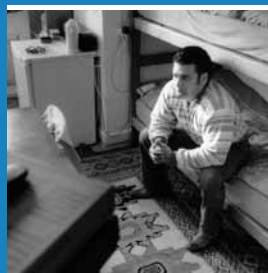


Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz

Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz, 2010



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz

Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings
der Migrationsbevölkerung in der Schweiz, 2010

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Vorwort	5
Abstract	7
Zu dieser Publikation	9
1. Eine Umfrage in acht Sprachen	11
Stichprobe	11
Fragebogen	12
Befragung	13
2. Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten?	15
Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand	15
Gesundheitliche Belastungen	15
Unterschiede zwischen Männern und Frauen	16
Schlechtere Gesundheit von älteren Migrantinnen und Migranten	17
Psychische Probleme, Depression	18
Körperliche Beschwerden	19
Wodurch die Gesundheit beeinflusst wird	20
Gesundheitszustand der Asylbevölkerung	22
3. Gesundheitsverhalten	25
Ernährung	25
Bewegung	26
Übergewicht	27
Alkoholkonsum	28
Tabakkonsum	29
Vorsorgeuntersuchungen	30

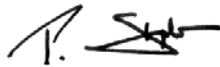
4. Gesundheitskompetenz	33
Was heisst Gesundheitskompetenz?	33
Symptome einschätzen	33
Verständigung beim Arztbesuch	34
Gesundheitskompetenz bei der Asylbevölkerung	35
5. Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen	37
Arztbesuche insgesamt	37
Konsultation beim Hausarzt, bei der Hausärztin	38
Frauenarzt, Frauenärztin	38
Notfalldienste, Polikliniken und Spitalambulatorien	39
Inanspruchnahme seitens der Asylbevölkerung	39
6. Fazit und Ausblick	41
Sind seit der ersten Erhebung im Jahr 2004 Veränderungstendenzen erkennbar?	42
Zukünftige Forschung	43

Wie gesund sind die in der Schweiz lebenden Migrantinnen und Migranten? Wie oft begeben sie sich in ärztliche Behandlung oder ins Spital? Leiden sie häufiger unter körperlichen und psychischen Krankheiten als die einheimische Bevölkerung? Verhalten sie sich gesundheitsbewusst und können sie Krankheitssymptome richtig einschätzen? Was beeinflusst ihre Gesundheit massgeblich?

Fragen wie diese werden in der vorliegenden Publikation beantwortet. Sie basiert auf dem zweiten Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (GMM II) und fasst dessen wichtigste Ergebnisse zusammen. Das GMM II wurde im Herbst 2010 in Anlehnung an die Schweizerische Gesundheitsbefragung durchgeführt und gibt Aufschluss über die Gesundheitssituation und das Gesundheitsverhalten der Migrationsbevölkerung sowie über ihre Inanspruchnahme des Gesundheitswesens.

Weshalb braucht es eine Befragung für Migrantinnen und Migranten? Personen mit Migrationshintergrund werden in gesamtschweizerischen Umfragen wie der Schweizerischen Gesundheitsbefragung oft nicht erfasst, weil sie aufgrund von Sprachbarrieren nicht teilnehmen können. Wenn wir aber die Gesundheit der Gesamtbevölkerung erhalten und verbessern wollen, müssen wir auch die in der Schweiz lebenden Migrantinnen und Migranten mit einbeziehen und sie auch in gesundheitlicher Hinsicht nicht aus den Augen verlieren. Im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit wurde deshalb 2004 und 2010 je eine Gesundheitsbefragung in verschiedenen Sprachen der Migrantinnen und Migranten durchgeführt (GMM I und

GMM II). Es sind dies bisher die zwei einzigen repräsentativen Umfragen über die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Sie sind gemeinsam vom Bundesamt für Gesundheit und vom Bundesamt für Migration lanciert worden und sind eine wichtige wissenschaftliche Grundlage für die Planung und Umsetzung von gezielten Massnahmen. Es freut uns sehr, wenn die Ergebnisse auch über die Bundesämter hinaus auf Interesse stossen. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine anregende Lektüre.



Pascal Strupler
Direktor Bundesamt für Gesundheit

Verglichen mit der einheimischen Bevölkerung beschreiben Migrantinnen und Migranten, die seit längerer Zeit in der Schweiz leben, ihren eigenen Gesundheitszustand als schlechter. Mit zunehmendem Alter wird diese Differenz grösser. Frauen sind offenbar besonders stark belastet: Migrantinnen sind sowohl wegen körperlicher als auch psychischer Krankheiten häufiger in ärztlicher Behandlung als Migranten. Die gesundheitliche Verfassung korreliert mit der beruflichen Situation, der sozialen Unterstützung und den Sprachkenntnissen. Erwerbslosigkeit, wenig soziale Unterstützung und Verständigungsprobleme sind Risikofaktoren. Was das Gesundheitsverhalten angeht, so zeigt das Monitoring, dass die befragten Migranten und Migrantinnen deutlich weniger Alkohol konsumieren als die einheimische Bevölkerung, jedoch höhere Raucherraten aufweisen. Im Bereich Ernährung und Bewegung zeigen sie tendenziell ein weniger gesundes Verhalten als die Einheimischen. Deutlich mehr Personen mit Migrationshintergrund leiden unter starkem Übergewicht. Migrantinnen und Migranten gehen durchschnittlich öfter zum Hausarzt oder zur Hausärztin als die Einheimischen – insgesamt weisen sie aber nicht mehr Arztbesuche auf. Die meisten untersuchten Gruppen besuchen Notfallstationen und Spitalambulatorien nicht häufiger als die einheimische Bevölkerung. Die Asylbevölkerung zeigt im Vergleich zu den anderen befragten Gruppen eine eher tiefe Gesundheitskompetenz. Bei der Verständigung mit Ärztinnen und Ärzten haben die Asylsuchenden oft erhebliche Schwierigkeiten.

Zu dieser Publikation

Gut ein Fünftel der Schweizer Gesamtbevölkerung sind Ausländer und Ausländerinnen. Sie machen einen Viertel der erwerbstätigen Bevölkerung aus und finanzieren unser Gesundheitswesen massgeblich mit. Es liegt daher auf der Hand, dass die Forschung ihr Augenmerk auch auf die Gesundheit der Migrationsbevölkerung legt. Auf dieser wissenschaftlichen Basis können Massnahmen entwickelt werden, die Chancengleichheit in Gesundheitsbelangen für alle in der Schweiz lebenden Menschen ermöglichen.

Schätzungsweise 200'000 Personen, die in der Schweiz leben, verstehen keine der Landessprachen und können deshalb an den üblichen wissenschaftlichen Befragungen nicht teilnehmen. Hinzu kommen all jene Personen, die zwar ein Alltagsgespräch bewältigen können, aber bei komplizierteren Gesprächen sprachliche Unterstützung benötigen. Auch sie sind nicht in der Lage, an wissenschaftlichen Befragungen teilzunehmen. Die regelmässig durchgeführte Schweizerische Gesundheitsbefragung setzt bei den Teilnehmenden genügend Sprachkenntnisse in einer der Landessprache voraus. Aus diesem Grund hat das Bundesamt für Gesundheit bereits 2004 eine Gesundheitsbefragung in den wichtigsten Sprachen der Migrationsbevölkerung durchführen lassen (GMM I – erstes Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz). 2010 wurde diese Befragung zum zweiten Mal durchgeführt – die wichtigsten Ergebnisse des GMM II sind in dieser Broschüre zusammengefasst. Den umfassenden Schlussbericht des GMM II (Guggisberg et al. 2011) finden Sie unter www.miges.admin.ch.

