

Die Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz

Karin GASSER¹, Jürg GUGGISBERG²

Zusammenfassung

2010 wurde in der Schweiz zum zweiten Mal ein Gesundheitsmonitoring bei ausgewählten Gruppen der Migrationsbevölkerung (Personen aus der Türkei, Portugal, Serbien, Kosovo, Somalia, Sri Lanka) durchgeführt (Guggisberg et al., 2011). Die Studie hatte zum Ziel, gesundheitliche Unterschiede zwischen der einheimischen Bevölkerung und der Migrationsbevölkerung zu beschreiben und die wichtigsten Determinanten dieser Unterschiede zu eruieren. Im Gesundheitsverhalten wurden deutliche Unterschiede festgestellt: So weisen die befragten Migrantinnen und Migranten höhere Raucherraten auf als die einheimische Bevölkerung, beim Alkoholkonsum zeigen sie jedoch ein gesünderes Verhalten. Auch bei Ernährung und Bewegung ist das gesundheitsförderliche Verhalten etwas weniger ausgeprägt als bei den Einheimischen. Der Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung ist in vieler Hinsicht schlechter als jener der Einheimischen. Zwar sind die erst kürzlich eingewanderten Personen im Vergleich zur gleichaltrigen Schweizer Bevölkerung eher gesünder. Diejenigen, die seit längerem in der Schweiz sind, weisen gegenüber den Einheimischen jedoch einen mehrheitlich schlechteren Gesundheitszustand auf. Innerhalb der Migrationsbevölkerung sind Frauen stärker von gesundheitlichen Problemen betroffen als Männer. Die Ergebnisse weisen auf verschiedene Faktoren hin, die die Gesundheit beeinflussen. Nebst Faktoren wie beispielsweise Ausbildungsniveau, soziale Unterstützung oder Kontrollüberzeugungen, welche sowohl bei den Einheimischen als auch bei der Migrationsbevölkerung auf die Gesundheit einwirken, konnten auch migrationsspezifische Faktoren eruiert werden, die zur Erklärung der gesundheitlichen Unterschiede beitragen. Höhere Sprachkompetenzen beispielsweise scheinen mit einem besseren Gesundheitszustand einherzugehen.

1 lic.rer.soc., Bundesamt für Gesundheit, Nationales Programm Migration und Gesundheit, Projektleiterin Forschung und Wissensmanagement

2 lic.rer.soc., Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS, Bereichsleiter Migration und Integration, IV und interinstitutionelle Zusammenarbeit

Einleitung

Dass die Chancen auf ein gesundes Leben in der Gesellschaft ungleich verteilt sind, ist keine neue Erkenntnis. Soziale Ungleichheiten führen zu gesundheitlichen Ungleichheiten. Die in den vergangenen Jahren postulierten Erklärungen gehen in der Regel von einer Kausalkette aus, die von sozio-ökonomischen und kulturellen Hintergrundbedingungen über konkrete Lebensbedingungen, Handlungsressourcen und Lebensstile zum Gesundheitszustand bzw. der Morbidität und Mortalität führt (Richter & Hurrelmann, 2006; Mielck, 2000; WHO, 2007). Soziale Ungleichheit kann differenziert werden in vertikale und horizontale Ungleichheiten. Als vertikale Ungleichheiten werden konventionelle Merkmale wie etwa der Bildungsstand oder das Einkommen bezeichnet – ein höherer Bildungsstand und ein höheres Einkommen gehen in der Regel mit besseren Chancen auf ein gesundes Leben einher. Zu den horizontalen Ungleichheiten gehören Geschlecht, Alter und der Migrationshintergrund (Stamm & Lamprecht, 2009), dessen Einfluss auf die Gesundheit in verschiedenen Forschungsarbeiten untersucht wurde [für die Schweiz vgl. die Übersichtsarbeit von Weiss (2003)].

Der vorliegende Artikel präsentiert eine Auswahl von Ergebnissen des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (GMM II; Guggisberg et al., 2011). Es wird nur eine Auswahl an Grafiken und Tabellen präsentiert – eine vollständige Zusammenstellung aller Resultate findet sich im genannten Schlussbericht des Projekts. Die Studie GMM II hat zum Ziel, gesundheitliche Ungleichheiten zwischen einheimischer Bevölkerung und Migrationsbevölkerung zu eruieren und zu beschreiben. Das der Untersuchung zugrundeliegende Arbeitsmodell orientiert sich am bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit und Krankheit (Engel, 1977) und am salutogenetischen Ansatz nach Antonovsky (Antonovsky, 1979; Antonovsky, 1987). Psychologische und soziologische Konzepte von Gesundheit werden dabei integriert. Konkret geht die Untersuchung von einem Anforderungs-Ressourcen-Modell aus, welches die Ebenen „Soziale Ressourcen und Belastungen“, „individuelle Ressourcen und Belastungen“, „gesundheitsrelevantes Verhalten“ und „gesundheitliche Lage“ kausal miteinander verknüpft. Das GMM II geht der zentralen Frage nach, welches die wichtigsten gesundheitlichen Unterschiede zwischen der einheimischen Bevölkerung und Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz sind. Dabei wird sowohl auf den Gesundheitszustand als auch auf das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen fokussiert.

In der Schweiz wird seit 1992 alle fünf Jahre eine nationale Gesundheitsbefragung in der Allgemeinbevölkerung durchgeführt (Schweizerische Gesundheitsbefragung, SGB). Da diese Befragung nur in den drei Landessprachen deutsch, französisch und italienisch stattfindet, können jene Personen, die diese Sprachen nicht ausreichend beherrschen, nicht an der Befra-

gung teilnehmen. Aus diesem Grund hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Jahr 2004 im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit (www.miges.admin.ch) ein Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in Auftrag gegeben, das erstmals repräsentative Daten zum Gesundheitszustand und dem Gesundheitsverhalten ausgewählter Gruppen der Migrationsbevölkerung erhoben hat. Das Befragungsinstrument wurde zu diesem Zweck in die Landessprachen der befragten Gruppen übersetzt. 2010 wurde diese Befragung mit leicht verändertem Fragebogen ein zweites Mal durchgeführt, finanziert vom BAG und vom Bundesamt für Migration (BFM).

