *Entwicklung/Beobachtung des Gesundheitszustandes* von Personen mit Migrationshintergrund im Zeitverlauf sollte ein zentrales Anliegen zukünftiger GMM-Erhebungen sein. Dabei wäre insbesondere zu empfehlen, wenigstens einige der bereits befragten Migrationsgruppen kontinuierlich (d.h. auch in künftigen GMM-Surveys) zu beobachten. Dies würde es erlauben, zumindest partiell longitudinale Analysen zu simulieren und so allfällige unterschiedliche altersbezogene Verläufe zu untersuchen.
- Der Schwerpunkt der GMM-Surveys sollte auf dem *Monitoring-Ansatz* liegen, die theoriegeleitete Erfassung zentraler gesundheitlicher Determinanten (Ressourcen, Risikofaktoren) sollte jedoch mitberücksichtigt werden.
- *Inanspruchnahme, Qualität der Behandlung*: Die Befunde der vorliegenden Analysen weisen auf eher geringe und unsystematische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten zwischen Schweizer Bevölkerung und Personen mit Migrationshintergrund. Eine Tendenz besteht zu häufigeren Hausarztbesuchen und einer leicht erhöhten Inanspruchnahme von Notfalldiensten bei einzelnen Migrantengruppen. Vertiefende Analysen der vorliegenden GMM-Daten zu diesem Bereich, u.a. unter Berücksichtigung des subjektiven Gesundheitszustandes, sind notwendig. Fragen möglicher Unterversorgung bedürfen aber spezifischer Erhebungen bei ausgewählten Migrantengruppen. Darüber hinaus wäre die Erfassung der Behandlungsqualität aus Sicht der Patienten für zukünftige Erhebungen zu prüfen.
- *Gesundheitsverhalten*: Die Befunde weisen auf Handlungsbedarf bei Personen mit Migrationshintergrund in den Bereichen Ernährung und körperliche Bewegung hin. Dabei ist auch der vergleichsweise hohe Anteil von Migrantinnen und Migranten mit starkem Übergewicht zu beachten. Weiterführende Analysen und ggf. Erhebungen in diesem Bereich sind als prioritär zu erachten.
- *Gender*: Weshalb besteht bei der Migrationsbevölkerung ein Gap zwischen Frauen und Männern?
- *Kulturell geprägtes Antwortverhalten*: Inwieweit besteht insbesondere in Zusammenhang mit Fragen zum Gesundheitszustand ein kulturell geprägtes Antwortverhalten?

Literaturangaben

- Abel, T., & Bruhin, E. (2003). Health Literacy/ Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In B. f. g. Aufklärung (Ed.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung (pp. 128-131). Schwabenstein a. d. Selz: Peter Sabo.
- Amemiya, T., (1977), Some theorems in the linear probability model, *International Economic Review*, 18, 645-650
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco, Washington, London: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, Washington, London: Jossey-Bass Publishers.
- Baker, D.W. (2006) : The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*, 2006. 21(8): p. 878-83.
- Becker, Peter. (2006). *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bisig, Brigitte, Matthias Bopp, und Christoph E. Minder. 2001. "Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz." Pp. 60-70 in *Sozial-Epidemiologie*, edited by Andreas Mielck und Kim Bloomfield. Weinheim & München: Juventa.
- Büchi S, Buddenberg C (2004): Subjektive Krankheitskonzepte - Krankheitsbewältigung. In *Psychosoziale Medizin (3 Auflage)*. Edited by Buddenberg C. Berlin: Springer; 2004:409-430.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2003). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 4. aktualisierte und erweiterte Neuauflage. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Fachverlag Peter Sabo.
- Philipp Dubach, Heidi Stutz, Ruth Calderón (2010): *Armutbericht Basel-Stadt. Ursachen – Dynamiken – Handlungsempfehlungen*. Basel: Christoph Merian Verlag
- Freidl, W. 1994. *Gesundheitsförderung in der Gemeinde – Indikatoren für Qualitätsstandards*. Forschungsbericht 94/1. Institut für Sozialmedizin der Universität Graz.
- Freidl, W. 1997. The impact of anomia in a demand resource model of health. *Social Science and Medicine*, 44/9, 1357–1365.
- Guggisberg Jürg, Lucien Gardiol, Tomas Oesch, Kilian Künzi (2010): *Migrantinnen und Migranten in der Invalidenversicherung*. Bundesamt für Sozialversicherungen [Hrsg.]. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 2/10
- Huwiler, Karin, Manuel Bichsel, Christoph Junker, und Christoph E. Minder. 2002. *Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. Eine Spezialauswertung der Gesundheitsbefragung 1997*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Ishikawa, H., T. Takeuchi, and E. Yano (2008) : Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 2008. 31(5): p. 874-9.
- Jordan, J.E., R.H. Osborne, and R. Buchbinder (2011) : Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses. *J Clin Epidemiol*, 2011. 64(4): p. 366-79.
- Lamprecht, Markus, und Hanspeter Stamm (2006): *Bewegung, Sport, Gesundheit. Fakts und Trends aus den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002*. . Statsanté 2006, 1/2006.
- Lamprecht, Markus, und Hanspeter Stamm (2009): *Indikatoren zum Bereich "Gesundes Körpergewicht": Monitoring der langfristigen Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz
- Lamprecht, Markus, Claudia König, und Hanspeter Stamm. 2006. "Chancengleichheit, Stress und Körpergewicht. Grundlegendokument im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz." Zürich.
- Lazarus, R.S.; Folkman, S. 1984. *Stress, appraisal, and coping*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.