1. Eine Umfrage in acht Sprachen

Der Begriff «Migrationsbevölkerung» kann auf verschiedene Weise definiert werden. 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 Ausländerregister (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. Migranten und Migrantinnen aus Ländern, in denen eine der Schweizer Landessprachen gesprochen wird (z.B. Deutschland, Italien, Frankreich), wurden nicht befragt, da sie bereits in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung erfasst worden sind. Das GMM legt den Fokus auf die zahlenmässig grössten Migrantengruppen, deren Muttersprache nicht deutsch, französisch oder italienisch ist. Es wurde also nicht die gesamte Migrationsbevölkerung befragt, sondern eine Auswahl von Nationalitäten, nämlich Personen aus der Türkei, Portugal, Serbien, dem Kosovo, Somalia und Sri Lanka.

Das GMM II ist Teil des Nationalen Programms Migration und Gesundheit 2008–2013, das Massnahmen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, Bildung, Versorgung im Gesundheitswesen, interkulturelles Übersetzen sowie Forschung umfasst. Mit diesem Programm beteiligt sich das BAG im Auftrag des Bundesrats an einem nationalen Massnahmenpaket des Bundes zur Verbesserung der Integration der Migrationsbevölkerung. Das GMM II wurde vom Bundesamt für Migration (BFM) mitfinanziert.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Bundesamt für Migration (BFM) beauftragten vier Forschungsinstitute unter der Leitung des Büros für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS mit der Durchführung des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung (GMM II). 3000 Personen wurden zu ihrer gesundheitlichen Situation telefonisch befragt.

Stichprobe

Da eine repräsentative Befragung der gesamten Migrationsbevölkerung den Rahmen des Möglichen gesprengt hätte, wurden sechs Nationalitäten ausgewählt. Darunter fielen vier der zahlenmässig grössten Migrantengruppen in der ständigen Wohnbevölkerung, nämlich Einwanderer und Einwanderinnen aus der Türkei, Portugal, Serbien und Kosovo sowie zwei Personengruppen aus dem Asylbereich: Tamilen und Tamilinnen sowie Personen aus Somalia. Befragt wurden insgesamt 3000 Personen im Alter von 17 bis 74 Jahren, entweder in ihren Herkunftssprachen oder auf Deutsch oder Französisch.

Für die Stichprobe aus der ständigen Wohnbevölkerung wurde eine Schichtung nach Geschlecht, Geburtsort (Schweiz oder Ausland) und Aufenthaltsdauer (bis 4 Jahre, 5–9 Jahre, 10 Jahre oder länger in der Schweiz) vorgenommen. «Schichtung» bedeutet, dass die Grundgesamtheit in mehrere Gruppen unterteilt wird. Aus jeder Schicht wurden mindestens 50 Adressen zufällig gezogen. Durch dieses Vorgehen werden Vergleiche zwischen einzelnen Schichten erleichtert.

Ausserdem wurden zwei Zusatzstichproben gezogen: «Kürzlich Eingewanderte» (Aufenthaltsdauer weniger als zwei Jahre) aus der Türkei und Kosovo, geschichtet nach Geschlecht, sowie «kürzlich Eingebürgerte» (vor weniger als zwei Jahren) aus der Türkei und Kosovo, geschichtet nach Geschlecht.

Die beiden Stichproben aus dem Asylbereich (Sri Lanka, Somalia) wurden nach Geschlecht und Aufenthaltsstatus geschichtet. Beim Aufenthaltsstatus wird zwischen vorläufig Aufgenommenen mit Ausweis F und Personen in laufendem Verfahren mit Ausweis N unterschieden.

Gemäss diesem Stichprobenplan wurden die Adressen aus dem Zentralen Migrationsinformationssystem (ZEMIS) des Bundesamts für Migration zufällig gezogen. Die als Referenz dienende Bevölkerung mit Schweizer Nationalität stammt aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (SGB 2007). Es handelt sich dabei um 13'860 Personen von 17 bis 74 Jahren, die zum Zeitpunkt der Befragung die Schweizer Staatsbürgerschaft besitzen.

Fragebogen

Der Fragebogen enthielt Fragen zu vier verschiedenen Bereichen:

- Gesundheitszustand
- Gesundheitsverhalten
- Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen
- Ressourcen und Belastungen (bspw. Wohnsituation, Gesundheitskompetenz, soziale Unterstützung, Arbeitsbedingungen, Diskriminierungserfahrungen)

Die Vorgabe war, dass das telefonische Interview nicht länger als 30 Minuten dauern sollte. Da die durchschnittliche Interviewdauer beim GMM I höher war, musste der Fragebogen gekürzt werden. Verzichtet wurde beispielsweise auf die Fragen in sensiblen Themenbereichen wie Drogenkonsum und Sexualverhalten, da diese beim GMM I häufig zu Antwortverweigerung

geführt hatten und die Trefferquote zu klein war, um repräsentative Aussagen machen zu können. Die Fragen wurden zu einem grossen Teil so formuliert wie in der SGB 2007, damit die Vergleichbarkeit zwischen den Antworten der Migrationsbevölkerung und der einheimischen Bevölkerung gewährleistet war. Diese Angleichung an die SGB führte dazu, dass manche Fragen nicht mehr mit den Fragen des GMM I identisch waren. In diesem Zielkonflikt wurde jedoch die Vergleichbarkeit mit der SGB höher gewichtet. Ein Übersetzungsbüro übersetzte den Fragebogen in die Sprachen Französisch, Portugiesisch, Türkisch, Albanisch, Serbisch, Tamilisch und Somali. Nach mehreren Testinterviews in den einzelnen Sprachen wurden die Fragebögen von einer zweiten Übersetzerin, einem zweiten Übersetzer vergleichend Korrektur gelesen und angepasst.

Befragung

Die aus dem ZEMIS ausgewählten Personen erhielten ein Schreiben des BAG, das über die Studie informierte und ankündigte, dass eine Befragterin oder ein Befragter des beauftragten Instituts sie in den kommenden Tagen telefonisch kontaktieren werde. Das Befragungsinstitut legte bei jenen Adressaten, zu welchen sie keine Telefonnummer ausfindig machen konnten, eine Antwortkarte bei, mit der die angeschriebenen Personen eine Telefonnummer (auch Mobiltelefon) bekannt geben konnten. Die Befragterinnen und Befragter kontaktierten die zu befragenden Personen aus dem CATI-Labor des Befragungsinstituts (Computer Assisted Telephone Interview). Insgesamt wurden rund vier Fünftel der Befragungen in einer Migrationssprache realisiert und ein Fünftel in Deutsch oder Französisch.

Die Interviews wurden im Zeitraum von Ende September bis Ende Dezember 2010 durchgeführt.

2. Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten?

Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand

Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen? Bei der Antwort auf diese Frage konnten die Befragten aus einer fünfstufigen Skala von sehr schlecht bis sehr gut auswählen. Migrantinnen und Migranten schätzen ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt weniger gut ein als die einheimische Bevölkerung. Die Unterschiede sind bei den Frauen deutlicher als bei den Männern. Verglichen mit der Befragung im Jahr 2004 bleibt der Anteil an Personen mit subjektiv guter oder sehr guter Gesundheit stabil oder scheint sich sogar etwas zu vergrössern.

Gesundheitliche Belastungen

Weiter wurde die Frage gestellt, ob die Befragten zurzeit oder innerhalb der letzten zwölf Monate wegen bestimmter Krankheiten in ärztlicher Behandlung sind oder waren. In der statistischen Analyse wurden die Antworten der befragten Migrantinnen und Migranten mit jenen der Schweizerinnen und Schweizer aus der SGB 2007 verglichen. Da die Migrationsbevölkerung durchschnittlich jünger ist als die einheimische Bevölkerung, ist es wichtig, in den Analysen nach Alter zu «kontrollieren». In den folgenden Analysen wurden das Alter und das Geschlecht als erklärende Grössen einbezogen. Diese multivariaten Analysen fördern deutliche Unterschiede zwischen den Personen verschiedener Herkunft zu Tage. Die Migrationsbevölkerung ist bei den meisten gesundheitlichen Belastungen stärker betroffen als die einheimische Bevölkerung. Auffallend schlechtere Werte als die Schweizerinnen und Schweizer geben die Personen türkischer Herkunft an.

Unterschiede zwischen Männern und Frauen

In der Migrationsbevölkerung zeigen sich grosse Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Die Frauen sind oft stärker belastet als die Männer. Migrantinnen sind sowohl wegen körperlichen als auch psychischen Krankheiten häufiger in ärztlicher Behandlung als Migranten – eine Ausnahme bildet die Behandlungshäufigkeit wegen hohem Blutdruck. Frauen mit Migrationshintergrund sind häufiger von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen und haben öfters ein langandauerndes gesund-

Tabelle 1¹:

Gesundheitszustand und gesundheitliche Belastungen nach Nationalität, unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

	Niedergelassene/Aufenthalter				Eingebürgerte		Schweiz
	Portugal	Türkei	Serbien	Kosovo	Türkei	Kosovo	
Gesundheitszustand (in %)							
Subjektive Gesundheit: nicht gut	–	26,3	19,3	15,7	26,2	18,1	8,6
Dauerhafte Krankheit	21,5	–	17,6	17,8	–	18,9	27,4
Einschränkungen durch gesundheitliches Problem	–	36,0	29,9	–	30,1	–	22,2
In Behandlung wegen... (in %)							
Allergie	–	10,1	–	3,4	–	–	6,2
Hoher Blutdruck	14,9	14,7	15,5	16,2	14,0	15,6	9,3
Nierenkrankheit, Nierensteine	3,3	3,4	2,4	2,5	4,1	2,9	0,9
Chronische Bronchitis, Emphysem	3,3	3,9	3,6	2,7	4,1	–	1,4
Arthrose	10,9	10,5	8,8	–	12,3	–	5,3
Depression	8,9	12,2	–	–	11,7	–	4,0
Migräne	8,1	11,7	–	–	12,3	7,1	2,5
Osteoporose	–	–	3,0	–	–	–	1,4
Psychisches Problem	–	9,9	–	1,0	–	–	5,5

Erläuterung: «–» bedeutet: Kein signifikanter Unterschied zu SchweizerInnen

¹ Die Tabelle und die folgenden Ausführungen basieren auf dem Kapitel 3 («Vertiefungsanalysen zum Gesundheitszustand») des Schlussberichts GMM II.

heitliches 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. Bei den Einheimischen sind diese Geschlechterunterschiede weniger ausgeprägt.

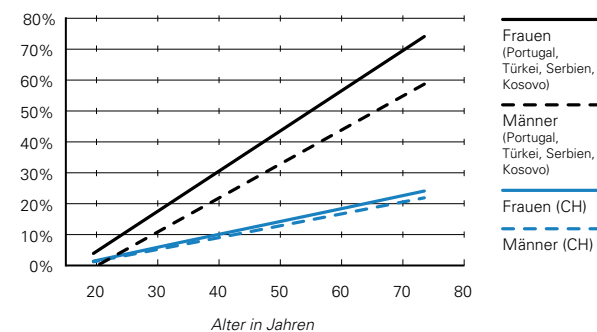
Schlechtere Gesundheit von älteren Migrantinnen und Migranten

Es zeigen sich auch grosse Unterschiede nach Altersgruppen: Je älter die Personen, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie wegen gesundheitlicher Beschwerden in Behandlung sind. Mit zunehmendem Alter geht die Schere zwischen einheimischer Bevölkerung und Migrationsbevölkerung deutlich auseinander. Die ältere Migrationsbevölkerung hat gesundheitlich deutlich mehr Probleme als die einheimische Bevölkerung im selben Alter.

Kürzlich Eingewanderte sind weniger oft von dauerhaften Krankheiten betroffen und werden weniger oft durch gesundheitliche Probleme im Alltag behindert als die gleichaltrige einheimische Bevölkerung. Dies ist ein Hinweis darauf, dass sich eher Personen in vergleichsweise guter psychischer und physischer Verfassung auf eine Migration einlassen.

Abbildung 1²:

Selbsteinschätzung Gesundheitszustand («nicht gut») nach Herkunft, Alter und Geschlecht



² Die Abbildungen 1 bis 7 sind grafisch aufbereitete Ergebnisse von Regressionsanalysen. Es handelt sich um statistische Schätzungen.

Abbildung 2:

Langandauerndes gesundheitliches Problem nach Herkunft, Alter und Geschlecht

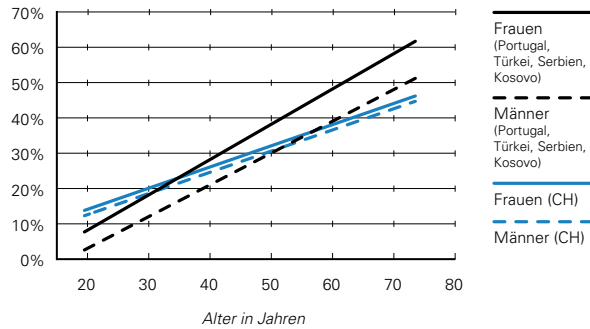
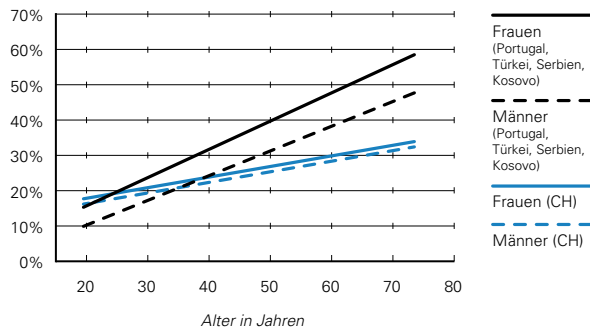


Abbildung 3:

Einschränkung im Alltag nach Herkunft, Alter und Geschlecht

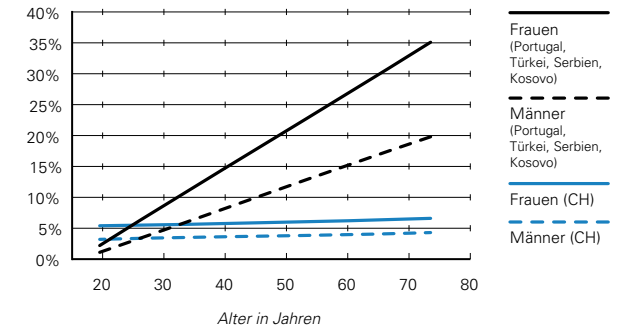


Psychische Probleme, Depression

Junge Migrantinnen und Migranten sind im Vergleich zu den gleichaltrigen Einheimischen eher seltener wegen psychischen Problemen generell oder wegen Depressionen in ärztlicher Behandlung. Mit zunehmendem Alter (was meistens auch mit zunehmender Aufenthaltsdauer in der Schweiz einhergeht), nimmt die Wahrscheinlichkeit, an Depression oder anderen psychischen Leiden in Behandlung zu sein, jedoch stark zu.

Abbildung 4:

In Behandlung wegen Depression, nach Herkunft, Alter und Geschlecht



Körperliche Beschwerden

Bei den abgefragten körperlichen Belastungen zeigt sich in den meisten Fällen ein ähnliches Bild wie bei den psychischen Krankheiten: Mit zunehmendem Alter vergrössern sich die gesundheitlichen Unterschiede zwischen der Migrationsbevölkerung und der einheimischen Bevölkerung. Beispielhaft werden hier die Behandlungen wegen Nierenkrankheit, chronischer Bronchitis und Arthrose abgebildet, wobei Nierenkrankheiten und chronische Bronchitis allgemein deutlich weniger vorkommen als Arthrose.

Abbildung 5:

In Behandlung wegen Nierenkrankheit, Nierensteinen, nach Herkunft, Alter und Geschlecht

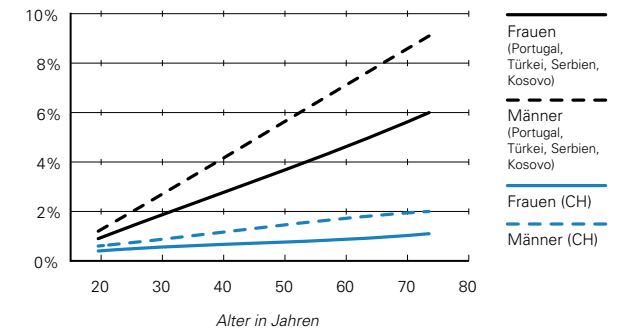


Abbildung 6:

In Behandlung wegen chronischer Bronchitis, Emphysem, nach Herkunft, Alter und Geschlecht

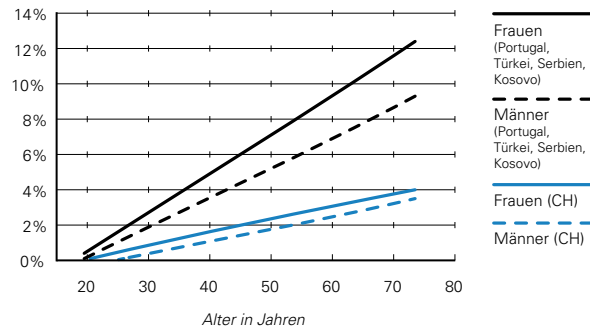
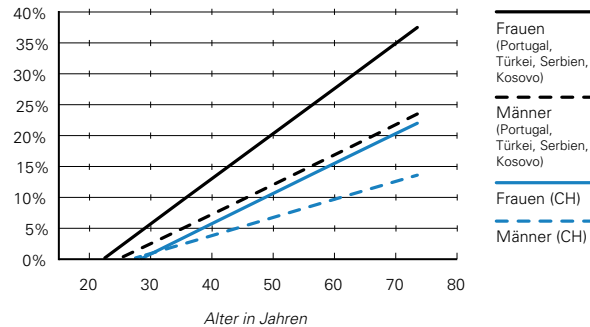


Abbildung 7:

In Behandlung wegen Arthrose, nach Herkunft, Alter und Geschlecht



Wodurch die Gesundheit beeinflusst wird

Verschiedene Faktoren beeinflussen die Gesundheit. Anhand der GMM-Daten können einige dieser Faktoren eruiert werden. Zum Beispiel ist der Gesundheitszustand umso besser, je höher das Ausbildungsniveau ist. Dieser Effekt ist bei der Migrationsbevölkerung deutlich stärker als bei den Einheimischen.

Je mehr soziale Unterstützung vorhanden ist, beispielsweise durch die Familie oder in der Nachbarschaft, umso besser ist der Gesundheitszustand. Bei der Migrationsbevölkerung hat die soziale Unterstützung gemäss der Datenauswertung einen grösseren Einfluss auf den Gesundheitszustand als bei der einheimischen Bevölkerung.

Einen engen Zusammenhang gibt es zwischen dem Gesundheitszustand und den so genannten Kontrollüberzeugungen, das heisst der Überzeugung, das eigene Leben selbstbestimmt gestalten zu können. Je grösser die Kontrollüberzeugungen sind, umso besser ist der Gesundheitszustand. Dieser Einflussfaktor ist bei allen Bevölkerungsgruppen zu beobachten; bei den Migrantinnen und Migranten ist er aber besonders ausgeprägt.

Erwerbstätige sind insgesamt gesünder als nicht erwerbstätige Personen. Dieser Zusammenhang lässt sich auch dadurch erklären, dass Krankheit ein Grund dafür sein kann, aus dem Erwerbsprozess auszusteigen. Migrantinnen und Migranten, die nicht erwerbstätig sind, sind eher von einem gesundheitlichen Problem betroffen als die nicht erwerbstätigen Schweizerinnen und Schweizer.

Nebst diesen allgemeinen Einflussfaktoren wurden im GMM auch migrationspezifische Merkmale erfragt, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben können: Sprachkompetenzen, Diskriminierungserfahrungen in der Schweiz, Gewalterfahrungen im Herkunftsland sowie die Aufenthaltsdauer in der Schweiz.

Die Sprachkompetenzen weisen einen starken Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand auf. Im Vergleich zu Migrantinnen und Migranten, die keine schweizerische Landessprache sprechen, fühlen sich diejenigen mit den besten Sprachkenntnissen deutlich gesünder und sind weniger durch gesundheitliche Probleme eingeschränkt.

Was die Erfahrungen mit Diskriminierungssituationen und mit Gewalt im Heimatland angeht, so zeigen die Ergebnisse ein eher unklares Bild. Bei den Gewalterfahrungen besteht offenbar ein deutlicher Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit: Migrantinnen und Migranten, die Opfer von Gewalt oder politischer Verfolgung im Herkunftsland waren, sind mit grösserer Wahrscheinlichkeit wegen einer Depression oder generell wegen eines psychischen Problems in ärztlicher Behandlung.