Methodik

Der Begriff „Migrationsbevölkerung“ kann auf verschiedene Weise definiert werden (vgl. dazu auch BAG, 2010). Im Rahmen des GMM II sind damit alle in der Schweiz lebenden Personen mit ausländischem Pass sowie die eingebürgerten Personen gemeint. Da die Stichprobe aus dem zentralen Migrationsinformationssystem (ZEMIS) gezogen wurde, konnten nur kürzlich eingebürgerte Personen (d.h. vor weniger als zwei Jahren) mitberücksichtigt werden – die seit längerem Eingebürgerten sind nicht mehr in diesem Register enthalten. Um eine möglichst hohe Vergleichbarkeit mit der ersten Befragungswelle (GMM I) zu erreichen, wurden für die Befragung nach Möglichkeit dieselben Herkunftsländer berücksichtigt wie schon im Jahr 2004. Analog zum GMM I wurden im GMM II vier Schwerpunktländer für Migrantinnen und Migranten aus der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung (ohne Asylsuchende und vorläufig Aufgenommene) und zwei Länder für Personen des Asylbereichs (Asylsuchende und vorläufig Aufgenommene) ausgewählt. Innerhalb der ständigen Wohnbevölkerung wurden Personen aus Portugal, der Türkei, dem Kosovo und Serbien ausgewählt, innerhalb der Asylbevölkerung Personen aus Sri Lanka und Somalia. 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 wurden diejenigen mit den grössten Beständen ausgewählt. Auch die Wahl von Somalia begründet sich durch die Anzahl der Somalierinnen und Somalier in der Schweiz (nach Serbien zweithöchster Bestand im Asylbereich, Stand 31.07.2010, Asylstatistik des Bundesamts für Migration). Im Verlaufe der Abklärungen zur Qualität der vom ZEMIS bereitgestellten Daten stellte sich heraus, dass die Staatsangehörigkeit bei den Codes aus den beiden Staaten Serbien und Kosovo nicht für alle Registereinträge zuverlässig zugeteilt war. Deshalb entschieden sich die Forschenden zusammen mit den Auftraggebern BAG und BFM, anstelle der Staatsangehörigkeit die kulturelle Herkunft und die gesprochene Sprache als Zuteilungskriterium zu verwenden. Anhand einer Namenskodierung durch Personen serbischer und kosovarischer Herkunft konnte die gesprochene Sprache sehr zuverlässig ermittelt werden. Wenn in den folgenden Ausführungen von Personen aus Serbien und dem Kosovo die Rede ist, so ist damit streng genommen die Sprachzugehörig-

keit und nicht die Nationalität gemeint. Die Analysen haben jedoch gezeigt, dass in der Schweiz kaum serbischsprachige Personen aus dem Staatsgebiet des Kosovo leben, hingegen stammen rund 15% der albanisch sprechenden Personen in der Schweiz aus dem Staatsgebiet von Serbien (Guggisberg et al., 2011).

Insgesamt wurden 3018 Personen von 17 bis 74 Jahren befragt. Für die Zielgruppen jedes Herkunftslandes und für jede Zusatzstichprobe wurde eine geschichtete, disproportionale Stichprobe aus dem ZEMIS des BFM gezogen. Die minimale Anzahl pro Schicht wurde auf fünfzig gesetzt. Für die Stichproben aus der ständigen Wohnbevölkerung (Portugal, Türkei, Kosovo, Serbien) wurde eine Schichtung nach Geschlecht, Geburtsort (Schweiz oder Ausland) und Aufenthaltsdauer vorgenommen. Dies begründet sich damit, dass Geburtsort und Aufenthaltsdauer mit einer Reihe (gesundheits-)relevanter Aspekte der Lebenslage der Migrantinnen und Migranten korrelieren (z.B. sozioökonomischer Status, Integration etc.) bzw. als deren Proxys fungieren. In zwei Zusatzstichproben wurden zum einen kürzlich eingebürgerte Personen und zum anderen kürzlich eingewanderte Personen aus der ständigen Wohnbevölkerung befragt (Schichtungsmerkmal Geschlecht). Es liegen damit zum ersten Mal repräsentative Daten zum Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Einreise von zwei ausgewählten Einwanderergruppen (Türkei und Kosovo) vor. Die beiden Stichproben aus dem Asylbereich (Sri Lanka, Somalia) wurden nach Geschlecht und Aufenthaltsstatus (vorläufig Aufgenommene F und Personen in laufendem Verfahren N) geschichtet. Der detaillierte Stichprobenplan ist in Tabelle 1 dargestellt.

Die Daten der als Referenz dienenden „einheimischen“ Bevölkerung stammen aus der SGB 2007. Es handelt sich dabei um jene Personen, welche zum Zeitpunkt der Befragung im Jahr 2007 die schweizerische Staatsbürgerschaft besaßen und zwischen 17 und 74 Jahre alt waren; insgesamt 7'628 Frauen und 6'232 Männer.

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

Legende: Die Zahlen in Klammern sind die Planzahlen, die Zahlen ohne Klammer sind die realisierten Interviews.

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]

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 N=	50 [50]	50 [50]	50 [50]	50 [50]	200 [200]
Somalia N=	63 [50]	26 [50]	51 [50]	64 [50]	204 [200]

Die für die Befragung ausgewählten Personen wurden mit einem in die entsprechende Sprache übersetzten Ankündigungsschreiben des BAG über die anstehende Befragung informiert. In den darauf folgenden Wochen wurden die Personen aus dem CATI-Labor telefonisch kontaktiert. Sie konnten wählen, ob sie die Fragen in der Sprache ihres Herkunftslandes oder auf Deutsch oder Französisch beantworten möchten. Insgesamt wurden rund vier Fünftel der Interviews in einer der Herkunftssprache der Migrantinnen und Migranten absolviert. Die Ausschöpfungsquote, d.h. der Anteil realisierter Interviews an der Anzahl Adressen mit einem Kontaktversuch, variierte je nach Teilstichprobe zwischen 20% und 50%.

Der Fragebogen des GMM II enthielt – gemäss dem oben beschriebenen theoretischen Rahmen – Informationen zu vier Bereichen, nämlich zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten, zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen sowie zu Ressourcen und Belastungen (personale Ressourcen, Gesundheitskompetenz, soziale Unterstützung, Arbeitsbedingungen, migrationspezifische Ressourcen und Belastungen).