- Mielck, Andreas. 2000. Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber.
- Nutbeam, D. (2008) : The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med, 2008. 67(12): p. 2072-8.
- Rommel, Alexander; Caren Weilandt, Josef Eckert. 2006a. Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Endbericht and das Bundesamt für Gesundheit und das Bundesamt für Migration. Bonn: WIAD.
- Siegrist, Johannes. 2005. Medizinische Soziologie. München & Jena: Urban & Fischer.
- Sommerhalder K, Abel T (2007). Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Institut für Sozial- und Präventivmedizin Bern.
- Sommerhalder K, Hahn S (2010) : Übersicht über Items zur Erfassung der Gesundheitskompetenz auf Bevölkerungsebene. Schlussbericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit, 2010. Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Bern.
- Spycher Stefan, Patrick Detzel, Jürg Guggisberg, Michael Weber, Marianne Schär Moser, Jürg Baillo (2006): Ausländer/innen, Erwerbslosigkeit und Arbeitslosenversicherung. Studie im Auftrag der Aufsichtskommission für den Ausgleichsfonds der Arbeitslosenversicherung. Seco Publikation Arbeitsmarktpolitik No 16 (10. 2006)
- Ucino Bert N. (2006): Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes Journal of Behavioral Medicine, Vol. 29, No. 4, August 2006
- Wieser S, Moschetti K, Eichler K, Holly A, Brügger U.(2008) : Health Literacy – An economic perspective and data for Switzerland. Part 2: A Review of Health Literacy Measures and a Cost Assessment of Limited Health Literacy. Winterthur Institute of Health Economics, Zurich University of Applied Sciences and Institute of Health Economics and Management, University of Lausanne.

Anhang: Angaben zur Gewichtung

A) Etablissement de la population résidente serbophone et albanophone.

L'enquête distingue deux groupes, les albanophones et les serbophones. La base de donnée ZEMIS distingue 4 codes de pays d'origine :

Serbie et Monténégro, Serbie, Kosovo et S&MN.

Le codage d'un sous échantillon, duquel tous les interviewés ont été tirés, de la langue probable déterminée sur la base du nom de famille a permis d'effectuer un premier triage selon 5 niveaux : certainement serbophone, probablement serbophone, non déterminé, probablement albanophone, certainement albanophone.

Ce premier triage a été ensuite complété du fait que les personnes interrogées ont indiqué leur origine, ce qui permet de vérifier l'exactitude du codage et a permis de calculer un facteur de correction. Ce coefficient de correction est faible (moins de 5%, sauf concernant le groupe « probablement albanophone » qui a atteint un taux d'erreur de 25%), ce qui indique que le codage effectué sur la base du seul nom de famille est déjà très précis. Les erreurs dans les deux sens ne s'annulent pas et un nombre plus important qu'initialement estimé d'albanophones sont présent en Suisse.

En effectuant ensuite le total des populations ainsi triées, les 128'462 personnes serbophones ou albanophones résidant en Suisse ont pu être séparées en deux groupes, l'un comprenant 40'619 Serbophones et l'autre 87'843 Albanophones.

B) Pondération de l'échantillon

La base de données se distingue selon 4 directions :

- L'âge
- Le sexe
- La durée de séjour en Suisse
- La région (Grande région, région linguistique)

La population résidente peut être exactement décrite en fonction de ces 4 critères simultanément, et la population résidente des albanophones et celle des serbophones ont été estimées selon la méthode décrite ci-dessus.

La taille de l'échantillon ne permet pas d'obtenir une pondération exacte selon les 4 critères simultanément. Nous avons donc limité le niveau régional pour ne considérer que deux régions :

les alémaniques et les latins.

Nous avons élaboré les poids de manière à ce que tous les tableaux croisés contenant deux dimensions correspondent à la population résidente.

Ceci a été possible, hormis pour le croisement âge-durée de séjour. La structure particulière de cette table n'a pas permis d'atteindre cet objectif.

Ainsi, les tables calculées selon une seule dimension (la région linguistique, l'âge, la durée de séjour ou le sexe) correspondent parfaitement à la population résidente.

Les tableaux croisés à deux dimensions (région x âge, région x sexe, région x durée de séjour, âge x sexe et durée de séjour x sexe) correspondent également exactement à la population résidente.

Les poids ont été calculés de manière à minimiser les erreurs dans les tables comprenant plus de dimensions.

La pondération du sous échantillon Z1 : Personnes récemment immigrées

Dans ce sous échantillon, la dimension durée de séjour disparaît. Il a été possible d'atteindre un niveau de détail supplémentaire, puisque la pondération régionale décrit la population résidente selon les grosses régions.

La pondération du sous échantillon Z2 : Personnes récemment naturalisées :

Dans ce sous-échantillon également, la durée de séjour n'a besoin d'être prise en compte, et la pondération décrit exactement la population résidente au niveau des grosses régions.

La pondération du sous échantillon Z3 : Réfugiés

Dans ce sous-échantillon, la population est décrite selon seulement 3 axes, l'âge, le sexe et le type de permis de séjour (N ou F). La pondération décrit exactement la population résidente.