Die Aufenthaltsdauer scheint für den Gesundheitszustand eine entscheidende Grösse zu sein. Migrantinnen und Migranten, welche erst vor kurzer Zeit in die Schweiz immigriert sind (Aufenthaltsdauer unter 3 Jahren), haben einen besseren Gesundheitszustand als gleichaltrige Personen mit Migrationshintergrund, die schon seit längerer Zeit in der Schweiz leben.

Gesundheitszustand der Asylbevölkerung

Die Antworten der beiden befragten Gruppen aus dem Asylbereich wurden separat ausgewertet, da die Asylsuchenden nicht der ständigen Wohnbevölkerung angehören und ihre Lebenssituation in vielerlei Hinsicht nicht direkt mit den anderen befragten Gruppen zu vergleichen ist.

Die beiden Asylgruppen schätzen den subjektiven Gesundheitszustand sehr unterschiedlich ein: 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.

Zur Erfassung der gesundheitlichen Belastung 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 einheimischen Bevölkerung hat sowohl ein grösserer Anteil der Somalier und Somalierinnen als auch 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 gegen oben 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 einheimische Bevölkerung, die Somalierinnen und Somalier 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.

Tabelle 2:

Gesundheitszustand und gesundheitliche Belastungen bei Personen aus dem Asylbereich

	Somalia	Sri Lanka	Schweiz
Subjektiver Gesundheitszustand: gut	86,2%	45,1%	89,4%
Dauerhaftes gesundheitliches Problem	12,2%	26,8%	26,8%
Einschränkung wegen gesundheitlichem Problem	21,1%	63,7%	24,7%
Allergien	12,0%	22,5%	6,3%
Hoher Blutdruck	5,6%	6,1%	10,4%
Nierenkrankheiten	2,2%	4,1%	0,8%
Chronische Bronchitis, Emphysem	2,1%	20,7%	1,6%
Arthrose	4,8%	17,7%	6,1%
Depression	12,4%	34,6%	4,4%
Migräne	36,6%	30,4%	2,6%
Osteoporose	2,2%	19,5%*	1,6%

Fettgedruckt = Werte unterscheiden sich signifikant von jenen der SchweizerInnen

*Dieser hohe Anteil scheint unrealistisch. Möglich ist, dass die Befragten den für die Übersetzung gewählte medizinisch richtige Begriff nicht verstanden und nicht nachfragten, was er bedeutet.

3. Gesundheitsverhalten

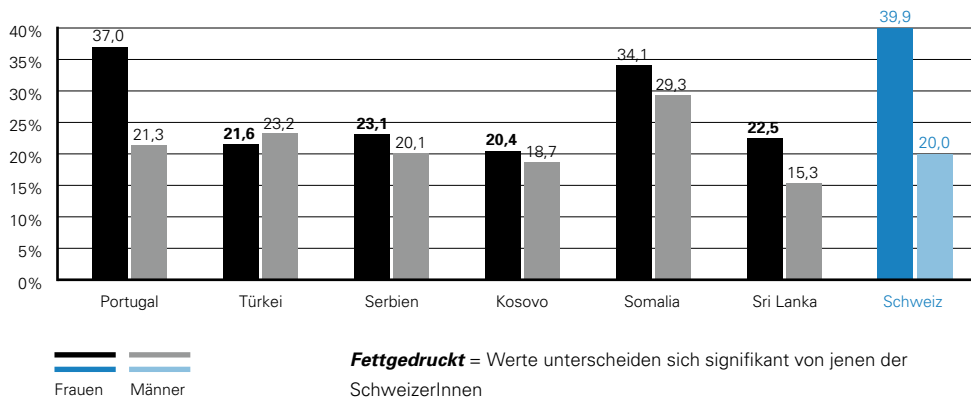
Ernährung

«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.» Mit dieser Frage und einer entsprechenden Frage für Gemüse wurden die Ernährungsgewohnheiten ermittelt.

Auffallend sind die grossen Unterschiede zwischen Frauen und Männern: 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.

Betrachtet man die Unterschiede zwischen der Migrationsbevölkerung und der einheimischen Bevölkerung, so fällt auf, dass lediglich bei den Frauen signifikante Unterschiede bestehen, nicht aber bei den Männern. Der Anteil der Kosovarinnen, Türkinnen und Serbinnen, die fünf Portionen Früchte oder Gemüse täglich zu sich nehmen, liegt zwischen 16 und 19 Prozentpunkte tiefer als bei den Schweizerinnen. Zwischen den Portugiesinnen und den Schweizerinnen hingegen zeigt sich kein signifikanter Unterschied.

Abbildung 8:
Empfohlener Früchte- und Gemüsekonsum pro Tag (mindestens 5 Portionen)



Bei der Asylbevölkerung fällt auf, dass der Anteil von Personen, die kaum Früchte und Gemüse essen, grösser ist als bei den Schweizerinnen und Schweizern. Ausserdem konsumieren Personen aus Sri Lanka generell weniger Früchte und Gemüse als die befragten Somalierinnen und Somalier.

Fettgedruckt = Werte unterscheiden sich signifikant von jenen der SchweizerInnen

Bewegung

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. Während bei den Schweizerinnen 12,7% körperlich inaktiv sind, sind es bei den Portugiesinnen 42,4%, bei den Serbinnen, 40,4%, bei den Türkinnen 34,6% und bei den Kosovarinnen 27,8%. 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 werden muss oder nicht.

In der Asylbevölkerung gibt es ebenfalls mehr körperlich inaktive Personen als bei den Schweizerinnen und Schweizern.

Übergewicht

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, 14,5% der Portugiesen und 21,2% der Serben. Bei den Kosovaren und Türken zeigen sich im Vergleich zu den Schweizern keine signifikanten Unterschiede. Im Vergleich zum GMM I im Jahr 2004 erweisen sich diese Anteile mehrheitlich stabil.

Tabelle 3:

Personen mit Übergewicht oder starkem Übergewicht, nach Herkunft und Geschlecht

		Übergewicht BMI \geq 25	BMI $<$ 30	Starkes Übergewicht BMI \geq 30
Portugal	Frauen	25,5%		13,2%
	Männer	37,9%		14,5%
Türkei	Frauen	32,3%		18,3%
	Männer	41,5%		12,5%
Serbien	Frauen	22,1%		23,5%
	Männer	45,3%		21,2%
Kosovo	Frauen	26,9%		14,1%
	Männer	46,8%		13,7%
Somalia	Frauen	34,3%		27,7%
	Männer	15,1%		10,6%
Sri Lanka	Frauen	19,6%		6,4%
	Männer	25,1%		11,7%
Schweiz	Frauen	19,7%		7,3%
	Männer	37,3%		8,7%

Fettgedruckt = Werte unterscheiden sich signifikant von jenen der SchweizerInnen

Bei den befragten Gruppen der Asylsuchenden sind bezüglich Übergewicht nur geringfügige Unterschiede zur einheimischen Bevölkerung zu erkennen. Während bei den

Personen aus Somalia mehr Befragte in die Kategorie «stark übergewichtig» fallen, sind die Schweizerinnen und Schweizer in der Kategorie «übergewichtig» mehr vertreten.

Alkoholkonsum

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 mit den Kosovaren (47,1%) und die Serbinnen (47,2%) im Vergleich mit den Serben (30,6%).