Die Auswertung des Gesamtdatensatzes erfolgte in mehreren Teilen. In einem ersten Teil wurden verschiedene Indikatoren zum Gesundheitszustand, der Inanspruchnahme, dem Gesundheitsverhalten und der Gesundheitskompetenz der Kernstichprobe (d.h. der vier Gruppen aus der ständigen Wohnbevölkerung mit Nationalität Portugal, Türkei, Kosovo, Serbien) ausgewertet und dargestellt. Es handelt sich dabei um eine rein deskriptive Auswertung der erhobenen Werte, die als Teil des Monitoring-Auftrags zu verstehen sind. Dieselben deskriptiven Auswertungen wurden für die beiden Gruppen aus der Asylbevölkerung erstellt. Die Angaben der Personen aus dem Asylbereich wurden deshalb separat ausgewertet, weil die Asylbevölkerung aus verschiedenen Gründen nicht direkt mit der ständigen Wohnbevölkerung vergleichbar ist (keine Erwerbstätigkeit, andere Zukunftsperspektiven, andere Wohnsituationen etc.). Im Rahmen dieses Artikels werden aus diesen umfassenden deskriptiven Ergebnissen lediglich einige ausgewählte Resultate zum Gesundheitsverhalten, insbesondere zum Alkohol- und Tabakkonsum, dargestellt und erläutert (für die gesamthaften Resultate vgl. Guggisberg et al., 2011). Das Schwergewicht wird dabei auf die befragten Personen der ständigen Wohnbevölkerung gelegt.

Die verschiedenen Teilstichproben, die in den folgenden Ausführungen miteinander verglichen werden, unterscheiden sich von ihrer Altersstruktur her. Die befragten Migrantengruppen sind im Durchschnitt jünger als die Schweizerinnen und Schweizer (Durchschnittsalter bei den Personen aus Portugal 37.9 Jahre, aus Serbien 39.1 Jahre, aus der Türkei 39.1 Jahre, aus dem Kosovo 36.2 Jahre, bei den Schweizerinnen und Schweizern 44.2 Jahre). Es wäre deshalb aus inhaltlicher Sicht wünschbar, die deskriptiven Ergebnisse des Monitorings nach Altersgruppen zu differenzieren. Aufgrund geringer Fallzahlen musste jedoch für die meisten Ergebnisse auf diese Differenzierung verzichtet werden. Insofern lassen sich anhand der vorliegenden Resultate zwar Aussagen zu den Unterschieden zwischen einheimischer und Migrationsbevölkerung formulieren, es bleibt aber offen, ob und inwiefern diese Befunde durch das Alter der Befragten konfundiert sind.

Über die deskriptiven Auswertungen hinaus wurden die Indikatoren zum Gesundheitszustand vertiefend analysiert. Zentrale Fragestellung dabei war, inwieweit allfällige Unterschiede im Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung und der einheimischen Bevölkerung mit Hilfe der erhobenen Grössen zu den individuellen und sozialen Ressourcen erklärt werden können. Es sollten dadurch empirisch die verschiedenen Determinanten aufgezeigt werden, die den Gesundheitszustand beeinflussen. Zur Beantwortung die-

ser Fragen wurde auf die Methode der multivariaten Regressionsanalysen zurückgegriffen. Konkret wurde mit Ordinary Least Square (OLS) geschätzt, womit man ein lineares Probabilitätsmodell erhält [LPM; vgl. dazu bspw. Amemiya, 1977)]. Aus diesen Vertiefungsanalysen werden in diesem Artikel die zentralen Punkte beschrieben und interpretiert.

Ergebnisse

Um Unterschiede im Gesundheitsverhalten zwischen einheimischer und Migrationsbevölkerung aufzeigen zu können, wurden Fragen zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten, zum Alkohol- und Tabakkonsum sowie zur Inanspruchnahme verschiedener Vorsorgeuntersuchungen gestellt.

Ernährungsverhalten

Bei der Frage nach dem Früchte- und Gemüsekonsum (vgl. Tabelle 2) fallen die grossen Unterschiede zwischen Frauen und Männern auf: Frauen konsumieren deutlich mehr Früchte und Gemüse als Männer. 39.3% der Schweizerinnen hielten sich 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 jener 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 bei den Kosovarinnen liegt hier um 18.9 Prozentpunkte tiefer als jener der Schweizerinnen; bei den Türkinnen ist der Anteil 17.7 Prozentpunkte tiefer und von den Serbinnen konsumieren 16% weniger die empfohlene Tagesration als bei den Schweizerinnen. Zwischen den Portugiesinnen und den Schweizerinnen hingegen zeigt sich kein signifikanter Unterschied.

Tabelle 2: Täglicher Konsum von Früchten und Gemüse nach Herkunft und Geschlecht

		<2 Portionen		Vergl. Mig. vs. CH		2-4 Portionen		Vergl. Mig. vs. CH		≥5 Portionen		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.

Bewegungsverhalten

Das Ausmass und die Intensität der wöchentlich ausgeübten körperlichen Aktivität wurde analog zur Studie von Lamprecht & Stamm (Lamprecht & Stamm, 2006) erhoben und in einem Kategorienschema mit den drei Ausprägungen inaktiv, teilaktiv und aktiv verdichtet (Tabelle 3). Aktiv bedeutet, mindestens dreimal pro Woche durch körperliche Aktivität ins Schwitzen zu kommen, teilaktiv ein- bis zweimal pro Woche, inaktiv nie. 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 um 27.7%, bei den Türkinnen um 21.9% und bei den Kosovarinnen um 15.1%. Auch bei den Männern bestehen deutliche Unterschiede – Männer mit Migrationshintergrund sind häufiger körperlich inaktiv als Schweizer. 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 wird oder nicht. Eine vertiefende Analyse der Datensätze des GMM II und der SGB 07 widerlegt jedoch die Hypothese, dass zwischen den körperlichen Aktivitäten bei der Arbeit und in der Freizeit eine umgekehrte Beziehung in dem Sinne bestehe, dass Personen, die eine anstrengende Arbeit verrichten, die Freizeit eher passiv verbringen (Stamm et al., 2011).

Tabelle 3: 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.

Alkoholkonsum

Im Vergleich zu Männern weisen die Frauen in allen Herkunftskontexten eine deutlich höhere Alkohol-Abstinenz auf (Tabelle 4). 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 mit den Kosovaren (47.1%) und die Serbinnen (47.2%) im Vergleich mit den Serben (30.6%).

Gross sind auch die Unterschiede zwischen einheimischer Bevölkerung und Migrationsbevölkerung. Besonders stark sind die Unterschiede zwischen den einheimischen und ausländischen Frauen. Bei den Kosovarinnen ist die Abstinenzrate um 67.2 Prozentpunkte höher als bei den Schweizerinnen, bei den Türkinnen um 59.9 Prozentpunkte. Auch bei den Männern haben die Migranten deutlich höhere Abstinenzraten als die Schweizer. Der geringste Abstand besteht zu den Portugiesen, die eine um 8.8 Prozentpunkte höhere Abstinenzrate aufweisen. Die grösste Differenz besteht zu den Türken, deren Abstinenzrate um 43.5 Prozentpunkte höher ist als bei den Schweizern. Die befragten Personen aus dem Asylbereich haben ebenfalls einen deutlich höheren Anteil abstinenten Personen als die Schweizerinnen und Schweizer: Bei den Somalierinnen und Somaliern beträgt er fast 99% und bei der Asylbevölkerung aus Sri Lanka sind es zwei Drittel.

