

## Zweites Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (GMM II)

### Management Summary

#### Ausgangslage, Zielsetzungen

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

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

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

#### Methode

##### *Zielgruppen, Stichprobe*

Analog zum GMM I (2004) wurden im GMM II vier Schwerpunktländer für Migrantinnen und Migranten aus der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung und zwei für Personen des Asylbereichs ausgewählt. Es handelt sich dabei um *Portugal, Türkei, Kosovo und Serbien* für Migrantinnen und Migranten der ständigen Wohnbevölkerung und um *Sri Lanka (Tamilen)* und *Somalia* für den

Asylbereich. Neben der länder- bzw. sprachspezifischen Auswahl wurden zwei Zusatzstichproben gezogen. Zusatzstichprobe 1 bilden Migrantinnen und Migranten aus der Türkei und dem Kosovo mit einer Aufenthaltsdauer unter 2 Jahren. Zusatzstichprobe 2 wird aus den (kürzlich) eingebürgerten Personen gezogen. Die als Referenz dienende Bevölkerung mit schweizerischer Nationalität stammt aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007.

#### *Instrumente*

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

#### *Durchführung der Befragung*

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

#### *Methodische Grenzen*

Aus methodischer Sicht sind folgende Aspekte sind zu erwähnen:

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

## **Monitoring – Ständige Wohnbevölkerung**

#### *Gesundheitszustand*

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

Bei der einheimischen Bevölkerung sind solche Unterschiede kaum oder nur in geringerem Ausmass zu beobachten.

#### *Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen*

Der Anteil an Personen, welche mindestens einmal innerhalb eines Jahres einen Arzt oder eine Ärztin konsultieren, ist bei keiner der betrachteten Migrationsgruppen höher als bei den Schweizerinnen und Schweizern. Im Gegenteil, Frauen aus Portugal und dem Kosovo und Männer aus Serbien und dem Kosovo suchen weniger oft einen Arzt oder eine Ärztin auf als die einheimische Bevölkerung. Im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung sind Konsultationen beim Hausarzt oder der Hausärztin bei den Migrationsgruppen jedoch verbreiteter. Bei der Inanspruchnahme von Notfalldiensten und Diensten in Spitalambulatorien und/oder Polikliniken zeigt sich, dass einzelne der untersuchten Migrationsgruppen diese häufiger in Anspruch nehmen als Schweizerinnen und Schweizer. Allerdings sind die Unterschiede relativ gering. Im Bereich der Vorsorgeuntersuchungen weisen Migrantinnen und Migranten eher tiefere Raten auf als die einheimische Bevölkerung. Grundsätzlich kann es durch die Nicht-Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im ambulanten Bereich gerade bei präventiven Massnahmen (Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Beratung) oder bei der ambulanten Kontrolle und Versorgung chronischer Krankheiten dazu kommen, dass später teurere stationäre Behandlungen anfallen.

#### *Gesundheitsverhalten*

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

#### *Gesundheitskompetenz*

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

### **Monitoring - Personen des Asylbereichs**

#### *Gesundheitszustand*

Der *subjektive Gesundheitszustand* wird von beiden Asylgruppen sehr unterschiedlich eingeschätzt: Während die Somalierinnen und Somalier einen ähnlich guten Gesundheitszustand angeben wie die einheimische Bevölkerung, weisen die Personen aus Sri Lanka einen deutlich schlechteren

subjektiven Gesundheitszustand aus. Auch sind Somalierinnen und Somalier deutlich weniger oft aufgrund von körperlichen und/oder psychischen Problemen in ärztlicher Behandlung als die Personen aus Sri Lanka.

#### *Inanspruchnahme*

Im Vergleich zu den Einheimischen zeigen sich v.a. Unterschiede beim Aufsuchen eines Hausarztes, indem Angehörige der Asylbevölkerung dies häufiger tun. Bezüglich *Spitalaufenthaltsdauer* zeigt sich, dass Schweizerinnen und Schweizer tendenziell länger im Spital verbleiben als die Asylbevölkerung, allerdings ist nur die Differenz zu den Personen aus Sri Lanka signifikant. In der Beanspruchung von *Notfallstationen, Spitalambulatorien und Polikliniken* gibt es signifikante Unterschiede zwischen der einheimischen Bevölkerung und der Asylbevölkerung. Der Anteil von Personen, die im letzten Jahr überhaupt eine solche Institution aufgesucht haben, unterscheidet sich zwar kaum. Die Asylbevölkerung hat aber insgesamt eine signifikant höhere Anzahl Konsultationen in einer dieser Institutionen zu verzeichnen als die Schweizer Bevölkerung.

#### *Gesundheitsverhalten*

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

#### *Gesundheitskompetenz*

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

#### **Vertiefungsanalysen zum Gesundheitszustand**

Das Monitoring zeigt auf, dass jüngere Migrantinnen und Migranten, welche erst kürzlich in die Schweiz immigriert sind, eher gesünder als die einheimische Bevölkerung sind und dass ältere und schon länger in der Schweiz ansässige Migrantinnen und Migranten eher kränker sind. Innerhalb der Migrationsbevölkerung weisen Frauen zudem eher schlechtere Werte bezüglich des Gesundheitszustands auf als Männer. Weil es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine

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

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

### **Schlussfolgerungen hinsichtlich zukünftiger Forschung**

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

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

- Die *Entwicklung/Beobachtung des Gesundheitszustandes* von Personen mit Migrationshintergrund im Zeitverlauf sollte ein zentrales Anliegen zukünftiger GMM-Erhebungen sein. Dabei wäre insbesondere zu empfehlen, wenigstens einige der bereits

befragten Migrationsgruppen kontinuierlich (d.h. auch in künftigen GMM-Surveys) zu beobachten. Dies würde es erlauben, zumindest partiell longitudinale Analysen zu simulieren und so allfällige unterschiedliche altersbezogene Verläufe zu untersuchen.

- Der Schwerpunkt der GMM-Surveys sollte auf dem *Monitoring-Ansatz* liegen, die theoriegeleitete Erfassung zentraler gesundheitlicher Determinanten (Ressourcen, Risikofaktoren) sollte jedoch mitberücksichtigt werden.
- *Inanspruchnahme, Qualität der Behandlung*: Die Befunde der vorliegenden Analysen weisen auf eher geringe und unsystematische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten zwischen Schweizer Bevölkerung und Personen mit Migrationshintergrund. Eine Tendenz besteht zu häufigeren Hausarztbesuchen und einer leicht erhöhten Inanspruchnahme von Notfalldiensten bei einzelnen Migrantengruppen. Vertiefende Analysen der vorliegenden GMM-Daten zu diesem Bereich, u.a. unter Berücksichtigung des subjektiven Gesundheitszustandes, sind notwendig. Fragen möglicher Unterversorgung bedürfen aber spezifischer Erhebungen bei ausgewählten Migrantengruppen. Darüber hinaus wäre die Erfassung der Behandlungsqualität aus Sicht der Patienten für zukünftige Erhebungen zu prüfen.
- *Gesundheitsverhalten*: Die Befunde weisen auf Handlungsbedarf bei Personen mit Migrationshintergrund in den Bereichen Ernährung und körperliche Bewegung hin. Dabei ist auch der vergleichsweise hohe Anteil von Migrantinnen und Migranten mit starkem Übergewicht zu beachten. Weiterführende Analysen und ggf. Erhebungen in diesem Bereich sind als prioritär zu erachten.
- *Gender*: Bei der Migrationsbevölkerung scheint der Gesundheitszustand der Frauen eher schlechter als derjenige der Männer zu sein. Es sollte versucht werden, Erklärungen für diese Unterschiede zu finden.