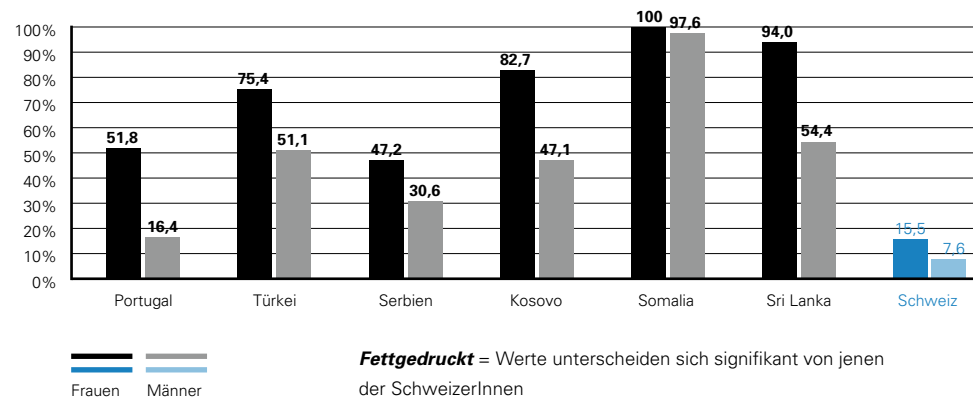
Gross sind auch die Unterschiede zwischen einheimischer Bevölkerung und Migrationsbevölkerung. Besonders stark fallen die Unterschiede zwischen den Schweizerinnen und den Migrantinnen aus: Migrantinnen sind deutlich häufiger abstinent als Schweizerinnen. Während die Abstinenzraten bei der Migrationsbevölkerung über die Zeit stabil geblieben sind (Vergleich GMM I und GMM II), ist bei den Schweizerinnen und Schweizern der Anteil jener, die gänzlich auf Alkohol verzichten, kleiner geworden.

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. 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.

In der Asylbevölkerung wird deutlich seltener Alkohol konsumiert als in der einheimischen Bevölkerung. Insbesondere der Anteil abstinenten Personen ist hoch:

Abbildung 9:

Anteil Alkoholabstinenten nach Herkunft und Geschlecht



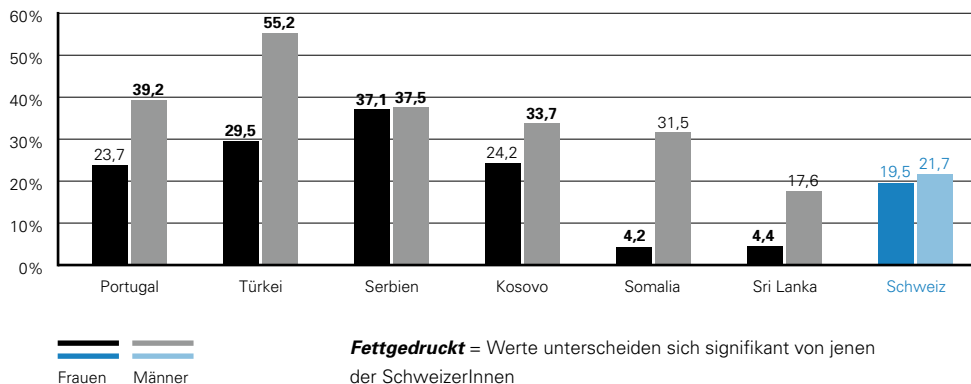
Bei den Somalierinnen und Somaliern beträgt er fast 99% und bei der Asylbevölkerung aus Sri Lanka sind es zwei Drittel.

Fettgedruckt = Werte unterscheiden sich signifikant von jenen der SchweizerInnen

Tabakkonsum

Mit Ausnahme der Serbinnen (37,1%), die mit den Serben (37,5%) praktisch gleichauf liegen, konsumieren weniger Frauen täglich Tabak als Männer. 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 Schweizerinnen. Auch Serben (+15,8%) und Portugiesen (+17,5%) 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%) und den Türkinnen (+10%) auszumachen.

Abbildung 10:
Täglicher Tabakkonsum nach
Herkunft und Geschlecht



Bei den befragten Gruppen der Asylbevölkerung zeigt sich, dass die Frauen aus Sri Lanka und Somalia deutlich seltener rauchen als die Schweizerinnen. Bei den Männern zeigen sich hingegen keine signifikanten Unterschiede.

Vorsorgeuntersuchungen

Migrantinnen und Migranten nehmen eher etwas weniger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch als die einheimische Bevölkerung. Es unterscheiden sich aber nicht alle befragten Gruppen von der einheimischen Bevölkerung.

Prostata-Untersuchungen: Bei den 35- bis 49-Jährigen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Prostata-Untersuchungsquoten von Portugiesen (23,2%), Türken (23,7%) und Schweizern (24,3%). Signifikant und deutlich tiefer liegen die Raten hingegen bei Serben (5,5%) und Kosovaren (3,2%). In der Alterskohorte 50-74 Jahre liegt die männliche Migrationsbevölkerung signifikant unter dem Niveau der Schweizer.

Mammographie: Bei der Röntgenuntersuchung der Brust (Mammographie) zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei der Prostata-Untersuchung. 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%) eine Brustun-

tersuchung durchführen lassen. Bei den Portugiesinnen hingegen waren es signifikant mehr (54,5%).

Stuhl-Untersuchung: Der Anteil der Schweizerinnen, der jemals eine Stuhl-Untersuchung hat durchführen lassen, liegt bei 28,6%, bei den Männern sind es 31,1%. Portugiesinnen und Portugiesen sowie Kosovarinnen und Kosovaren weisen im Vergleich dazu keine signifikanten Unterschiede der Vorsorgequote auf. Dahingegen liessen signifikant mehr Türkinnen (46,1%) und Türken (44,6%) und weniger Serbinnen (14,1%) und Serben (17,1%) zumindest einmal in ihrem Leben eine Stuhl-Untersuchung durchführen.

Darmspiegelung: Etwas mehr als ein Fünftel der Einheimischen haben jemals eine Darmspiegelung durchführen lassen. Signifikante Unterschiede zwischen Einheimischen und Migrationsbevölkerung bei der Untersuchungsrate lassen sich einzig bei den Serben finden, wo lediglich 8,8% eine Untersuchung in Anspruch genommen haben.

Bei der somalischen Asylbevölkerung nimmt in der Tendenz ein geringerer Anteil Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch als bei den Schweizerinnen und Schweizern. Auffällig sind die Resultate bei der Prostata-Untersuchung und der Mammographie: Kein einziger Somalier liess eine Prostata-Untersuchung durchführen, und nur 24,7% der somalischen Frauen unterzogen sich einer Mammographie (das ist nur etwa ein halb so grosser Anteil wie bei den Schweizerinnen). Auch die Asylbevölkerung aus Sri Lanka nimmt diese beiden Vorsorgeuntersuchungen seltener in Anspruch als die Schweizerinnen und Schweizer. 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 einheimischen Bevölkerung. Bei den Vorsorgeuntersuchungen ist zu beachten, dass die Fallzahlen teilweise klein sind (v.a. dann, wenn nur Personen über 40 Jahren befragt wurden). Deshalb sind diese Befunde mit Vorsicht zu interpretieren.

4. Gesundheitskompetenz

Was heisst Gesundheitskompetenz?

Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Gesundheitskompetenz trägt dazu bei, dass Menschen gesund leben und ihre Vorstellungen von Gesundheit verwirklichen können. Direkte Vergleiche der Migrationsbevölkerung mit der einheimischen Bevölkerung sind hier leider nicht möglich, da die Fragen in diesem Themenbereich in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung nicht enthalten sind. Sie wurden für das GMM II neu entwickelt und zusammengestellt.

Symptome einschätzen

Gesundheitskompetenz wurde im GMM II auf verschiedene Weise gemessen. Die Befragten wurden beispielsweise gefragt, ob jemand aufgrund bestimmter Symptome ärztliche oder psychologische Hilfe aufsuchen sollte. Die Einschätzungen der Befragten wurden dann mit den Einschätzungen von Fachpersonen verglichen. Die erzielten Mittelwerte dieser Symptomeinschätzung variieren sowohl nach Herkunftskategorie als auch nach Geschlecht. Von zwölf möglichen Punkten erreichten Portugiesinnen und Portugiesen 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 mehr Männer als Frauen in der Kategorie «tiefe Gesundheitskompetenz» (0-5 Punkte).

Verständigung beim Arztbesuch

Bei der Erfragung der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheitskompetenz wurden Fragen rund um die Interaktion mit dem Arzt gestellt. Ein hoher Prozentsatz an Personen fühlt sich bei der Auswahl eines Arztes sicher oder sehr sicher. Die direkte Kommunikation mit dem Arzt bereitet einem beachtlichen Teil der Migrationsbevölkerung jedoch einige Schwierigkeiten: Je nach Gruppe geben 12% bis 45% der Befragten an, «nie», «selten» oder nur «manchmal» die eigenen Anliegen dem Arzt verständlich machen zu können. 14% bis 44% verstehen «nie», «selten» bzw. nur «manchmal», was der Arzt ihnen mitteilen will. Auffallend bei beiden Fragen ist, dass Türkinnen deutlich am häufigsten angeben, nie die eigenen Anliegen dem Arzt verständlich machen zu können (9,3%) bzw. nie die Informationen des Arztes zu verstehen (10,5%).

Tabelle 4:

Suchen von weiteren Informationen, wenn von den Informationen nicht überzeugt, nach Herkunft und Geschlecht

		Nie	Selten/manchmal	Oft/immer
Portugal	Frauen	14,9%	42,5%	42,6%
	Männer	30,2%	35,7%	34,0%
Türkei	Frauen	18,2%	31,9%	49,9%
	Männer	15,0%	36,2%	48,7%
Serbien	Frauen	19,0%	35,3%	45,7%
	Männer	30,6%	22,1%	47,3%
Kosovo	Frauen	19,7%	36,0%	44,3%
	Männer	26,5%	36,6%	37,0%
Somalia	Frauen	49,5%	24,8%	25,8%
	Männer	36,4%	24,6%	39,1%
Sri Lanka	Frauen	9,2%	31,1%	59,7%
	Männer	11,1%	37,0%	52,0%

Weiter wurden Fragen rund um die Informationsbeschaffung gestellt – beispielsweise ob über Empfehlungen des Arztes, der Ärztin nachgedacht wird oder ob vor oder nach dem Arztbesuch weitere Informationen

gesucht werden. Das kritische Hinterfragen von Empfehlungen und Informationen ist eindeutig noch nicht Standard. Selbst wenn die Informationen des Arztes nicht überzeugen, suchen nur 34% bis 50% nach weiteren Informationen.

Gesundheitskompetenz bei der Asylbevölkerung

Wie gut kann die Asylbevölkerung einschätzen, bei welchen Krankheitssymptomen sie zum Arzt oder zur Ärztin gehen sollte? Bei der Symptomeinschätzung erreicht die befragte Asylbevölkerung tiefere Werte als die übrigen Migrantengruppen. Im Durchschnitt haben die Somalierinnen und Somalier 5,4 der 12 Symptome richtig eingeschätzt, die Personen aus Sri Lanka 5,6. 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 Migrationsgruppen, bei denen sich jeweils weniger als ein Fünftel in dieser Kategorie befindet. Sowohl bei den körperlichen als auch bei den psychischen Symptomen ist die Asylbevölkerung nur sehr bedingt in der Lage einzuschätzen, ob ärztliche Unterstützung notwendig ist oder nicht. Ausserdem scheint die Asylbevölkerung psychische Symptome generell zu unterschätzen: Psychische Symptome führen kaum dazu, dass ein Arzt oder eine Ärztin aufgesucht wird. Dementsprechend ist die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen bei psychischen Problemen in der befragten Asylbevölkerung auch deutlich tiefer als bei den anderen befragten Gruppen.

Massive Probleme bestehen bei der Verständigung zwischen den befragten Personen aus dem Asylbereich und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Nur etwas mehr als ein Drittel der Somalier und Somalierinnen 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. Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen

Arztbesuche insgesamt

In den letzten 12 Monaten vor 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, ausser für die Befragten aus Kosovo – bei dieser Gruppe haben die Männer eine etwas höhere Konsultationsquote als die Frauen. Systematische Unterschiede zwischen der Migrationsbevölkerung insgesamt und den Einheimischen lassen sich nicht nachweisen. Es 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.

Schweizerinnen, die in der Untersuchungsperiode einen Arzt oder eine Ärztin konsultierten, taten dies im Durchschnitt fünf Mal. Die Schweizer liegen mit 4,6 Konsultationen leicht 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; die Türkinnen suchten mit durchschnittlich 7,8 Konsultationen ihren Arzt oder ihre Ärztin häufiger auf als Schweizerinnen.

Konsultation beim Hausarzt, bei der Hausärztin

Schweizer gingen im Mittel 2,6 Mal zu ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin, Schweizerinnen 2,5 Mal. Während die portugiesische Migrationsbevölkerung und die Kosovaren sich nicht von den Einheimischen unterscheiden, konsultieren Türiinnen (5,9) und Türiken (5,2), Serbinnen (4,1) und Serben (3,8) sowie Kosovarinnen (5,2) häufiger den Hausarzt oder die Hausärztin.

Tabelle 5:

Häufigkeit von Konsultationen in den letzten 12 Monaten, nach Herkunft und Geschlecht

		Arzt (ohne Zahnarzt)	Hausarzt	Notfallstation, Spitalambulatorium, Poliklinik
Portugal	Frauen	5,0	3,2	3,6
	Männer	3,6	2,9	3,3
Türkei	Frauen	7,8	5,9	3,0
	Männer	6,7	5,2	3,3
Serbien	Frauen	6,3	4,1	1,8
	Männer	5,0	3,8	3,9
Kosovo	Frauen	6,2	5,2	3,1
	Männer	4,3	4,4	2,4
Somalia	Frauen	9,5	8,5	14,6
	Männer	8,1	7,8	4,2
Sri Lanka	Frauen	6,1	4,8	5,3
	Männer	4,7	4,3	8,4
Schweiz	Frauen	5,0	2,5	1,8
	Männer	4,6	2,6	2,0

Fettgedruckt = Werte unterscheiden sich signifikant von jenen der SchweizerInnen

Frauenarzt, Frauenärztin

Frauen mit Migrationshintergrund haben in etwa gleich oft ihre Frauenärztin oder ihren Frauenarzt aufgesucht wie die Schweizerinnen.