Auch bei der Häufigkeit, mit der die Befragten nach eigenen Angaben fünf oder mehr Gläser (Männer) bzw. vier oder mehr Gläser (Frauen) Alkohol auf einmal tranken („Rauschtrinken“), werden die eben aufgezeigten Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Herkunftskontexten sichtbar

(Tabelle 5). Der Anteil der Frauen, der angibt, sich niemals in den Rausch zu trinken, liegt in allen Herkunftskontexten deutlich höher als jener der Männer. Gleichzeitig liegt der Anteil Schweizerinnen (52.5%) und Schweizer (38.4%), der angibt, sich niemals in den Rausch zu trinken, signifikant tiefer als bei der untersuchten Migrationsbevölkerung.

Tabelle 4: Anteil Alkoholabstinenten nach Herkunft und Geschlecht

Herkunft	Geschlecht	Anteil Abstinenter	VI-95*
Schweiz	Frauen	15,5%	1,0
	Männer	7,6%	0,8
Portugal	Frauen	51,8%	7,6
	Männer	16,6%	5,5
Türkei	Frauen	75,4%	7,2
	Männer	51,1%	8,7
Serbien	Frauen	47,2%	9,5
	Männer	30,6%	8,8
Kosovo	Frauen	82,7%	7,5
	Männer	47,1%	9,8
Somalia	Frauen	100,0%	0,0
	Männer	97,6%	2,8
Sri Lanka	Frauen	94,0 %	5,5
	Männer	54,5 %	10,5

Tabelle 5: Häufigkeit Rauschtrinken nach Herkunft und Geschlecht

		nie VI-95		<1-mal p.Monat VI-95		1-mal p.Monat VI-95		1-mal p.Woche VI-95		1-mal p.Tag VI-95	
		%	+/-	%	+/-	%	+/-	%	+/-	%	+/-
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)

Tabakkonsum

Mit Ausnahme der Serbinnen (37.1%), die mit den Serben (37.5%) praktisch gleichauf liegen, konsumieren weniger Frauen täglich Tabak als Männer (Tabelle 6). 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 der Personen, die täglich rauchen, bei 55.2%, also 33.5 Prozentpunkte höher als bei den Schweizern. Auch Serben (+15.8 Prozentpunkte) und Portugiesen (+17.5 Prozentpunkte) haben signifikant höhere Raucherquoten. Bei den Frauen unterscheiden sich die Schweizerinnen im Rauchverhalten nicht von den Kosovarinnen und Portugiesinnen; signifikant höhere Raten an täglichen Raucherinnen sind jedoch bei den Serbinnen (+17.6 Prozentpunkte) und den Türkinnen (+10 Prozentpunkte) auszumachen. 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 (Tabelle 7). 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.

Bei den befragten Gruppen der Asylbevölkerung (nicht in Tabellen 6 und 7 enthalten – für detaillierte Resultate vgl. Guggisberg et al., 2011) zeigt sich, dass die Personen aus Sri Lanka seltener Tabak konsumieren als Schweizerinnen und Schweizer. Sie rauchen ausserdem tendenziell weniger Zigaretten pro Tag als Schweizerinnen und Schweizer. Zwischen den Somaliern und Somalierinnen und der einheimischen Bevölkerung bestehen keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 6: 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.

Tabelle 7: 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		

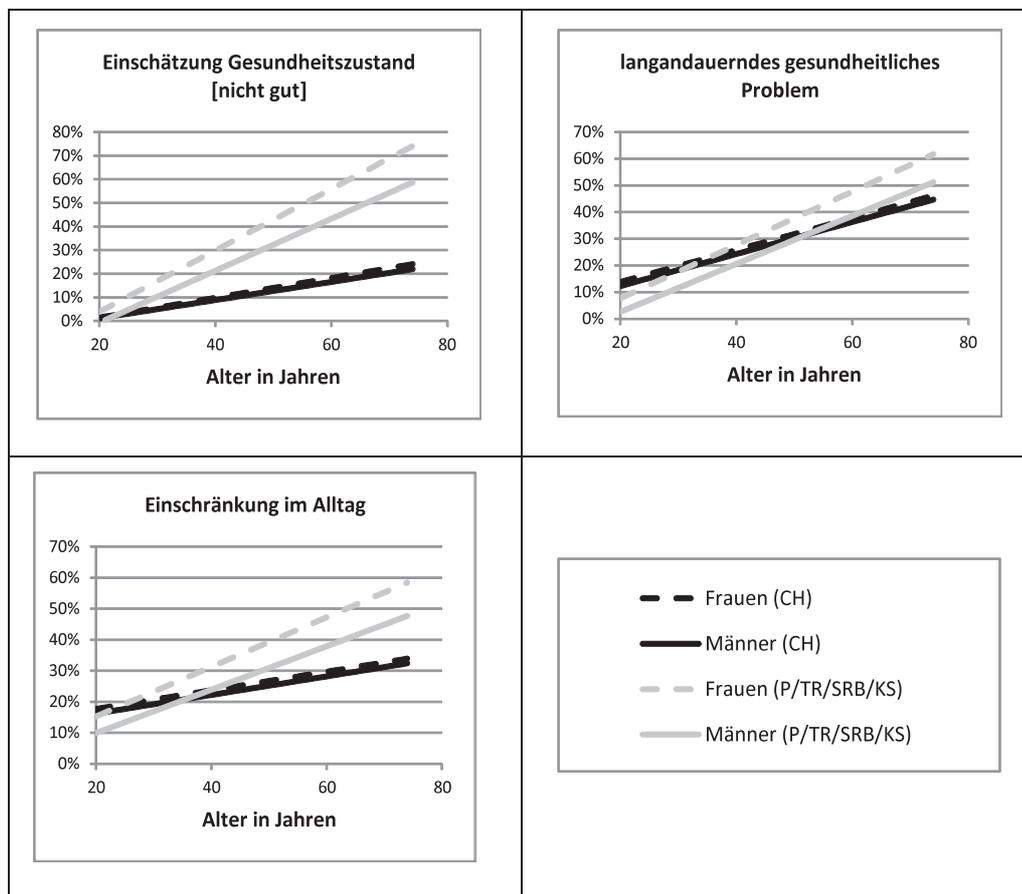
AM - Arithmetischer Mittelwert; VI-95 = Abweichung +/- (Vertrauensintervall); AM-Δ = Mittelwertdifferenz Migrationsbevölkerung-CH; p = Wahrscheinlichkeit; **FETT**: signifikanter Unterschied.

Gesundheitszustand

Bei der Erfassung des Gesundheitszustands der Befragten wurde zum einen nach dem subjektiven Gesundheitszustand gefragt, das heisst nach der persönlichen Einschätzung der eigenen Gesundheit. Zum anderen wurden Fragen gestellt zu verschiedenen gesundheitlichen Belastungen. Auf die Erhebung bestimmter aufgetretener Krankheitssymptome, wie sie im GMM I vorgenommen wurde, wurde aufgrund von Zweifeln an der kulturellen Validität verzichtet. Stattdessen stützt sich der symptombezogene Gesundheitszustand auf die Frage, ob aufgrund von spezifischen psychischen oder körperlichen Krankheiten oder Beschwerden innerhalb der letzten zwölf Monate eine Ärztin oder ein Arzt konsultiert wurde. Die folgenden Ergebnisse schliessen nur die Migrantinnen und Migranten der ständigen Wohnbevölkerung mit ein (ohne Personen aus dem Asylbereich).

Migrantinnen und Migranten schätzen ihren Gesundheitszustand weniger oft als gut ein als die einheimische Bevölkerung. Die grössten Unterschiede bestehen bei den Frauen: Während 88.5% der Schweizerinnen angeben, ihre Gesundheit sei gut oder sehr gut, sind es beispielsweise bei den Türkinnen 28.7% weniger. Bei der Interpretation gilt es zu beachten, dass das subjektive Erleben von Gesundheit und Krankheit auch von individuellen Krankheitstheorien abhängt und damit erheblich von kulturellen Aspekten beeinflusst werden kann (vgl. dazu Büchi & Buddenberg, 2004; Weiss, 2003). Bei den Indikatoren „langandauernde Krankheit“ und „Einschränkung im Alltag“ kann beobachtet werden, dass junge Schweizerinnen und Schweizer etwas öfters davon betroffen sind als die junge Migrationsbevölkerung (Abbildung 1). Weil das Alter stark an die Aufenthaltsdauer geknüpft ist, ist dies ein Hinweis darauf, dass neu einreisende Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur ansässigen Bevölkerung eher gesünder sind. Dieser Befund wird auch durch die durchgeführten multivariaten Analyseverfahren bestätigt.

Abbildung 1: Alters- und Geschlechtereffekte Gesundheitszustand, nach Herkunft

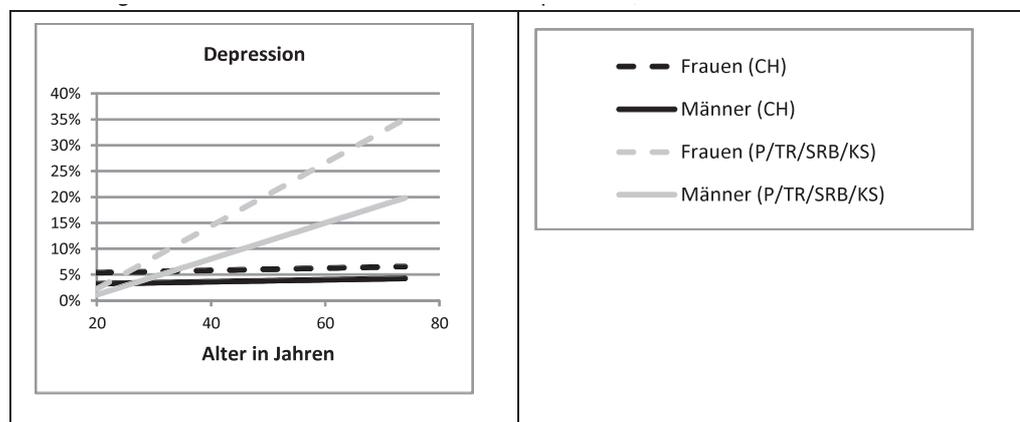


Basis: Schätzmodelle für Schweizer Bevölkerung und Migrationsbevölkerung mit folgenden erklärenden Grössen: *Alter*, *Geschlecht*, *Alter*Geschlecht*. Quelle GMM 2012

Ähnliche Ergebnisse zeigen sich im Bereich der psychischen Gesundheit: Die jungen Migrantinnen und Migranten sind im Vergleich zu den gleichaltrigen Schweizerinnen und Schweizern eher weniger wegen psychischer Probleme allgemein oder wegen Depression in ärztlicher Behandlung (Abbildung 2).

Mit zunehmendem Alter oder steigender Aufenthaltsdauer nimmt die Wahrscheinlichkeit, wegen psychischer Probleme in Behandlung zu sein, jedoch stark zu – im Gegensatz zur einheimischen Bevölkerung, die über alle Altersgruppen hinweg relativ konstante Behandlungswahrscheinlichkeiten aufweist. Auch bei erfragten körperlichen Krankheiten (bspw. Nierenkrankheit, hoher Blutdruck, chronische Bronchitis, Migräne) weisen die Migrantinnen und Migranten insgesamt schlechtere Werte auf als die einheimische Bevölkerung. Dabei ist ein deutlicher Geschlechtereffekt zu beobachten: Bei der Migrationsbevölkerung sind Frauen fast durchgehend stärker von gesundheitlichen Problemen betroffen als Männer und die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind mit zunehmendem Alter stärker ausgeprägt. Dies ist bei der einheimischen Bevölkerung kaum oder nur in geringem Mass festzustellen.

Abbildung 2: Alters- und Geschlechtereffekte Depression, nach Herkunft



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

Als relevante Einflussgrössen, die sowohl für die Migrationsbevölkerung als auch für die einheimische Bevölkerung gelten, konnten anhand verschiedener Regressionsanalysen neben dem Geschlecht und dem Alter das Ausbildungsniveau, die Kontrollüberzeugung, die Teilnahme am Erwerbsleben und die soziale Unterstützung ermittelt werden. Andere erklärende Grössen wie der durchschnittlich zur Verfügung stehende Wohnraum, das Erreichen des AHV-Alters und die Stadt-Land-Dimension weisen hingegen nur einen marginalen Einfluss auf den Gesundheitszustand auf. Beim Ausbildungsniveau zeigt sich der erwartete Zusammenhang in dem Sinne, dass mit zunehmendem Ausbildungsniveau der Gesundheitszustand besser ist. Der Effekt ist bei der Migrationsbevölkerung deutlich stärker als bei den Einheimischen. Je mehr soziale Unterstützung vorhanden ist, umso besser ist der Gesundheitszustand – auch dieser Effekt tritt bei der Migrationsbevölkerung etwas stärker zum Vorschein. Die Kontrollüberzeugungen stehen sowohl bei den Migrantinnen und Migranten als auch bei der einheimischen Bevölkerung in einem sehr engen Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand. Personen, welche erwerbstätig sind, sind insgesamt gesünder als Personen, die nicht erwerbstätig sind. Dieser Zusammenhang scheint nahe liegend, da Krankheit u.a. ein Grund dafür sein kann, dass jemand aus dem Erwerbsleben ausscheidet. Auch hier

ist wieder ein stärkerer Effekt für die Migrationsbevölkerung zu beobachten. Detailliertere Analysen, die mit den Daten des GMM I durchgeführt wurden (Guggisberg et al., 2009) haben jedoch gezeigt, dass der Rückzug aus der Erwerbstätigkeit bei der Migrationsbevölkerung deutlich stärker an die Gesundheit geknüpft ist als bei der einheimischen Bevölkerung. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass insgesamt ein beachtlicher Teil der gesundheitlichen Ungleichheit mit der unterschiedlichen Ressourcenausstattung der Migrationsbevölkerung erklärt werden kann. Im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung wirkt sich bei der Migrationsbevölkerung zudem eine geringe Ressourcenausstattung stärker auf die Gesundheit aus.

Über diese allgemeinen Einflussfaktoren hinaus wurde analysiert, inwiefern gewisse migrationspezifische Variablen einen Einfluss auf die Gesundheit haben. 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. Dabei scheint insbesondere die Aufenthaltsdauer in Bezug auf den Gesundheitszustand eine entscheidende Grösse zu sein: Migrantinnen und Migranten, die erst seit kurzer Zeit in die Schweiz immigriert sind (Aufenthaltsdauer unter drei Jahren) sind deutlich gesünder als jene, die bereits seit längerem hier sind. Der Effekt ist auch unter Kontrolle des Alters signifikant, d.h. er tritt über alle Altersgruppen hinweg auf. Auch die Sprachkompetenz weist einen starken Zusammenhang zum Gesundheitszustand auf: Im Vergleich zu Migrantinnen und Migranten, die keine oder kaum eine schweizerische Landessprache sprechen, fühlen sich diejenigen mit der besten Sprachkompetenz deutlich gesünder und weisen eine tiefere Wahrscheinlichkeit auf, wegen gesundheitlicher Probleme im Alltag eingeschränkt zu sein. Konkret bedeutet dies, dass Migrantinnen und Migranten mit guter Sprachkompetenz eine um 10,6 Prozentpunkte höhere Wahrscheinlichkeit haben, im Alltag nicht durch gesundheitliche Probleme eingeschränkt zu sein als jene mit schlechterer Sprachkompetenz. Auf die Symptom bezogenen Gesundheitsindikatoren hat die Sprachkompetenz jedoch keine oder nur sehr schwach nachweisbare Einflüsse. „Erfahrungen mit Diskriminierungssituationen“ und die Tatsache, dass jemand „Opfer von Gewalt oder politischer Verfolgung im Herkunftsland“ geworden ist, wirken sich, wenn auch etwas schwächer als beispielsweise die Sprachkompetenz, ebenfalls negativ auf einige Indikatoren des Gesundheitszustands aus. Bei der letztgenannten Variable besteht – im Gegensatz zu allen anderen migrationspezifischen Grössen – ein deutlicher Zusammenhang zur psychischen Gesundheit.

Diskussion

Gesundheitliche Ungleichheiten können anhand des Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz empirisch nachgewiesen werden: Die Migrationsbevölkerung scheint in vielerlei Hinsicht mehr gesundheitliche Probleme zu haben als die einheimische Bevölkerung. Interessant ist dabei jedoch die Tatsache, dass Personen, die erst kürzlich in die Schweiz eingewandert sind, einen besseren Gesundheitszustand aufweisen als die gleichaltrige ansässige Bevölkerung. Diese Ergebnisse verweisen darauf, dass zurzeit eher Personen mit einem überdurchschnittlich guten Gesundheitszustand in die Schweiz einreisen. Bekannt ist dieses Phänomen als „healthy migrant effect“, was bedeutet, dass hauptsächlich gesunde Personen das Wagnis einer Migration auf sich nehmen. Die Ergebnisse zeigen auch, dass Migrantinnen und Migranten, die erst vor kurzer Zeit in die Schweiz immigriert sind, deutlich gesünder sind als jene, die bereits seit längerem hier leben. Dieser Effekt tritt über alle Altersgruppen hinweg auf. Die Interpretation dieses Ergebnisses ist nicht eindeutig. Es ist möglich, dass es sich dabei um einen Kohorteneffekt handelt. Dies wäre beispielsweise dann der Fall, wenn die heutigen Einwanderer im Vergleich zu früheren Einwanderergenerationen zum Eintrittszeitpunkt in die Schweiz deutlich gesünder wären. Es ist jedoch auch denkbar, dass hinter dem erfassten Effekt migrationsspezifische Belastungen stehen, die mit dem Aufenthalt in einem fremden Land in einem Zusammenhang stehen und sich negativ auf die Gesundheit auswirken.

Die Ergebnisse verweisen klar auf bestehende gesundheitliche Ungleichheiten zwischen einheimischer Bevölkerung und Migrationsbevölkerung: Die in der Schweiz ansässigen, etwas älteren Migrantinnen und Migranten, die oft auch schon seit längerer Zeit in der Schweiz sind, haben mehr gesundheitliche Probleme als die einheimische Bevölkerung im selben Alter. Ein beachtlicher Teil dieser gesundheitlichen Ungleichheit kann mit der geringeren Ressourcenausstattung der Migrationsbevölkerung erklärt werden, die beispielsweise durch einen durchschnittlich tieferen Ausbildungsstand, eine höhere Erwerbslosigkeit und weniger soziale Unterstützung charakterisiert ist. Bei Migrantinnen und Migranten, die schon seit längerer Zeit in der Schweiz wohnen, kommen dafür jedoch auch andere Faktoren in Frage, die in der Vergangenheit sowohl in der Schweiz als auch im Herkunftsland eine Rolle gespielt haben könnten. Aus anderen Studien (z.B. Spycher et al., 2006) ist beispielsweise bekannt, 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. Nebst den genannten erklärenden Faktoren, die bei der gesamten Bevölkerung für die Gesundheit eine bedeutende Rolle spielen, pos-

tulierte die Studie von Beginn weg auch migrationsspezifische Einflussfaktoren. Diese konnten mit den vorliegenden Resultaten zumindest ansatzweise aufgezeigt werden, es handelt sich jedoch um eine erste Annäherung an die Thematik der migrationsspezifischen Einflussfaktoren. Die Ergebnisse sind nicht durchwegs konstant – manche Faktoren haben zwar auf gewisse Indikatoren des Gesundheitszustands einen Einfluss, auf andere Indikatoren jedoch nicht. Die Analysen zeigen, dass sich die überprüften Faktoren in die erwartete Richtung auswirken, können aber die Wirkungszusammenhänge, die hinter diesen Effekten stehen, nicht differenziert ergründen. Ob beispielsweise die fehlenden Sprachkompetenzen dazu führen, dass die Betroffenen nicht adäquat behandelt wurden oder die medizinische Betreuung zu spät erfolgte, kann mit den vorliegenden Ergebnissen nicht beurteilt werden. Dazu sind weitere Forschungsarbeiten notwendig.

Das Studiendesign der Querschnitterhebung lässt keine Aussagen über den Verlauf der Gesundheit bei den befragten Personen zu. Wie sich die Gesundheit der befragten älteren Migrantinnen und Migranten im Verlauf ihrer Anwesenheit in der Schweiz entwickelt hat, wissen wir nicht. Wir können demzufolge Kohorteneffekte nicht ganz ausschliessen. So ist es beispielsweise 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. Für zukünftige Studien wäre ein lebenslaufbezogener Ansatz, der die zeitliche Komponente bei der Entstehung von Krankheiten berücksichtigt, ein vielversprechendes, aber methodisch komplexes Vorgehen (vgl. dazu Spallek & Razum, 2011).

Im Gesundheitsverhalten zeigen sich analog zum Gesundheitszustand ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen Migrationsbevölkerung und einheimischer Bevölkerung. Sowohl beim Tabakkonsum als auch im Bereich Ernährung und Bewegung scheinen sich viele Migrantinnen und Migranten etwas weniger gesundheitsförderlich zu verhalten als die einheimische Bevölkerung. Damit werden Erkenntnisse bestätigt, die bereits aus dem GMM I resultierten (Gabadinho et al., 2007). Insbesondere im Bereich Tabakprävention und Tabakentwöhnung wurden denn in den letzten Jahren Migrantinnen und Migranten vermehrt als Zielgruppe berücksichtigt. So entstanden beispielsweise Rauchstoppprogramme auf Türkisch oder es wurden Kampagnen und Informationsmaterialien in Migrationssprachen übersetzt (z.B. Teilprodukte der aktuellen BAG-Kampagne). Die Ergebnisse des GMM II zeigen, dass diese zielgruppenspezifische Prävention auch in Zukunft ihre Berechtigung hat.

Was den Konsum von Alkohol betrifft, so zeigt die Mehrheit der befragten Migrantinnen und Migranten ein deutlich gesünderes Verhalten als die einheimische Bevölkerung. Dies kann zu einem grossen Teil wohl mit religiösen Aspekten erklärt werden, sind doch die Befragten aus der Türkei, Kosovo und Somalia mehrheitlich Muslime. Da Alkoholkonsum in vielen der Herkunftsländer mit einem grossen Tabu belegt ist, sind die Angaben jedoch

auch mit einiger Vorsicht zu behandeln. Insbesondere bei den Tamilinnen und Tamilen gehen Fachpersonen davon aus, dass ein problematischer Alkoholkonsum in der tamilischen Diaspora verbreitet ist (Moret et al., 2007).

Der Vergleich zwischen dem Gesundheitsverhalten der Migrationsbevölkerung und der einheimischen Bevölkerung ist streng wissenschaftlich gesehen mit Vorbehalten zu betrachten, da die Aussagekraft des Monitorings wegen der Unterschiede in der Altersstruktur der verschiedenen Teilstichproben beschränkt ist. Aus Public-Health-Sicht ist dieser Vergleich jedoch trotzdem nützlich: Wenn Staat und private Organisationen ihre beschränkten Ressourcen effizient einsetzen wollen, ist es naheliegend, vor allem auch bei jenen Bevölkerungsgruppen anzusetzen, die besonders stark von bestimmten gesundheitlichen Belastungen betroffen sind oder sich besonders gesundheitsschädigend verhalten. Das vorliegende Monitoring leistet einen Beitrag dazu, diese Gruppen zu identifizieren. Wenn die Gesundheit benachteiligter Gruppen gefördert wird, wird auch die durchschnittliche Gesundheit der Gesamtbevölkerung verbessert. Insofern ist es von gesamtgesellschaftlichem Interesse, dass Staat und Präventionsorganisationen ihre Aktivitäten auch auf die Migrationsbevölkerung ausrichten. Eine gute Gesundheit ist zudem ein entscheidendes Element im Integrationsprozess, denn ein gesunder Mensch verfügt über mehr Ressourcen, sich zu integrieren als jemand, der gesundheitlich eingeschränkt ist.

Wie können Präventionsmassnahmen nun vermehrt „migrationsgerecht“ gestaltet werden? Zu diesem Thema wurden in den letzten Jahren auch in der Schweiz verschiedene Publikationen erarbeitet (BAG, 2008; Pfluger et al., 2009). Wichtig ist, dass die Bedürfnisse verschiedener Bevölkerungsgruppen bereits in der Reflexions- und Konzeptualisierungsphase mitgedacht werden. Eine differenzierte Analyse der Ausgangssituation ermöglicht es, das Projekt so auszugestalten, dass ein möglichst grosser Teil der Bevölkerung davon profitieren kann, vor allem auch jene Gruppen, deren Zugang zum Gesundheitswesen und zur Prävention eingeschränkt ist – sei es beispielsweise aus sprachlichen Gründen, weil sie das schweizerische Gesundheitssystem nur ungenügend kennen oder weil sie generell Mühe haben, schriftliche Informationen zu verstehen. Informationen über Gesundheit und gesundheitsförderndes Verhalten stehen dank dem Engagement verschiedener Organisationen und staatlicher Akteure mittlerweile in einer grossen Zahl auch in diversen Sprachen der hier lebenden Migrantinnen und Migranten zur Verfügung (vgl. Plattform www.migesplus.ch). Trotzdem stellt sich immer wieder die Frage, ob diese Informationen die Zielgruppe erreichen und ob die gelesenen Informationen im Alltag tatsächlich umgesetzt werden. Weitere Anstrengungen zur Erreichung gesundheitlich benachteiligter Zielgruppen sind nötig, insbesondere seitens der „Regelstrukturen“, das heisst der bestehenden Strukturen im Gesundheits- und Sozialbereich, aber auch in der Arbeitswelt.

Die im GMM erhobenen Daten bilden eine wichtige Erkenntnisgrundlage für Massnahmen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsversorgung, die

zum Ziel haben, die gesundheitliche Situation der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern. Die vielschichtigen Zusammenhänge, sei es zwischen sozioökonomischen und migrationsspezifischen Faktoren, Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand, Inanspruchnahme und Gesundheitskompetenz oder zwischen spezifischen Belastungen und der gesundheitlichen Situation werden hoffentlich in weiteren Forschungsarbeiten vertiefend analysiert werden. So bleiben bei der Betrachtung der ersten Auswertungen viele Fragen offen, beispielsweise in Bezug auf die grossen Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Warum zeigen die Frauen beim Gesundheitszustand so viel schlechtere Werte, obwohl sie weniger Tabak und Alkohol konsumieren und sich tendenziell gesünder ernähren als die Männer?

Da es sich beim GMM um eine Erhebung der gesundheitlichen Situation, so wie sie die Befragten selbst schildern, handelt, sind zur Vervollständigung des Gesamtbildes weitere Datenquellen beizuziehen. Eine kürzlich durchgeführte migrationsspezifische Analyse der medizinischen Statistik der Krankenhäuser ergänzt diese Datenbasis und bestätigt die Ergebnisse des GMM weitgehend (Moreau-Gruet et al. 2011). Die Schwierigkeit bei vielen Datensätzen im Gesundheitsbereich ist jedoch, dass der Migrationshintergrund der Befragten nicht differenziert festgehalten wird. Die Erfassung bestimmter Mindestvariablen (Staatsangehörigkeit, Geburtsland, Einbürgerung, Zeitpunkt der Einreise in die Schweiz) in verschiedenen Monitorings und Erhebungen wäre wünschenswert (vgl. BAG, 2010), damit aussagekräftige Auswertungen überhaupt möglich sind. Repräsentative Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund fehlen für die Schweiz beispielsweise weitgehend.

Literatur

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: Jossey-Bass Publishers.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

BAG (2008). *Migrationsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung: Anleitung zur Planung und Umsetzung von Projekten* Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.

BAG (2010). *Schlüsselmerkmale zur Erfassung des Migrationshintergrundes in schweizerischen Gesundheitsdatenerhebungen* Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.

Büchi, S. & Buddenberg, C. (2004). Subjektive Krankheitskonzepte - Krankheitsbewältigung. In C. Buddenberg (Ed.), *Psychosoziale Medizin* (pp. 409-430). Berlin: Springer.

Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Gabardinho, A., Wanner, P., & Dahinden, J. (2007). *La santé des populations migrantes en Suisse: une analyse des données du GMM* (Rep. No. 49). Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrationsstudien, Neuchâtel.

Guggisberg, J., Gardiol, L., Graf, I., Oesch, T., Kunzi, K., Volken, T. et al. (2011). *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM II) in der Schweiz, Schlussbericht* BAG.

- Lamprecht, M. & Stamm, H. (2006). *Bewegung, Sport, Gesundheit. Fakten und Trends aus den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002* Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Hans Huber.
- Moret, J., Efonyi-Mäder, D., & Stants, F. (2007). *Die srilankische Diaspora in der Schweiz*. Bern, Neuchâtel: Bundesamt für Migration.
- Pfluger, T., Biedermann, A., & Salis Gross, C. (2009). *Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen* Public health services.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2006). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Spallek, J. & Razum, O. (2011). Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migranten. In *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (pp. 271-288).
- Spycher, S., Detzel, P., Guggisberg, J., Weber, M., Schär Moser, M., & Bailod, J. (2006). *Ausländer/innen, Erwerbslosigkeit und Arbeitslosenversicherung. Studie im Auftrag der Aufsichtskommission für den Ausgleichsfonds der Arbeitslosenversicherung*.
- Stamm, H. & Lamprecht, M. (2009). *Ungleichheit und Gesundheit. Grundlagendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit*. Gesundheitsförderung Schweiz.
- Weiss, R. (2003). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo.
- WHO (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health*.

Korrespondenzadresse

Karin Gasser
Nationales Programm Migration und Gesundheit
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Gesundheitspolitik
Hessstrasse 27E
CH-3003 Bern

karin.gasser-gp@bag.admin.ch

Résumé

En 2010, un monitoring de l'état de santé de certains groupes de personnes migrantes (personnes originaires de Turquie, du Portugal, de Serbie, du Kosovo, de Somalie et du Sri Lanka) a été réalisé en Suisse pour la seconde fois (Guggisberg et al., 2011). L'étude visait à décrire les disparités en matière de santé entre population autochtone et population migrante et à identifier les principaux déterminants de ces différences. Des différences significatives dans les comportements de santé ont été observées: le taux de tabagisme était en effet plus élevé chez les migrants que dans la population indigène, pour la consommation d'alcool les migrants avaient par contre un comportement plus sain. Ces derniers présentaient aussi un comportement un peu moins favorable en matière de santé que les natifs en termes d'alimentation et d'activité physique. La santé de la population migrante est, à bien des égards, moins bonne que celle des indigènes. Les immigrants récents sont toutefois en meilleure santé que les Suisses du même âge. Toutefois ceux qui sont depuis longtemps en Suisse sont en majorité en moins bonne santé que les indigènes. Dans la population migrante, les femmes sont plus touchées par les problèmes de santé que les hommes. Les résultats montrent différents facteurs qui influencent la santé. En plus des facteurs tels que le niveau d'éducation, le soutien social ou des sentiments de maîtriser son existence (« locus of control »), qui affectent aussi bien les indigènes que la population migrante du point de vue de la santé, des facteurs spécifiques à l'immigration ont pu être trouvés, qui contribuent à expliquer les différences en matière de santé. Des meilleures compétences linguistiques, par exemple, semblent aller de pair avec un meilleur état de santé.

Summary

In 2010, a health monitoring study was conducted in Switzerland among selected groups of the migrant population (persons from Turkey, Portugal, Serbia, Kosovo, Somalia, Sri Lanka) for the second time (Guggisberg et al., 2011). The objective of the study was to describe differences in health between the indigenous population and the migrant population and to establish the most important determinants of these differences. Marked differences in health-related behaviour were ascertained: for example, amongst the migrants questioned there is a higher number of smokers than in the indigenous population, but the migrants display healthier behaviour in relation to alcohol consumption. Also in terms of nutrition and exercise, health-promoting behaviour is slightly less pronounced than in the indigenous population. The health status of the migrant population is in many respects worse than that of the indigenous population. Although people who have immigrated recently tend to be healthier than Swiss people of the same age, the majority of immigrants who have been living in Switzerland for a longer period have a poorer health status than the indigenous population. Within the migrant population, women are affected by health problems more strongly than men. The results point to various factors that affect health. Apart from factors such as level of education, social support or locus of control, which have an effect on health in the indigenous population and the migrant population alike, migration-specific factors were also established that contribute to the explanation of differences in health. Higher linguistic competence, for example, appears to go hand in hand with a better health status.