Notfalldienste, Polikliniken und Spitalambulatorien

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.

Inanspruchnahme seitens der Asylbevölkerung

Welche medizinischen Leistungen beanspruchen die befragten Personen aus dem Asylbereich und wie oft? Knapp drei Viertel berichten von mindestens einem Arztbesuch im letzten Jahr – das entspricht der Quote der einheimischen Bevölkerung. Auch die Anzahl in Anspruch genommener Konsultationen unterscheidet sich nicht von jener der Schweizerinnen und Schweizer. In der Beanspruchung von Notfallstationen, Spitalambulatorien und Polikliniken gibt es signifikante Unterschiede zwischen der einheimischen Bevölkerung und der Asylbevölkerung. Der Anteil der 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.

6. Fazit und Ausblick

Fassen wir abschliessend die wichtigsten Erkenntnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung nochmals zusammen:

- Verglichen mit der einheimischen Bevölkerung beschreiben Migrantinnen und Migranten, die seit längerer Zeit in der Schweiz leben, ihren eigenen Gesundheitszustand als schlechter.
- Kürzlich Eingewanderte weisen einen besseren Gesundheitszustand auf als jene, die seit längerem in der Schweiz leben.
- Ältere und weibliche Migranten sind gesundheitlich besonders belastet.
- Migrantinnen und Migranten sind deutlich öfter wegen Depression und Migräne in ärztlicher Behandlung als die einheimische Bevölkerung. Dies gilt für Personen türkischer und portugiesischer Herkunft sowie für Somalierinnen und Somalier, Tamilinnen und Tamilen.
- Nebst allgemeinen Faktoren, die bei der Gesamtbevölkerung einen Einfluss auf die Gesundheit haben (Ausbildungsniveau, Erwerbstätigkeit etc.), gibt es auch migrationsspezifische Faktoren, die einen Teil der Unterschiede zwischen Einheimischen und Migrationsbevölkerung erklären. Gute Sprachkompetenzen gehen beispielsweise mit einem besseren Gesundheitszustand einher.
- Die befragten Migrantinnen und Migranten konsumieren deutlich weniger Alkohol als die einheimische Bevölkerung, weisen jedoch höhere Raucherraten auf. Im Bereich Ernährung und Bewegung zeigen sie tendenziell ein weniger gesundes

Verhalten als die Einheimischen. Deutlich mehr Personen mit Migrationshintergrund leiden unter starkem Übergewicht.

- Die Asylbevölkerung zeigt im Vergleich zu den anderen befragten Gruppen eine eher tiefe Gesundheitskompetenz. Auch bei der Verständigung mit Ärztinnen und Ärzten haben die Asylsuchenden oft erhebliche Schwierigkeiten.
- Migrantinnen und Migranten gehen öfter zum Hausarzt oder zur Hausärztin als die Einheimischen – insgesamt weisen sie aber nicht mehr Arztbesuche auf. Die meisten untersuchten Gruppen besuchen Notfallstationen und Spitalambulatorien nicht häufiger als die einheimische Bevölkerung.

Sind seit der ersten Erhebung im Jahr 2004 Veränderungstendenzen erkennbar?

Ein wiederkehrendes Monitoring ermöglicht, Veränderungen über die Zeit zu erkennen. Wie hat sich die gesundheitliche Situation der Migrationsbevölkerung seit 2004 verändert? Allgemein gilt: Daten, die nur zweimal punktuell erhoben wurden, sind schwierig zu interpretieren; Tendenzen über eine längere Zeitdauer werden erst deutlich, wenn mehr als zwei Erhebungen stattgefunden haben. Direkte Vergleiche des GMM I und des GMM II sind auch deshalb schwierig, weil die Stichproben des GMM I und II nicht identisch sind. 2004 wurden Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien befragt – 2010 gab es diese Kategorie im Ausländerregister nicht mehr; befragt wurden Personen aus Kosovo und Serbien. Ausserdem wurden im GMM II einige Fragen anders formuliert als im GMM I, nämlich analog zur SGB 07. Die Vergleichbarkeit mit der SGB 07 hatte bei der Gestaltung des Fragebogens oberste Priorität. So sind die Daten zum Gesundheitszustand aus dem GMM II nur bedingt vergleichbar mit jenen aus dem GMM I.

Da wo die beiden Erhebungen vergleichbar sind, können zumeist keine signifikanten Veränderungen festgestellt werden. Die deutlichsten Veränderungen zeigen sich bei den Daten zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen: Die befragte Migrationsbevölkerung konsul-

tiert im Vergleich zu 2004 eher seltener einen Arzt oder eine Ärztin. Bei einzelnen Gruppen zeigen sich deutliche Unterschiede, so beispielsweise bei den Tamilinnen und TAMILen: 2004 gaben 27,3% der Personen aus Sri Lanka an, dass sie im letzten Jahr eine Notfallstation, ein Spitalambulatorium oder eine Poliklinik aufgesucht hatten. 2010 waren es noch 14,8%.

Zukünftige Forschung

Neue Erkenntnisse werfen stets Fragen auf. Warum sind Migrantinnen und Migranten bei ihrer Einreise gesünder als die Einheimischen, aber jene, die schon seit längerem hier leben, kränker? Weshalb weisen die Migrantinnen einen schlechteren Gesundheitszustand auf als die Migranten? Warum sind die in der Schweiz lebenden Türkinnen und Türken gesundheitlich besonders belastet? Inwiefern sind gewisse Unterschiede auf ein kulturell geprägtes Antwortverhalten zurück zu führen? Zukünftige Forschungsarbeiten werden auf diese und ähnliche Fragen hoffentlich Antworten liefern, indem sie die Analyse der GMM-Daten verfeinern, mit anderen Datensätzen kombinieren oder durch qualitative Forschung vertiefen. Interessierten Forscherinnen und Forschern steht der Datensatz des GMM auf Anfrage zur Verfügung. Die vorliegenden sowie die zukünftigen Forschungsergebnisse tragen dazu bei, Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte bedarfsgerecht zu gestalten und das schweizerische Gesundheitssystem für alle Bevölkerungsgruppen zugänglich zu machen, so dass alle die gleichen Chancen auf ein gesundes Leben haben.

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit

Publikationszeitpunkt: April 2012
Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer Sprache.

Redaktion: Karin Gasser
Layout: grafik.trieb, 2503 Biel/Bienne
Fotos: © Hansueli Trachsel, Bremgarten und INTERPRET, Bern

Diese Broschüre ist eine Kurzfassung des Berichts:
Guggisberg, Jürg u.a. (2011). Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung
(GMM) in der Schweiz. Schlussbericht, August 2011.

Weitere Informationen:
BAG, Direktionsbereich Gesundheitspolitik,
Nationales Programm Migration und Gesundheit,
migrationundgesundheit@bag.admin.ch, www.miges.admin.ch

Bezugsquelle: BBL, Verkauf Bundespublikationen, 3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch

BBL-Artikelnummer: 316.201.d
BAG-Publikationsnummer: 04.12 GP 1'000 d 500 f 30EXT1202 287629/1

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier