

Alexander Rommel, Caren Weilandt, Josef Eckert

Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung

Endbericht

an das

**Bundesamt für Gesundheit,
Sektion Chancengleichheit und Gesundheit
Fachbereich Migration und Gesundheit**

und das

Bundesamt für Migration

Bonn, im Januar 2006
(rev. Fassung vom Mai 2006)

Ansprechpartner:

Dr. phil. Caren Weilandt, stv. Geschäftsführerin
Alexander Rommel M.A.
Dr. rer.soc. Josef Eckert

Wissenschaftliches Institut der
Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V.
Udierstraße 78
D-53173 Bonn

Telefon: (+49) 228 8104-172
Telefax: (+49) 228 8104-1736
Email: wiad@wiad.de

Inhalt	Seite
Abstract	1
1. Einleitung	3
2. Stichprobe: Konzeption, Ziehung und Realisierung	9
2.1 Stichprobenkonzeption	9
2.1.1 Modul I	9
2.1.2 Module II und III	10
2.2 Stichprobenziehung und Ausschöpfung	15
2.3 Gewichtung	16
3. Fragebogen und Befragung	19
3.1 Fragebogenkonstruktion	19
3.2 Übersetzungsprocedere	20
3.3 Befragungsmethode und Befragungsablauf	23
3.3.1 Ankündigung der Befragung	23
3.3.2 Durchführung der telefonischen Interviews	24
3.3.3 Befragungssprachen und Interviewdauer	24
4. Soziale Lage und Soziodemographie	26
4.1 Allgemeine Aspekte der sozialen Lage	26
4.1.1 Geschlecht und Alter	27
4.1.2 Bildung und Ausbildung	30
4.1.3 Erwerbsstatus und Beruf	43
4.1.4 Haushaltsgröße, Einkommen und Schicht	50
4.1.5 Soziale Einbindung	56
4.2 Migrationsspezifische Aspekte der sozialen Lage	67
4.2.1 Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer und Generationen	67
4.2.2 Migrationshintergrund	73
4.2.3 Verflechtungen mit Herkunftsland und –gesellschaft	77
4.2.4 Religionszugehörigkeit und Religiosität	85
4.2.5 Ethnische Zugehörigkeit	88
4.2.6 Sprachliche Orientierung und Integration	95
4.2.7 Diskriminierung, Benachteiligung und Segregation	100
4.3 Tabellarische Übersicht	106

5. Gesundheitliche Lage	113
5.1 Subjektive Einschätzung der körperlichen und psychischen Gesundheit	113
5.2 Lang andauernde gesundheitliche Einschränkungen	122
5.3 Zeitweilige gesundheitliche Beeinträchtigungen und Arbeitsunfähigkeit	124
5.4 Medikamenteneinnahme	128
5.5 Body Mass Index	135
5.6 Körperliche Beschwerden	139
6. Gesundheitsverhalten	146
6.1 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	146
6.1.1 Arzt- und Spitalinanspruchnahme	146
6.1.2 Vorsorgeuntersuchungen	155
6.1.3 Erwerbsunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen	163
6.1.4 Migrationsspezifische Aspekte der Inanspruchnahme	166
6.1.4.1 Kommunikation	166
6.1.4.2 Inanspruchnahme medizinischer und gesundheitsbezogener Leistungen im Herkunftsland	172
6.1.4.3 Spezifische Gesundheitsdienstleistungen - Inanspruchnahme und Bedarfe	177
6.1.4.4 Information und Orientierung im Gesundheitswesen	180
6.2 Gesundheitsförderliche und riskante Verhaltensweisen	188
6.2.1 Tabakkonsum	188
6.2.2 Alkoholkonsum	191
6.2.3 Drogenkonsum	195
6.2.4 Sport	196
6.2.5 Sexualverhalten	190
7. Zusammenfassung	202
8. Schluss	220
Anhang	224
Verzeichnis der Übersichten	225
Glossar	231
Mitglieder der Expertengruppe	232

Abstract

Das „Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung“ (GMM) zielt darauf ab, den Gesundheitsstatus sowie die gesundheitliche Versorgung eines möglichst großen Teils der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz umfassend darzustellen. Methodisch wird hierzu auf eine Kombination der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2002 mit zusätzlich durchgeführten Interviews zurückgegriffen. Letztere umfassen u. a. Gruppen, die aufgrund von Sprachproblemen in der SGB nur unzureichend repräsentiert waren oder als Asylsuchende explizit nicht die Zielgruppe dieser Untersuchung darstellten.

Das konkrete Vorgehen zeichnet sich primär aus durch eine Stichprobenkonzeption, die mehrere zusätzliche Gruppen hinreichend abbildet, die Übersetzung und transkulturelle Validierung der Erhebungsinstrumente in die Muttersprache der zusätzlich befragten Personen und den Einsatz muttersprachlicher Interviewer. Neben den schweizerischen, italienischen sowie deutsch-österreichisch-französischen ständigen Bewohnern der Schweiz erfasst das GMM mittels telefonischer Befragung die portugiesische, türkische und tamilische Wohnbevölkerung, die entsprechenden Personen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien sowie albanische und tamilische Asylsuchende.

Abgesehen von der deutsch-österreichisch-französischen Gruppe ist die Migrationsbevölkerung in ihrer sozialen Situation insgesamt schlechter gestellt als die Autochthonen, die italienische etwas günstiger, Asylsuchende bzw. die tamilische und albanische Bevölkerung am ungünstigsten. Eine gleichzeitig sichtbare Heterogenität kennzeichnet vor allem die türkische Gruppe.

Die Indikatoren der gesundheitlichen Lage zeigen in den meisten Fällen eine vergleichsweise positive Situation der schweizerischen sowie der deutschen, österreichischen und französischen Bevölkerung, während die übrigen Migranten und Migrantinnen der Regel in unterschiedlichem Maße davon abweichen. Dabei ist in der Gesamtschau die Situation tendenziell günstiger für italienische und ungünstiger für türkische Befragte sowie für Asylsuchende. Frauen zeigen im Allgemeinen eine tendenziell weniger gute Gesundheit.

Auch tendenzielle Abweichungen im Gesundheitsverhalten der Migrationsbevölkerung gegenüber der schweizerischen gelten meist nicht für die deutsch-österreichisch-französische Gruppe. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zeigt teilweise höhere Inanspruchnahmeraten der Migrations- gegenüber der schweizerischen Bevölkerung. Die mittlere Zahl der Arztbesuche ist in einigen Gruppen, besonders der albanischen und der türkischen, deutlich erhöht. In Bezug auf Vorsorgeuntersuchungen zeichnet sich teilweise eine geringere Inanspruchnahme unter Migrantinnen und Migranten ab. Allerdings zeigen die Daten, dass dies von der Art der Vorsorge und dem Alter der Befragten abhängt und nicht generalisiert werden kann.

Migrationsspezifische Aspekte der Inanspruchnahme zeigen vor allem Sprachprobleme. Sie erfordern beim Besuch einer Ärztin oder eines Arztes zur Sprachmittlung oft Verwandte bzw. den Partner oder die Partnerin. Da Frauen öfter das andere Geschlecht einbeziehen, ist speziell für sie die Arzt-Patienten-Dyade potenziell gefährdet. So besteht besonders Bedarf an professi-

onellen Dolmetscherdiensten sowie muttersprachlichen Informationen. Insgesamt sind hier vor allem albanische und tamilische Befragte betroffen.

Bei gesundheitsförderlichem und -riskantem Verhalten steht einem vergleichsweise geringeren Alkoholkonsum eine höhere Sportabstinenz gegenüber. Deutlich höhere Raucherquoten als in der schweizerischen Bevölkerung finden sich ausschließlich bei türkischen Befragten.

1. Einleitung

Das Gesundheitsmonitoring der Schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM) 2004 bildet einen zentralen Bestandteil im Kontext der strategischen Ausrichtung des Bundes „Migration und Gesundheit“ 2002–2006.¹ Die Wertorientierung der Bundesstrategie umfasst zuvorderst gesundheitliche Chancengleichheit, d.h. ein offenes Gesundheitswesen, welches es Menschen aller sozialen Gruppen erlaubt, angemessene Gesundheitsleistungen zu beziehen. Eine adäquate Leistungserbringung seitens dieses Gesundheitswesens vermittelt zielgruppenspezifischer Leistungen dient diesem übergeordneten Ziel ebenso, wie die Förderung von individueller Selbstverantwortung und Empowerment und die partizipative Einbeziehung der Ressourcen der Klientinnen und Klienten. Voraussetzung für die Umsetzung dieser Werte sind Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen und eine wissenschaftliche Fundierung. Langfristig wird die Verbesserung einer adäquaten Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten auch dazu beitragen, das weiter reichende Ziel der Integration wesentlich zu unterstützen.

In der Migrationsbevölkerung typische und zum Teil benachteiligende Lebensumstände, die Folgen für die Gesundheit der betreffenden Personen haben können, umfassen die Bereiche der sozialen Lage und des Geschlechts ebenso, wie Aufenthaltsstatus, Kommunikationsprobleme und mangelnde Integration und schließlich die Migrationsgeschichte selbst (posttraumatische und sonstige migrationsspezifische Belastungen). Diese Faktoren können eine erhöhte gesundheitliche Vulnerabilität unter Migrantinnen und Migranten mitbedingen, die medizinische und psychologische Behandlung erschweren und damit zusammenhängend einen entsprechenden sozialpolitischen Handlungsbedarf begründen. Gleichzeitig gibt es Hinweise dafür, dass es in der Migrationsbevölkerung auch protektive Faktoren z.B. im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten gibt. Diese können als Ressource erkannt und gestärkt sowie für eine migrationssensible Politikgestaltung nutzbar gemacht werden.

Mit Hilfe der Leitlinien Chancengleichheit, systematische Weiterentwicklung und Stärkung vorhandener Initiativen, ganzheitliches Gesundheitsverständnis einschließlich multisektoraler Gesundheitspolitik sowie Selbstverantwortung und Empowerment verfolgt die Strategie „Migration und Gesundheit“ in diesem Sinne das Ziel eines offenen Gesundheitssystems für eine pluralistische Gesellschaft. Eine der fünf Interventionsachsen der Strategie ist die zielgruppenspezifische Forschung in den Bereichen Grundlagen, Monitoring und Evaluation. Da die bislang vorliegenden epidemiologischen Informationen keinen angemessenen Überblick über die Gesundheitssituation der schweizerischen Migrationsbevölkerung erlauben, verfolgt diese Forschung das Ziel, vorhandene Wissenslücken zu schließen und wissenschaftlich fundierte Grundlagen zu erarbeiten, auf die eine adäquate Leistungserbringung aufgebaut werden kann.

Während problemorientierte Grundlagenforschung spezifische Fragestellungen in mittelfristiger Perspektive analysieren soll, liefert das vorliegende Gesundheitsmonitoring aus sozialwissenschaftlicher und epidemiologischer Sicht Basisinformationen, um neue Problematiken zu erkennen und Hilfen zur künftigen Prioritätensetzung zu entwickeln. Die Umsetzung der hier anset-

¹ Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2002 – 2006, Bern 2002.

zenden Maßnahmen wird regelmäßig evaluiert, um deren Effizienz und Effektivität zu beurteilen. Grundlagenforschung, Monitoring und Evaluation sollen so die systematische Entwicklung und Weiterentwicklung konkreter Politik unterstützen. Dabei ist der Aufbau eines Monitoring-systems der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens der Migrationsbevölkerung Grundlage und Ausgangspunkt für viele weitere Maßnahmen.

Dass ein solches Monitoring schon aufgrund der quantitativen Bedeutung der Migrationsbevölkerung seine Berechtigung hat, zeigt sich auch darin, dass die Schweiz, verglichen mit anderen mitteleuropäischen Ländern, einen relativ hohen Anteil an Ausländerinnen und Ausländern aufweist. Dieser ist unter anderem auch durch die lange Zeit relativ restriktive Einbürgerungspolitik mitbedingt. Seit Mitte der 90er Jahre beträgt der Ausländeranteil an der Wohnbevölkerung der Schweiz mehr als ein Fünftel, im Jahre 2003 waren es 21,7%. Ende Dezember 2003, d.h. am Ausgangspunkt der hier vorliegenden Studie, umfasste der Bestand der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung in der Schweiz 1.47 Millionen Personen, hinzu kamen knapp 65.000 Asylsuchende. Da die Strategie „Migration und Gesundheit“ nicht vom Aufenthaltsstatus ausgeht, sondern problemorientiert ist, schließt sie zudem auch die z.T. nur vorübergehend in der Schweiz anwesenden Asylsuchenden mit ein. Angesichts dieser Größenordnungen ist evident, dass Migrantinnen und Migranten nicht nur im Bereich des Gesundheitswesens zu einem wichtigen Faktor geworden sind.

Bislang wurde Migrantinnen und Migranten in der öffentlich geförderten Gesundheitsforschung jedoch nicht immer der gebührende Stellenwert eingeräumt. Die in der Schweiz seit 1992 regelmäßig durchgeführte Erhebung zum Gesundheitszustand der Bevölkerung (SGB – Schweizerische Gesundheitsbefragung) liefert zwar umfangreiche Daten zum Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhalten der schweizerischen Bevölkerung und derjenigen in der Schweiz ansässigen Migrantinnen und Migranten, die eine der schweizerischen Landessprachen hinreichend gut verstehen und sprechen. Sie hat aber bisher diejenigen Personen eher ausgeschlossen, die die schweizerischen Landessprachen nicht ausreichend beherrschen. Das bedeutet, dass in der SGB verstärkt jene Personen vertreten sind, die bereits überdurchschnittlich lange Zeit in der Schweiz leben bzw. - aus welchen Gründen auch immer - eher bereit oder in der Lage waren, den Spracherwerb einer der Landessprachen voranzutreiben. Hinzu kommt, dass Migrantinnen und Migranten bisher nicht systematisch in das Stichprobendesign der Gesundheitsbefragung einbezogen worden sind. Damit war eine adäquate Repräsentation der wichtigsten Gruppen - mit Ausnahme der Italiener und Italienerinnen - nicht in einer Weise sichergestellt, dass auf Basis der SGB-Daten gruppenspezifische Aussagen möglich gewesen wären.²

Diese Informationslücke soll durch das Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung geschlossen werden.³ Dazu wurde ein Vorgehen entwickelt, das darauf angelegt

² Dies beklagt auch die Vorstudie zum GMM, die darüber hinaus inhaltlich im Wesentlichen für ein Monitoring nach vorliegendem Muster plädiert hat (Vgl. Bischoff, A./ Wanner, Ph.: Ein Gesundheitsmonitoring von MigrantInnen; Sinnvoll? Machbar? Realistisch? Forschungsbericht, Neuchâtel 2003).

³ Mit der Durchführung des GMM wurden das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V., Bonn und das LINK Institut für Markt- und Sozialforschung, Luzern gemeinsam beauftragt. Das Link Institut war für die Durchführung der Interviews in allen Sprachen und die Bereitstellung der Daten zuständig. Alle anderen Arbeitsschritte (d.h. Konzeption der Befragung mit Stichprobendesign, Entwicklung und Pretesting der Erhebungsinstrumente, Aufbereitung und Auswertung der Daten, Darstellung und Analyse der Ergebnisse) wurden von WIAD geleistet. Das Projekt ist durch eine wissenschaftliche Expertengruppe begleitet worden, deren Mitglieder immer wie-

ist, die vorhandenen Daten der SGB02 zu nutzen und um zusätzlich zu befragende Personengruppen zu erweitern. Befragungstechnisch wie inhaltlich ist das GMM also darauf angelegt, den Gesundheitsstatus und die Versorgungssituation von Migranten und Migrantinnen mit den Methoden zu erfassen und zu beschreiben, wie sie sich im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung bewährt haben. Eckpunkte des Vorgehens sind damit aus Vergleichsgründen die telefonische Befragung als Erhebungsmethode und der entsprechende telefonische Fragebogen der SGB02 als Erhebungsinstrument. Neben etablierten Befragungsinstrumenten der SGB integriert das GMM jedoch auch zusätzliche migrationsspezifische Fragestellungen. Abgesehen von migrationsspezifischen Aspekten der sozialen Lage (z.B. Integration, Migrationshintergrund) sind dies auch konkrete Versorgungsprobleme bzw. migrationsspezifische Aspekte der Inanspruchnahme (z.B. Kommunikationsprobleme, Inanspruchnahme bestimmter Dienste).⁴

Zudem sollten die Zusatzbefragungen bestimmte Bedingungen erfüllen. Sie sollten zum einen dazu beitragen, die Migrationsbevölkerung der Schweiz möglichst breit zu erfassen und gleichzeitig Aussagen zulassen, die über einen Vergleich zwischen schweizerischer und nicht schweizerischer Bevölkerung hinausgehen. Dies impliziert eine Stichprobenziehung, die quantitativ und qualitativ bedeutsame Gruppen in einer adäquaten Größe abbildet. Zum zweiten sollten auch sprachlich schlecht integrierte Migrantinnen und Migranten nicht unberücksichtigt bleiben. Damit war ein Vorgehen vorgegeben, bei dem sowohl adäquat übersetzte muttersprachliche Fragebögen zu erstellen als auch muttersprachliche Interviewer und Interviewerinnen zum Einsatz zu bringen waren. In der stringenten Umsetzung dieser Strategie einer migrations-sensiblen Gesundheitsberichterstattung kommt dem GMM auch im europäischen Vergleich Pilot- und Vorbildcharakter zu. Es vereint eine stringente Stichprobenziehung mit Methoden der transkulturellen Validierung von Erhebungsinstrumenten und bezieht migrationsspezifische - in Teilen neu zu operationalisierende - Fragestellungen ein. Damit finden Migrationsaspekte in allen Phasen des Forschungsprozesses breite Berücksichtigung.

Im Ergebnis setzt sich das GMM aus drei Modulen zusammen: Zunächst wurden die vorhandenen Daten der SGB aufbereitet und zur Integration in einen Gesamtdatensatz vorbereitet. Dieses Modul I enthält neben Schweizerinnen und Schweizern Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich und vor allem die wichtige Gruppe der Befragten mit italienischer Staatsangehörigkeit. Modul II stellt demgegenüber eine zusätzliche Befragung unter Personen derjenigen bedeutsamen nicht schweizerischen Staatsangehörigkeiten der ständigen Wohnbevölkerung dar, deren Muttersprache nicht Deutsch, Französisch oder Italienisch ist. Da die einzelnen Gruppen adäquat repräsentiert sein sollten, umfasst Modul II aus noch genauer zu erläuternden Gründen Personen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien, der Türkei, Portugal und Sri Lanka. Als Interviewsprache kamen wahlweise die jeweilige Muttersprache oder Deutsch bzw. Französisch zur Anwendung. Modul III umfasst die Befragung von Personen des Asylbereiches

der wichtige Anregungen formuliert und das Projekt entscheidend mitgeprägt haben. Die betreffenden Personen sind im Anhang aufgelistet.

⁴ Wie in den jeweiligen Übersichten deutlich wird, entfallen die entsprechenden Informationen für Modul I. Zur Beschreibung der Module siehe unten.

(AlbanerInnen aus dem Kosovo und TamillInnen aus Sri Lanka), die ausschließlich in ihrer Muttersprache interviewt wurden.

Inhaltlich soll das das GMM mit dem hier vorgelegten deskriptiven Ergebnisbericht zu folgenden Fragestellungen einen ersten Überblick liefern:

- Wie stellt sich die soziale Lage der einzelnen untersuchten Gruppen von Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung dar?
- Bei welchen Indikatoren zur Integration und Migrationsgeschichte unterscheiden sich Migrantinnen und Migranten der verschiedenen Herkunftsländer untereinander?
- Gibt es eine generell erhöhte gesundheitliche Belastung bei Migrantinnen und Migranten bzw. wie sieht das differenzierte Belastungsspektrum aus (nach MigrantInnengruppe, Geschlecht und Alter)?
- Welche riskanten und gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen finden sich in welchen Gruppen besonders stark oder schwach ausgeprägt?
- Welche Präventionspotenziale und protektiven Faktoren gibt es bei Migranten und Migrantinnen und wo sind die strategischen Ansatzpunkte, um die betreffenden Personen zu erreichen?
- Gibt es spezifische Muster der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und wie unterscheiden sich diese zwischen den einzelnen Gruppen und von der schweizerischen Bevölkerung.

Nicht beantwortet wird im vorliegenden Bericht die übergreifende Fragestellung nach den nicht zuletzt methodischen Möglichkeiten und Grenzen der Weiterführung des GMM und damit nach dem Aufbau einer kontinuierlichen migrationssensiblen Gesundheitsberichterstattung, die an den Methoden der SGB und des ersten GMM anknüpft und diese weiterentwickelt. Die Erfahrungen und Analysen zu dieser Fragestellung werden auch in Zukunft weitergeführt und diskutiert werden müssen, um zu einer für alle Akteure tragbaren Lösung zu gelangen. Allerdings ist hiermit auch ein Punkt angesprochen, der die jetzt vorliegende Ergebnisdarstellung und Interpretation betrifft. Von Beginn an war klar, dass dieses erste Monitoring einen heterogenen Datensatz mit nur eingeschränkt vergleichbaren Stichproben liefern wird. Während Modul I der Stichprobenkonzeption der SGB folgt, sind die Stichproben der Module II und III aus unterschiedlichen Registern gezogen worden. Bei Modul III bestanden darüber hinaus von Beginn an Vorbehalte darüber, inwieweit die Repräsentativität der Stichprobe wie auch die Validität der Antworten, stärker als in anderen Bevölkerungsstichproben, durch ein wie auch immer motiviertes Teilnahme-, Verweigerungs- und Antwortverhalten verzerrt werden könnten. Diese Heterogenität der Stichproben ist beim Lesen des Berichts und der Interpretation der Ergebnisse grundsätzlich in Rechnung zu stellen, auch wenn die Plausibilität der Ergebnisse - bei allen zu unterstellenden Einschränkungen - zumeist für sich spricht.

Eine weitere Einschränkung betrifft die inhaltliche Tiefe der vorgelegten Analysen. Beim vorliegenden Bericht handelt es explizit nicht um eine Kausalanalyse der Gesundheit oder Versorgung der Migrationsbevölkerung, sondern um eine rein deskriptive Ergebnisdarstellung. Um einen ersten Überblick zu geben, sind nahezu alle Variablen des neuen Datensatzes nach

Staatsangehörigkeit und mit allen Antwortkategorien dargestellt. Eine erste Drittvariablenkontrolle wird gelegentlich durch die Differenzierung nach Alter und Geschlecht vorgenommen. Diese Darstellung erfolgt ergebnisorientiert dort, wo wiederum deskriptiv interessante Aufbrüche aufgezeigt werden können. Eine konsequente Drittvariablenkontrolle, die zwingend über Merkmale wie Alter und Geschlecht herausgehen muss, um bspw. Aspekte der sozialen Lage oder der Integration einzubeziehen, würde den Rahmen eines solchen Berichts bei weitem sprengen. Durch diese Art der Ergebnisdarstellung soll jedoch an keiner Stelle der Ansicht Ausdruck verliehen werden, Unterschiede zwischen den Gruppen seien allein auf Merkmale wie Staatsangehörigkeit oder Ethnizität zurückzuführen. Der Bericht soll vielmehr als Basis und Anregung für weitere Analysen dienen, um Zusammenhänge aufzuzeigen, die mit bisher vorliegenden Datensätzen der Gesundheitsforschung nicht möglich waren. Die vorgelegten Analysen markieren im Sinne der Autoren also lediglich einen Anfang und nicht das Ende der Analysearbeit. Die Daten des GMM sollten in diesem Sinne einer wie auch immer definierten wissenschaftlichen Öffentlichkeit zur weiteren Auswertung zur Verfügung gestellt werden, damit die zusätzlichen Erfahrungen in die hoffentlich anstehende Weiterentwicklung dieses Monitoringinstruments einfließen können.

Der vorliegende Bericht zum ersten Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung gliedert sich wie folgt:

Kapitel 2 stellt Stichprobe und Datensatzbeschreibung dar und informiert über Stichprobenaufbau, Ausschöpfung und Verweigerungsrate sowie die Gewichtung der Daten.

Kapitel 3 informiert über die Methodik der Studie mit Fragebogenentwicklung, Übersetzungsprozedere sowie Befragungsmethode und -ablauf, d.h. Ankündigung der Befragung, Durchführung der telefonischen Interviews sowie Befragungssprachen und Interviewdauer.

Kapitel 4 thematisiert grundlegende Aspekte der sozialen Lage und Soziodemographie der Bevölkerung in der Schweiz. Im ersten Abschnitt werden allgemeine Fragen behandelt, die Autochthone ebenso betreffen wie Migrantinnen und Migranten. Hierzu zählen Geschlecht und Alter, Bildung und Ausbildung, Erwerbsstatus und Beruf, Haushaltsgröße, Einkommen und Schicht sowie schließlich die soziale Einbindung der Befragten. Der zweite Abschnitt behandelt migrationspezifische Aspekte. Er umfasst Daten zu Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer und Generationen, Migrationshintergrund, Verflechtungen mit Herkunftsland und -gesellschaft, Religionszugehörigkeit und Religiosität, ethnische Zugehörigkeit, sprachliche Orientierung und Integration sowie abschließend Diskriminierung, Benachteiligung und Segregation. Am Ende des Kapitels findet sich eine tabellarische Übersicht.

In Kapitel 5 zur gesundheitlichen Lage werden die Ergebnisse zur selbst wahrgenommenen körperlichen und psychischen Gesundheit, lang andauernden gesundheitlichen Einschränkungen, Arbeitsunfähigkeit und zeitweiligen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Medikamentenkonsum, Body-Mass-Index sowie Krankheitssymptomen dargestellt.

Kapitel 6 beschreibt die Ergebnisse hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens. Der erste Abschnitt thematisiert die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, d.h. Arzt- und Spitalbesuche, Vorsorgeuntersuchungen, Erwerbsunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen sowie migrationspezifische Aspekte der Inanspruchnahme: Kommunikation, Inanspruchnahme medizinischer und gesundheitsbezogener Dienstleistungen im Herkunftsland, spezifische Gesundheitsdienstleistungen, deren Inanspruchnahme und Bedarfe sowie Information und Orientierung im Gesundheitswesen. Der zweite Abschnitt umfasst gesundheitsförderliche und riskante Verhaltensweisen wie Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum sowie Sport und Sexualverhalten.

Der eilige Leser kann sich in Kapitel 7 einen schnelleren Überblick verschaffen. Die Ergebnisse des Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung werden hier abschließend und dem Aufbau der vorherigen Kapitel folgend zusammengefasst.

Kapitel 8 umfasst den Schluss des vorliegenden Berichts. Nochmals kondensiert werden hier die Ergebnisse auf die oben formulierten Fragestellungen zugespitzt und ein kurzer Ausblick gegeben.

2. Stichprobe: Konzeption, Ziehung und Realisierung

2.1 Stichprobenkonzeption

Aus forschungsökonomischen Gründen wurde beschlossen, im Rahmen der Erhebung des GMM keine Daten zu schweizerischen, italienischen, österreichischen und französischen Befragten zu erheben, da davon ausgegangen werden konnte, dass diese Gruppen auf Basis der Interviewsprachen der SGB02 in dieser Erhebung repräsentativ abgebildet sind. Stattdessen konnte die Stichprobe der verbleibenden Migrationsbevölkerung erhöht und damit die repräsentative Abdeckung der Migrationsbevölkerung verbessert werden. SGB02 und GMM bilden damit drei Teilstichproben (Module). Modul I erfasst Befragte der SGB02, Modul II erfasst eine Zusatzstichprobe unter Migrantinnen und Migranten der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz⁵, und Modul III erfasst eine weitere Zusatzstichprobe unter Asylsuchenden⁶. Das Alter der Befragten wurde gemäß der telefonischen Kernbefragung der SGB02 auf 15- bis 74-Jährige beschränkt. Die Grundgesamtheit des GMM erfasst also die schweizerische und nicht schweizerische Bevölkerung in Alter zwischen 15 und 74 Jahren. Spezifizierung ergibt sich aus den folgenden Ausführungen.

2.1.1 Modul I

Modul I des GMM besteht aus den Befragten der SGB02. Gemäß den Prämissen des Projektes, wonach auch (u.a. sprachlich) schlecht integrierte Migrantinnen und Migranten repräsentativ in den verwendeten Substichproben Berücksichtigung finden sollten, wurden jene Staatsangehörigkeiten aus der Stichprobe der SGB02 ausgeschlossen, deren Muttersprache im Feld nicht als Interviewsprache vorgehalten wurde. Beibehalten wurden, neben der Schweizern und Schweizerinnen als Kontrollgruppe, die Befragten aus Italien, Frankreich, Österreich und Deutschland. Darüber hinaus wurden Befragte älter als 74 Jahre aus der Stichprobe für Modul I ausgeschlossen. Die Zusammensetzung der Unterstichprobe für Modul I ist in Übersicht 3.1 dargestellt.⁷

⁵ Die ständige Wohnbevölkerung umfasst im Wesentlichen Personen, deren Wohnsitz ganzjährig in der Schweiz liegt bzw. die eine Aufenthaltsberechtigung von mindestens zwölf Monaten haben. Unter Personen mit nicht schweizerischer Staatsangehörigkeit gehören hierzu vornehmlich Niedergelassene (Ausweis C) und AufhalterInnen (Ausweis B). Hierin enthalten sind auch anerkannte Flüchtlinge, die zum Zeitpunkt ihres Verfahrens noch dem Asylbereich zuzurechnen waren.

⁶ Asylsuchende, d.h. Personen des Asylbereiches gehören grundsätzlich nicht der ständigen Wohnbevölkerung an. Der Asylbereich umfasst vorläufig aufgenommene Flüchtlinge (Ausweis F) und Asylsuchende (Ausweis N). Anerkannte Flüchtlinge sind keine Personen des Asylbereiches mehr.

⁷ Zur Stichprobenkonzeption der SGB02 vgl. BFS (2003): Die schweizerische Gesundheitsbefragung in Kürze. Neuchâtel: BFS.

Übersicht 2.1: Staatsangehörigkeitsgruppen in Modul I

Staatsangehörigkeit	Häufigkeit in der SGB02
Modul I: ständige schweizerische und ausländische Wohnbevölkerung	
(1) Schweiz	15.579
(2) Italien	692
(3) Deutschland, Österreich, Frankreich ⁸	502

2.1.2 Module II und III

Die Konzeption der Stichprobe orientierte sich an den ökonomischen und inhaltlichen Vorgaben der Ausschreibung zum Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung durch die Auftraggeber BAG und BFM. Danach wurde, innerhalb der gegebenen Rahmenbedingungen, eine zu realisierende Stichprobe von $n = 2.500$ (Modul II) nicht schweizerischer Befragter der ständigen Wohnbevölkerung, ohne bspw. Grenzgänger und Grenzgängerinnen oder Kurzaufenthalter und Kurzaufenthalterinnen < 12 Monate, sowie eine Zusatzstichprobe von $n = 500$ Personen des Asylbereiches (Modul III, Großteil der nicht ständigen Wohnbevölkerung) angepeilt. Im Weiteren erfolgte für Modul II die Festlegung auf eine zusammengesetzte, disproportional geschichtete Zufallsstichprobe bestehend aus drei nationalitätsspezifischen Subgruppen à $n = 500$ sowie einer Subgruppe (Personen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien) à $n = 1.000$ zu realisierender Interviews⁹.

Durch diese Schichtung nach Staatsangehörigkeit fiel die Entscheidung gegen eine einzelne, wie auch immer geschichtete Stichprobe aus der *gesamten* nicht schweizerischen ständigen Wohnbevölkerung. In einer solchen Stichprobe der gleichen Fallzahl wäre einerseits eine Vielzahl sehr kleiner Subgruppen enthalten gewesen, über die keine repräsentativen Aussagen hätten getroffen werden können und zum anderen wären auch die quantitativ bedeutsamen Nationalitäten überwiegend nicht in einer Weise repräsentiert, dass nationalitätsspezifische oder auch weiter differenziertere Analysen (z.B. nach Alter und Geschlecht) möglich gewesen wären. Zudem wäre eine Gesamtstichprobe zwangsläufig sprachbedingten Verzerrungen unterworfen gewesen, da nur eine begrenzte Anzahl von Sprachen zur Interviewführung vorgehalten werden kann. Analog hierzu wurde entsprechend auch für Modul III vorgeschlagen, eine oder einige wenige Gruppen von Nationalitäten der Personen des Asylbereiches auszuwählen. Aufgrund ihrer quantitativen Bedeutung innerhalb der schweizerischen Migrationsbevölkerung fiel die Entscheidung für Modul II auf die Grundgesamtheiten der Personen aus dem ehemali-

⁸ Deutsche, österreichische und französische StaatsbürgerInnen werden auch im weiteren Verlauf und v.a. bei der Ergebnisdarstellung zusammengefasst. Alle drei Staatsangehörigkeiten umfassen Personen mit tendenziell überdurchschnittlichem Sozialstatus, die darüber hinaus durch ihre Muttersprachen gegenüber anderen Gruppen einen Integrationsvorteil haben. Dadurch kann auch davon ausgegangen werden, dass sie in der SGB 02 entsprechend ihrer Verteilung in der Bevölkerung repräsentiert sind. Die Zusammenlegung zu einer Gruppe rechtfertigt sich also durch gemeinsame Strukturelemente und erlaubt es, die Fallzahl dieser Gruppe so zu erhöhen, dass differenziertere Analysen möglich werden.

⁹ Die größere Stichprobe der Personen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien soll es ermöglichen, diese auf Basis von Fragen des Erhebungsinstrumentes weiter zu differenzieren, um bspw. ethnische AlbanerInnen gesondert betrachten zu können.

gen Jugoslawien, Portugal und der Türkei. Die quantitativ den türkischen und portugiesischen Zuwanderern vergleichbare Gruppe der Spanierinnen und Spanier wurde aus inhaltlichen Erwägungen zugunsten einer vierten Gruppe von Befragten aus Sri Lanka (TamillInnen) fallen gelassen. Die Begründung ist in der Tatsache zu suchen, dass die tamilische Bevölkerung aufgrund einiger Strukturelemente (Flucht, Kultur und Religion, Distanz zur Heimat) einen stärkeren Kontrast zu den übrigen untersuchten Gruppen bildet, von dem anzunehmen ist, dass er sich in den Ergebnissen niederschlägt.

Auswahlgesamtheit sind die entsprechenden Personen, die im ZAR der Schweiz enthalten sind. In vergleichbarer Weise sind Grund- und Auswahlgesamtheit für Modul III definiert. Hier fiel die Entscheidung auf die zwei Grundgesamtheiten der Asylsuchenden aus dem Kosovo (AlbanerInnen) und Sri Lanka (TamillInnen). Dabei waren zwei Hauptgründe ausschlaggebend. Zum einen gehören diese Gruppen seit Jahren zu den größten Fraktionen Asylsuchender in der Schweiz. Zum anderen sollten direkte Vergleiche zwischen vergleichbaren Herkunftsgruppen der ständigen Wohn- (Modul II) und der Asylbevölkerung ermöglicht werden. Auswahlgesamtheit war das Personenregister des Bundesamtes für Migration.

Die Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien weisen als Gruppe eine komplexe Binnenstruktur auf, die es erforderlich macht, in Modul II eine ausreichend große Unterstichprobe zu ziehen ($n = 1.000$). Nur so wird gewährleistet, dass Subgruppen (Staatsangehörigkeiten, ethnische Zugehörigkeit) identifiziert und spezifische Aussagen ermöglicht werden. Erschwerend kommt hinzu, dass die aktuellen Staatsangehörigkeiten des ehemaligen Jugoslawien im ZAR nicht valide erfasst sind, d.h. neben den aktuellen Staatsangehörigkeiten werden auch noch viele Personen unter der Staatsangehörigkeit des ehemaligen Jugoslawien geführt. Damit ist es nicht möglich, die Stichprobe von $n = 1.000$ weiter zu unterteilen, um die entsprechenden Untergruppen in adäquater Größe systematisch zu erfassen. Hinzu kommt die Tatsache, dass in den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien nicht überall dieselbe Sprache gesprochen wird.

Es wurde aus diesen Gründen ein Vorgehen gewählt, das sich auf eine Kerngruppe von Personen bezieht. Aus dieser ausgeschlossen werden Personen aus Slowenien und Mazedonien. Diese Gruppen sind im ZAR leichter identifizierbar, da die Selbständigkeit dieser Länder deutlich früher im Prozess der nationalstaatlichen Neuordnung des Staatsgebildes des ehemaligen Jugoslawiens eingetreten und unproblematischer abgelaufen ist als in den anderen Teilstaaten. Daher ist davon auszugehen, dass die entsprechenden Staatsangehörigkeiten weitgehend verlässlich erfasst sind und die Identifikation dieser Gruppen unproblematisch ist. Der Ausschluss dieser beiden Nationalitäten löst zudem das erwähnte Sprachproblem, da Serbisch/Kroatisch als dominierende Sprache des ehemaligen Jugoslawien besonders in Mazedonien deutlich weniger weit verbreitet ist. Die verbleibende Kerngruppe umfasst als Grundgesamtheit die Personen der Staatsangehörigkeiten Kroatiens, Serbien-Montenegros, Bosnien-Herzegowinas sowie diejenige ('ungültige') des ehemaligen Jugoslawien.

Grund- und Auswahlgesamtheiten wurden zudem in den Modulen II und III wie folgt weiter eingegrenzt. Ausgeschlossen wurden:

- Modul II:
 - Personen unter 15 Jahre
 - Personen über 74 Jahre
 - Personen, die nicht der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz angehören (Personen des Asylbereiches mit den Ausweisen F und N, Kurzaufenthalter (< 12 Monate mit Ausweis L), Grenzgänger (Ausweis G), internationale Beamte sowie deren Familienangehörige)

- Modul III:
 - Personen unter 15 Jahre
 - Personen über 74 Jahre
 - Personen, welche sich seit weniger als 12 Monaten in der Schweiz aufhalten.

Für beide Module galt zudem die Bedingung, dass die Auskunftsperson mindestens in einer der sieben Befragungssprachen (s.u.) Auskunft geben konnte. Übersicht 2.2 gibt Staatsangehörigkeitsschichtung der Stichprobenkonzeption nochmals im Überblick wieder.

Übersicht 2.2: Schichtung der Stichproben der Module II und III nach Staatsangehörigkeit

Stichproben	Stichprobengröße (Netto)
Modul II: ständige ausländische Wohnbevölkerung	
(1) ehemaliges Jugoslawien <i>Staatsangehörigkeiten: serbisch-montenegrinisch, kroatisch, bosnisch-herzegowinisch, jugoslawisch (nicht mehr gültig)</i>	1.000
(2) Portugal	500
(3) Türkei	500
(4) Sri Lanka	500
Modul III: Personen des Asylbereiches	
(5) Kosovo	250
(6) Sri Lanka	250
Gesamt	3.000

Bei den Befragten aus dem ehemaligen Jugoslawien und Sri Lanka wurden die Substichproben weiter eingegrenzt bzw. verifiziert. Bei den Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien in Modul II wurden die beschriebenen Staatsangehörigkeiten durch eine einleitende Frage verifiziert und abweichende Fälle aus der Befragung ausgeschlossen. In gleicher Weise wurde in Modul II und III die Gruppe der Personen aus Sri Lanka auf Angehörige der tamilischen Volksgruppe beschränkt, die weit über 90% der Personen sri lankischer Staatsangehörigkeit in der Schweiz stellen. Das Merkmal der Herkunft aus dem Kosovo in Modul III wurde in der Stichprobenziehung des BFM weiter auf die Angehörigkeit zur albanischen Volksgruppe eingeschränkt. Auch diese Einschränkung wurde durch eine einleitende Frage überprüft.

Über die Schichtung nach Staatsangehörigkeit hinaus wurde in Modul II eine weitere Schichtung nach Alter und Geschlecht in die Stichprobenkonzeption aufgenommen. Hierzu wurde das Altersspektrum in fünf 11-Jahresgruppen eingeteilt. Übersicht 2.3 gibt die angestrebten Häufigkeiten in den alters- und geschlechtsspezifischen Zellen wieder.

Übersicht 2.3: Schichtung der Stichprobe (Modul II) nach Alter und Geschlecht

Schichten der Stichprobenziehung (Modul II; Nettostichprobengrößen)				
Altersgruppen	Personen aus dem ehem. Jugoslawien		andere: je Staatsangehörigkeit	
	w	m	w	m
15 – 26	100	100	50	50
27 – 38	100	100	50	50
39 – 50	100	100	50	50
51 – 62	100	100	50	50
63 – 74	100	100	50	50
GESAMT	n = 2.500			

Insgesamt wurden **3.024 Interviews** realisiert. Lediglich in zwei Zellen konnte das Soll infolge mangelnder kontaktierbarer Adressen nicht erreicht werden. Dies betrifft die tamilischen Frauen und Männer aus Modul II in einem Alter zwischen 63 und 74 Jahren und hat seinen Grund darin, dass bereits die Einwohnerzahl in diesen Gruppen in der Schweiz sehr niedrig ist (je ≈ 50). Übersicht 2.4 gibt die Realisierung der angestrebten Nettostichproben umfassend wieder¹⁰.

¹⁰ Es ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die Fehlerquote, d.h. der Wertebereich, in dem eine stichprobengeschützte Prozentangabe mit großer Wahrscheinlichkeit in der Grundgesamtheit tatsächlich liegt, mit sinkender Stichprobengröße zunimmt. Die hier pro Staatsangehörigkeit gewählten Stichprobengrößen sind das Ergebnis inhaltlicher und ökonomischer Vorgaben. Die Fehlerquoten bei nach Staatsangehörigkeit differenzierten Analysen liegen bei den gewählten Fallzahlen recht hoch. Für eine grobe Orientierung vgl. folgenden Fehlerquotenberechner: <http://www.gsfbern.ch/online-dienste/fehlerquoten.php>

Übersicht 2.4: Stichprobenschichtung und realisierte Interviews

Mann	15 - 26	Modul II			Modul II		
	27 - 38	Ehemaliges Jugoslawien			Portugal		
	39 - 50	Zelle	SOLL	IST	Zelle	SOLL	IST
	51 - 62	10	100	102	20	50	50
	63 - 74	11	100	101	21	50	51
	Total	12	100	102	22	50	53
Frau	15 - 26	13	100	110	23	50	52
	27 - 38	14	100	100	24	50	52
	39 - 50		500	515		250	258
	51 - 62	15	100	106	25	50	50
	63 - 74	16	100	108	26	50	50
	Total	17	100	114	27	50	51
Mann	15 - 26	18	100	100	28	50	50
	27 - 38	19	100	100	29	50	52
	39 - 50		500	528		250	253
	51 - 62						
	63 - 74						
	Total						
Frau	15 - 26	Modul II			Modul II		
	27 - 38	Türkei			Sri Lanka		
	39 - 50	Zelle	SOLL	IST	Zelle	SOLL	IST
	51 - 62	30	50	56	40	50	51
	63 - 74	31	50	51	41	50	58
	Total	32	50	55	42	50	54
Mann	15 - 26	33	50	51	43	50	50
	27 - 38	34	50	52	44	50	14
	39 - 50		250	265		250	227
	51 - 62						
	63 - 74						
	Total						
Frau	15 - 26	Modul II			Modul II		
	27 - 38	Türkei			Sri Lanka		
	39 - 50	Zelle	SOLL	IST	Zelle	SOLL	IST
	51 - 62	35	50	52	45	50	52
	63 - 74	36	50	53	46	50	51
	Total	37	50	55	47	50	50
Mann	15 - 26	38	50	50	48	50	52
	27 - 38	39	50	50	49	50	7
	39 - 50		250	260		250	212
	51 - 62						
	63 - 74						
	Total						
TOTAL		Modul III			Modul III		
		Kosovo			Sri Lanka		
		Zelle	SOLL	IST	Zelle	SOLL	IST
		50	250	253	60	250	253

2.2 Stichprobenziehung und Ausschöpfung

Zur Realisation der 3.024 Interviews wurden 4.168 Ausgangsadressen verwendet. Ein großer Teil der Ausfälle kann als „neutrale“ Ausfälle bezeichnet werden, so dass im Total eine sehr gute Ausschöpfung von 72,6% resultiert. Die folgende Übersicht zeigt die Ausschöpfung im Detail.

Die Stichprobenziehung erfolgte geschichtet nach Staatsangehörigkeit aus dem Zentralen Ausländerregister und dem Flüchtlingsregister des BFM. Bei Modul II wurde, wie beschrieben, eine weitere Schichtung nach Alter und Geschlecht vorgenommen. Insgesamt wurde die Stichprobe gemessen an den angepeilten Nettostichprobengrößen bis um den Faktor 4 überzogen. Dies hatte seinen Grund darin, dass nur für einen Teil der in der Stichprobe enthaltenen Personen von den Registern Telefonnummern mitgeliefert werden konnten. Der Versuch der Eruiierung der fehlenden Telefonnummern erfolgte in einem zweistufigen Verfahren, das weitgehend dem Vorgehen in der SAKE entspricht. In einem ersten Schritt wurden die vorhandenen Stichprobendaten mit dem Schweizerischen Telefonregister abgeglichen. Nach den verbleibenden unbekanntem Telefonnummern wurde recherchiert, indem die betreffenden Zielpersonen einen anderen Ankündigungsbrief erhielten, in dem sie mit Hilfe eines Rückantwortformulars um die Bekanntgabe ihrer aktuellen Telfonnummer gebeten wurden.

Übersicht 2.5: Ausschöpfung nach Modulen

	Anzahl	Prozent
AUSGANGSSTICHPROBE		
insgesamt gelieferte Adressen (Brutto)	12.585	100,0
davon Telefonnummer nicht ermittelt	5.767	45,8
davon Telefonnummer ermittelt	6.818	54,2
<i>davon Telefonnummern über Telefonregister ermittelt</i>	<i>5.804</i>	<i>85,1</i>
<i>davon Telefonnummern über Briefaktion ermittelt</i>	<i>1.014</i>	<i>14,9</i>
BRUTTOSTICHPROBE		
verwendete Adressen mit Telefonnummern (neues Brutto)	6.818	100,0
davon nicht kontaktierte Adressen	1.891	27,7
davon mit 50++ Kontaktversuchen nicht erreicht	215	3,2
davon Sprachproblem (spricht keine der angebotenen Erhebungssprachen)	118	1,7
davon Ausfall in Fragen 2.00, 2.10, 2.15 (Zugehörigkeit Nationalität)	37	0,5
davon ungültige Telefonnummern	389	5,7
Stichprobenneutrale Ausfälle insgesamt	2.650	38,9

NETTOSTICHPROBE		
gültige, aktivierte Ausgangsadressen (Netto)	4.168	100,0
während Feldperiode nicht erreichbar	276	6,6
Altersproblem	63	1,5
keine Zeit	85	2,0
kein Interesse	252	6,0
gegen Befragungen	99	2,4
Verweigerung aus familiären Gründen	46	1,1
Verweigerung "Tsunami"	4	0,1
anderer Ausfallgründe	319	7,7
Ausfälle insgesamt	1.144	27,4
realisierte Stichprobe (Ausschöpfung)	3.024	72,6

Die Ausschöpfung fällt in der Aufschlüsselung nach Modulen und Nationalitäten unterschiedlich aus:

Übersicht 2.6: Ausschöpfung nach Nationalität

Modul II:	Ehemaliges Jugoslawien	67,3%
	Portugal	68,4%
	Türkei	66,4%
	Sri Lanka	87,8%
Modul III:	Kosovo	83,0%
	Sri Lanka	93,4%

2.3 Gewichtung

Bei der Gewichtung der Stichprobe galt es zunächst zu berücksichtigen, dass für die SGB02 bereits eine Gewichtungsvariable vorliegt. Dieses sehr komplexe Gewichtungsverfahren berücksichtigt neben den Faktoren Alter und Geschlecht u.a. Aspekte wie Nationalität, Region und Faktoren der Stichprobenkonzeption der SGB02 wie die Haushaltsgröße der befragten Personen. Es wurde jedoch aus zwei Gründen darauf verzichtet für die Gewichtung des GMM auf diese Variable zurückzugreifen. Zum einen sind in das GMM nicht alle Fälle der SGB02 eingegangen. Wie bereits dargestellt, wurden Befragte mit einer anderen Staatsangehörigkeit als Schweizerisch, Italienisch, Deutsch, Österreichisch oder Französisch wie auch Personen in einem Alter von mehr als 74 Jahren aus Modul I ausgeschlossen. Während die SGB02 insgesamt 19.706 Fälle enthält, sind von diesen nur 16.773 in das GMM übernommen worden. Dies entspricht etwa 85% der ursprünglich in der SGB02 realisierten Stichprobe. Die Gewichtung der SGB02 bezieht sich jedoch auf die Gesamtstichprobe, sodass die entsprechende Gewichtungsberechnung für Modul I des GMM nicht mehr anwendbar ist.

Zum anderen ist die Gewichtung der SGB02 nur auf einen Vergleich zwischen der schweizerischen und nicht schweizerischen Bevölkerung bzw. zwischen der schweizerischen, italienischen und weiteren nicht schweizerischen Bevölkerung ausgelegt. Das bedeutet, dass stärker desaggregierte Aussagen zu anderen Zuwanderergruppen prinzipiell durch die Gewichtung verzerrt werden können. Im GMM wurde es jedoch von Beginn an angestrebt, auch Befragte aus Österreich, Deutschland und Frankreich in Modul I als separate Gruppe auszuwerten, da diesen Personen einerseits in der SGB02 die eigene Muttersprache als Interviewsprache zur Verfügung stand, sodass sprachbedingte Ausfälle weitestgehend ausgeschlossen waren. Andererseits stellen diese Gruppen einen Migrationstypus dar, der zwar nicht im Fokus des politischen Interesses steht, aber, wie die Ergebnisse zeigen, zumindest kontrastierend zu den anderen Migrantengruppen aber auch zur schweizerischen Bevölkerung interessante Unterschiede aufweist.

Da die Anwendbarkeit der Gewichtungsvariablen der SGB02 aus den genannten Gründen für das GMM stark eingeschränkt ist, ist sie in die Analysen des vorliegenden Berichts nicht eingegangen.¹¹ Die im Bericht verwendete Gewichtung der Daten orientiert sich an der Stichprobenziehung für Modul II. Dabei wird angenommen, dass Grund- (Personen der definierten nicht schweizerischen Staatsangehörigkeiten) und Auswahlgesamtheiten (entsprechende Personen im ZAR) deckungsgleich sind. Das ZAR als Personenregister ermöglicht damit eine einfache Zufallsauswahl in der jede Person die gleiche Chance hat, in die Stichprobe aufgenommen zu werden. Darüber hinaus wurde jedoch eine Schichtung nach Alter und Geschlecht vorgenommen (vgl. Ausführungen zur Stichprobenkonzeption). Durch diese Schichtung wurde die eigentliche Alters- und Geschlechtsstruktur der befragten Gruppen verändert, um insbesondere alters- und geschlechtsspezifische Betrachtungen auf eine stabilere Fallzahlbasis zu stellen. Ungewichtete Ergebnisse würden demnach verzerrte Ergebnisse wiedergeben. Aus diesem Grund wurde eine Rückgewichtung vorgenommen, die in den Ergebnissen die eigentliche Alters- und Geschlechtsstruktur der einzelnen Bevölkerungsgruppen wiederherstellt.

Gleichzeitig wurde auch das quantitative Verhältnis der einzelnen Gruppen zueinander, wie es sich innerhalb der Bevölkerung der Schweiz (definiert durch die enthaltenen Staatsangehörigkeiten) darstellt, berücksichtigt. Bei Auswertung des gesamten Datensatzes geht also eine tamilische Person eines bestimmten Alters und Geschlechts mit dem Gewicht in die Ergebnisse ein, das dieser Personengruppe innerhalb der schweizerischen Bevölkerung im Verhältnis zu den anderen relevanten Gruppen real zukommt. Die nicht der Realität entsprechenden Proportionen, die durch die Zusammenführung heterogener Stichproben und durch die Schichtung der Stichproben aus Modul II entstanden sind, werden dadurch rechnerisch beseitigt. Als Grundlage für die Gewichtung wurde für die Gruppe der nicht schweizerischen Bevölkerung der Bestand der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung oder jeweiligen Gruppe im ZAR im Au-

¹¹ Im Zuge der Auswertungen wurde die Gewichtungsvariable der SGB02 in Modul I – im vorliegenden Bericht ist dies nicht dargestellt – immer kontrollierend mitgeführt, sodass die Ergebnisse mit denen der unten beschriebenen Gewichtung verglichen werden konnten. Von Ausnahmen abgesehen, erwiesen sich die Ergebnisse im Vorkommabereich als robust. Verschiebungen bewegten sich in der Regel unterhalb von einem Prozentpunkt. Ausnahmen zeigten sich am ehesten in der zusammengefassten Gruppe der Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich, für die jedoch die Gewichtungsvariable der SGB02 grundsätzlich nicht konstruiert ist. Unterschiede ergaben sich grundsätzlich nie in der Weise, dass sie die vergleichende Interpretation der Ergebnisse verändert hätten. Die Tendenz der Ergebnisse im Sinne einer vergleichenden Betrachtung verschiedener Gruppen blieb damit immer stabil.

gust 2004 zugrunde gelegt. Für die schweizerische Bevölkerung die Zahlen zur Jahresmitte des Jahres 2004. Die Ergebnisse der SGB02 aus dem Jahre 2002 (Modul I) wurden also auf die Alters- und Geschlechtsstruktur Bevölkerung des Jahres 2004 standardisiert.

Nicht gewichtet wurden die Ergebnisse von Modul III. Da diese Stichproben nicht weiter nach Alter und Geschlecht unterschichtet wurden, ist eine Rückgewichtung wie in Modul II nicht erforderlich. Die per Gewichtung technisch mögliche proportionale Inbezugsetzung der Gruppen aus Modul III zu den Befragten aus den Modulen I und II wurde aus konzeptionellen Gründen nicht vorgenommen. Denn bei den Gruppen aus Modul III handelt es sich um Ethnien und nicht um Staatsangehörigkeiten und damit um grundlegend anders konzeptionierte Stichproben, die weder der ständigen Wohnbevölkerung zuzurechnen sind, noch ein hierzu ergänzendes Stichprobenkonzept (nicht ständige Wohnbevölkerung, Gesamtheit Asylsuchender) hinreichend repräsentieren könnten. Zum anderen stehen Erreichbarkeit, Response und damit auch Repräsentativität durch selektierende Faktoren in diesen sensiblen Bevölkerungsgruppen unter einem starken Vorbehalt, der die Sinnhaftigkeit einer Gewichtung in Frage zieht.

3. Fragebogen und Befragung

3.1 Fragebogenkonstruktion

Grundlage des Fragebogens des GMM bildet der Fragebogen der SGB02. Ziel des Projekts war es unter anderem, das Fragenprogramm von GMM und SGB02 so zu integrieren, dass gesundheitsrelevante Informationen, die für die schweizerische und italienische sowie die französische, deutsche und österreichische Bevölkerung in der SGB02 vorliegen, mit den zusätzlich erhobenen Gruppen der GMM-Stichprobe verglichen werden können. Inhaltlich war es zudem das Ziel, die Lebenswirklichkeit der Migrationsbevölkerung adäquat, d.h. hinausgehend über den Tatbestand der nicht schweizerischen Staatsangehörigkeit, der Staatsangehörigkeit der Eltern und der Aufenthaltsdauer (in SGB02 enthaltene Indikatoren) mit entsprechenden Fragen abzudecken. Zudem wurde die Notwendigkeit erkannt, spezifische Aspekte der Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migrantinnen einzubeziehen.

Die finanzielle Kalkulation für das Projekt fand darüber hinaus vor dem Hintergrund statt, dass die Fragebogenlänge eine Interviewdauer von 30 Minuten nicht überschreiten sollte. Die Entscheidung, Teile der Fragen der SGB02 nicht ins Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung zu übernehmen, fand also vor dem Hintergrund logistischer und thematischer Restriktionen statt, wie sie sich aus der Ausschreibung von BAG und BFM sowie dem darauf folgenden Angebot von WIAD und LINK Institut ergeben haben. Die in den Fragebogen zu integrierenden spezifischen Aspekte führten zur Entwicklung zusätzlicher Fragenkomplexe, die von den Expertinnen und Experten sowie den Beteiligten von BAG und BFM in großen Teilen als wichtig erachtet worden sind. Im Ergebnis sind nur Teile des GMM-Fragebogens deckungsgleich mit der SGB02. Bei diesen Fragen ist ein Vergleich zwischen allen Gruppen möglich. Bei zusätzlich hinzugenommenen Fragen sind hingegen nur die befragten Gruppen der Module II und III vergleichbar. Ein Vergleich dieser Gruppen mit Modul I und damit der Schweizerischen Bevölkerung ist bei diesen Fragen dagegen nicht möglich.

Bei der Kürzung des SGB02-Fragebogens sind verschiedene Kriterien angelegt worden. Neben migrationswissenschaftlich weniger relevanten Fragestellungen wurde auch der schriftliche Zusatzfragebogen der SGB02 komplett gestrichen, da das GMM als eine rein telefonische Befragung angelegt war. Die Übernahme schriftlicher Fragen in den Modus einer telefonischen Befragung hätte einen hohen zeitlichen Interviewaufwand nach sich gezogen und zudem einen methodischen Bruch zwischen Modul I und den Modulen II und III erzeugt, der wiederum die Vergleichbarkeit eingeschränkt hätte. Leider sind hiermit auch wichtige Fragen zu Krankheitsprävalenzen und psychischer Gesundheit entfallen. Auch Fragen, die einen sehr hohen Aufwand erfordern (z.B. Fragen zur Erfassung des Ernährungsverhaltens und Teile des Komplexes des Alkoholkonsums), sind gestrichen worden. Ebenso Fragen mit erwartbar geringen Antworthäufigkeiten (bspw. die detaillierte Erfassung des Konsums harter Drogen), die also Bevölkerungsrepräsentativ kaum zu Buche schlagen.

Bezüglich migrationsspezifischer Aspekte der Sozialstruktur wurde ein zusätzlicher Fragenkatalog zusammengestellt und mit der begleitenden der begleitenden Gruppe von Experten und

Expertinnen diskutiert, modifiziert und auf essenzielle Dimensionen reduziert. Dabei konnte auch auf Erfahrungen und Konzepte der Migrationssoziologie zurückgegriffen werden, die in bereits bewährter Weise in verschiedenen Untersuchungen Anwendung gefunden haben. Da die konkreten Quellen zumeist deutscher Provenienz waren und in einem jeweils eigenen Fragebogenkontext standen, mussten die betreffenden Instrumente in aller Regel den vorliegenden Anforderungen des GMM bzw. der schweizerischen Situation angepasst werden. Ein Teil der Fragen wurde auch eigens neu entwickelt.

Bei den Zusatzfragen zu migrationspezifischen Aspekten der gesundheitlichen Versorgung konnte nicht wie bei den sozialstrukturellen Fragestellungen auf bewährte Konzepte der Operationalisierung für die empirische Forschung zurückgegriffen werden. Die deutschsprachige Forschung zu Migration und Gesundheit zeichnet sich durch eine Vielzahl kleiner Studien aus, in denen meist die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten mit der einer einheimischen Kontrollpopulation verglichen wird. Versorgungsaspekte werden häufig nur am Rande oder in qualitativen Studien thematisiert, sodass eine Überführung von Versorgungsaspekten in eine tragfähige Operationalisierung zum Zweck quantitativer Forschung zu Beginn der Untersuchung noch ausstand. Zurückgegriffen werden konnte dabei jedoch auf einen Bestand in der Fachöffentlichkeit geteilter aber empirisch wenig untermauerter Hypothesen v.a. zu spezifischem Inanspruchnahmeverhalten (Notfallambulanzen, traditionelle Heiler etc.), institutionellen Zugangsbarrieren, Kommunikationsproblemen und Informationsdefiziten.

3.2 Übersetzungsprocedere

Auf Basis der gewählten Stichprobenkonzeption wurden sieben Interviewsprachen ins Auge gefasst: Deutsch, Französisch, Serbisch/Kroatisch, Albanisch, Portugiesisch, Türkisch und Tamil. Zunächst wurde ein in die jeweilige Zielsprache übersetzter Fragebogen von einer zweiten Fachkraft ins Deutsche zurückübersetzt. Beide Übersetzer bzw. Übersetzerinnen wussten nichts voneinander und lernten sich erst beim gemeinsamen Treffen mit den Forschern kennen, welche aufgetretene Differenzen zwischen dem originalen deutschen Fragebogen und der Rückübersetzung aus der Zielsprache mit ihnen diskutierten. Bei dem Prozedere einer Hin- und Rückübersetzung kann es nicht darum gehen, den Quelltext in der Rückübersetzung wortwörtlich zu reproduzieren. Vielmehr ergibt sich in erster Linie die Möglichkeit, Textstellen zu identifizieren, die in ihrem Sinngehalt potenziell problematisch sind. Weicht die Bedeutung einer Formulierung in der Rückübersetzung vom ursprünglich intendierten Sinngehalt des Quelltextes ab, so deutet dies an, dass ein Abstimmungsbedarf zwischen Forschern und Übersetzenden besteht. Durch diese indirekte Kontrolle der Qualität der Übersetzungen konnten mehrdeutige oder nicht allgemein verständliche Formulierungen ermittelt und ein Konsens über eine vorläufige, von beiden Übersetzenden gemeinsam vorgeschlagene Version des Fragebogens in der Zielsprache erreicht werden.

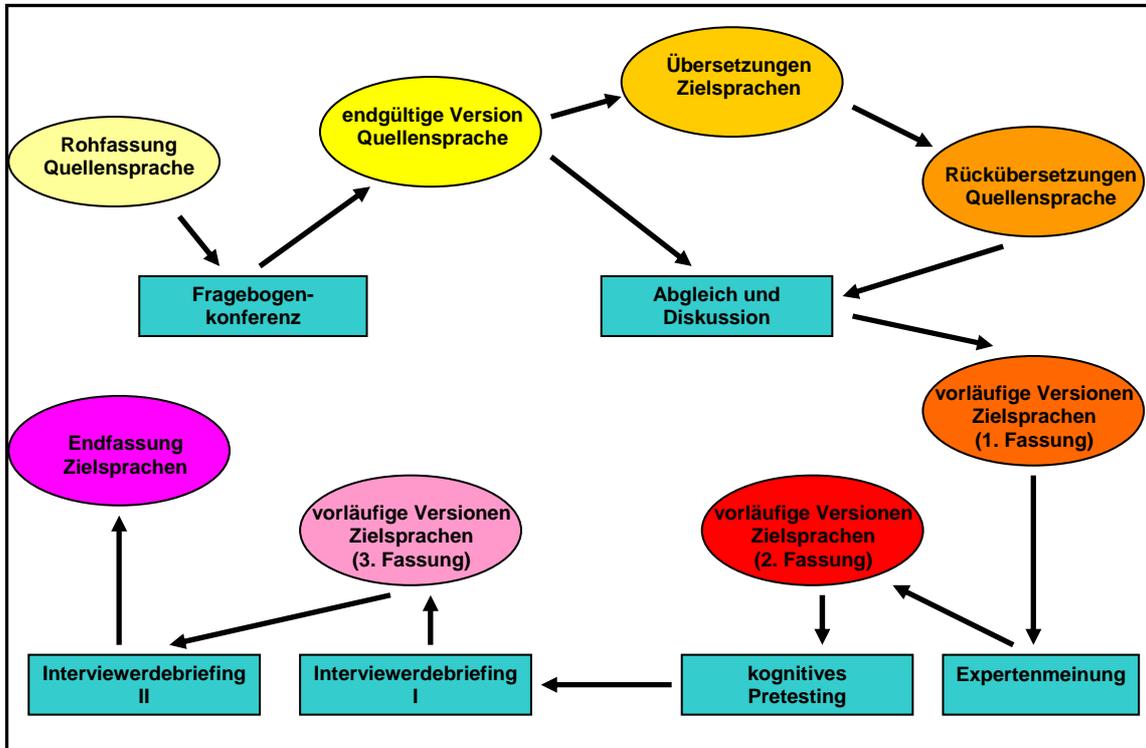
Im zweiten Schritt der transkulturellen Validierung des Erhebungsinstruments prüften muttersprachliche Experten oder Expertinnen der jeweiligen Gruppe den vorläufigen Fragebogen. Hier stand weniger die bereits verbesserte technische Korrektheit der Übersetzungen im Vordergrund. Vielmehr sollten die Fachleute einschätzen, ob das Instrument Inhalte oder Formulierung

gen enthielt, die bei bestimmten Teilgruppen unter den betreffenden Migrantinnen und Migranten aus sprachlichen oder kulturellen Gründen auf Verständnis- oder Akzeptanzprobleme stoßen könnten. Vor allem waren dabei Symptombeschreibungen und Fachbegriffe aus dem Gesundheitswesen von Bedeutung. Wenn sie in dieser Hinsicht mögliche Schwierigkeiten vermuteten, waren die Experten und Expertinnen um Vorschläge für eine Verbesserung der Formulierungen oder Fragen gebeten. Diese Vorschläge wurden nach einer Diskussion mit den Forschern als Empfehlungen an Pretester und Pretesterinnen weitergegeben, von diesen erwogen und gegebenenfalls übernommen bzw. im Rahmen der von ihnen durchgeführten kognitiven Pretests überprüft.

Im Rahmen dieser qualitativen kognitiven Pretests erfolgte schließlich die abschließende transkulturelle Validierung des Erhebungsinstruments. Auch hier stand wiederum weniger die technische Korrektheit der Übersetzungen, sondern stärker die sprachliche und kulturelle Verständlichkeit sowie Akzeptanz von Themen und Formulierungen speziell im medizinischen bzw. gesundheitlichen Bereich im Vordergrund, insbesondere im Hinblick auf möglicherweise problematische Teilgruppen innerhalb einer Gruppe, die gezielt angesprochen werden sollten. Die Pretester und Pretesterinnen (Muttersprachler) wurden vor ihrem Einsatz über Inhalt und Zweck der Studie ausführlich informiert sowie zu Logik und Verfahren kognitiver Pretests im Rahmen empirischer Sozialforschung geschult. Außerdem erhielten sie entsprechende schriftliche Unterlagen und Hilfestellungen.

Ihre Aufgabe war dann, auf der Grundlage dieser Informationen die kognitiven Pretests in ihrer Muttersprache und Kultur selbstständig umzusetzen, d.h. zunächst die quantitativen Fragen auszuwählen, die in ihrer Sprache und Kultur hinsichtlich Verständlichkeit und Akzeptanz problematisch erschienen und für diese Fragen geeignete qualitative Nachfragen zu entwerfen. Sodann sollten die Interviewer und Interviewerinnen bei der Auswahl der Interviewpartner Personen aus Gruppen berücksichtigen, die innerhalb ihrer Gruppe, z.B. aufgrund geringer Bildung oder der Zugehörigkeit zu bestimmten kulturellen oder sozialen Gruppen (etwa nach Geschlecht, Alter, Religion usw.), bei einer Befragung zu Gesundheitsthemen Schwierigkeiten erwarten ließen. Als Pretests wurden jeweils fünf Interviews von maximal 60 - 90 Minuten Länge durchgeführt. Die Nachfragen, die Antworten darauf sowie gegebenenfalls weitere aufgetretene Schwierigkeiten wurden von den Interviewenden auf entsprechenden Erhebungsbögen dokumentiert. Nach Durchführung der Interviews fand jeweils ein Gespräch mit dem Forschungsteam statt, in dem die Pretester und Pretesterinnen die Ergebnisse der Tests, die Probleme bei einzelnen Fragen und eventuell sonstige aufgetretene Schwierigkeiten oder Besonderheiten mitteilten und mit den Forscherinnen und Forschern diskutierten. Dabei wurde gemeinsam festgelegt, welche Fragen in welcher Weise zu verändern seien. Die Formulierung dieser Alternativen war dann schließlich wieder Aufgabe der Interviewerinnen und Interviewer. Der Ablauf der Fragebogenentwicklung und des kognitiven Pretesting ist in Übersicht 1 schematisch dargestellt.

Übersicht 3.1: Von der Roh- zur Endfassung: Übersetzung und Pretesting des Fragebogens



Nachdem die Endfassung in allen Sprachversionen erstellt war, wurde vom LINK Institut zur Überprüfung des gesamten Befragungsablaufs und der Verständlichkeit der Fragen im Dezember 2004 in Luzern, Zürich und Lausanne ein technischer Pretest unter Feldbedingungen durchgeführt. Hierzu wurden insgesamt 36 Pretest-Interviews in allen Sprachversionen durchgeführt. Letzte Adjustierungen des Fragebogens erfolgten durch muttersprachliche Interviewer und Interviewerinnen des LINK Instituts auf Basis der Pretesterfahrungen im Feld.

3.3 Befragungsmethode und Befragungsablauf

3.3.1 Ankündigung der Befragung

Im Vorfeld der telefonischen Befragung¹² erhielten die ausgewählten Auskunftspersonen einen Ankündigungsbrief, in welchem Sinn und Zweck der Studie dargelegt wurden. Dabei kamen zwei unterschiedliche Briefe zur Anwendung, je nach dem, ob die angelieferten Adressen eine Telefonnummer beinhalteten oder nicht. In den Briefen für Adressen ohne Telefonnummern wurden die Adressaten und Adressatinnen gebeten, dem LINK Institut mittels eines Antworttons und Rückantwortcouverts ihre Telefonnummer zu melden.

Die Ankündigungsbriefe für Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien, Portugal, der Türkei und Sri Lanka wurden jeweils in deutscher/französischer sowie in der Muttersprache der Auskunftspersonen verschickt. Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien erhielten den Brief also zusätzlich auf Albanisch und Serbisch/Kroatisch, Personen aus Sri Lanka auf Tamilisch, Personen aus Portugal auf Portugiesisch und Personen aus der Türkei auf Türkisch. Eine Ausnahme bildeten die Adressen aus dem italienischen Sprachgebiet. Diese erhielten nur einen Brief in der jeweiligen Muttersprache. Die Briefe für Asylsuchende wurden nur in der jeweiligen Muttersprache Albanisch respektive Tamilisch zugestellt.

Der Briefinhalt war unterschiedlich, je nach dem ob es sich um Auskunftspersonen mit Asylbewerberstatus oder Migranten und Migrantinnen der ständigen Wohnbevölkerung handelte. In allen Anschreiben wurde explizit darauf hingewiesen, dass alle Daten streng vertraulich und anonym behandelt werden und es sichergestellt ist, dass die Antworten weder positive noch negative Auswirkungen auf den Aufenthaltsstatus der Befragten haben.

Der Primäraussand erfolgte am 25.01.2005:

5'804 Briefe an Adressen mit Telefonnummer
6'682 Briefe an Adressen ohne Telefonnummern

Auf Wunsch (während des Interviews) wurde den Auskunftspersonen eine Kopie des Ankündigungsschreibens zugestellt. Als Absender des Briefes figurierte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und alle Aussendungen erfolgten in Couverts des BAG.

¹² Die Anlage der Erhebung als telefonische Befragung ergab sich methodisch notwendigerweise aus Gründen der Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den Daten der SGB, deren Hauptbefragung ebenfalls telefonisch durchgeführt wird. Das Verfahren hat sich zudem auch in der SAKE bewährt. Die Kooperationsbereitschaft der nicht schweizerischen Befragten war insgesamt hoch. Aufgrund des Einsatzes muttersprachlicher InterviewerInnen bringt das Verfahren im Wesentlichen dieselben Vor- und Nachteile mit sich wie in der schweizerischen Bevölkerung. Problematisch erscheint vornehmlich, dass sich während des Interviews immer Verständnisprobleme sowohl in der Muttersprache als auch in einer schweizerischen Landessprache ergeben können. Diese werden nicht zwangsläufig immer erkannt und können während des Interviews nicht immer behoben werden. Dies wäre nur durch den ausschließlichen Einsatz bilingualer InterviewerInnen möglich gewesen, ein Verfahren, das den logistischen Aufwand des Projekts nochmals deutlich erhöht hätte.

3.3.2 Durchführung der telefonische Interviews

Die Befragung wurde mittels computergestützter Telefoninterviews aus den zentralen Telefonlabors des LINK Instituts in Zürich, Luzern und Lausanne durchgeführt. In allen Telefonlabors wurde einheitlich mit dem von LINK entwickelten TIP-Programm (Telephone Interviewing Program) gearbeitet, d.h. der Fragebogen wurde computergestützt über Bildschirm abgefragt, die Fragesteuerung erfolgte automatisch. Eine Ausnahme bilden die Interviews auf Tamilisch, indem den Befragerten und Befragern eine Papierversion des Fragebogens auf Tamilisch zur Verfügung stand, die Fragensteuerung und Antworteingaben erfolgten mittels der deutschen CATI-Fragebogenversion.

Alle Interviewer und Interviewerinnen wurden für diese Untersuchung speziell instruiert und während des gesamten Befragungszeitraums supervisiert. Die Schulung fand im Januar vor dem Feldstart statt und umfasste für alle eingesetzten Interviewer und Interviewerinnen eine spezifische Schulung von ca. 2 Stunden. Die Schulungsunterlagen befinden sich im Anhang 1 dieses Berichtes.

Die Haupterhebung erfolgte in den aus Übersicht 2.2 ersichtlichen Zeiträumen.

Übersicht 3.2: Zeitraum der Feldphase

Labor	Sprachen	Feldstart	Feldende
Luzern	Deutsch Tamilisch	31.01.2005	09.04.2005
Zürich	Deutsch Albanisch Serbisch/Kroatisch	01.02.2005	30.03.2005
Lausanne	Französisch Portugiesisch Türkisch	31.01.2005	24.03.2005

Die Interviews wurden vorwiegend abends von 17.30 Uhr bis 20.45 Uhr sowie an Samstagen von 9.30 Uhr bis 17.30 Uhr realisiert, wobei auf Wunsch der Befragten auch Termine zu anderen Zeiten tagsüber vereinbart wurden.

3.3.3 Befragungssprachen und Interviewdauer

Die Interviews wurden in den Sprachen Deutsch, Französisch, Serbisch/Kroatisch, Albanisch, Portugiesisch, Türkisch und Tamilisch realisiert. Grundsätzlich bestand während der gesamten Erhebungsdauer die Möglichkeit des Sprachwechsels, doch wurden im Verlauf der Feldphase verschiedene Optimierungen vorgenommen. Im Zeitraum vom 31.01.2005 bis zum 08.02.2005 fand die Primärsprache der Auskunftspersonen auf Deutsch bzw. Französisch je nach

Sprachregion (PLZ) statt, und es wurde nach Ermessen der Interviewer und Interviewerinnen ein Sprachwechsel angeboten. Im Zeitraum vom 09.02.2005 bis zum 14.02.2005 wurden die Auskunftspersonen je nach Sprachregion (PLZ) zunächst auf Deutsch bzw. Französisch angesprochen, und es wurde zusätzlich ein Satz eingeschoben, mit dem aktiv auf die Sprachwechselfähigkeit hingewiesen wurde. Ab dem 15.02.2005 bis zum Feldende wurden alle Auskunftspersonen primär in ihrer jeweiligen Landessprache angesprochen. Asylsuchende wurden während der gesamten Feldphase grundsätzlich immer in ihrer Muttersprache angesprochen¹³. Nachfolgende Übersicht zeigt, wie sich die Interviewsprachen und Interviewdauer nach Gruppenzugehörigkeit verteilt haben.

Übersicht 3.3: Interviewsprachen nach Nationalität und durchschnittliche Interviewdauer

Interviewsprache	Nationalität						Durchschnittl. Interviewdauer (Min.)
	Ehemaliges Jugoslawien MII	Portugal MII	Türkei MII	Sri Lanka MII	Sri Lanka MIII	Kosovo MIII	
<i>Basis (n gesamt = 100%)</i>	1.043	511	525	439	253	253	
Deutsch (%)	43,4	9,6	35,5	13,9	0	0	37.40
Französisch (%)	6,7	44,2	3,4	2,5	0	0	35.73
Albanisch (%)	16,1	0	0	0	0	100	32.28
Portugiesisch (%)	0	46,2	0	0	0	0	36.34
Serbisch/Kkroatisch (%)	33,7	0	0	0	0	0	30.80
Tamilisch (%)	0	0	0	83,6	100	0	30.49
Türkisch (%)	0	0	62,1	0	0	0	37.84

¹³ Die Optimierung des Verfahrens erfolgte, nachdem in der Supervision deutlich wurde, dass Befragte trotz der Möglichkeit und Notwendigkeit eines Sprachwechsels weiter auf Französisch oder Deutsch interviewt wurden. Die Befragten selbst, aber auch die InterviewerInnen, zeigten offenbar die Tendenz, Kommunikationsschwierigkeiten nicht zu problematisieren. Besonders nach Einführung der direkten muttersprachlichen Ansprache ging der Anteil muttersprachlich durchgeführter Interviews stark nach oben, so dass auch viele Personen mit ausreichenden Deutsch- bzw. Französischkenntnissen die Interviews in ihrer Muttersprache durchgeführt haben. Die Phase vom 09.02. zum 14.02. stellt eine Übergangsphase bis zur endgültigen Optimierung dar, in der nur ein kleiner Anteil der realisierten Gesamtstichprobe befragt worden ist.

4. Soziale Lage und Soziodemographie

Im folgenden Abschnitt werden zunächst allgemeine Aspekte der sozialen Lage dargestellt, die grundsätzlich für autochthone wie zugewanderte Bevölkerungsgruppen gleichermaßen relevant sind. Im zweiten Abschnitt geht es um Fragestellungen, die die spezifische Situation von Migrantinnen und Migranten thematisieren. Die Darstellungen sind teilweise recht umfangreich und detailliert, was der Komplexität der einzelnen Themen mit ihren Differenzierungen geschuldet ist, welche sich oftmals nicht ohne Informationsverlust zusammenfassen lassen, wie dies in den späteren Kapiteln zur gesundheitlichen Lage und zum Gesundheitsverhalten teilweise möglich ist. Ziel dieses Kapitels ist es jedoch, gerade die gegebene Komplexität der sozialen Wirklichkeit von Migration adäquat abzubilden und nicht durch vorschnelle Verkürzung zu verdecken. Differenzierung dient so der Vermeidung typisierender Ethnisierung und soll empirische Heterogenität kenntlich machen. Nicht zuletzt sind auf diesem Informationshintergrund die nachfolgenden Gesundheitsaspekte zu lesen und zu interpretieren sowie gegebenenfalls Hypothesen für ihre weitere Analyse zu gewinnen, d. h. die differenzierten soziodemographischen Angaben ermöglichen es, in späteren detaillierten Analysen, Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Variablen zu prüfen.

4.1 Allgemeine Aspekte der sozialen Lage

Die hier thematisierten Fragen betreffen Autochthone wie Migrationsbevölkerung. In der Regel werden Daten aus Modul I – schweizerische, italienische sowie zusammengefasst deutsche, österreichische und französische Befragte –, aus Modul II – Wohnbevölkerung aus dem ehemaligen Jugoslawien sowie Portugal, Türkei und Sri Lanka – und aus Modul III – albanische und tamilische Asylsuchende – ausgewertet. Insbesondere einige Fragen zu Bildungsprozessen außerhalb der Schweiz waren jedoch nur an Befragte aus Modul II und III gerichtet. Schließlich sind in einigen Fällen aufgrund unterschiedlicher Frageformen in der SGB und dem GMM bzw. aufgrund geringer Fallzahlen eine oder mehrere Gruppen nicht aufgeführt.

Die Gliederung beginnt bei den für Gesundheitsfragen zentralen soziodemographischen Größen Geschlecht und Alter. Daran schließen sich Aspekte der ebenfalls für gesundheitliche Lage und Gesundheitsverhalten bedeutsamen sozialstrukturellen Gliederung an, zunächst Bildung und Ausbildung: außerhalb der Schweiz erfolgte Prozesse – Schulbesuch, -jahre und -abschluss, Ausbildung und Studium, Art der Ausbildung –, Bildungsgänge innerhalb der Schweiz – Abschluss einer nachobligatorischen Ausbildung und Art dieser Ausbildung – und eine zusammenfassende Betrachtung. Erwerbsstatus und Beruf beinhalten Erwerbstätigkeit, soziale Stellung der Erwerbstätigen, berufliche Stellung als Angestellter, Erwerbstätigkeit nach Branchen, durchschnittliche Arbeitszeit der Angestellten sowie soziale Stellung bei früherer Erwerbstätigkeit. Es folgen Haushaltsgröße, gruppiertes und durchschnittliches Äquivalenzeinkommen sowie ein sozialstrukturelle Variablen zusammenfassender Indikator sozialer Schicht. Ein letzter Teilabschnitt thematisiert Aspekte sozialer Einbindung, soziale Unterstützung ebenso wie soziale Belastung: Zivilstand, Kinder, ihre gruppierte und durchschnittliche Zahl sowie der

Kontakt zu ihnen, Inanspruchnahme durch Kinderbetreuung und Hausarbeit sowie das Vorhandensein nahe stehender Personen.

4.1.1 *Geschlecht und Alter*

Im Gegensatz zu einem leichten Frauenüberschuss bei der schweizerischen Bevölkerung von 51 zu 49% zeigt die Verteilung der **Geschlechter** (Übersicht 4.1)¹⁴ bei den Migranten und Migrantinnen, welche einen ständigen Wohnsitz in der Schweiz haben, durchweg einen Männerüberschuss, besonders ausgeprägt bei der italienischen Bevölkerung mit 59%, im Übrigen zwischen 55 und 52%. Diese Momentaufnahme für die Schweiz weist somit erwartungsgemäß auf bislang stärker von Männern getragene Migrationsprozesse hin.

Übersicht 4.1: **Geschlecht**



Unter den befragten Asylsuchenden sind demgegenüber jedoch deutlich mehr Frauen: 56% Albanerinnen und sogar 64% Tamilinnen. Allerdings ist hier zu berücksichtigen, dass für diese

¹⁴ Aufgrund der vorgenommenen Gewichtung nach Geschlecht analog den administrativen Daten entsprechen diese Werte für die Befragten in Modul I und II exakt den tatsächlichen Verteilungen in der Schweiz, die der Gewichtung zugrunde liegen.

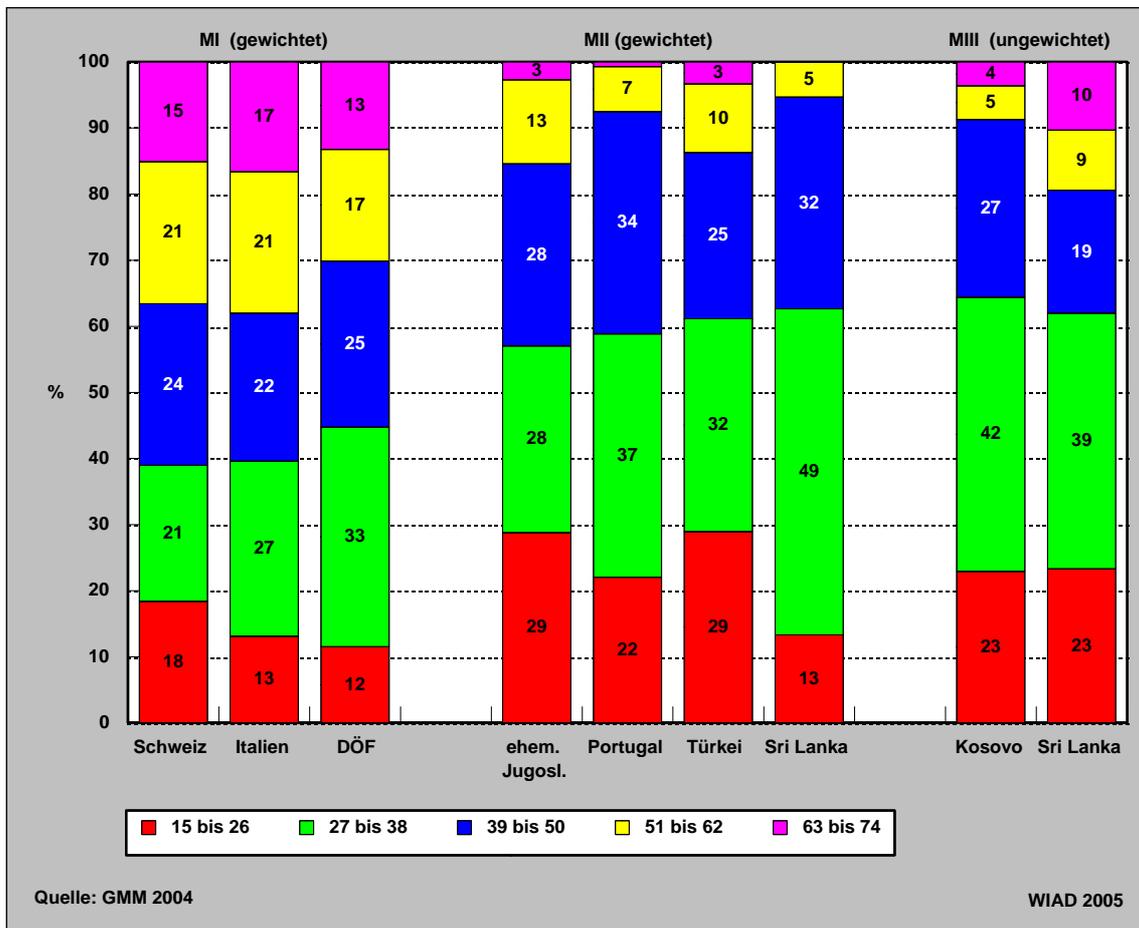
beiden Gruppen keine repräsentative Stichprobe gezogen werden konnte, das Ergebnis also nicht unbedingt die tatsächlichen Verteilungen unter diesen Asylsuchenden widerspiegelt.

Im Hinblick auf die **Altersstruktur** (Übersicht 4.2)¹⁵ ist die italienische Wohnbevölkerung der Schweiz den Schweizerinnen und Schweizern am ähnlichsten, d.h. sie ist eine relativ alte Gruppe. Beide haben mit jeweils zwei Fünfteln die geringsten Anteile bei den 15 bis 38-Jährigen, die schweizerische Bevölkerung darüber hinaus den geringsten Wert in der Gruppe von 27 bis 38 und die italienische einen geringen in der Gruppe von 15 bis 26 Jahren. Umgekehrt ist der Anteil der 51 bis 74-Jährigen in der schweizerischen wie in der italienischen Bevölkerung am höchsten, mit einem guten Drittel bei ersteren und knapp zwei Fünfteln bei letzteren. Auch in den Altersgruppen 51 bis 62 und 63 bis 74 Jahre haben beide die höchsten Werte. Der Durchschnittswert für die Autochthonen liegt bei 43,8 und in der italienischen Gruppe bei 44,8 Jahren (Mittelwerte ohne Abbildung).

Bereits etwas jünger ist die zusammengefasste Gruppe von französischen, deutschen und österreichischen Migrantinnen und Migranten mit mehr als zwei Fünfteln im Alter von 15 bis 38 Jahren, allerdings mit der kleinsten Gruppe derer bis 26 Jahre, und mit drei von zehn im Alter von 51 bis 74 Jahren, dabei mit einem hohen Wert bei den über 62-Jährigen. Der Durchschnitt beträgt hier 42,9 Jahre. So besteht gleichwohl ein deutlicher Unterschied zu allen übrigen Einwanderergruppen (außer der italienischen), bei denen die Jüngeren dominieren.

¹⁵ Aufgrund der vorgenommenen Gewichtung nach Alter analog den administrativen Daten entsprechen diese Werte für die Befragten in Modul I und II exakt den tatsächlichen Verteilungen in der Schweiz, die der Gewichtung zugrunde liegen.

Übersicht 4.2: Alter



Zwischen knapp drei Fünftel bis knapp zwei Drittel sind dort zwischen 15 und 38 Jahren, wobei Zuwanderinnen und Zuwanderer aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei die höchsten Anteile bei den bis 26-Jährigen aufweisen. Jedoch zeigt die Gruppe der tamilischen Wohnbevölkerung in dieser Kategorie einen niedrigen Wert, bei einem gleichzeitigen deutlichen Schwerpunkt bei den 27 bis 38-Jährigen. Entsprechend dem Schwergewicht bei den Jüngeren sind die Kategorien der Älteren schwächer besetzt, wobei sich allerdings Differenzierungen zeigen. Eine insgesamt breiter gestreute Altersverteilung weist die ehemalige jugoslawische bzw. türkische Bevölkerung auf mit knapp einem Sechstel bzw. gut einem Achtel zwischen 51 und 74 Jahren, während nur kleine Gruppen der portugiesischen und der tamilischen Wohnbevölkerung in diesem Alter sind. Diese niedrigsten Werte korrespondieren mit den ebenfalls niedrigsten in der Kategorie 63 bis 74 Jahre und niedrigen in der von 51 bis 62 Jahre, während beide Gruppen erhöhte Anteile bei den 39 bis 50-Jährigen verzeichnen. Die jeweils höheren Anteile Älterer in der türkischen und ehemaligen jugoslawischen Wohnbevölkerung könnten unter Umständen eine, aufgrund von tatsächlichen oder wahrgenommenen Restriktionen bei einer Wiedereinreise, seltenere Realisierung potentieller Remigrationen im Alter widerspiegeln, eine Einschränkung, welche für Bürger und Bürgerinnen des EU-Landes Portugal so nicht besteht. Die Durchschnittswerte in den genannten Gruppen differieren wenig; es sind 35,1 für die ehe-

malige jugoslawische, 34,6 für die portugiesische, 34,8 für die türkische und 36,0 für die tamilische Wohnbevölkerung.

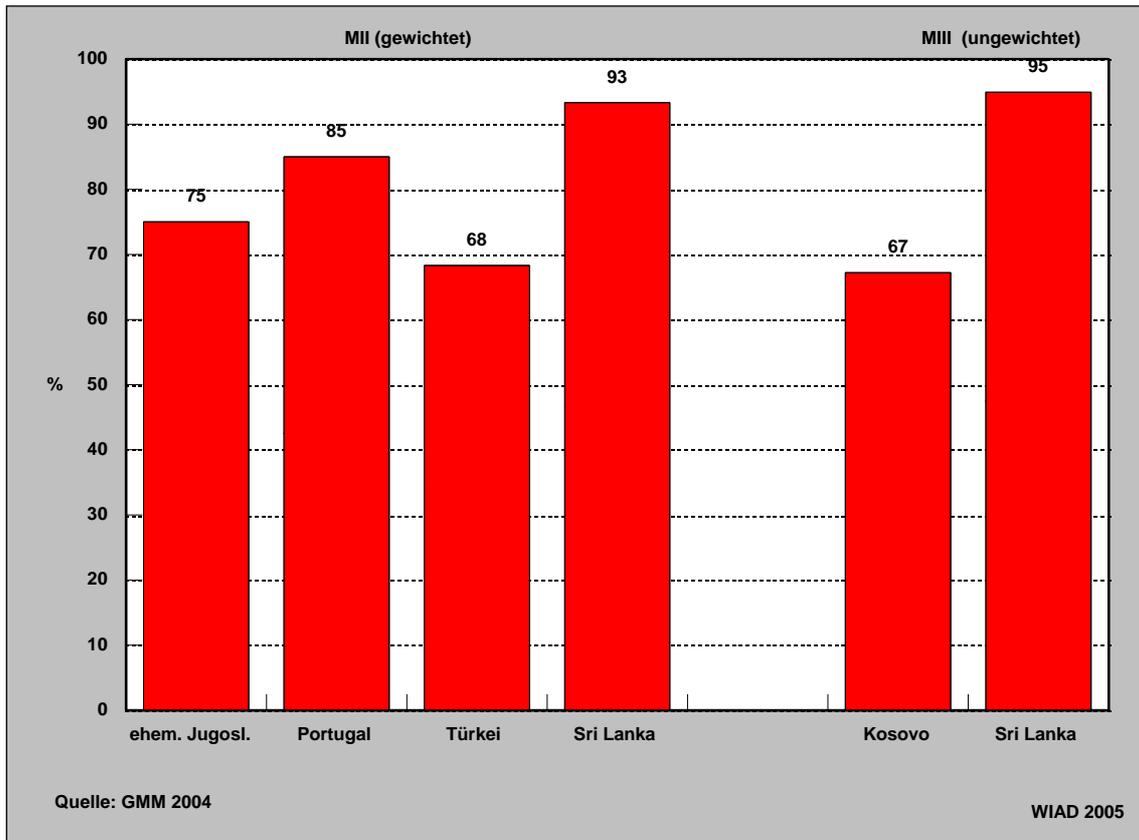
Eine weitere Differenzierung zeigt sich bei den älteren Asylsuchenden. Während die albanische Bevölkerung in ähnlicher Größenordnung wie die portugiesische und die tamilische Wohnbevölkerung nur wenig 51 bis 74-Jährige aufweist und einen der geringsten Anteile derer zwischen 51 und 62 Jahren hat, sind unter den tamilischen Asylsuchenden mit fast einem Fünftel zwischen 51 und 74 Jahren noch mehr Ältere als in der ehemaligen-jugoslawischen und türkischen Wohnbevölkerung. Auch der Anteil der über 62-Jährigen ist hier deutlich erhöht. Diese Gruppe zeigt also eine sehr breite, nahezu polarisierte Struktur mit dem geringsten Wert, im Vergleich zu den anderen Gruppen, in der Kategorie 39 bis 50 Jahre. Die Suche nach Asyl ist hier offenbar unabhängig vom Alter. Das Durchschnittsalter liegt etwas erhöht bei 37,5 Jahren, das der albanischen Asylsuchenden bei 34,9 Jahren.

Die Ergebnisse zu **allgemeinen Aspekten der sozialen Lage** zeigen zunächst bei der Verteilung nach *Geschlecht* für die Migrantinnen und Migranten der ständigen Wohnbevölkerung erwartungsgemäß einen Männerüberschuss, vor allem bei der italienischen Wohnbevölkerung, während unter den befragten Asylsuchenden der Frauenanteil höher ist. Hinsichtlich des *Alters* der schweizerischen Bevölkerung am ähnlichsten, d.h. im Mittel relativ alt, ist die italienische Wohnbevölkerung, gefolgt von der französischen, deutschen und österreichischen Bevölkerung. Bei allen übrigen Gruppen dominieren deutlich die jüngeren Altersgruppen der 15- bis 38-Jährigen.

4.1.2 Bildung und Ausbildung

Deutliche Mehrheiten der Migranten und Migrantinnen geben an, **außerhalb der Schweiz eine Schule besucht** (Übersicht 4.3) zu haben, jedoch zeigen sich auch Unterschiede. So nennen fast alle tamilischen, fünf Sechstel der portugiesischen, drei Viertel der ehemaligen jugoslawischen sowie zwei Drittel der türkischen und albanischen Befragten Bildungserfahrungen außerhalb der Schweiz. Die untersuchten Gruppen sind somit ganz überwiegend zumindest teilweise durch Bildungseinrichtungen im Ausland geprägt.

Übersicht 4.3: Schulbesuch außerhalb der Schweiz

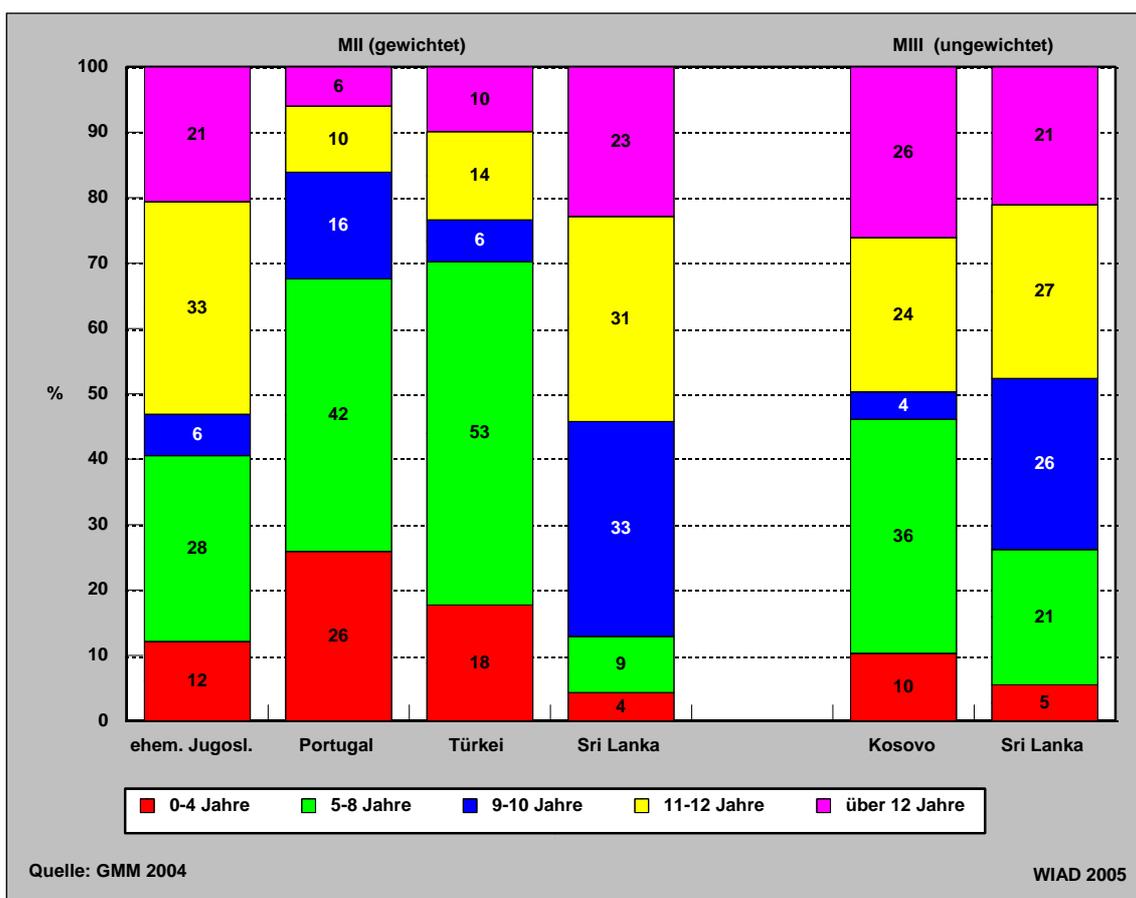


Die beiden folgenden Fragen waren nur an diese Befragten mit schulischer Sozialisation außerhalb der Schweiz gerichtet. Als Indikator für die Prägung durch diese schulische Sozialisation können die **Jahre des Schulbesuchs außerhalb der Schweiz** (Übersicht 4.4) dienen. Von denen, die Schulen außerhalb der Schweiz besuchten, haben portugiesische und türkische Migrantinnen und Migranten dies vergleichsweise am kürzesten getan. Zu zwei Dritteln bzw. sieben Zehnteln waren sie maximal acht Jahre außerhalb der Schweiz in der Schule. Sie zeigen dabei sowohl die höchsten Werte in der Kategorie 0 bis 4 als auch in der von 5 bis 8 Jahre, in welcher beide Gruppen ihren Schwerpunkt haben. Dementsprechend haben die portugiesische und die türkische Bevölkerung die geringsten Anteile bei denen, die mehr als zehn Jahre eine Schule außerhalb der Schweiz besuchten. Bei ihnen trifft das für ein Sechstel bzw. ein Viertel zu. Analog weisen sie jeweils die geringsten Werte in den Kategorien 11 bis 12 Jahre und über 12 Jahre auf.

Umgekehrt ist die tamilische Bevölkerung diejenige, welche im geringsten Maße nur bis zu acht Jahre Schulen außerhalb der Schweiz besucht hat. Für ein Viertel der Asylsuchenden und nur ein Achtel der ständigen Wohnbevölkerung trifft dies zu. Beide Gruppen verzeichnen auch die geringsten Werte für einen Schulbesuch bis zu 4 Jahren sowie zwischen 5 und 8 Jahren, letzteres gilt in besonderem Maße für die ständige Wohnbevölkerung.

Dementsprechend ist diese Gruppe auch diejenige mit dem höchsten Anteil derer, die länger als zehn Jahre außerhalb der Schweiz die Schule besuchten. Dies trifft für mehr als die Hälfte der tamilischen Wohnbevölkerung zu. Aber auch mehr als die Hälfte der ehemaligen jugoslawischen Wohnbevölkerung ging über zehn Jahre außerhalb der Schweiz zur Schule. Für beide Gruppen zeigen sich dabei, im Vergleich zu den übrigen Gruppen, besonders ausgeprägte Anteile in der Kategorie 11 bis 12 Jahre. Während sich somit insgesamt für die ehemalige jugoslawische Bevölkerung eine eher breite Streuung ergibt, erweist sich die tamilische Wohnbevölkerung als die Gruppe mit dem längsten Schulbesuch außerhalb der Schweiz.

Übersicht 4.4: Schuljahre außerhalb der Schweiz



Ebenfalls jeweils die Hälfte bzw. fast die Hälfte der Asylsuchenden besuchte länger als 10 Jahre eine Schule außerhalb der Schweiz; die albanische Gruppe unter ihnen weist sogar den höchsten Anteil mit mehr als 12 Jahren auf. Wiederum insgesamt betrachtet zeigt die albanische Gruppe damit vergleichbar der ehemaligen jugoslawischen Wohnbevölkerung eine relativ breite Streuung, während tamilische Asylsuchende ähnlich der ständigen tamilischen Wohnbevölkerung relativ lange außerhalb der Schweiz zur Schule gingen.

Die Vollständigkeit oder Unvollständigkeit der Bildungserfahrung im Ausland zeigt die Frage nach dem **Abschluss der Schule außerhalb der Schweiz** (Übersicht 4.5). Aufgrund der sehr

unterschiedlichen Häufigkeit, mit der die Befragten das Land vor einem Abschluss verließen, ist hier ein direkter Vergleich einzelner Kategorien wenig sinnvoll. Darüber hinaus ist die Vergleichbarkeit weiter dadurch eingeschränkt, dass die obligatorische Schulpflicht von Land zu Land unterschiedlich ist. Daher werden die einzelnen Gruppen primär für sich betrachtet und nur in Einzelfällen miteinander verglichen.

Migrantinnen und Migranten aus dem *ehemaligen Jugoslawien*, welche außerhalb der Schweiz die Schule besuchten, haben zu einem Siebtel das Land vor dem Abschluss verlassen. Nur 8% verließen die Schule ohne Abschluss und 41% beendeten die Pflichtschule mit dem Abschluss, sodass insgesamt etwa die Hälfte maximal einen Pflichtschulabschluss außerhalb der Schweiz machte. Zusätzliche 14% haben den Abschluss einer weiterführenden Schule und 23% die Hochschulreife, womit knapp vier von zehn eine Bildung oberhalb des Pflichtschulniveaus angeben. Im Kontext der übrigen sozialstrukturellen Indikatoren muss hier allerdings offen bleiben, ob der recht hohe Anteil von knapp einem Viertel Absolventen mit Hochschulreife den Bildungszertifikaten in der Schweiz vergleichbar ist.

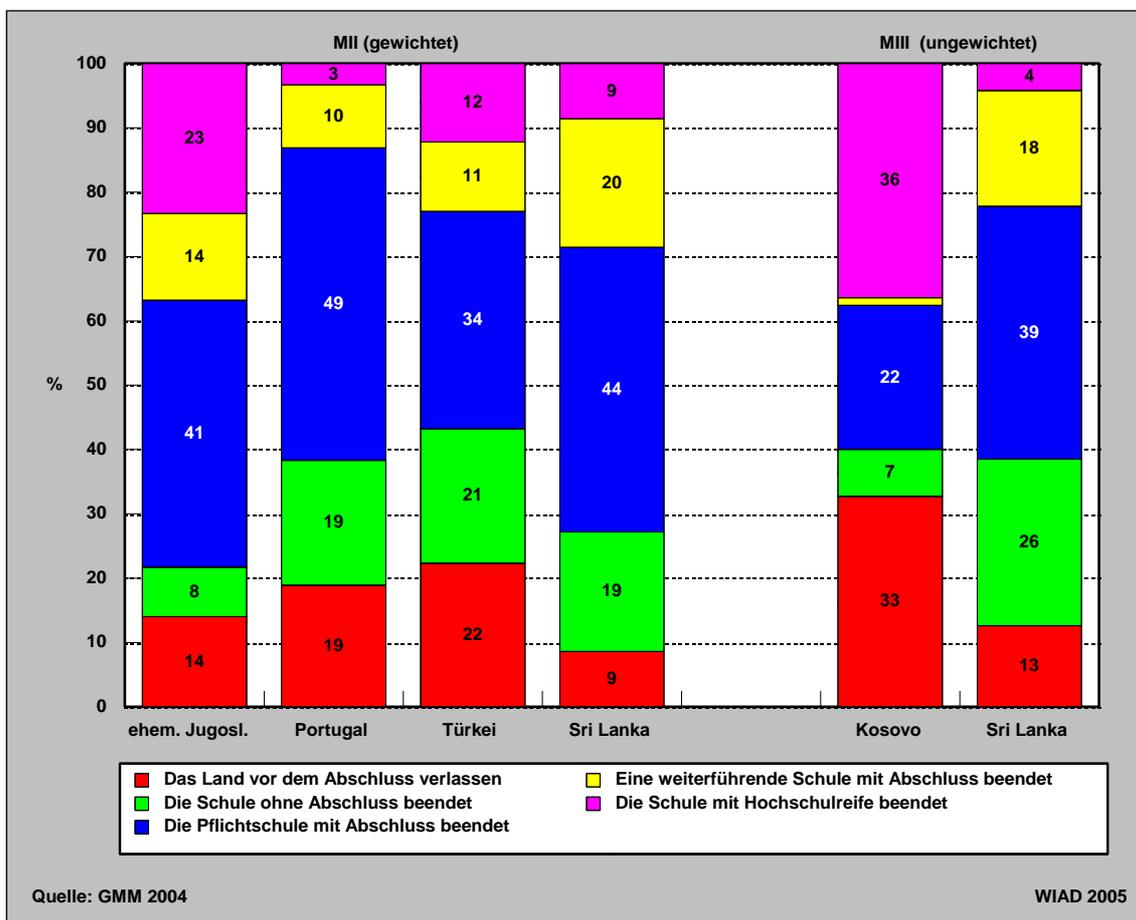
Eine mittlere Position zwischen der ehemaligen jugoslawischen und der nachfolgend beschriebenen portugiesischen Gruppe nimmt die *türkische* Wohnbevölkerung ein. Hier verließ ein gutes Fünftel vor dem Abschluss das Land. 21% gingen ohne Abschluss von der Schule und 34% mit dem Abschluss der Pflichtschule, sodass deutlich mehr als die Hälfte höchstens die Pflichtschule absolvierte. 11% mit dem Abschluss einer weiterführenden Schule und 12% mit Hochschulreife bedeuten demgegenüber, dass knapp ein Viertel außerhalb der Schweiz höhere Bildung erlangte.

Noch einmal klar ungünstiger sind die Werte für die *portugiesische* Wohnbevölkerung mit schulischer Erfahrung außerhalb der Schweiz. Hier verließ fast ein Fünftel das Land vor dem Abschluss. 19% beendeten die Schule ohne Abschluss und 49% verließen die Pflichtschule mit Abschluss. Dieser hohe Wert führt dazu, dass gut zwei Drittel dieser portugiesischen Befragten höchstens die Pflichtschulbildung erreichten. Eine weiterführende Schule besuchten 10%, und die Hochschulreife erreichte lediglich eine sehr kleine Gruppe, so dass insgesamt nur ein Achtel sich oberhalb der Pflichtschule qualifizierte.

Die beiden *tamilischen* Gruppen, welche sich untereinander relativ wenig unterscheiden, haben seltener das Land vor dem Abschluss verlassen. Dies gilt noch für ein Achtel der tamilischen Asylsuchenden, aber nur für etwa ein Elftel der ständigen Wohnbevölkerung. Im Übrigen sind sie der türkischen Gruppe im Hinblick auf höhere Bildung relativ ähnlich und zeigen gleichzeitig ähnliche Werte im Vergleich zu Portugiesinnen und Portugiesen bei geringerer Bildung. Von der tamilischen Wohnbevölkerung haben 19% die Schule ohne Abschluss und 44% mit dem Abschluss der Pflichtschule beendet, somit haben gut drei Fünftel maximal Pflichtschulbildung. Das gleiche gilt für knapp zwei Drittel der tamilischen Asylsuchenden, unter denen mit 26% vergleichsweise viele keinen Schulabschluss und 39% den Pflichtschulabschluss haben. 18% weiterführende Abschlüsse und nur sehr wenige Abschlüsse mit Hochschulreife addieren sich zu einem guten Fünftel unter den tamilischen Asylsuchenden mit höherer Bildung. Etwas höher

liegt hier die tamilische Wohnbevölkerung mit knapp drei Zehnteln, darunter 20% weiterführende Abschlüsse und ebenfalls relativ wenig Abschlüsse mit Hochschulreife.

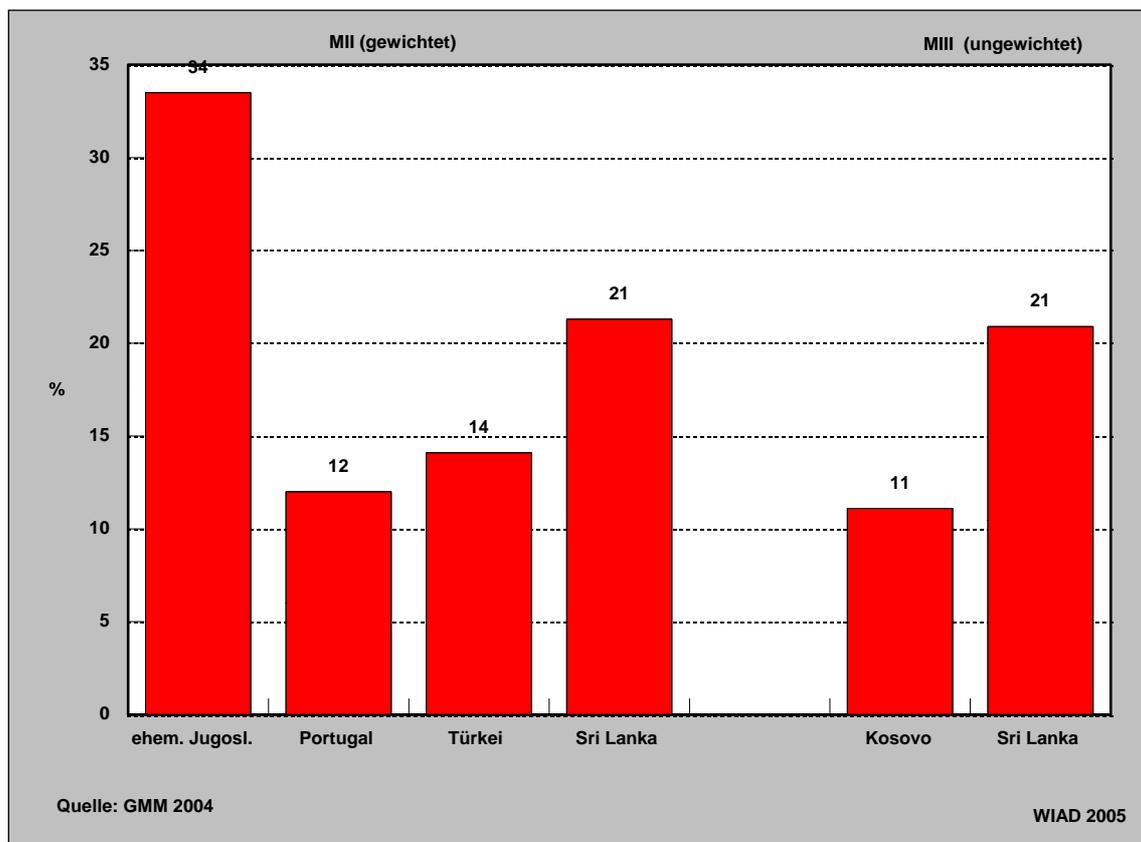
Übersicht 4.5: Schulabschluss außerhalb der Schweiz



Die *albanischen* Asylsuchenden schließlich sind kaum vergleichbar, da sie, entgegengesetzt zu den Tamilen und Tamilinnen, sehr häufig, nämlich zu einem Drittel das Land vor dem Abschluss der Schule verließen. So entsteht mit einem niedrigen Anteil von Personen ohne Schulabschluss und einem außerordentlich niedrigen Anteil derer mit Pflichtschulabschluss von 22% eine Gruppe von insgesamt nur drei Zehnteln, die höchstens Pflichtschulbildung aufweist. Dies kann dennoch, im Vergleich zu den anderen Gruppen, kaum als Ausweis eines gehobenen Bildungsniveaus angesehen werden. Ebenfalls ist der Wert am anderen Ende des Spektrums mit Skepsis zu betrachten. Eine sehr geringfügige Zahl von weiterführenden Abschlüssen und der sehr hohe Anteil von 36% mit Hochschulreife addieren sich hier zu fast vier Zehnteln der albanischen Gruppe mit höherer Bildung, ähnlich wie der Anteil bei der ehemaligen jugoslawischen Bevölkerung. Wie bei diesen ist aber wiederum die Bedeutung der Kategorie Hochschulreife in Frage zu stellen, welche die kosovarischen Albanerinnen und Albaner innerhalb des Bildungssystems im ehemaligen Jugoslawien erlangten, da die damit indizierte Bildung den weiter unten dargestellten Indikatoren sozialer Schichtung nicht entspricht.

Wieder an alle Befragten war die Frage nach einer **berufliche Ausbildung oder einem Studium außerhalb der Schweiz** (Übersicht 4.6) gerichtet. Die Frage wird von großen Mehrheiten verneint, die meisten Migrantinnen und Migranten haben also weder eine Ausbildung noch ein Studium außerhalb der Schweiz absolviert. Dennoch zeigen sich Differenzierungen. Während immerhin ein Drittel der ehemaligen jugoslawischen Befragten angibt, eine berufliche Ausbildung oder ein Studium abgeschlossen zu haben, gilt dies nur für jeweils ein Fünftel der beiden tamilischen Gruppen sowie ein Siebtel der türkischen, ein Achtel der portugiesischen und ein Neuntel der albanischen Befragten.

Übersicht 4.6: Ausbildung oder Studium außerhalb der Schweiz



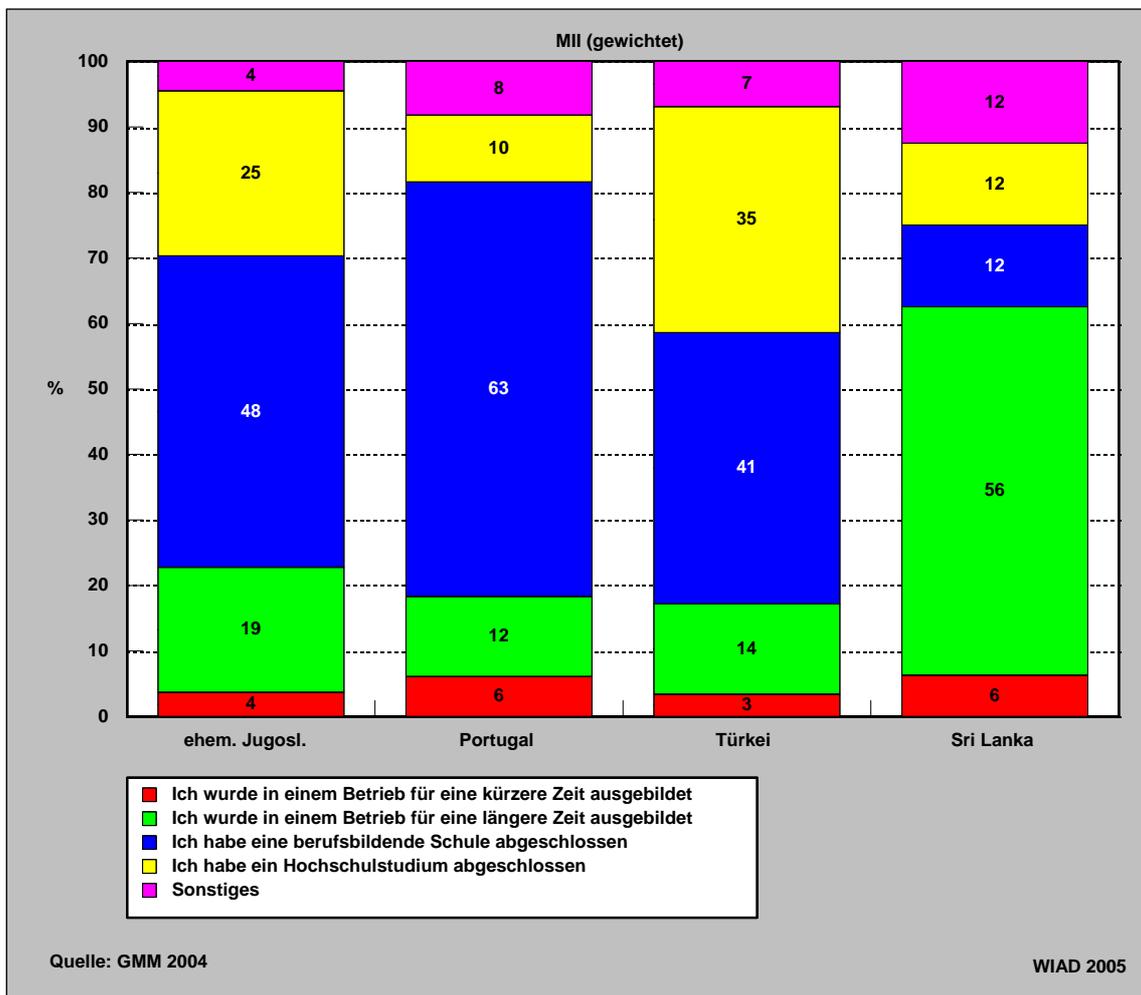
Somit betreffen die folgenden Angaben zur **Art dieser weiteren Ausbildung außerhalb der Schweiz** (Übersicht 4.7) jeweils nur Minderheiten unter den Gruppen. Deshalb, und weil gerade Berufsbildungssysteme im internationalen Vergleich außerordentlich differieren und kaum vergleichbar sind, beschränkt sich das Folgende auf einige markante Charakteristika.¹⁶

Die größte Gruppe der *türkischen* Befragten hat mit 41% eine berufsbildende Schule abgeschlossen, die zweitgrößte mit 35% ein Hochschulstudium. Dazu tritt eine nennenswerte Minorität mit längerer betrieblicher Ausbildung. Die Gruppe der Personen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien ähnelt der türkischen. Hier finden sich 48% mit dem Abschluss einer berufsbildenden Schule und 25% mit Hochschulabschluss, während ein Fünftel längere Zeit be-

¹⁶ Die Ergebnisse werden trotz der problematischen Vergleichbarkeit hier mitgeteilt, weil diese Daten auch in den unten dargestellten Bildungsindex einfließen.

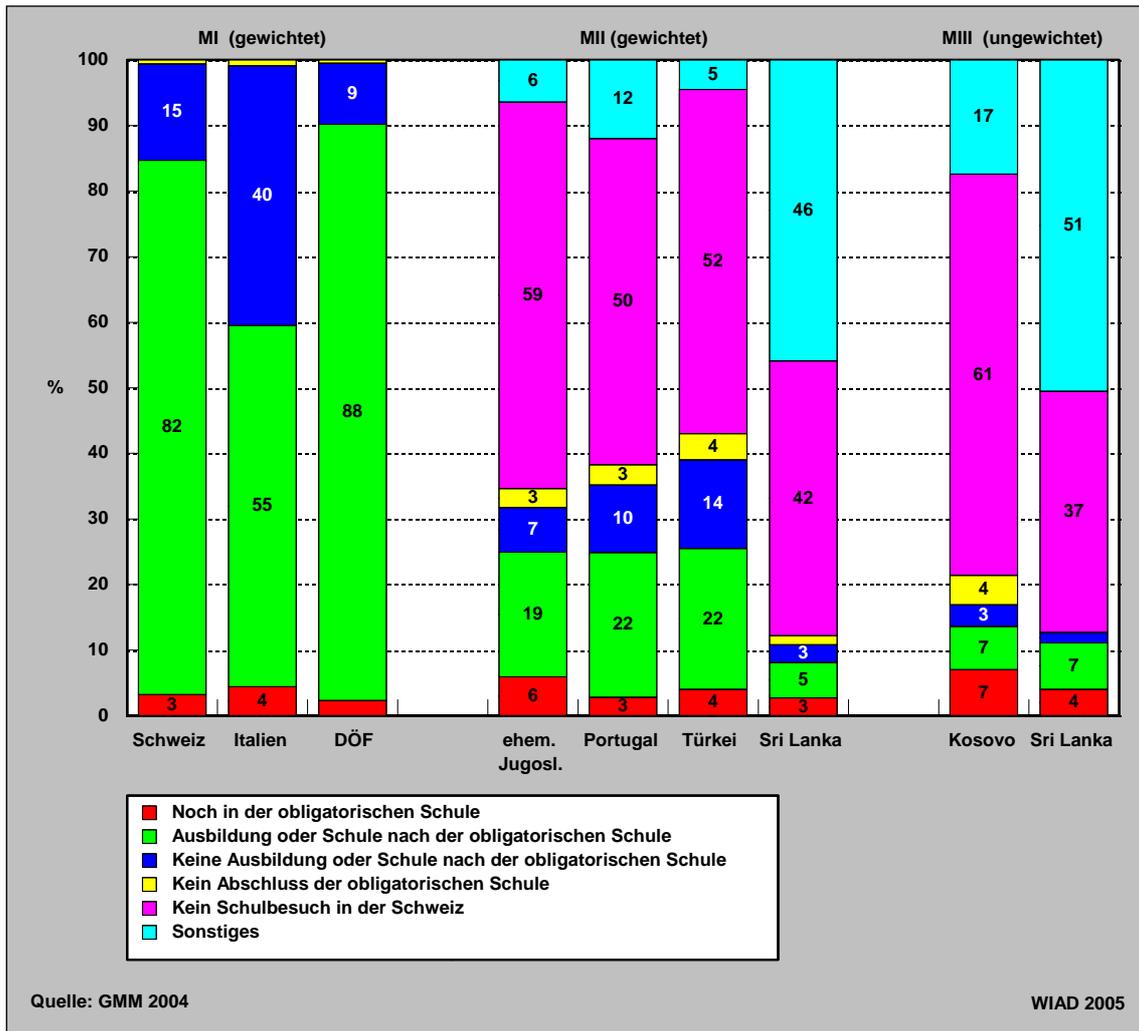
trieblich ausgebildet wurde. Auch die *portugiesischen* Befragten weisen ein vergleichbares Profil auf, aber mit anderen Schwerpunkten. Hier absolvierte ebenfalls die größte Gruppe eine berufsbildende Schule, mit 63% aber deutlich mehr als die vorgenannten. Entsprechend hat hier nur eine kleinere Minderheit ein Hochschulstudium abgeschlossen, welche die ebenfalls kleine Gruppe derer mit längerer betrieblicher Ausbildung nicht übersteigt. Ganz anders strukturiert ist die *ständige tamilische Wohnbevölkerung*. Hier dominiert die Gruppe derer mit einer längeren betrieblichen Ausbildung mit 56%. Kleinere Gruppen verteilen sich auf berufsbildende Schulen, Hochschulen und „sonstiges“.

Übersicht 4.7: Art der Ausbildung außerhalb der Schweiz (Personen mit Ausbildung oder Studium)



Befragt nach dem **Abschluss einer Ausbildung oder Schule in der Schweiz nach der obligatorischen Schulzeit** (Übersicht 4.8), geben nur relativ kleine Gruppen an, die obligatorische Schule noch zu besuchen. Ebenfalls sind die Anteile derer, die diese Schule in der Schweiz nicht abgeschlossen haben, eher marginal. Jedoch sind die Verteilungen in den übrigen Kategorien sehr unterschiedlich.

Übersicht 4.8: Abschluss einer nachobligatorischen Ausbildung in der Schweiz



Im Rahmen der SGB, welche im Gegensatz zum GMM keine Kategorie „sonstiges“ und vor allem keine Kategorie „kein Schulbesuch in der Schweiz“ enthielt, gibt die *schweizerische* Bevölkerung zu gut vier Fünfteln an, eine Schule oder Ausbildung abgeschlossen zu haben, und ein Siebtel verneint dies. Demgegenüber ist die Bildungsbeteiligung der *französischen*, *deutschen* und *österreichischen* Wohnbevölkerung noch höher: Sieben Achtel antworten hier positiv und nur jedes elfte Mitglied dieser Gruppe negativ, ein deutliches Zeichen der sozialstrukturellen Sonderstellung dieser Migrantinnen und Migranten. Deutlich abweichend gibt in der SGB-Befragung nur gut die Hälfte der *italienischen* Bevölkerung eine weiterführende Bildung oder Ausbildung an, während zwei Fünftel dies verneinen.

Im Großen und Ganzen vergleichbar sind von der im GMM befragten ständigen ausländischen Wohnbevölkerung die *ehemalige jugoslawische*, die *portugiesische* und die *türkische*. Hier hat jeweils etwa rund ein Fünftel nach der obligatorischen Schule in der Schweiz eine Ausbildung oder Schule abgeschlossen, während zwischen 7 und 14% dies verneinen. In allen diesen Gruppen ist jedoch mit der Hälfte bis knapp drei Fünfteln der Befragten die Kategorie derer, die

keine Schule in der Schweiz besuchten, die weitaus am stärksten besetzte, unter portugiesischen Befragten findet sich darüber hinaus noch eine nennenswerte Minderheit mit der Antwort „sonstiges“.

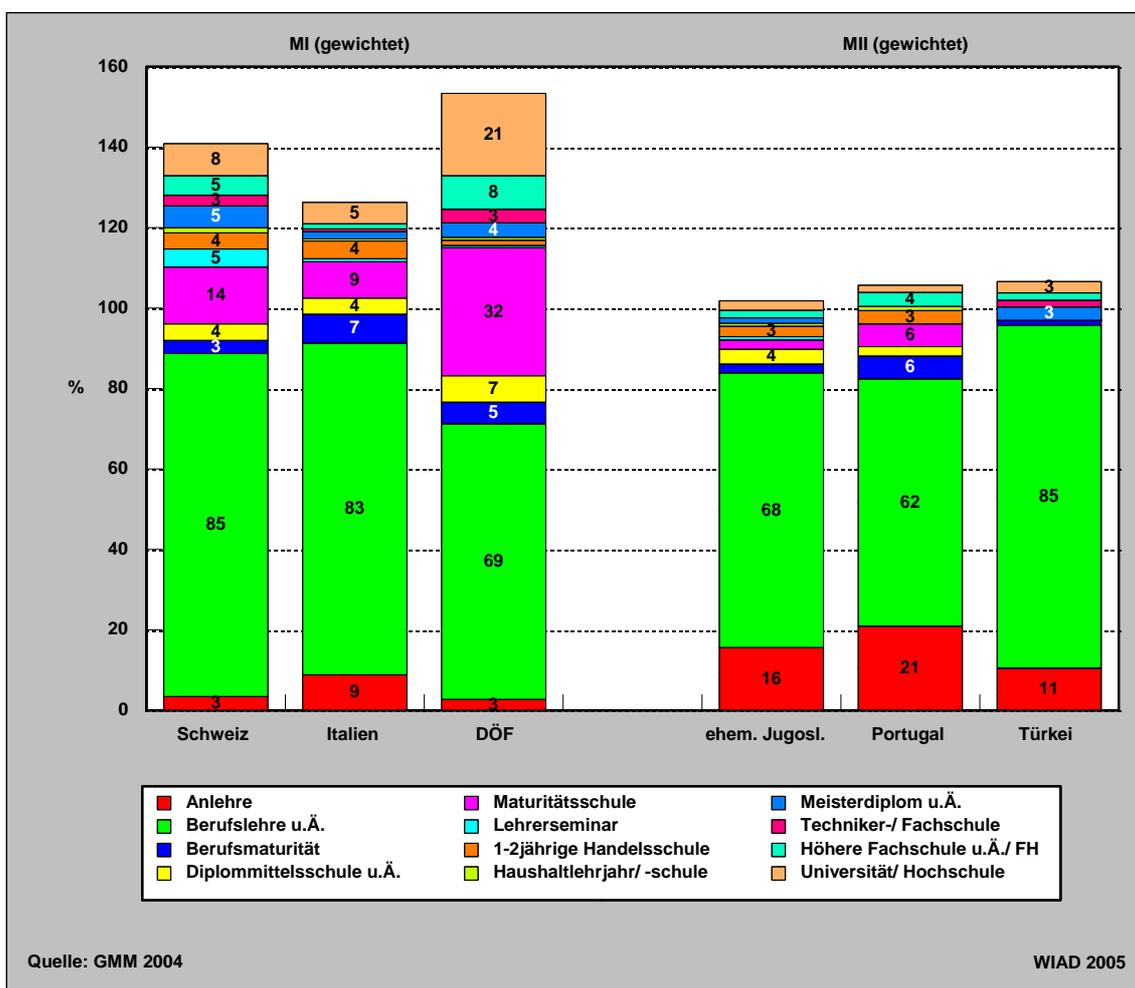
In der tamilischen und albanischen Bewohnerschaft haben nur kleine Gruppen eine weitere Schule oder Ausbildung absolviert, aber noch kleinere Gruppen verneinen dies. Hier liegen die Schwerpunkte nochmals anders. Die klare Mehrheit der *albanischen* Asylsuchenden hat zu gut drei Fünfteln, der stärksten Gruppe im Vergleich der Nationalitäten überhaupt, keine Schule in der Schweiz besucht. Darüber hinaus gibt ein Sechstel der Befragten „sonstiges“ an. Letztere Kategorie ist bei der *tamilischen* Bewohnerschaft am stärksten besetzt. Dies gilt für die Hälfte der *Asylsuchenden* und fast die Hälfte der *ständigen Wohnbevölkerung*. Weitere knapp zwei Fünftel bzw. gut zwei Fünftel geben an, in der Schweiz keine Schule besucht zu haben.¹⁷

Bei der abschließenden Frage nach der **Art der Ausbildung oder Schule nach der obligatorischen Schulzeit in der Schweiz** (Übersicht 4.9) an diejenigen, welche die vorausgehende Frage positiv beantwortet hatten, also im Falle der Migrantinnen und Migranten zwischen gut der Hälfte der italienischen, etwa einem Fünftel der ehemaligen jugoslawischen, portugiesischen und türkischen und nur kleinen Minoritäten der albanischen und tamilischen Befragten (siehe oben), waren mehrere Antworten möglich. Folgende Profile zeichnen sich ab.

Innerhalb der *schweizerischen* Bevölkerung geben gut fünf Sechstel an, eine Berufslehre, Berufsmittelschule oder Vollzeitberufsschule abgeschlossen zu haben. Etwa ein Siebtel absolvierte das Gymnasium (Maturitätsschule) und knapp ein Zwölftel eine Universität oder Hochschule. Zusammen mit Absolventinnen und Absolventen höherer Fachschulen und Fachhochschulen hat hier ein Achtel eine höhere Qualifikation.

¹⁷ Offen bleiben muss, ob hinter der hohen Besetzung der Kategorie „sonstiges“ ein Übersetzungsproblem steckt, etwa in dem die angebotenen Kategorien nicht der Lebenswirklichkeit der Befragten entsprechen, und viele dieser Befragten eigentlich in die Gruppe derer ohne Schulbesuch gehören.

Übersicht 4.9: Art der nachobligatorischen Ausbildung in der Schweiz (Mehrfachantworten)



Noch deutlich höher ist die Qualifikation *deutscher, österreichischer* und *französischer* Zuwanderer und Zuwanderinnen. Nur knapp sieben von zehn nennen die erwähnte berufliche Ausbildung, aber knapp ein Drittel das Gymnasium. Ein Fünftel absolvierte die Hochschule, zusammen mit den Fachhochschulausbildungen sind hier fast drei Zehntel höher qualifiziert.

Deutlich unterschieden davon zeigt sich die *italienische* Bevölkerung. Mit fünf Sechsteln absolvieren hier fast ebenso viele eine Berufsausbildung wie unter der Schweizer Bevölkerung, dazu tritt ein Elftel (in Betrieb oder Schule) Angelernter. Jedoch hat auch ebenfalls nur ein Elftel den Abschluss des Gymnasiums. Lediglich kleine Minderheiten besuchten höhere Fach- oder Hochschulen, zusammengerechnet nur jeder Fünfzehnte.

Eine nochmals geringere Qualifizierung innerhalb der Schweiz zeigen, in dieser Reihenfolge, die *türkischen, ehemaligen jugoslawischen* und *portugiesischen* Befragten. Erstere umfassen 85% mit Berufsausbildung und eine kleine Gruppe Angelernter. Die Werte für die beiden ande-

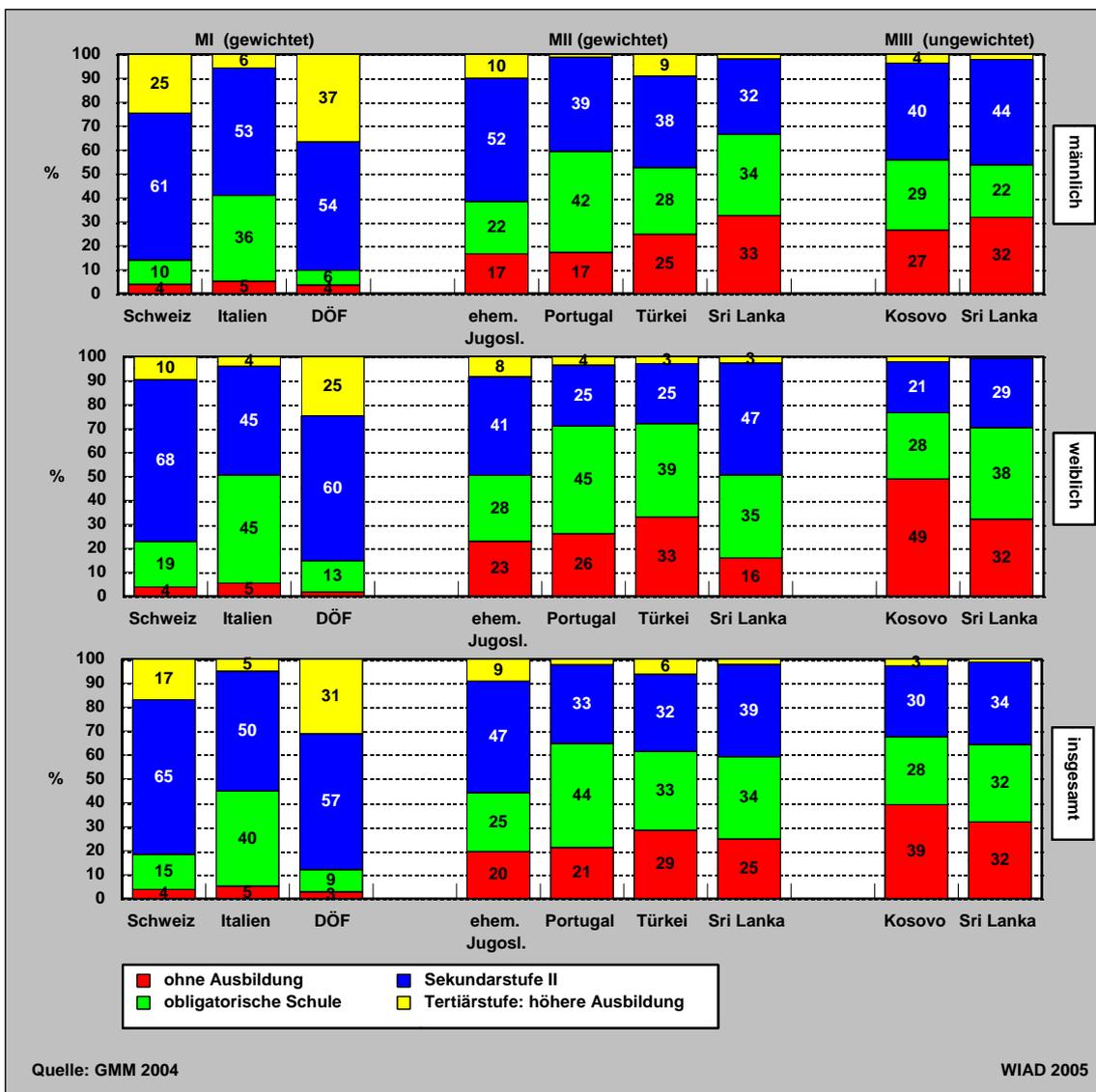
ren Gruppen sind 68 bzw. 62%, ebenfalls jeweils zuzüglich von Minderheiten Angelernter. Das Gymnasium sowie höhere Fach- oder Hochschulen besuchte kaum jemand.

Für eine abschließende Betrachtung im Überblick wurde aus den vorhergehend einzeln besprochenen Variablen eine zusammenfassende Variable „**Bildung**“ (Übersicht 4.10) nach den Zuordnungsregeln der SGB berechnet.¹⁸ Aufgrund der oben dargestellten Problematiken der einzelnen Variablen, die dieser Berechnung zugrunde liegen, ist folglich auch der Aussagewert der neuen Variable eingeschränkt. Dazu tritt eine mutmaßliche Verzerrung zuungunsten der ausländischen Gruppen aufgrund der fehlenden Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstrukturen: wenn diese durchschnittlich jünger sind, sind sie auch häufiger noch in Ausbildung und werden überproportional unter „keine Ausbildung“ erfasst. Insgesamt können die Verteilungen der Variable Bildung somit nur als Tendenzwerte aufgefasst werden, deren numerische Ausprägung nicht berücksichtigt werden sollte.

Mit diesen Einschränkungen kann gesagt werden, dass sich die bisherigen Ergebnisse bestätigen. Für die schweizerische Bevölkerung können 4% ohne Ausbildung, 15% mit obligatorischer Schule, 65% mit weiterführender Ausbildung und schließlich 17% mit einem Abschluss in der tertiären Stufe festgehalten werden. Im Vergleich dazu weicht die deutsche, österreichische und französische Wohnbevölkerung nach oben ab, insbesondere aufgrund ihres höheren Anteils mit tertiärer Bildung. Die übrigen Gruppen der Migrationsbevölkerung liegen in ihrer Bildungsstruktur deutlich unterhalb der der Autochthonen, wobei die italienische aufgrund ihres geringen Anteils derer ohne Ausbildung etwas günstiger platziert ist, während umgekehrt die beiden Gruppen von Asylsuchenden durch hohe Anteile ebendort am Ende der Skala rangieren. Die ehemaligen jugoslawischen, portugiesischen und türkischen Befragten sowie die tamilische Wohnbevölkerung liegen dazwischen.

¹⁸ Unterschieden wird zunächst die Kategorie „keine Ausbildung“, welche auch diejenigen umfasst, die ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen haben. Die zweite Kategorie schließt all jene ein, die maximal die „obligatorische Schule“ abgeschlossen haben. Unter „Sekundarstufe II“ sind jene subsumiert, die eine weiterführende Schule oder Ausbildung absolvierten, mit Ausnahme derer, welche eine Techniker- oder Fachschule, Höhere Fachschule/ Fachhochschule oder Hochschule/Universität besuchten. Diese Gruppe ist unter „tertiäre Ausbildung“ zusammengefasst. Ausgangspunkt der Einstufung ist zunächst der erreichte Bildungsgrad in der Schweiz und darüber hinaus Auslandsabschlüsse, wenn diese höher sind als die in der Schweiz erlangten. BFS (2003): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Die Indices. Neuchâtel: BFS.

Übersicht 4.10: Bildung nach Geschlecht



Das Bildungsniveau der weiblichen Befragten ist allgemein geringer als das der männlichen. Bei Schweizerinnen sowie Deutschen, Österreicherinnen und Französischen drückt sich dies in einer, bei ersteren deutlich, selteneren tertiären Ausbildung aus. Bei den übrigen ausländischen Frauen zeigt sich dies darin, dass sie fast alle häufiger als die Männer nur den obligatorischen Abschluss haben – besonders ausgeprägt bei tamilischen Asylsuchenden, bei denen umgekehrt die Männer ebenso wie portugiesische Männer klar häufiger die Sekundarstufe II abschlossen – oder häufiger über gar keine Abschlüsse verfügen, wobei letzteres für Italienerinnen sowie tamilische Asylsuchende nicht gilt. Insbesondere gibt fast jede zweite Albanerin an, keinen Abschluss gemacht zu haben, während umgekehrt albanische Männer deutlich häufiger als die Frauen über den Abschluss der Sekundarstufe II verfügen. Eine Ausnahme bilden die Frauen der tamilischen Wohnbevölkerung, welche deutlich seltener als die Männer dieser

Gruppe keine Ausbildung und umgekehrt ebenfalls deutlich öfter die Sekundarstufe II absolviert haben.

Die Migrantinnen und Migranten sind ganz überwiegend durch einen zeitweisen *Schulbesuch außerhalb der Schweiz* geprägt. Die Sozialisationsprozesse dort umfassen drei klar unterscheidbare Fälle: die *portugiesische* und *türkische* Wohnbevölkerung besuchte relativ kurz Schulen außerhalb der Schweiz, die *ehemalige jugoslawische* und *albanische* Bevölkerung zeigt eine breite Streuung und beide *tamilischen* Gruppen gingen eher lange außerhalb der Schweiz zur Schule. *Schulabschlüsse außerhalb der Schweiz* sind relativ gut vergleichbar für die Migranten und Migrantinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien, der Türkei und Portugal. Bei diesen Gruppen steigt der Anteil derer mit maximal Pflichtschulabschluss von etwa der Hälfte über deutlich mehr als die Hälfte auf gut zwei Drittel. Umgekehrt verringert sich die Gruppe der höher Qualifizierten von knapp vier von zehn über knapp ein Viertel auf ein Achtel. Wenig vergleichbar sind die beiden tamilischen und die albanische Gruppe, da sie seltener bzw. sehr häufig vor dem Schulabschluss das Land verließen.

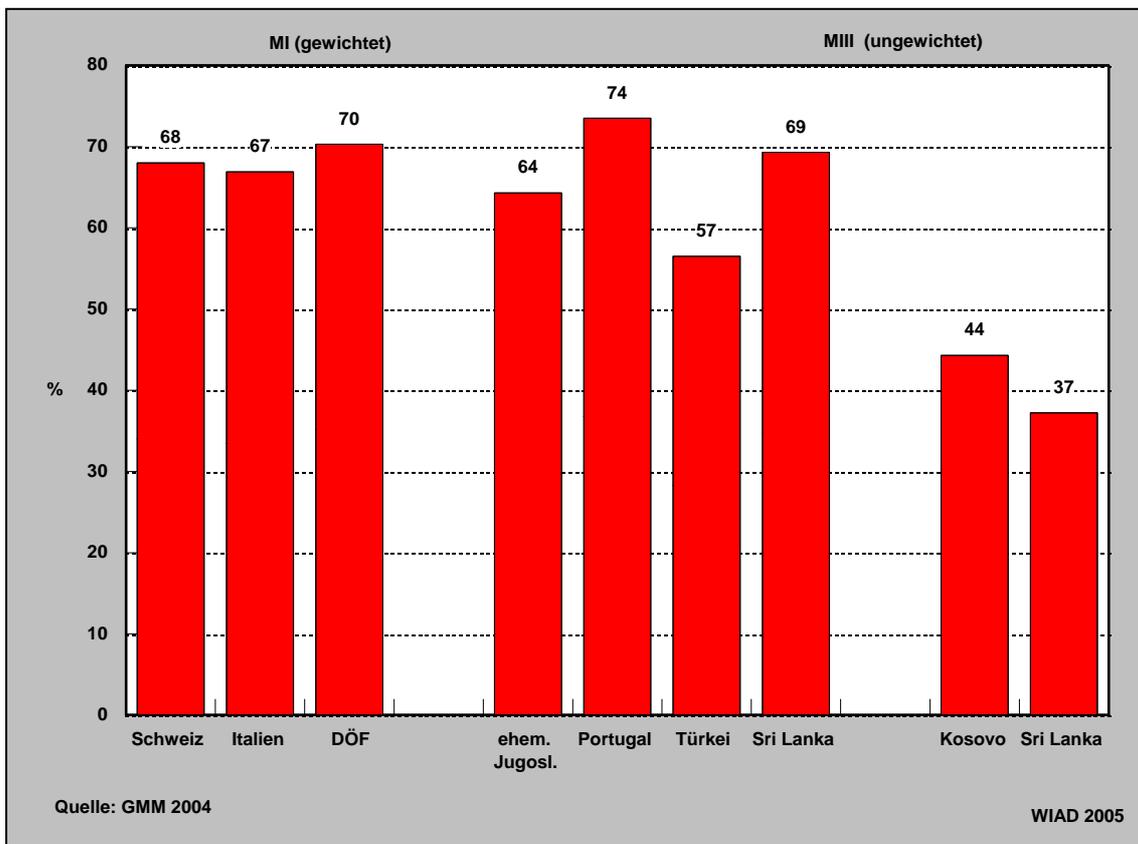
Große Mehrheiten der Befragten haben *außerhalb der Schweiz* keine *Ausbildung* bzw. kein *Studium* abgeschlossen; Zahlen zu der *Art dieser Ausbildung* betreffen also nur jeweils Minoritäten. Innerhalb dieser Gruppen überwiegt bei fast allen die berufliche Bildung. Im Hinblick auf eine *Ausbildung* oder einen *Schulbesuch nach der obligatorischen Schule in der Schweiz* ist die Bildungsbeteiligung bei französischen, deutschen und österreichischen Migranten und Migrantinnen noch höher als bei Autochthonen, liegt aber bei den übrigen Gruppen darunter. Die *Art der nachobligatorische Ausbildung* zeigt ein höheres Qualifikationsprofil der französischen, deutschen und österreichischen Bevölkerung gegenüber der schweizerischen. Die zur Hälfte an dieser Ausbildung partizipierende italienische Wohnbevölkerung gleicht in der Berufsausbildung der schweizerischen, ist aber seltener höher qualifiziert. Die Minderheiten der partizipierenden übrigen Gruppen beschränken sich weitestgehend auf berufliche Bildung, mit einer absteigenden Rangfolge von der türkischen über die ehemalige jugoslawische zur portugiesischen.

Die Zusammenfassung der *Bildungsabschlüsse* bestätigt diese Ergebnisse. Danach liegt die deutsche, französische und österreichische Wohnbevölkerung vor der schweizerischen. Klar dahinter folgt die italienische vor der ehemaligen jugoslawischen, portugiesischen, türkischen und tamilischen Wohnbevölkerung. Albanische und tamilische Asylsuchende stehen am Ende. *Geschlechtsspezifisch* ist mit Ausnahme der tamilischen Wohnbevölkerung das Bildungsniveau der Frauen generell geringer als das der Männer.

4.1.3 Erwerbsstatus und Beruf

Die Frage nach einer *aktuellen Erwerbstätigkeit* (Übersicht 4.11), d.h. ob im Moment gegen Entlohnung gearbeitet wird, auch wenn es nur eine Stunde pro Woche ist und unabhängig davon, ob angestellt, selbstständig oder als Lehrling, wird von der Schweizerischen Bevölkerung ebenso wie von allen Gruppen der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung mit deutlicher Mehrheit bejaht, während unter den Asylsuchenden nur, allerdings starke Minderheiten erwerbstätig sind.

Übersicht 4.11: Erwerbstätigkeit

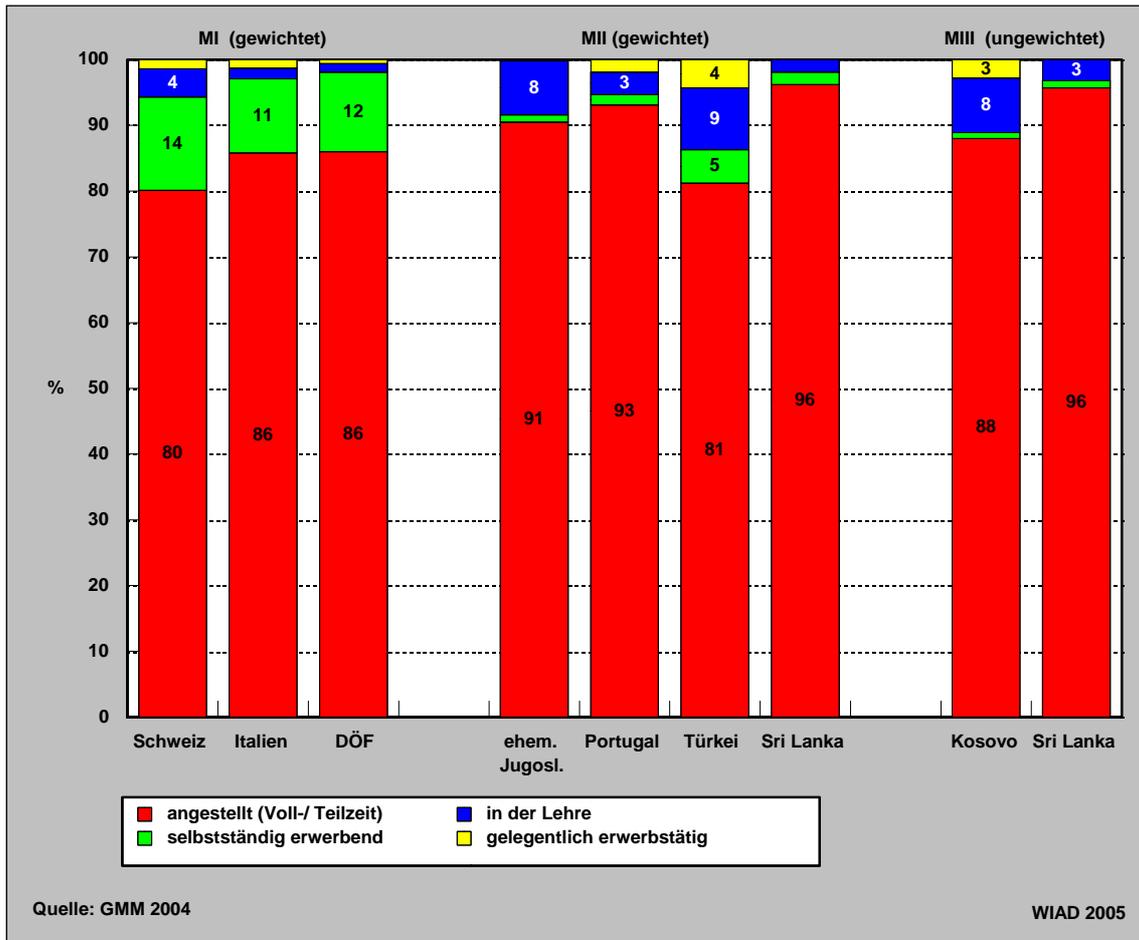


68% der befragten schweizerischen Wohnbevölkerung ist erwerbstätig und die Werte für fast alle Gruppen der ständig ansässigen ausländische Bevölkerung schwanken zwischen 64 und 74% ebenfalls ungefähr um diesen Wert, allein die türkische weicht mit nur 57% deutlich nach unten ab. Dem stehen 44% albanische und 37% tamilische Erwerbstätige unter den Asylsuchenden gegenüber.

Unter denjenigen Befragten, welche *derzeit* aktiv sind, zeigt die Gliederung nach der **Art der Erwerbstätigkeit** (Übersicht 4.12) für die schweizerische Bevölkerung 80% im Anstellungsverhältnis, 14% selbstständig Erwerbstätige, 4% in der Lehre und 1% gelegentlich Erwerbstätige. Auch unter den Migrantinnen und Migranten ist jeweils die weit überwiegende Mehrheit – zwi-

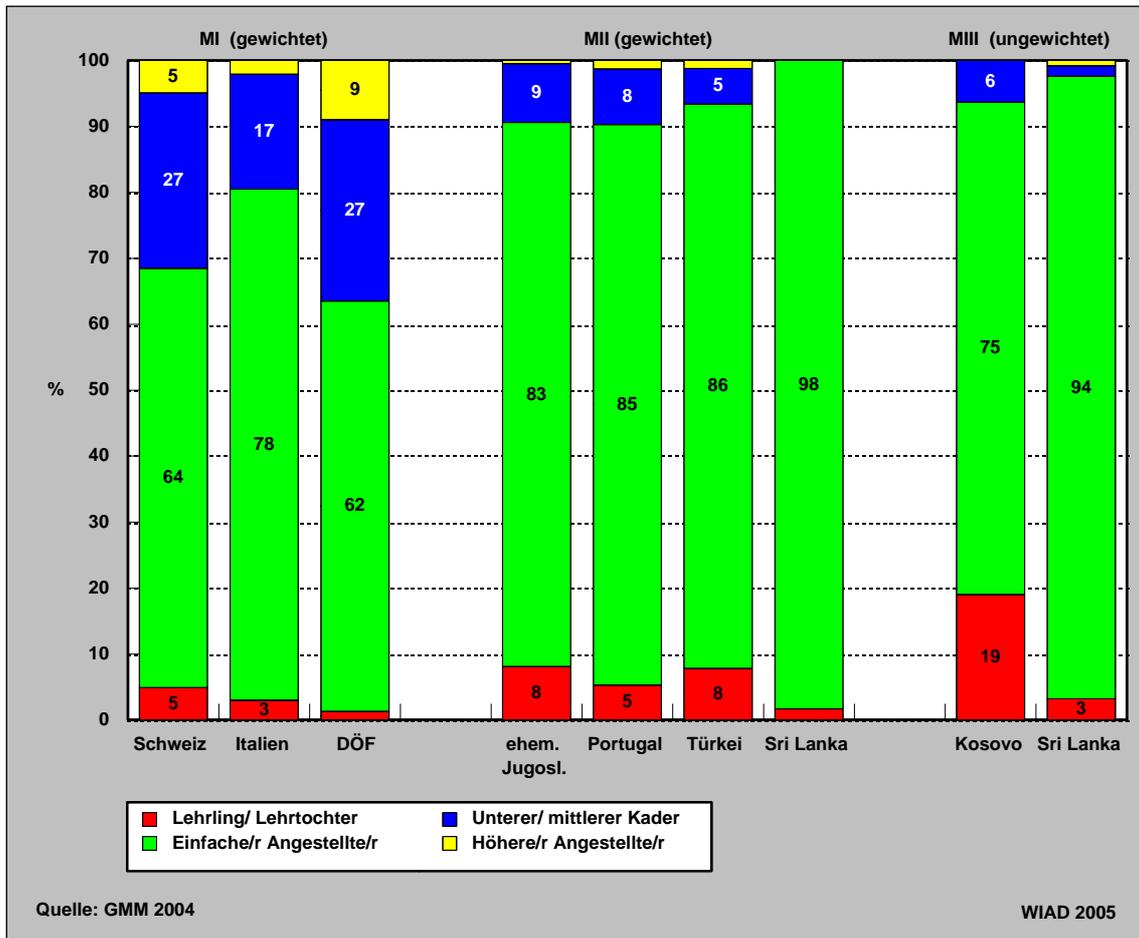
schen 81 und 96% – aktuell angestellt erwerbstätig. Lediglich in der italienischen Gruppe sowie in der deutschen, österreichischen und französischen Wohnbevölkerung findet sich ein der schweizerischen Bevölkerung vergleichbarer Anteil Selbstständiger. Alle übrigen Ausprägungen für Selbstständige sind geringfügig sowie aufgrund zu geringer absoluter Werte nicht weiter interpretierbar.

Übersicht 4.12: Art der Erwerbstätigkeit



Die **berufliche Stellung im Angestelltenverhältnis** (Übersicht 4.13) weist vier Positionen aus: die Anstellung als Lehrling/ Lehrtochter (mit Lehrvertrag oder Anlehrvertrag), die Anstellung als – nicht weiter spezifizierte/r – Angestellte/r, Arbeiter/in, Praktikant/in, die Anstellung im unteren und mittleren Kader, z.B. als Bürochef/in, Dienstchef/in, Filialleiter/in, Gruppenchef/in, Werkstättenchef/in, Werkmeister/in, Vorarbeiter/in, Polier/in sowie schließlich die Anstellung als Direktor/in, Prokurist/in oder Chefbeamter/in.

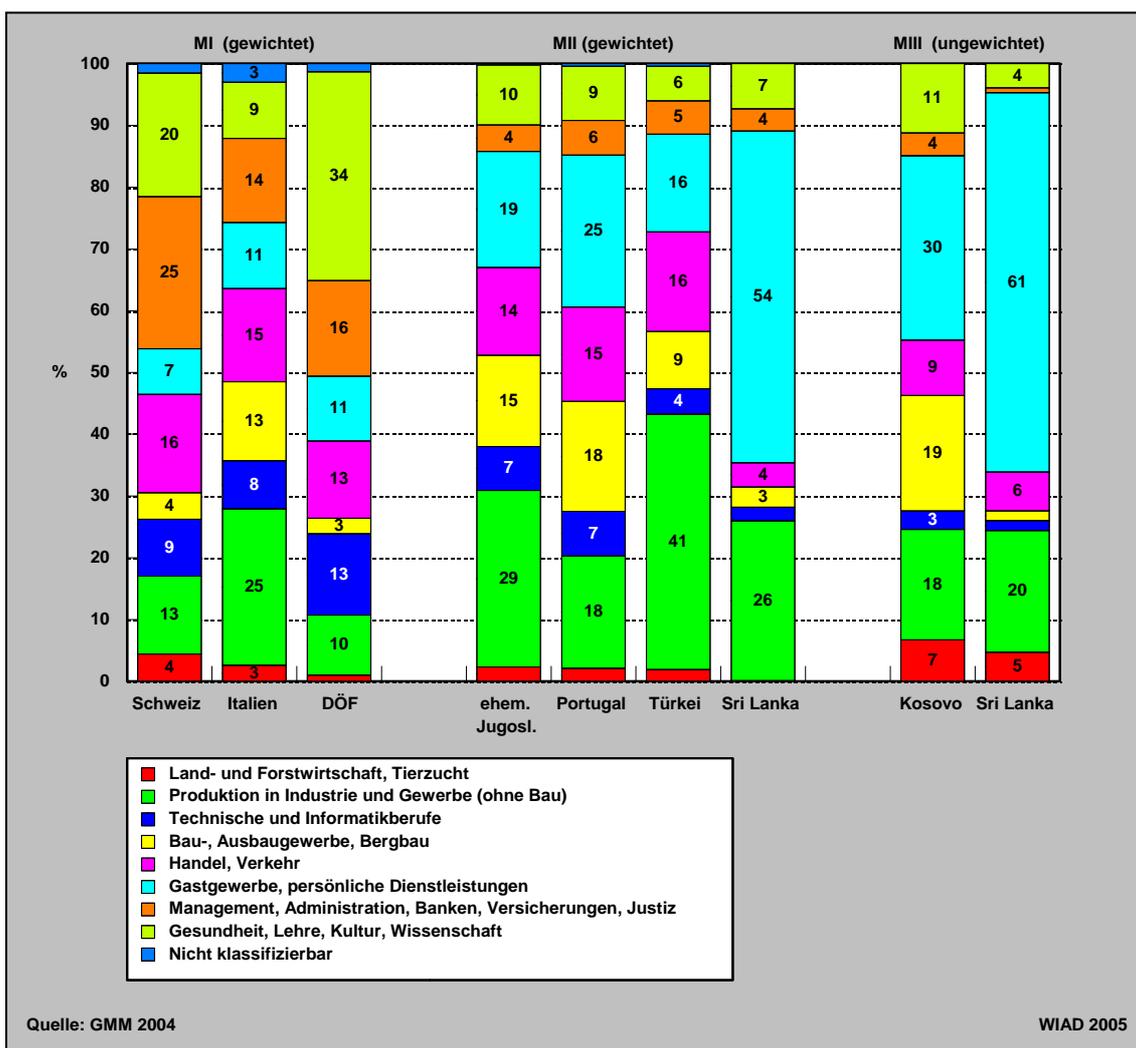
Übersicht 4.13: Berufliche Stellung im Angestelltenverhältnis



Bei den *ehemalig und aktuell* angestellt Erwerbstätigen zeigt sich eine recht klare Struktur. Gemessen an der Referenzgruppe der schweizerischen Bevölkerung mit 5% Auszubildenden, 64% einfachen Angestellten, 27% in der Gruppe der unteren und mittleren Kader sowie 5% in der obersten Kategorie, weicht die deutsche, französische und österreichische Wohnbevölkerung durch leicht geringere Werte bei einfachen Angestellten, vor allem aber durch einen höheren Anteil von 9% in der obersten Kategorie ab. Die italienische Bevölkerung liegt hingegen sozialstrukturell deutlich unter der schweizerischen mit mehr einfachen Angestellten und weniger unteren und mittleren Kadern sowie einem geringen Anteil in der höchsten Kategorie. Allerdings unterscheidet sie sich mit 17% unteren und mittleren Kadern von den weiteren Gruppen von Migranten und Migrantinnen, die hier nur einstellige Werte verzeichnen. Diese weichen im Übrigen, einschließlich der italienischen Gruppe, durch deutlich über dem Wert für die schweizerische Bevölkerung liegende Anteile zwischen 75 und 98% bei einfachen Angestellten sozialstrukturell klar nach unten ab. Dies gilt insbesondere für die beiden tamilischen Gruppen, von denen mit 94 und 98% (ständige Wohnbevölkerung) fast alle in die letztgenannte Kategorie fallen. Bemerkenswert bleibt noch die große Minderheit von Auszubildenden unter albanischen Asylsuchenden und ebenfalls nennenswerte Minoritäten von Auszubildenden in der ehemaligen jugoslawischen und der türkischen Gruppe.

Die Zusammenfassung der von den Befragten angegebenen Berufe zu **Branchen** (Übersicht 4.14) lässt einige markante Differenzen zwischen den Gruppen erkennen. Dabei werden die aktuell Beschäftigten *und* die derzeit nicht Erwerbstätigen gemeinsam betrachtet. Allerdings sind die numerischen Ausprägungen dennoch aufgrund zum Teil geringer Fallzahlen nicht alle interpretierbar. Dies gilt in erster Linie zunächst für fast allen Gruppen im Bereich Land- und Forstwirtschaft/ Tierzucht. Des Weiteren sind in den meisten Fällen die Werte für die Asylsuchenden insgesamt bzw. häufig für die tamilische Wohnbevölkerung zu gering. Dazu treten einige weitere Einzelfälle. Im Folgenden werden nur deutliche Differenzierungen mit größeren Fallzahlen erwähnt.

Übersicht 4.14: Erwerbstätigkeit nach Branchen

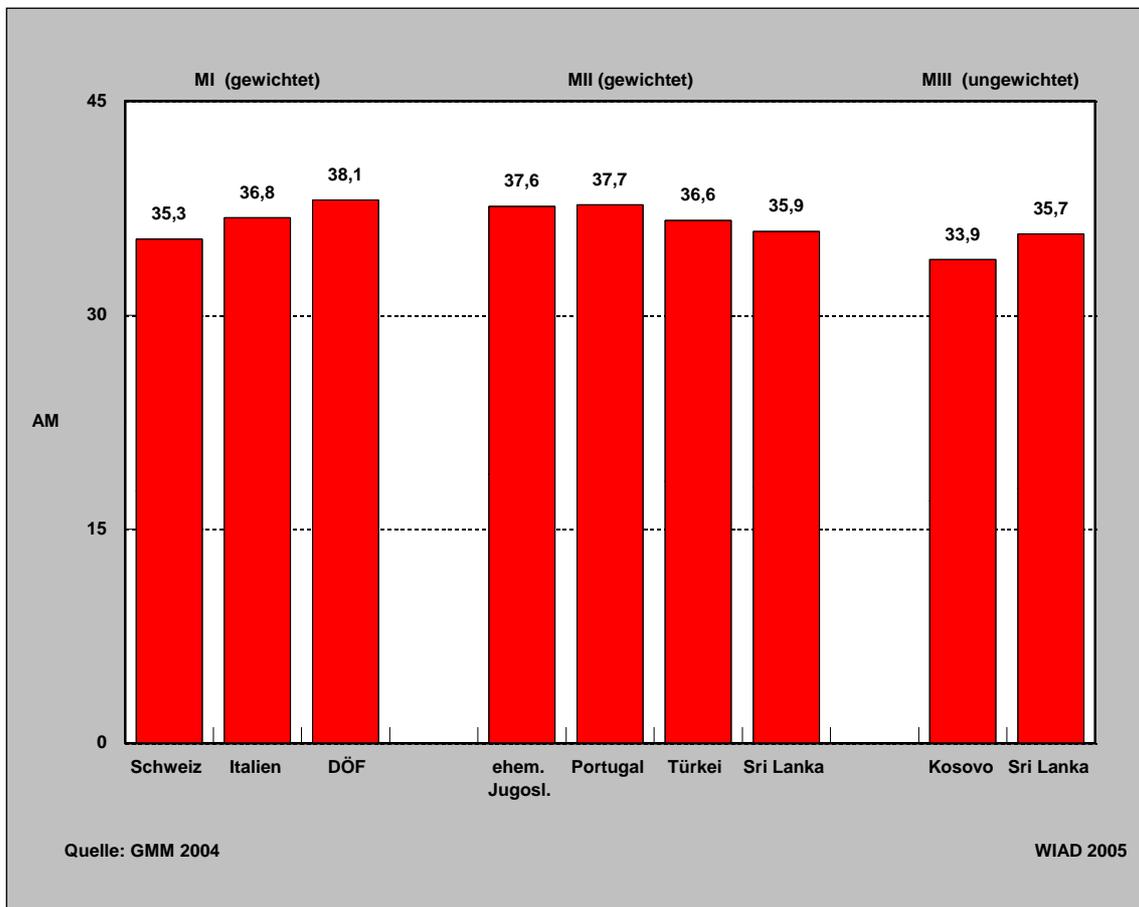


Zunächst zeigt sich bei den Autochthonen ein überproportionaler Anteil von einem Viertel im Bereich Management, Administration, Banken, Versicherungen, Justiz Beschäftigter, dazu tritt ein weiteres Fünftel in Gesundheit, Lehre, Kultur und Wissenschaft. Der mit einem Drittel höchste Anteil deutscher, österreichischer und französischer Bevölkerung in diesem Bereich unterstreicht wiederum die sozialstrukturelle Sonderstellung dieser Gruppe, die darüber hinaus zu einem weiteren Sechstel in Management, Administration, Banken, Versicherungen, Justiz tätig

ist. Dem stehen für beide Gruppen vergleichsweise geringe Werte im Bereich Produktion in Industrie und Gewerbe (ohne Bau) gegenüber, welche sie von allen Übrigen unterscheiden. Auch italienische Befragte verzeichnen dort mit einem Viertel ihren größten Anteil, jedoch ist mit einem Siebtel im Gegensatz zur übrigen Migrationsbevölkerung ebenfalls eine beachtliche Minorität in Management, Administration, Banken, Versicherungen, Justiz beschäftigt. So ist diese Gruppe in ihrer sozialen Lage wie auch bei anderen Variablen insgesamt an dritter Stelle platziert. Die Produktion in Industrie und Gewerbe (ohne Bau) bildet insbesondere für türkische Befragte mit zwei Fünfteln den Schwerpunkt und ebenfalls für ehemalige jugoslawische ist sie mit drei Zehnteln der wichtigste Bereich. Die albanische Bevölkerung hat mit drei Zehnteln und die portugiesische mit einem Viertel hingegen im Bereich Gastgewerbe und persönliche Dienstleistungen ihre höchsten Anteile. In diesem Sektor ist mit drei Fünfteln (Asylsuchende) bzw. deutlich über der Hälfte (Wohnbevölkerung) die tamilische Bewohnerschaft in einer Weise konzentriert, die sie von allen anderen Gruppen sehr klar unterscheidet, wobei in der letztgenannten Gruppe zusätzlich ein Viertel in Produktion in Industrie und Gewerbe (ohne Bau) tätig ist

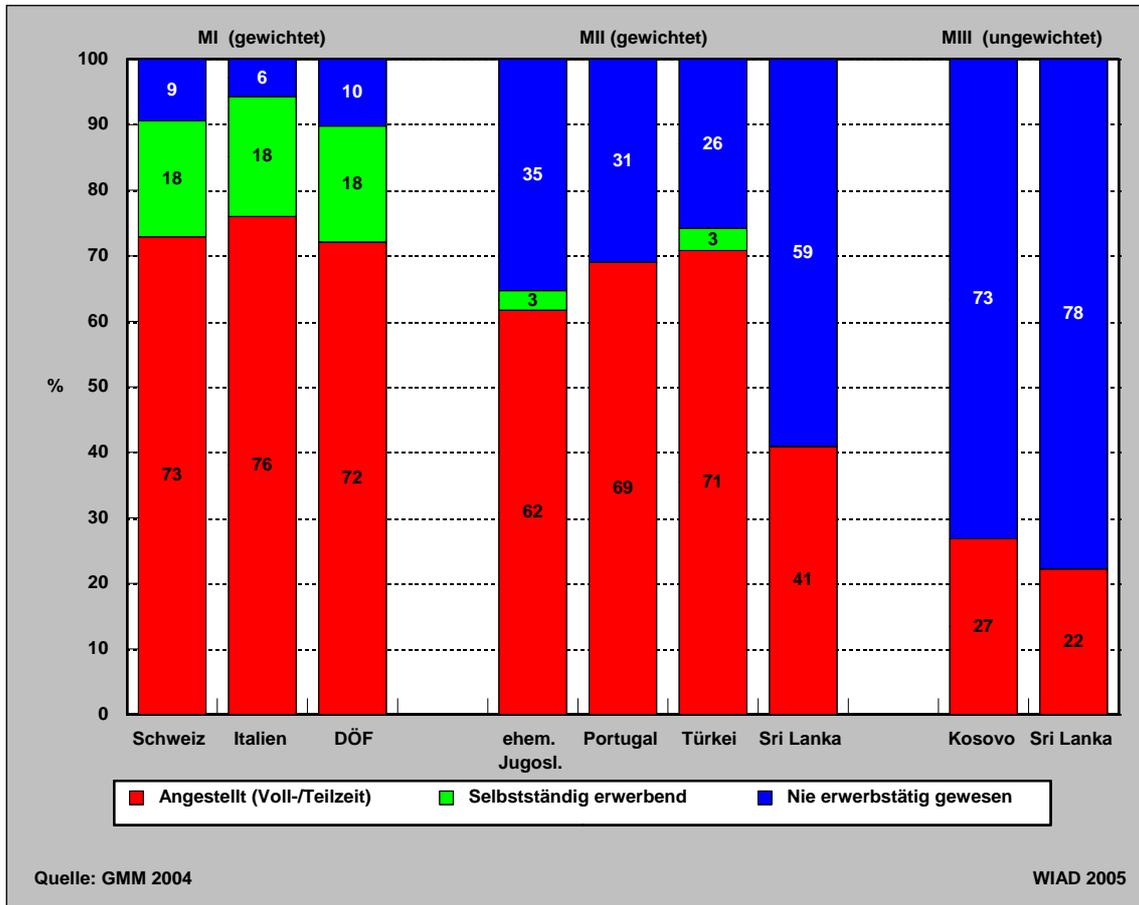
Die **durchschnittliche Arbeitszeit** gemäß Arbeitsvertrag **der derzeit Angestellten** (Vollzeit, Teilzeit, gelegentlich erwerbstätig) unter den Erwerbstätigen pro Woche (Übersicht 4.15) zeigt wenig Differenzen zwischen den Gruppen. Die schweizerische Bevölkerung weist einen Wert von 35,3 Stunden auf. Die Ausprägungen für die Migrantinnen und Migranten reichen von 33,9 bis 38,1 Stunden.

Übersicht 4.15: Durchschnittliche Arbeitszeit der Angestellten in Stunden (pro Woche, arithmetisches Mittel)



Die derzeit *nicht* Erwerbstätigen wurden nach der **Art der früheren Erwerbstätigkeit** gefragt (Übersicht 4.16).

Übersicht 4.16: Art der früheren Erwerbstätigkeit



Aus dieser Gruppe, die zwischen einem und zwei Dritteln der Befragten umfasst (siehe oben), sind in der schweizerischen Bevölkerung knapp drei Viertel in der Vergangenheit in Voll- oder Teilzeit angestellt gewesen, ein gutes Sechstel war selbstständig und ein Elftel nie erwerbstätig. Die Anteile der vormals angestellten Erwerbstätigen sind bei italienischen Befragten und der Bevölkerung aus Deutschland, Österreich und Frankreich ähnlich der der schweizerischen, das gleiche gilt für den Anteil der früher Selbstständigen in der italienischen Gruppe. Die übrigen Werte dieser Nationalitäten sowie alle anderen Werte der Kategorie „selbstständig“ sind wegen kleiner Fallzahlen nicht interpretierbar.

Die Verteilungen für die anderen ausländischen Gruppen unterscheiden sich deutlich von denen der Autochthonen. Zwar waren portugiesische und türkische Befragte mit sieben Zehnteln ähnlich und ehemalige jugoslawische Befragte mit gut sechs Zehnteln annähernd so häufig angestellt wie Schweizerinnen und Schweizer, jedoch ist bei diesen Zuwanderern und Zuwanderinnen bei weitgehend fehlender selbstständiger Tätigkeit der Anteil derer, die nie erwerbstätig

tig waren, klar höher und liegt zwischen einem Viertel und einem guten Drittel. Sogar deutlich überwiegend zu drei Fünfteln waren Nicht-Erwerbstätige unter der tamilischen Wohnbevölkerung auch in der Vergangenheit nie beschäftigt. Das gleiche gilt für knapp drei Viertel der albanischen und fast vier Fünftel der tamilischen Asylsuchenden, die jedoch aufgrund ihres spezifischen Aufenthaltsstatus´ nur eingeschränkt mit der Wohnbevölkerung verglichen werden können.

Die ausländische Wohnbevölkerung ist wie die schweizerische deutlich überwiegend *erwerbstätig*. Im Hinblick auf die *soziale Stellung der Erwerbstätigen* ist die Migrationsbevölkerung zu vier Fünfteln und mehr angestellt, nennenswerte Minoritäten Selbstständiger umfassen nur italienische sowie deutsche, österreichische und französische Befragte. Bei der *beruflichen Stellung der Angestellten* zeigt sich letztere Gruppe vor allem wegen ihres größeren Anteils in der obersten Kategorie höher positioniert als die schweizerische Bevölkerung. Die italienische Gruppe liegt hingegen deutlich darunter, aber über den übrigen Migranten und Migrantinnen.

Die gehobene soziale Lage der deutschen, österreichischen und französischen Bevölkerung sowie danach der Autochthonen wird durch erhöhte Anteile in den *Branchen* Gesundheit, Lehre, Kultur und Wissenschaft bzw. Management, Administration, Banken, Versicherungen, Justiz deutlich. Eine beachtliche Minorität italienischer Befragter im letztgenannten Bereich zeigt die Sonderstellung dieser Gruppe, welche ihren Schwerpunkt sonst in Produktion in Industrie und Gewerbe (ohne Bau) hat, ebenso wie die ehemalige jugoslawische und vor allem die türkische. Schwerpunkte bei Gastgewerbe und persönlichen Dienstleistungen nennen albanische und portugiesische Befragte, vor allem aber mit deutlichen Mehrheiten beide tamilischen Gruppen.

Nicht-Erwerbstätige geben, sofern sie früher beschäftigt waren, als soziale Stellung in der Regel deutlich überwiegend an, angestellt gewesen zu sein. Jedoch waren unter ehemaligen jugoslawischen, portugiesischen und türkischen Befragten größere Minderheiten nie erwerbstätig, in der tamilischen Wohnbevölkerung gilt dies für mehr als die Hälfte und bei Asylsuchenden insgesamt ganz überwiegend.

4.1.4 Haushaltsgröße, Einkommen und Schicht

Die schweizerische Wohnbevölkerung und die unterschiedlichen ausländischen Bevölkerungsgruppen zeigen deutlich differenzierte **Haushaltsgrößen** (Übersicht 4.17).¹⁹ Die Referenzgruppe der *schweizerischen* Bevölkerung umfasst zunächst 23%, die in einem Ein-Personen-Haushalt leben, und 33% in einem Zwei-Personen-Haushalt, dem Schwerpunkt in dieser Gruppe und auch dem höchsten Wert in dieser Kategorie. Dazu treten 15% Befragte aus Drei-Personen-Haushalten und 19% aus Vier-Personen-Haushalten. Nur eine kleine Gruppe von 7% lebt in Fünf-Personen-Haushalten und eine marginale Gruppe von 2% in größeren Haushalten. Der Mittelwert, d.h. die durchschnittliche Personenzahl pro Haushalt, liegt hier bei 2,6 (Mittelwerte ohne Abbildung).

Bei den *deutschen, österreichischen und französischen* Zuwanderinnen und Zuwanderern liegt der Schwerpunkt schon mit knapp einem Drittel in der Gruppe derer, die einen Ein-Personen-Haushalt bewohnen – wiederum gleichzeitig dem höchsten Wert dieser Kategorie –, gefolgt von einer großen Gruppe in Zwei-Personen-Haushalten. Diese Bevölkerungsgruppe zeigt so den geringsten Mittelwert mit 2,4.

Die *italienische* Bevölkerung hat wie die schweizerische mit knapp drei Zehnteln ihren Schwerpunkt in der Kategorie der Zwei-Personen-Haushalte, im Übrigen aber, darin den im Folgenden beschriebenen weiteren ausländischen Gruppen ähnlich, auch erhöhte Anteile von Personen in Drei- und Vier-Personen-Haushalten, jedoch ebenfalls, in Annäherung an die beiden vorgeannten Gruppen, in Einzel-Haushalten. Der Mittelwert beträgt hier 2,7.

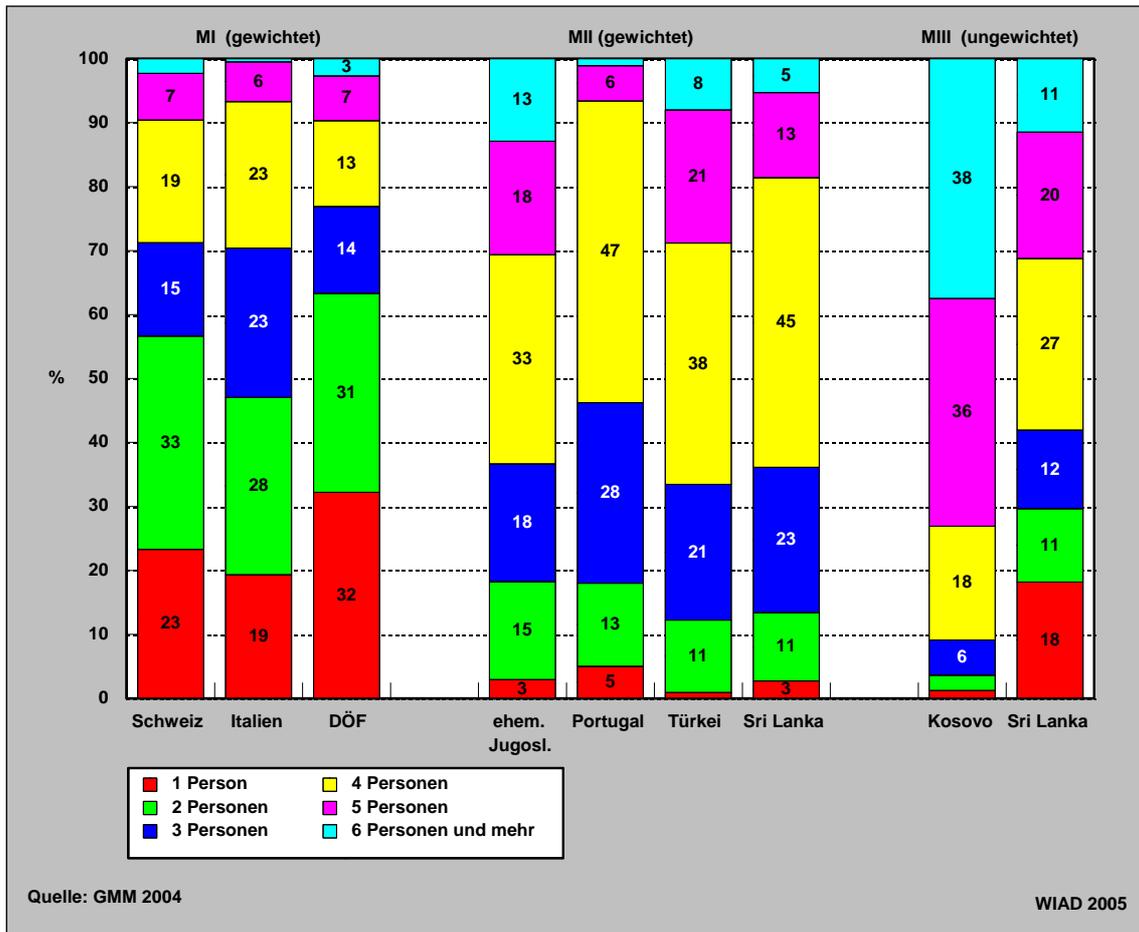
Die übrige ausländische Wohnbevölkerung hat ihren Schwerpunkt in der Kategorie der Vier-Personen-Haushalte, insbesondere die *portugiesische*, bei der das fast für die Hälfte zutrifft, dem höchsten Wert der Kategorie. Dazu tritt hier noch eine größere Minderheit von Befragten, die in Drei-Personen-Haushalten leben, ebenfalls der größte Wert der Kategorie. Portugiesische Haushalte umfassen durchschnittlich 3,4 Personen, das ist der viertkleinste Wert.

An nächster Stelle folgt die *tamilische Wohnbevölkerung* mit vier bis fünf Zehnteln in Vier-Personen-Haushalten, einer etwas kleineren Gruppe als bei der portugiesischen Bevölkerung in Drei-Personen-Haushalten und dafür zusätzlich einer beachtenswerten Gruppe in Fünf-Personen-Haushalten. Der Durchschnittswert ist hier mit 3,7 der vierthöchste.

Fast zwei Fünftel der *türkischen* Befragten lebt in Vier-Personen-Haushalten. Hier bilden die Befragten aus Drei- und Fünf-Personen-Haushalten etwa gleich große Minderheiten, der Durchschnitt liegt bei 3,9 Personen pro Haushalt.

¹⁹ Da der SGB-Datensatz im Hinblick auf die Zusammensetzung von Haushalten lediglich zwischen Personen über 15 und solchen bis 15 Jahren unterscheidet, aber nicht eine Kategorie der bis 18-Jährigen umfasst, ist eine familiensoziologisch sinnvolle Unterscheidung zwischen Haushalten mit und ohne Kindern – einschließlich der Menge der Kinder – nicht möglich, denn ein Haushalt mit zwei Personen unter 15 Jahren und zwei älteren Personen könnte sowohl eine klassische Zwei-Kinder-Familie sein, als auch eine allein erziehende Person mit zwei Kindern unter 15 und einer jugendlichen Person; oder in einem Zwei-Personen-Haushalt könnten sowohl zwei Erwachsene als auch eine allein erziehende Person mit einer jugendlichen Person leben. Es wurde daher auf die Betrachtung von Haushaltsstrukturen verzichtet und nur die Größe der Haushalte analysiert.

Übersicht 4.17: Haushaltsgröße



Ähnliches wie für türkische gilt für Befragte aus *dem ehemaligen Jugoslawien*, die zu einem Drittel in Vier-Personen-Haushalten leben. Dazu treten hier noch beachtenswerte Gruppen in Zwei-Personen-Haushalten und in solchen mit mehr als fünf Personen. Relativ heterogen strukturiert, verzeichnet diese Gruppe aber mit 3,9 den gleichen Mittelwert wie die vorgenannte.

Unter den *Asylsuchenden*, welche keine Bewohner von Kollektivunterkünften umfassen, haben die *albanischen* mit fast zwei Fünfteln bei den größten Haushalten sogar ihren Schwerpunkt und verzeichnen entsprechend auch den höchsten Wert in dieser Kategorie, ebenso wie in der Kategorie der Fünf-Personen-Haushalte, wo ebenfalls eine starke Minderheit albanischer Befragter vertreten ist. Dazu tritt eine kleinere Gruppe, die in Vier-Personen-Haushalten lebt. Der Durchschnittswert von 5,2 ist so natürlich der höchste.

Tamilische Asylsuchende schließlich zeigen mit gut einem Viertel nur einen wenig ausgeprägten Schwerpunkt bei den Vier-Personen-Haushalten, ansonsten aber eine recht gleichförmige Verteilung mit kleinen Minderheiten in allen Kategorien. Sie sind somit sehr heterogen strukturiert, mit einem Mittelwert von 3,5, welcher auch in der Mitte der betrachteten Gruppen liegt.

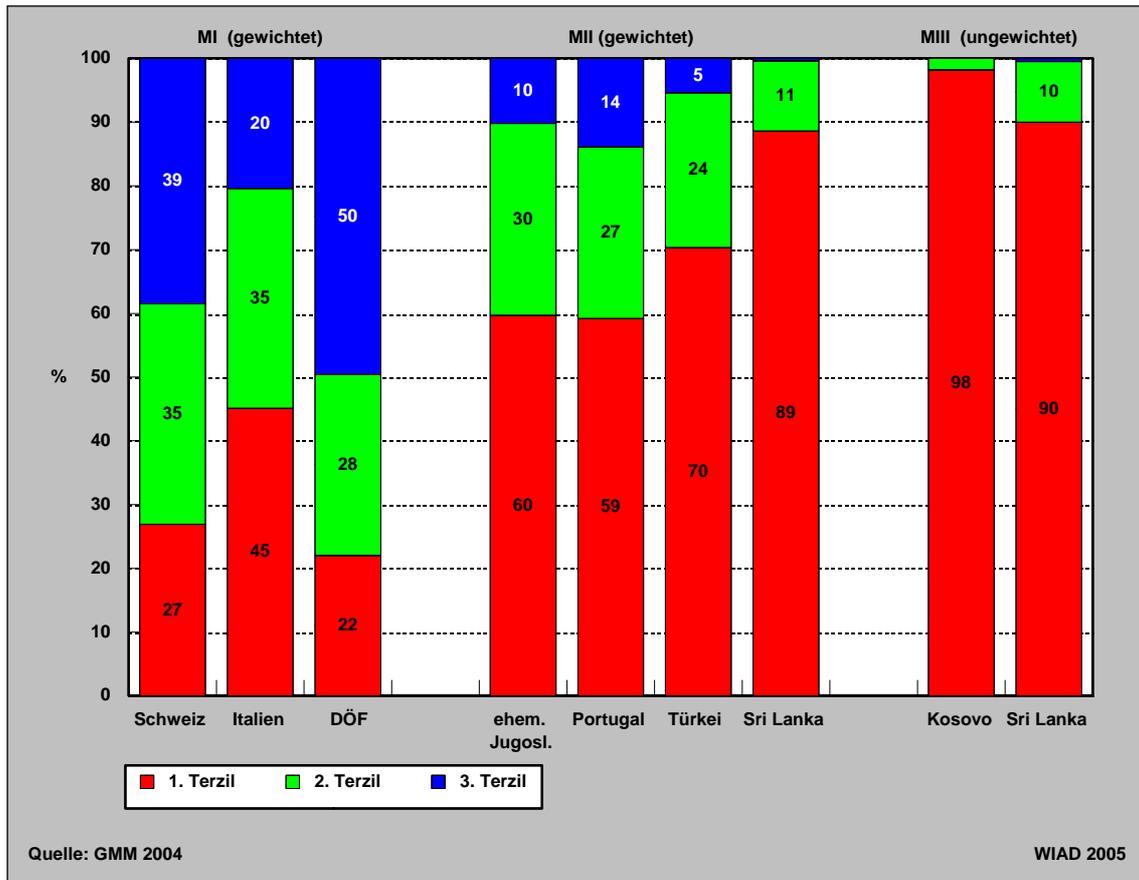
Das **gruppierte Äquivalenzeinkommen** (Übersicht 4.18) der Befragten zeigt ebenso eine überaus klare Struktur wie das **durchschnittliche Äquivalenzeinkommen** (Übersicht 4.19).²⁰ Seine Bestimmung erfolgte auf der Basis der Angaben zur Höhe des gesamten Nettoeinkommens des Haushaltes der Befragten, das heißt der Summe aller Einkommen aller Haushaltsmitglieder nach Abzug der obligatorischen Sozialversicherungsbeiträge und der Pensionskasernenbeiträge und zuzüglich oder abzüglich allfälliger Alimente. Auf dieser Grundlage wurde entsprechend der aktuellen OECD-Regeln ein Äquivalenzeinkommen der Befragten berechnet, welches die unterschiedlichen Haushaltsgrößen und -strukturen, also Anzahl und Alter der Haushaltsmitglieder, berücksichtigt und den „Anteil“ des Befragten am Haushaltseinkommen ausdrückt.²¹ Der so ermittelte Wert entspricht somit nicht realen Geldbeträgen, sondern stellt eine Referenzgröße dar, welche die Angaben der Befragten vergleichbar macht. Die Werte wurden anhand der sich empirisch ergebenden Verteilung in drei Gruppen zusammengefasst.²²

²⁰ Der Vergleich von Haushaltseinkommen wird dadurch erschwert, dass Schweizerinnen und Schweizer, aber auch Zuwanderer mit Aufenthaltstitel C (Niederlassung) ihre Steuer zahlen, nachdem sie das Geld zunächst auf dem Konto hatten, während die Mehrheit der Zugewanderten mit Ausweis B (jedoch nicht allen) die Steuer direkt vom Lohn abgezogen wird. Die Befragten müssen also unterschiedliche Schätzungen vornehmen, die unterschiedlichen Fehleinschätzungen bzw. Genauigkeiten unterliegen. Wie allgemein üblich (u.a. in der SAKE) wird dieses Problem ignoriert, da weder das Ausmaß der Verzerrung, noch eine Methode zur Korrektur bekannt ist.

²¹ Um der unterschiedlichen Größe und Zusammensetzung der Haushalte Rechnung zu tragen, ist das Einkommen je „Erwachsenenäquivalent“ angegeben. Dazu wird das Gesamteinkommen des Haushalts durch seine anhand der so genannten „modifizierten OECD-Skala“ ermittelte Äquivalenzgröße geteilt. Danach erhält der erste Erwachsene den Gewichtungsfaktor 1,0, jedes weitere Haushaltsmitglied ab 14 Jahren den Gewichtungsfaktor 0,5 und Kinder unter 14 Jahren den Faktor 0,3. Die sich ergebenden Werte werden jedem Haushaltsmitglied zugewiesen, unabhängig davon, ob es sich um Erwachsene oder Kinder handelt. Die Äquivalenzgröße eines Haushalts mit zwei Erwachsenen und zwei Kindern unter 14 Jahren ist somit: $1,0 + 0,5 + (2 \cdot 0,3) = 2,1$.

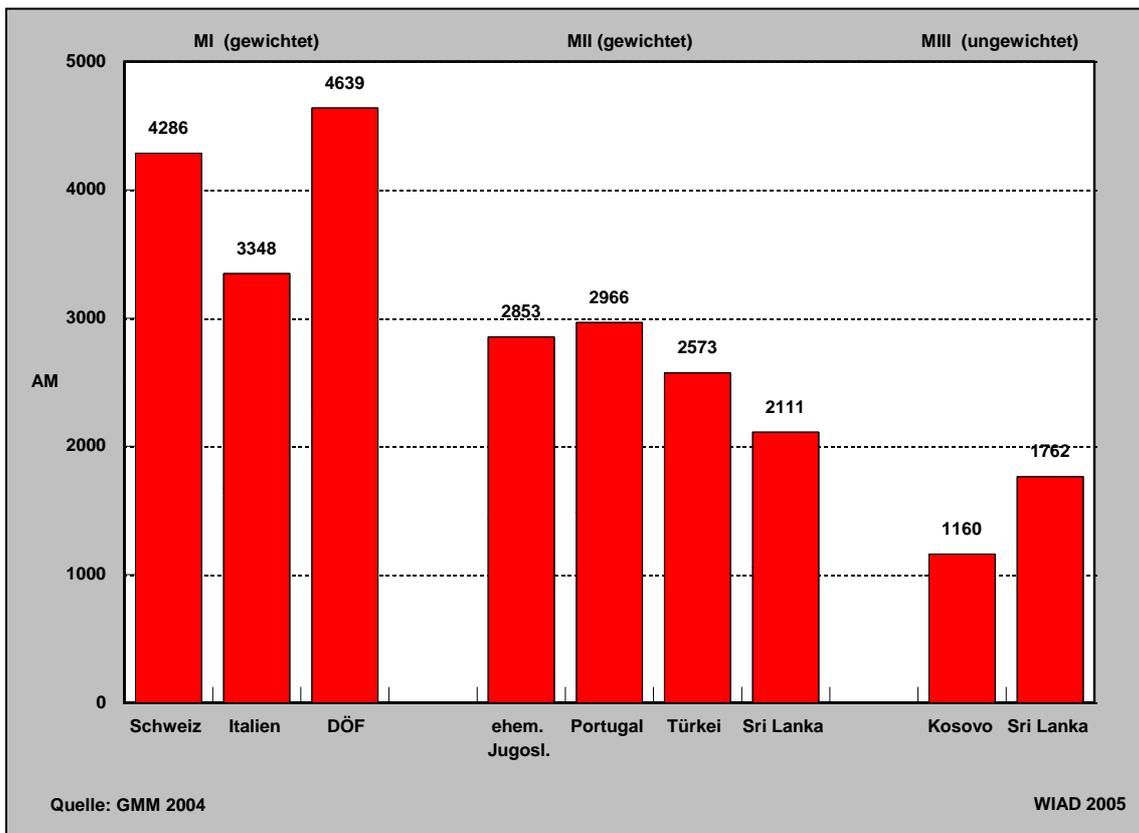
²² Die Abgrenzungen in Übersicht 4.18 entsprechen Einkommensterzilen in der ständigen Wohnbevölkerung (also ohne Modul III). Die Einkommensverteilungen in den Gruppen weichen ersichtlich mehr oder weniger stark von diesem „gesamtgemeinschaftlichen“ Standard ab.

Übersicht 4.18: Gruppiertes Äquivalenzeinkommen



Danach haben knapp vier von zehn schweizerischen Befragten ein Einkommen von 4497 Franken und mehr. Diese Gruppe hat damit in der obersten Gruppe knapp ihre relative Mehrheit. Ein gutes Drittel verfügt über eine Summe zwischen 2906 und 4496 Franken und ein weiteres gutes Viertel hat bis zu 2905 Franken. Dies ergibt ein arithmetisches Mittel von 4286 Franken. Die autochthone Referenzgruppe liegt damit an zweiter Stelle hinter den deutschen, österreichischen und französischen Zuwanderinnen und Zuwanderern. Dort befindet sich die Hälfte und damit klar der Schwerpunkt in der höchsten Einkommensgruppe. Der Durchschnitt beträgt hier 4639 Franken. Alle übrigen ausländischen Bevölkerungsgruppen haben ihren Schwerpunkt im unteren Einkommenssegment. Dies gilt zunächst mit einer relativen Mehrheit von etwa vier bis fünf Zehnteln für italienische Befragte, welche im Schnitt über 3348 Franken verfügen. Bereits klar die absolute Mehrheit von drei Fünfteln der portugiesischen und ehemaligen jugoslawischen Bevölkerung verfügt über geringe Einkommen, im Durchschnitt über 2966 bzw. 2853 Franken. Wiederum eine größere Gruppe, nämlich sieben Zehntel der türkischen Befragten befindet sich im unteren Segment. Der Durchschnitt beträgt hier 2573 Franken. Nochmals deutlich mehr, d.h. neun Zehntel der tamilischen Gruppen haben geringe Einkommen mit Durchschnitten von 2111 (Wohnbevölkerung) und 1762 (Asylsuchende). Am Ende der Rangreihe schließlich finden sich fast alle der albanischen Asylsuchenden im unteren Einkommensbereich und mit durchschnittlich 1160 Franken.

Übersicht 4.19: Durchschnittliches Äquivalenzeinkommen (arithmetisches Mittel)



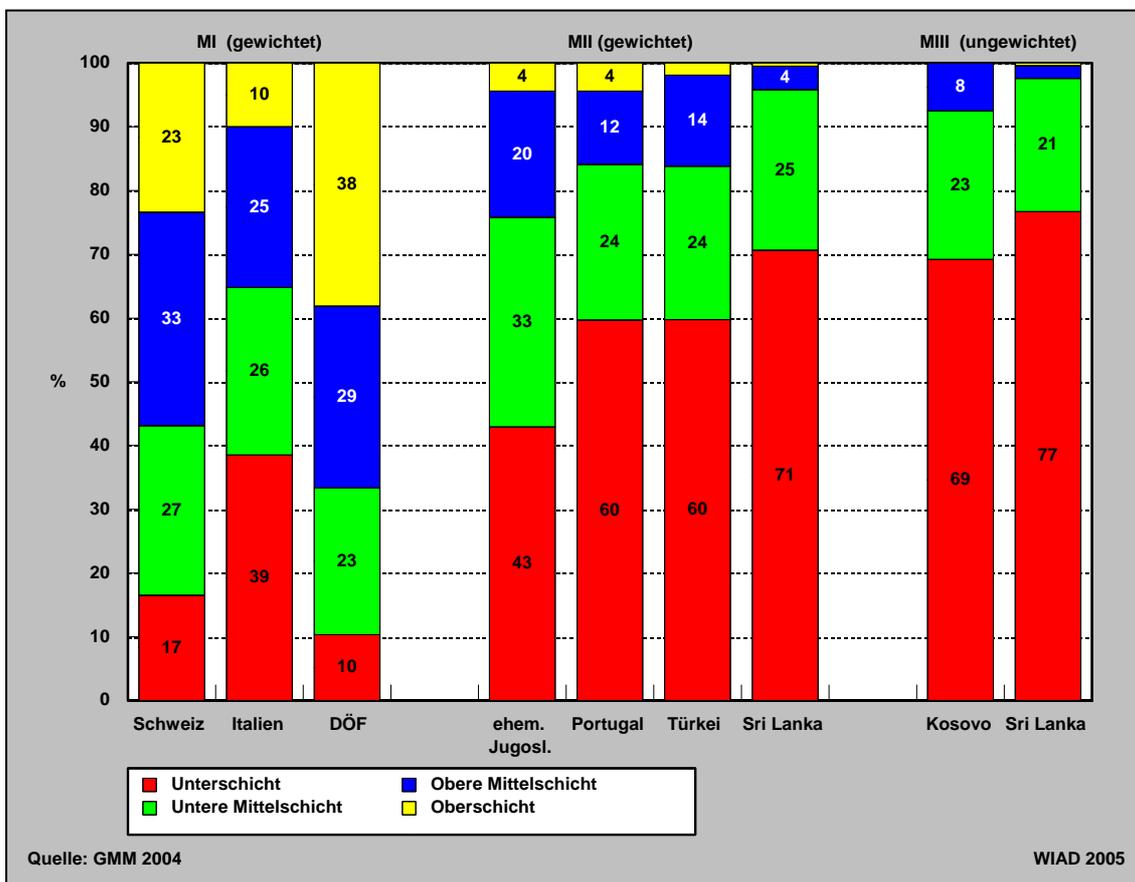
Für eine abschließende Zusammenführung sozialstruktureller Einzelvariablen zu einem **Schichtindikator** (Übersicht 4.20) wurden Daten zu Bildung, Beruf und Einkommen verknüpft.²³ Diese neue Variable diskriminiert in der Regel besser als die zugrunde liegenden Einzelvariablen bei Korrelationen mit den in den Kapiteln fünf und sechs im Einzelnen beschriebenen Variablen zur gesundheitlichen Lage bzw. dem Gesundheitsverhalten.

Danach ergibt sich eine recht klare sozialstrukturelle Gliederung der Befragten nach Nationalitäten bzw. Ethnien. Für die autochthone schweizerische Referenzbevölkerung liefert der konstruierte Index die im Vergleich zu den übrigen Gruppen gleichmäßigste Verteilung mit einem Sechstel Angehöriger der unteren sozialen Schicht, einem Viertel in der unteren Mittelschicht, einem Drittel in der oberen Mittelschicht und schließlich einem weiteren Viertel in der Oberschicht – immer zu verstehen gemäß der hier erfolgten rechnerischen Einteilung. Von dort ausgehend, wird zunächst die sozialstrukturelle Sonderstellung der Zuwanderer und Zuwanderinnen aus Deutschland, Österreich und Frankreich sichtbar, welche die der autochthonen Bevölkerung übersteigt, indem sie weniger Vertreter der unteren und – zusammengerechnet – der

²³ Diese wurden jeweils in Sechserstufen hierarchisiert und in der Folge addiert und dabei fehlende Werte mit Hilfe der vorhandenen Informationen ersetzt. Die Abgrenzung der Schichten erfolgte anhand der gewichteten Verteilung (unter Ausschluss der Asylsuchenden) der so gebildeten neuen Variable. Dabei wurde auch inhaltlich darauf geachtet, dass die Abgrenzungen der intendierten Abbildung sozialstruktureller Muster adäquat waren. Eine Kategorisierung in vier Gruppen unterscheidet Unterschicht, untere und obere Mittelschicht sowie Oberschicht.

beiden mittleren Kategorien und dafür entsprechend mehr der obersten Kategorie umfassen, die für annähernd vier Zehntel von ihnen zutrifft.

Übersicht 4.20: Soziale Schicht



Alle übrigen Migrantengruppen sind, wiederum aus der Perspektive der schweizerischen Bevölkerung, sozialstrukturell niedriger angesiedelt und haben alle ihren Schwerpunkt in den unteren Segmenten. In der höchsten Position unter ihnen befinden sich Italienerinnen und Italiener, von denen nur eine relative Mehrheit von etwas unter vier Zehnteln zur Unterschicht zählt. Die Hälfte von ihnen ist etwa gleich verteilt in den beiden mittleren Gruppen vertreten und eine nennenswerte Minderheit sogar in der Oberschicht. Ihnen folgen die ebenfalls noch herausgehobenen Befragten aus dem ehemaligen Jugoslawien. Hier zählt wiederum eine relative Mehrheit, aber schon gut vier Zehntel, zur Unterschicht, und die mittlere Hälfte hat ihren Schwerpunkt in der unteren Mittelschicht. Nur eine sehr kleine Gruppe gehört hier zur Oberschicht, ebenso wie in der portugiesischen und türkischen Bevölkerung. In den tamilischen sowie der albanischen Gruppe schließlich gilt dies nur für marginale Bevölkerungsanteile bzw. praktisch niemand. Demgegenüber überwiegt in allen diesen Gruppen klar die Unterschicht. Zu dieser gehören drei Fünftel der an nächster Position platzierten portugiesischen und türkischen Befragten, deren mittlere Gruppe, wie auch bei allen weiteren Migrantinnen und Migranten, überwiegend zur unteren Mittelschicht zählt. Den vorletzten Rang in der sozialstrukturellen Hierarchie nehmen die Befragten der tamilischen Wohnbevölkerung und der albanischen Asylsuchenden ein, wel-

che zu sieben Zehnteln der Unterschicht angehören. Auch sind hier nur noch sehr kleine Gruppen in der oberen Mittelschicht zu finden. An letzter Stelle schließlich sind Asylsuchende aus Sri Lanka positioniert, welche zu gut drei Vierteln von der Unterschicht geprägt sind und kaum Vertreter oberer Schichten umfassen.

Im Hinblick auf die *Haushaltsgröße* leben schweizerische sowie deutsche, österreichische und französische Befragte vorwiegend in Ein- und Zwei-Personen-Haushalten. Italienerinnen und Italiener geben als Schwerpunkt Zwei-Personen-Haushalte, dazu Ein-Personen- und, wie die übrigen ausländischen Gruppen, auch vermehrt Drei- und Vier-Personen-Haushalte an.

Gruppiertes wie durchschnittliches Äquivalenzeinkommen zeigen ein klares Gefälle von der deutschen, österreichischen und französischen Bevölkerung über die schweizerische zu allen übrigen ausländischen Gruppen, die deutlich niedriger positioniert sind. Hier rangieren italienische Befragte vor portugiesischen und ehemaligen jugoslawischen, diese vor türkischen und letztere vor tamilischen. Nochmals darunter finden sich albanische Asylsuchende.

Gemessen über einen *zusammenfassenden Schichtindikator* wird eine sozialstrukturelle Position der deutschen, österreichischen und französischen Bevölkerung sichtbar, die über der der Autochthonen liegt. Demgegenüber sind alle übrigen Migranten darunter positioniert, mit mehr oder weniger großen Schwerpunkten in den unteren Schichten, dabei die italienische Bevölkerung gefolgt von der ehemaligen jugoslawischen an der Spitze der Skala, daran anschließend die portugiesische und türkische Gruppe, an vorletzter Position tamilische Wohnbevölkerung und albanische Asylsuchende und zuletzt tamilische Asylsuchende.

4.1.5 Soziale Einbindung

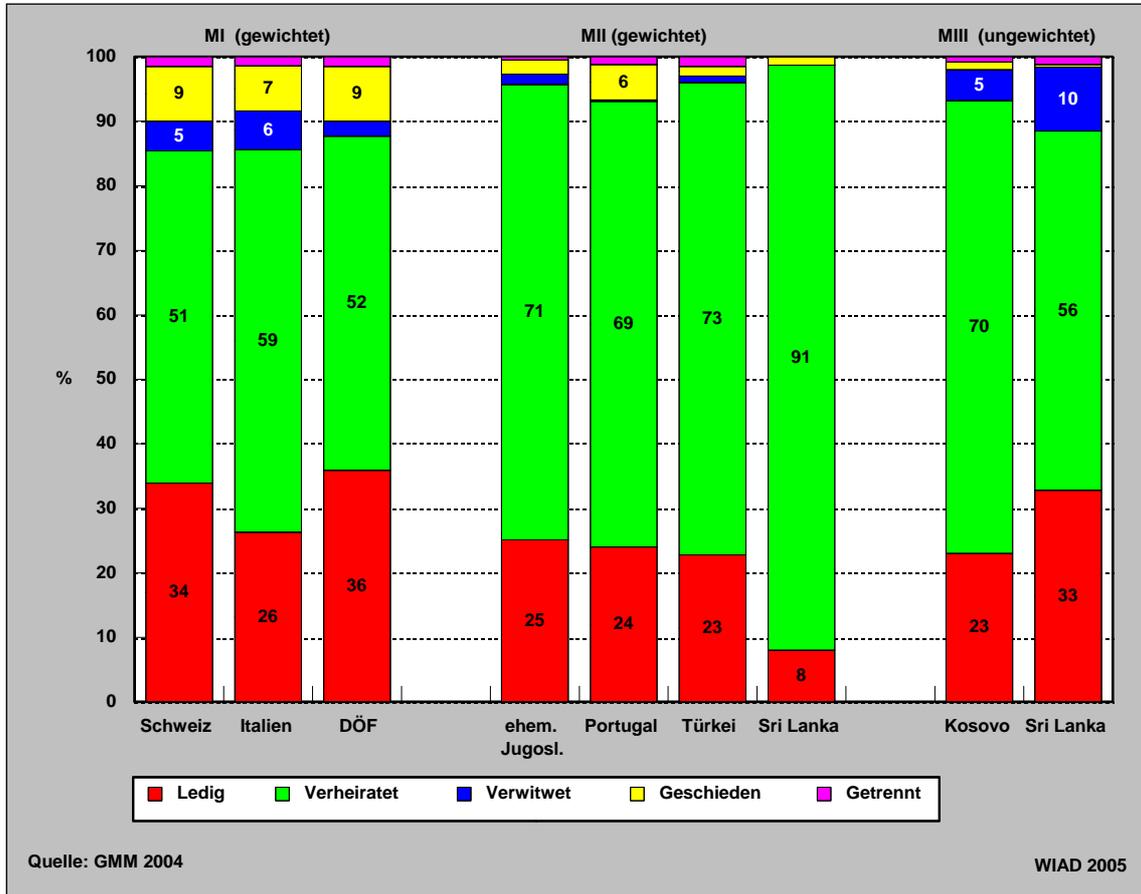
Befragt nach ihrem **Zivilstand** (Übersicht 4.21), geben jeweils absolute Mehrheiten der Befragten an, verheiratet zu sein, jedoch zeigen sich auch deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen. Unter den Schweizerinnen und Schweizern ist gut jeder oder jede Zweite verheiratet, ein Drittel ist ledig, eine kleine Gruppe ist geschieden, eine noch kleinere verwitwet und eine marginale Gruppe lebt getrennt. Insgesamt machen diese ehemals in Partnerschaft Lebenden etwa ein Sechstel aus.

Den Autochthonen am ähnlichsten ist die deutsche, österreichische und französische Bevölkerung, welche sich damit umgekehrt wiederum von allen anderen Gruppen der Migranten und Migrantinnen abhebt. Diese zeichnen sich auf der einen Seite durch höhere Anteile von Verheirateten zwischen 56 und 73% und einem Extremwert von 91% unter der tamilischen Wohnbevölkerung sowie auf der anderen Seite durch entsprechend geringere Anteile Lediger zwischen 33 und 23% und wiederum einem Extremwert von 8% bei der tamilischen Wohnbevölkerung aus.

Auffällig ist noch ein erhöhter Wert für verwitwete tamilische Asylsuchende. Im Übrigen sind die Anteile der geschiedenen türkischen, tamilischen und albanischen Befragten, der verwitweten portugiesischen, türkischen, tamilischen (Wohnbevölkerung) und albanischen Befragten sowie

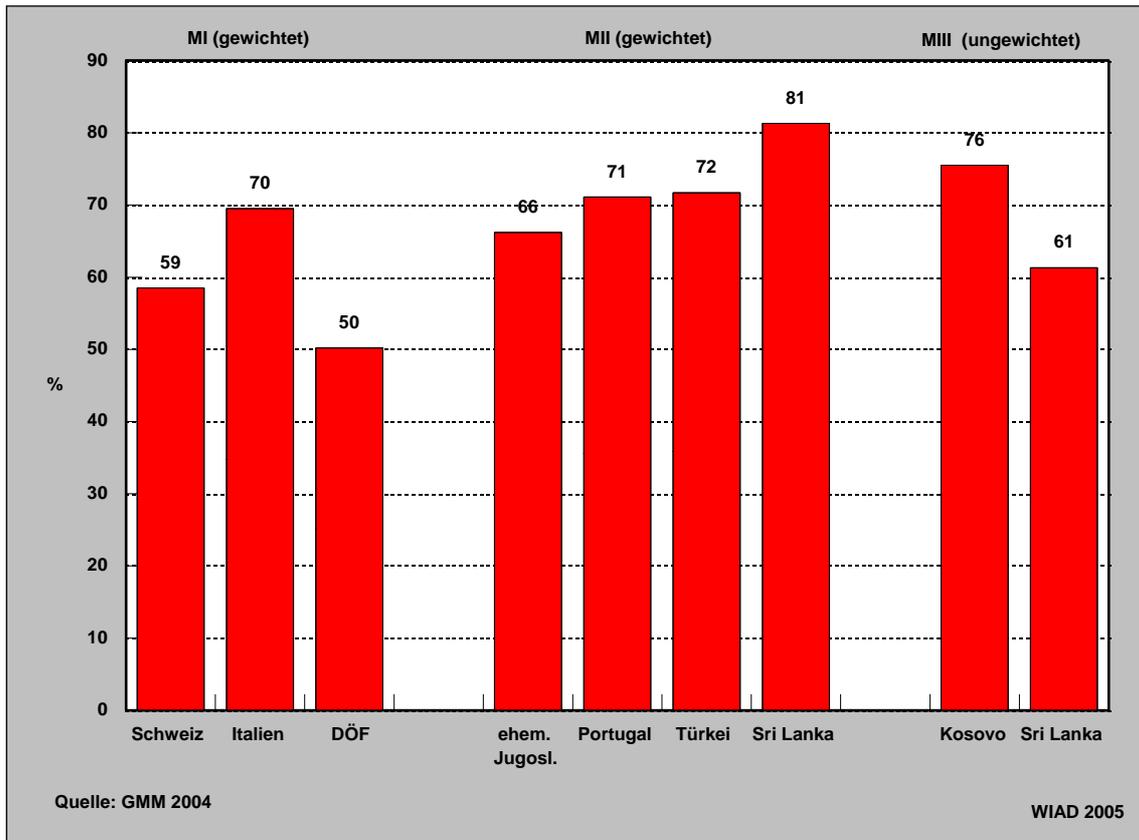
aller ausländischer getrennt Lebender wegen zu kleiner Fallzahlen in ihren numerischen Ausprägungen nicht interpretierbar.

Übersicht 4.21: Zivilstand



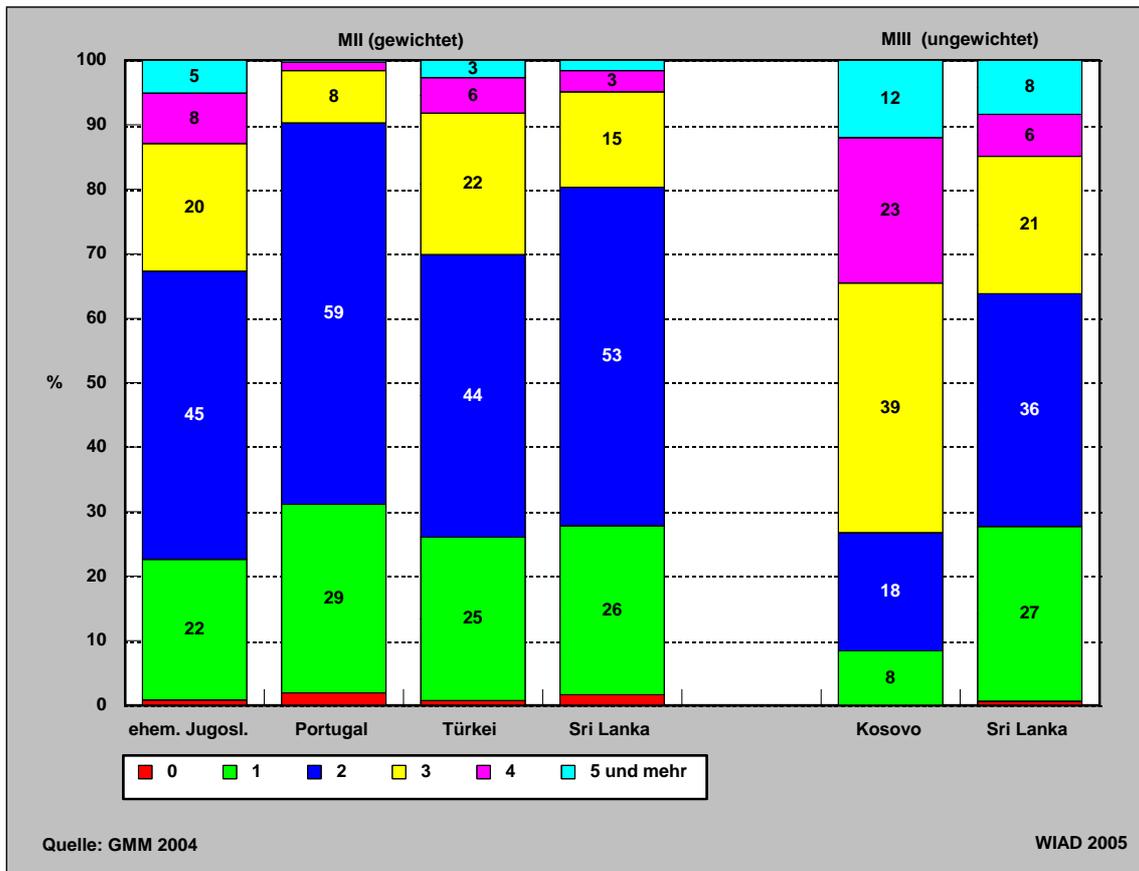
Wieder jeweils absolute Mehrheiten haben oder hatten **Kinder** (Übersicht 4.22), jedoch ebenfalls in sehr unterschiedlich geprägtem Ausmaß. So beantworten knapp drei Fünftel der Schweizerinnen und Schweizer diese Frage positiv, jedoch nur gerade die Hälfte der deutschen, österreichischen und französischen Bevölkerung, welche so wiederum eine Sonderstellung einnimmt. In allen übrigen ausländischen Gruppen haben deutlich größere Anteile der Befragten Kinder und zwar überwiegend zwischen 66 und 76%. Lediglich die beiden tamilischen Gruppen zeigen sich hier sehr differenziert: Während die ständige Wohnbevölkerung unter ihnen mit 81% den höchsten Anteil verzeichnet, ist der Wert für die Asylsuchenden mit 61% relativ niedrig.

Übersicht 4.22: Kinder



Die Frage nach der **Zahl lebender Kinder** (Übersicht 4.23) wurde an diejenigen gestellt, welche die vorhergehende positiv beantwortet hatten, im Rahmen der SGB jedoch nur an Befragte ab 60 Jahre. Im Folgenden sind daher nur die Werte für alle Befragten des GMM, also Modul II und III, dargestellt.

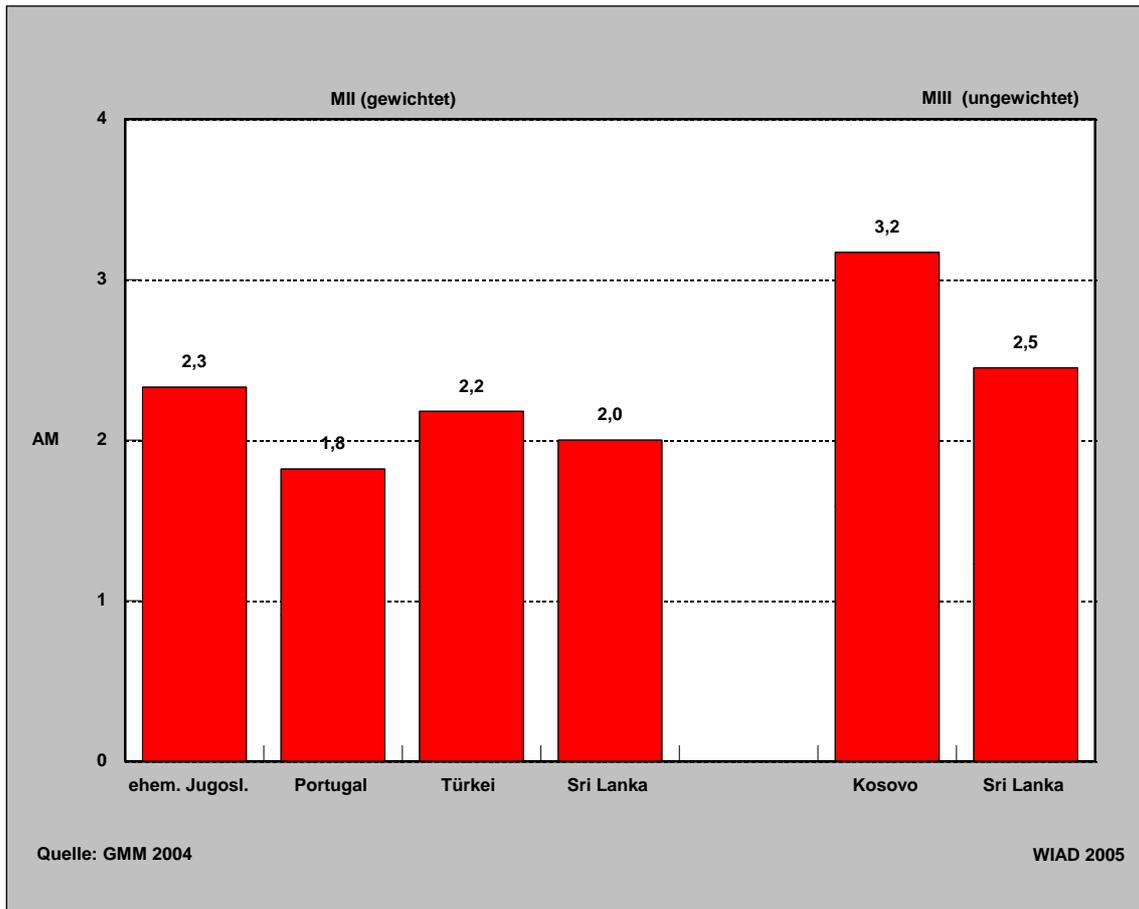
Übersicht 4.23: Zahl lebender Kinder (gruppiert)



Danach haben mit Ausnahme der albanischen Asylsuchenden die jeweils größten Gruppen zwei Kinder. Dies gilt mit absoluter Mehrheit für die tamilische Wohnbevölkerung und insbesondere mit fast drei Fünfteln für die portugiesische Gruppe. Letztere haben mit knapp drei von zehn auch den höchsten Anteil in der Kategorie „ein Kind“, jedoch umgekehrt nur einen einstelligen Anteil für mehr als zwei Kinder: portugiesische Befragte haben somit klar die wenigsten Kinder; die **durchschnittliche Zahl der Kinder** (Übersicht 4.24), d.h. der Wert über alle Kinder ohne Gruppierung und unter Ausschluss der Kategorie „0“, liegt für sie bei 1,8. Das umgekehrte Extrem bilden albanische Asylsuchende, die ihren Schwerpunkt mit fast vier Zehnteln in der Kategorie „drei Kinder“ haben, während nur ein Sechstel lediglich ein Kind, jedoch über ein Drittel mehr als drei Kinder angibt. Durchschnittlich haben Befragte dieser Gruppe 3,2 Kinder.

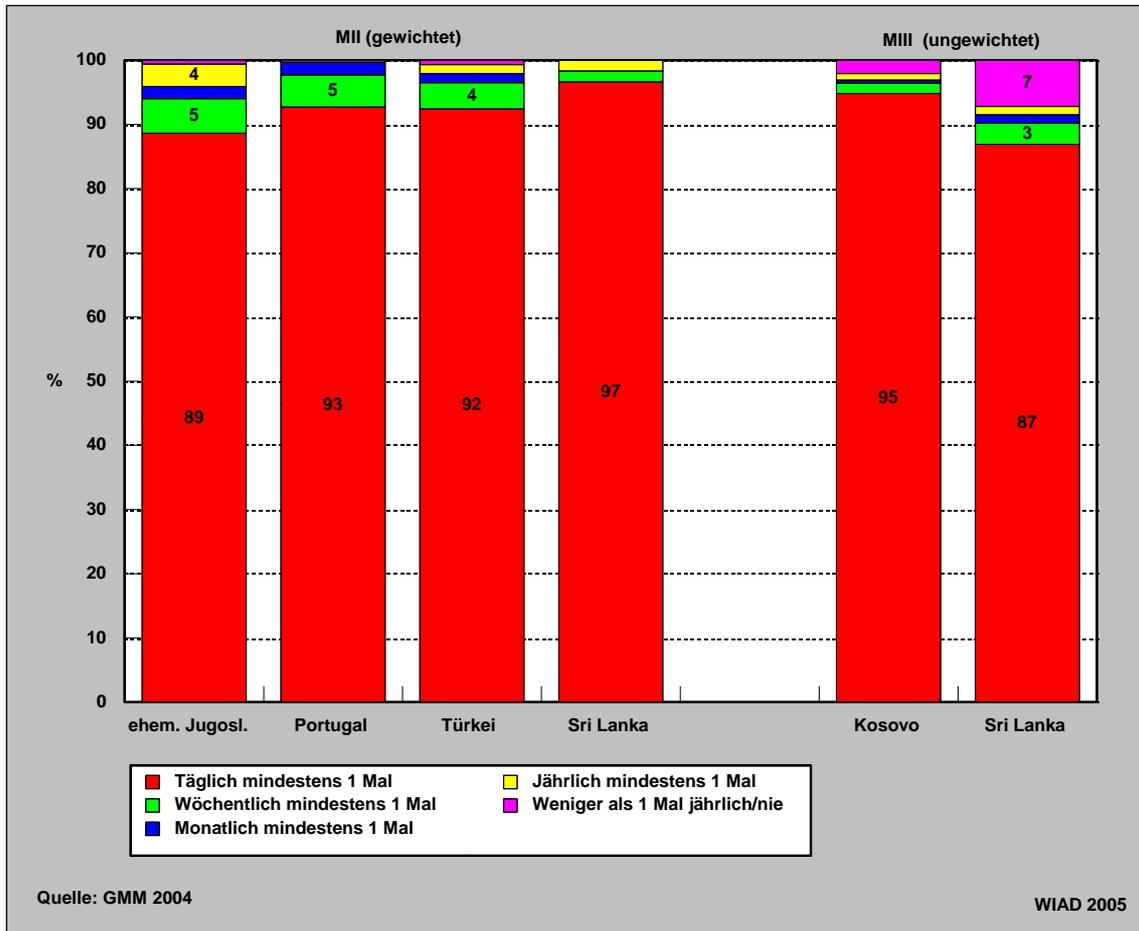
Die übrigen Befragten liegen zwischen den genannten Gruppen und verzeichnen mit 36 bis 45% in der Kategorie zwei Kinder dort die jeweils höchsten Anteile, wobei die tamilischen Asylsuchenden mit 36% auffällig von der tamilischen Wohnbevölkerung mit, wie schon erwähnt, 53% abweichen. Tamilische Asylsuchende folgen mit durchschnittlich 2,5 Kindern auf die albanischen Asylsuchenden, an dritter Stelle liegen mit 2,3 Kindern Befragte aus dem ehemaligen Jugoslawien, an vierter Position türkische Befragte mit 2,2 und auf Rang fünf die tamilische Wohnbevölkerung mit durchschnittlich 2,0 Kindern.

Übersicht 4.24: Durchschnittliche Zahl der Kinder (arithmetisches Mittel)



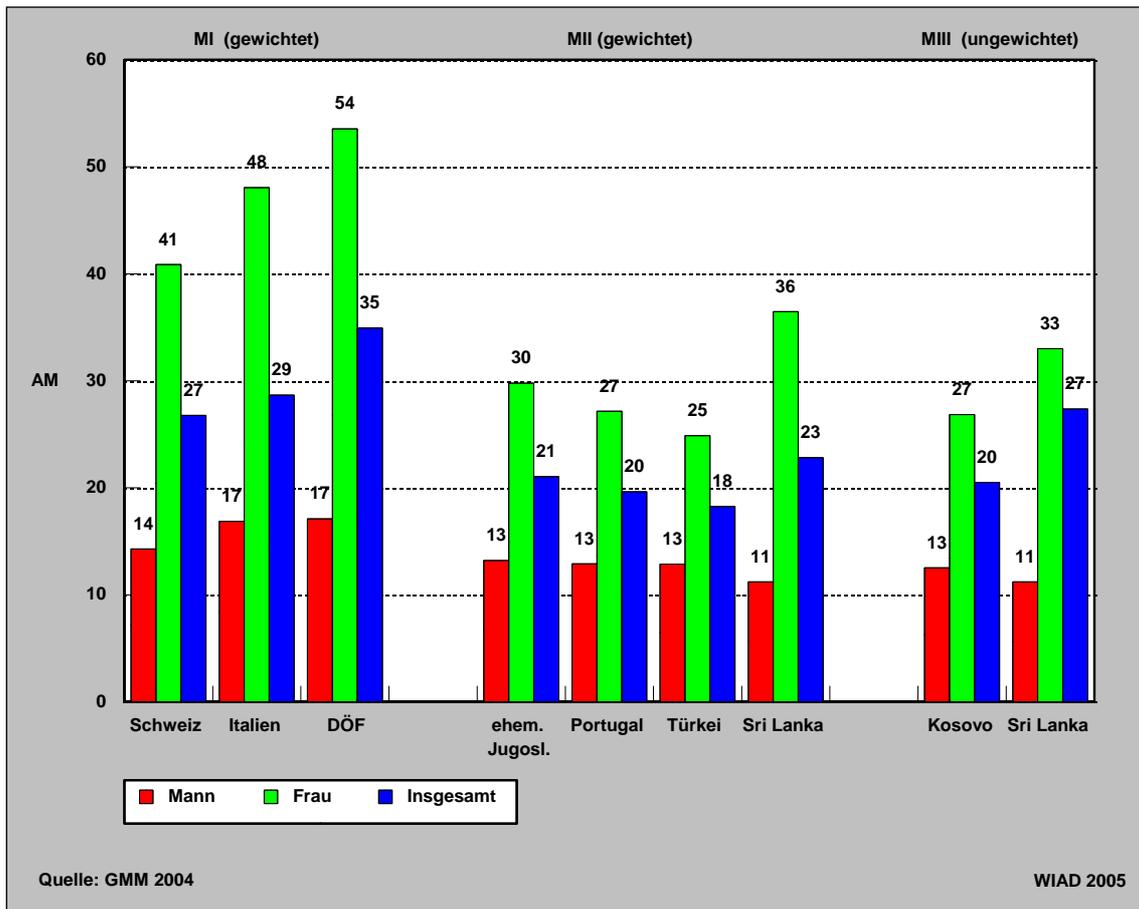
Weiterhin wurden diejenigen mit noch lebenden Kindern nach dem **Kontakt zu diesen Kindern** befragt, d.h., wie häufig sie diese sehen (Übersicht 4.25). Auch diese Frage war wiederum nur im GMM an alle Befragten gerichtet. Hier zeigt sich, dass sehr große Mehrheiten zwischen 87 und 97% ihre Kinder mindestens einmal täglich sehen. Alle übrigen Kategorien sind nur von kleinen Gruppen oder marginal besetzt.

Übersicht 4.25: Kontakt zu Kindern



Diejenigen Befragten, in deren Haushalt Kinder unter 15 Jahren leben, wurden gefragt, wie viele **Stunden** sie der **Kinderbetreuung pro Woche** (Übersicht 4.26) widmen.

Übersicht 4.26: Kinderbetreuung pro Woche in Stunden nach Geschlecht (Personen in Haushalten mit Kindern unter 15 Jahren, arithmetisches Mittel)



Aufgrund der Fallzahlen ist hier nur eine Analyse der Mittelwerte sinnvoll. Gleichzeitig sind diese bei dieser Thematik nach Geschlecht zu differenzieren, da hier deutlich höhere Werte für Frauen vorliegen. So zeigt sich über alle Befragten hinweg betrachtet eine Spannweite von 34,9 Stunden bei der deutschen, österreichischen und französischen Bevölkerung bis 18,2 Stunden unter den türkischen Befragten, also eine Differenz von 16,7 Stunden. Jedoch beträgt der Unterschied zwischen den Gruppen bei den Männern nur 5,9 Stunden und reicht dabei von Deutschen, Österreichern und Franzosen mit 17,1 Stunden bis zu Tamilen mit jeweils 11,2 Stunden. Demgegenüber geben Deutsche, Österreicherinnen und Französinen, welche 53,6 Stunden nennen, 28,7 Stunden mehr an als Türkinnen, die 24,9 Stunden Kinderbetreuung pro Woche, und damit weniger als die Hälfte, festhalten. Ebenfalls hohe Werte verzeichnen Italienerinnen mit 48,1 und auch noch Schweizerinnen mit 40,9 Stunden, während Albanerinnen mit 26,8, Portugiesinnen mit 27,1 und Personen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien mit 29,8 Stunden vergleichsweise niedrige Werte angeben. Tamilinnen nehmen mit 33,0 (Asylsuchende) bzw. 36,5 (Wohnbevölkerung) Stunden eine mittlere Position ein.

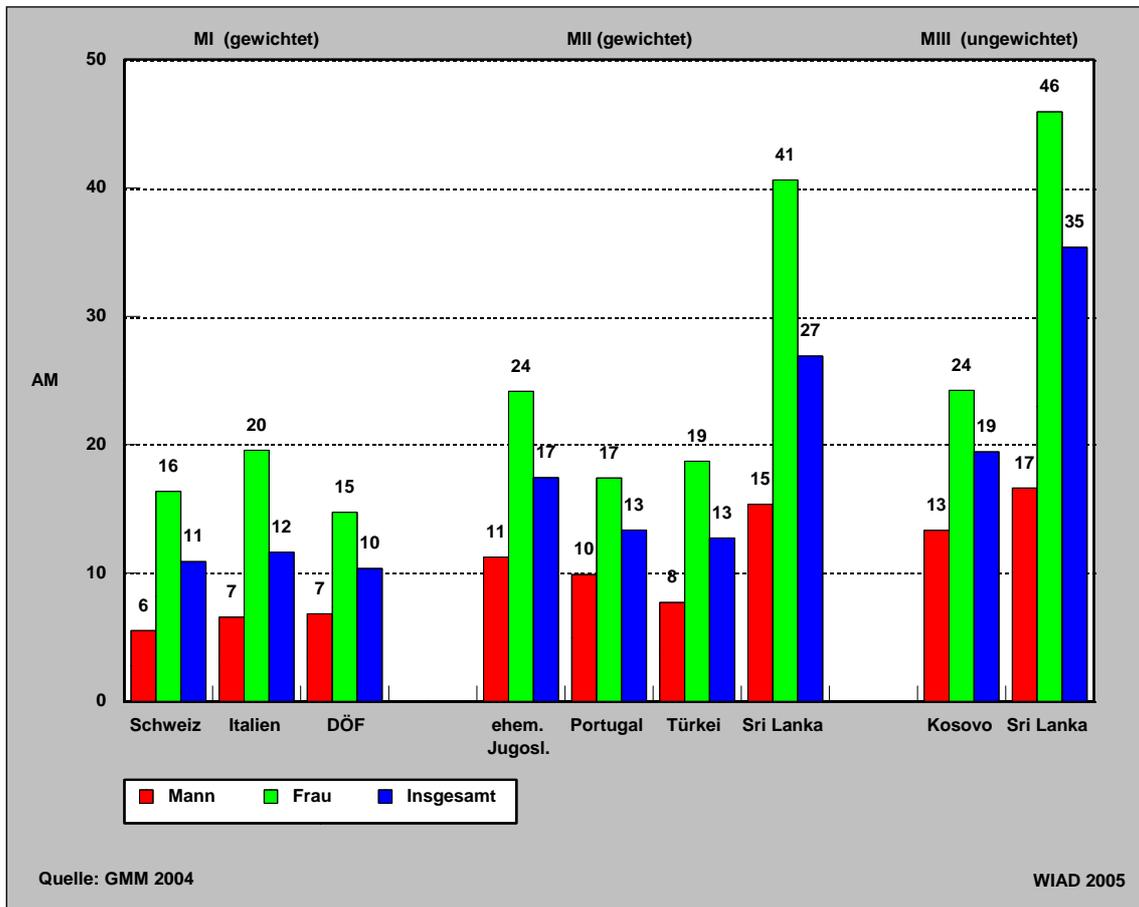
Sind somit die Angaben der Frauen etwa zwei bis drei Mal höher als die der Männer, so zeichnen sie sich darüber hinaus durch größere Differenzen aus. Gleichzeitig lässt sich eine klare Strukturierung entlang soziökonomischer Muster oder der Migrationssituation nicht ausmachen:

die höchsten Werte verzeichnen die sozialstrukturell privilegierten deutschen, österreichischen und französischen Migrantinnen, aber gleich an zweiter Stelle folgen die Italienerinnen noch vor den Schweizerinnen; auch ist eine vereinheitlichende Wirkung des Status' der Asylsuchenden ebenso wenig festzustellen wie die bei anderen Fragen oft sichtbar werdende Differenzierung zwischen diesen Asylsuchenden und der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung. Allein die relative Nähe der beiden tamilischen Gruppen fällt auf, also eine ethnisch-kulturelle Übereinstimmung. Es liegt daher die Vermutung nahe, welche hier allerdings leider nicht weiter überprüft werden kann, dass in die Beantwortung der Frage nach der Kinderbetreuung kulturell differente Wahrnehmungen dessen, was darunter zu verstehen ist, einfließen, und zwar sowohl hinsichtlich der Art und Weise der Zuwendung zu einem Kind als auch der Einschätzung dieser Zuwendung als Betreuung oder nicht: was in der einen Perspektive als Betreuung angesehen werden mag, kann unter Umständen aus anderem Blickwinkel nur als physische Anwesenheit in der Gegenwart von Kindern eingeschätzt werden, und was die eine Erziehende als spezifisch auf das Kind gerichtete Handlung betrachten mag, kann die andere als Element des alltäglichen Familienlebens ohne explizite pädagogische Funktion wahrnehmen. Anders ist schwer verständlich, wieso Deutsche, Österreicherinnen und Französischen, die zu den Gruppen mit wenig Kindern gehören, die höchsten Werte verzeichnen und umgekehrt Albanerinnen, deren Gruppe die kinderreichste ist (siehe oben), zu denen mit geringen Anteilen zählen²⁴.

Wiederum an alle Befragten richtete sich die Frage nach der Zeit in **Stunden**, welche sie mit **Haushaltsarbeit pro Woche** (Übersicht 4.27) beschäftigt sind, wobei Zeiten der Kinderbetreuung nicht eingeschlossen waren. Die Auswertung beschränkt sich aus Gründen der Fallzahlen wiederum auf die Mittelwerte, differenziert aber abermals zwischen den Geschlechtern, da Frauen hier erneut klar höhere Werte zeigen.

²⁴ Diese Unterschiede lassen sich augenscheinlich auch nicht durch vorliegende oder fehlende Erwerbstätigkeit erklären, da bei einer Differenzierung nach dieser Variable sich die Verteilungen nicht wesentlich ändern: Unterteilt man die Mittelwerte der Kinderbetreuung von Frauen nach Erwerbstätigen und nicht Erwerbstätigen, so liegen in der zuletzt genannten Gruppe die Deutschen, Österreicherinnen und Französischen mit 61,2 Stunden Kinderbetreuung wiederum vor den Italienerinnen mit 48,7 Stunden. Dieser Vorsprung ist noch ausgeprägter als bei allen Frauen. Somit scheint der hohe Wert von Deutschen, Österreicherinnen und Französischen zumindest teilweise durch das spezifische Verhalten derer ohne Erwerbstätigkeit verursacht zu sein, denn bei den Erwerbstätigen kommt es zu einem Tausch der Plätze zwischen Italienerinnen mit 47,7 und Deutschen, Österreicherinnen und Französischen mit 44,3 Stunden. Allerdings ist bei letzteren einerseits und auch bei italienischen nicht erwerbstätigen Frauen andererseits die zugrunde liegende Fallzahl nicht sehr hoch. Dazu kommt jedoch zusätzlich, dass am anderen Ende der Skala bei dieser Betrachtung kaum Differenzen auftreten: Hier finden sich bei den Erwerbstätigen Albanerinnen (20,0), Türkinnen (20,7) und Portugiesinnen (22,6), also die gleichen Gruppen wie bei allen Frauen, lediglich Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien sind nicht mehr dabei. Und bei nicht Erwerbstätigen sind wiederum ehemalige Jugoslawinnen (26,6), Türkinnen (28,4) und Albanerinnen (29,9) am Ende der Rangreihe, wobei im Vergleich zu allen Frauen hier nur die Portugiesinnen fehlen. Da Erwerbstätigkeit die Rangfolge der Zeit, die die einzelnen Gruppen der Kinderbetreuung widmen, also nicht entscheidend beeinflusst, dürfte darin nicht die Ursache für die gefundenen Strukturen liegen.

Übersicht 4.27: Haushaltsarbeit pro Woche in Stunden nach Geschlecht (arithmetisches Mittel)



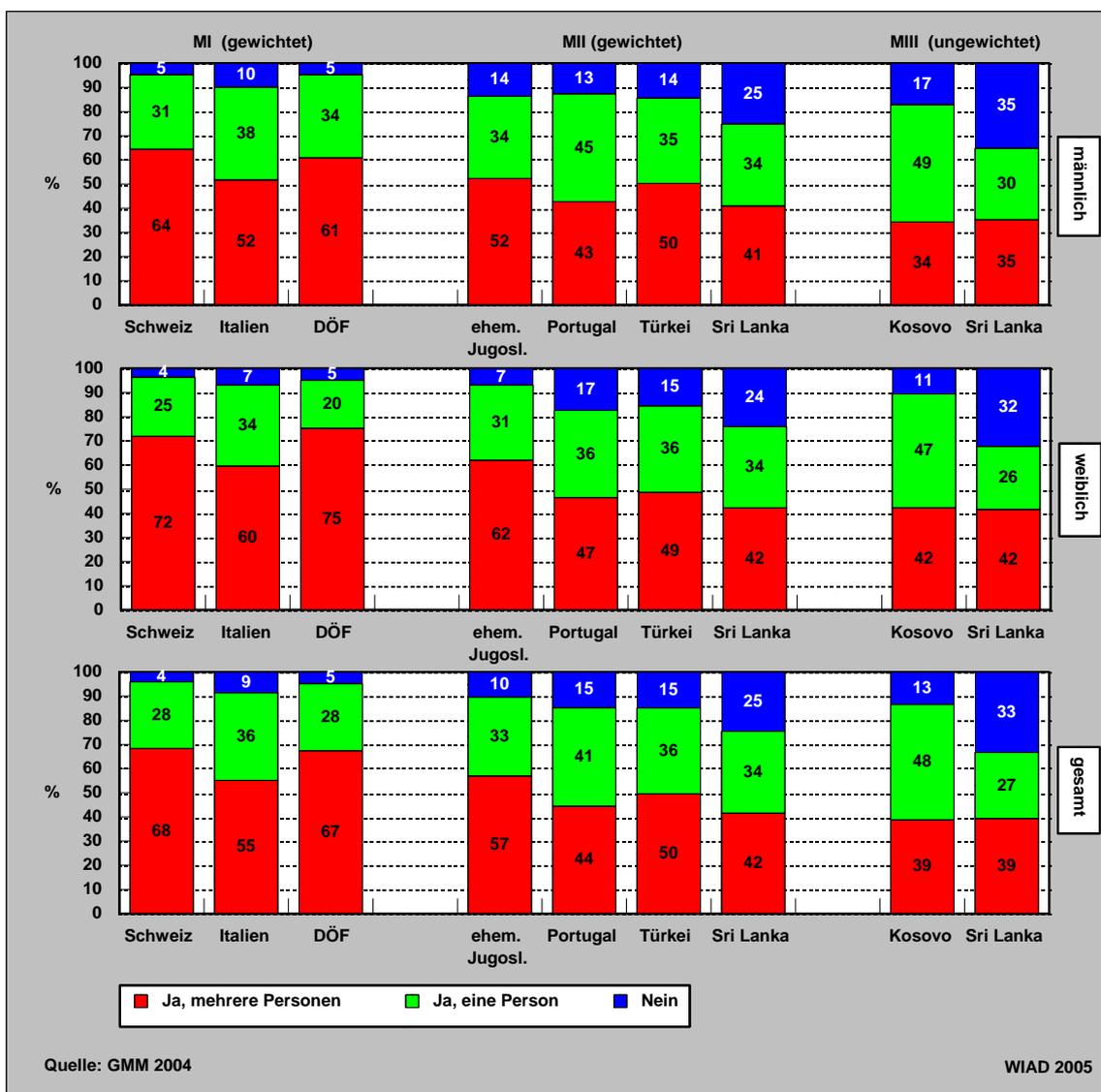
Sowohl über alle Befragte als auch getrennt nach Männern und Frauen wird jeweils die gleiche Struktur sichtbar: hohe Anteile für die beiden tamilischen Gruppen, mittlere Werte für ehemalige jugoslawische und albanische Befragte und geringere Ausprägungen bei allen Übrigen. Die Spannweite reicht bei allen Befragten von 35,4 bis 10,4 Stunden, zeigt also eine Differenz von 25 Stunden. Jedoch liegen bei den männlichen Befragten nur 11,1 Stunden zwischen den Extremwerten 5,5 und 16,6. Demgegenüber arbeiten weibliche Befragte zwischen 14,7 und 45,9 Stunden im Haushalt, die Differenz beträgt also 31,2 Stunden. Insgesamt arbeiten so Frauen im Haushalt etwa knapp drei Mal so lange wie Männer.

Die ähnlich hohen Werte für die beiden tamilischen Gruppen sowie die ebenfalls beieinander liegenden Anteile von albanischen Asylsuchenden und ehemaligen jugoslawischen Befragten, welche aus benachbarten geographischen Räumen stammen, geben Anlass, ethnische bzw. kulturelle Faktoren als zumindest mitursächlich für die empirischen Strukturen anzunehmen, ohne dies hier näher bestimmen zu können. Mögliche sprachliche Unschärfen in der Übersetzung oder differentes Verständnis hinsichtlich Umfang und Bedeutungsgehalt des Begriffs

„Hausarbeit“, d.h. welche Arbeiten wo gemeint sind, können jedoch auch nicht ausgeschlossen werden.²⁵

Schließlich wurde im Rahmen des Themenkreises sozialer Einbindung, verstanden sowohl als soziale Belastungen wie auch als soziale Unterstützung, die Frage gestellt, ob unter den dem oder der Befragten **nahe stehenden Personen**, jemand ist, mit dem oder der jederzeit über wirklich **ganz persönliche Probleme** (Übersicht 4.28) geredet werden könne. Diese Person konnte auch die Partnerin oder der Partner sein.

Übersicht 4.28: Nahe stehende Personen für persönliche Probleme nach Geschlecht



²⁵ Im Rahmen der kognitiven Pre-Tests (vgl. Kapitel 2.2) war, allerdings bei einer türkischen Befragten, der Fall aufgetreten, dass die als Reinigungskraft erwerbsmäßig tätige Testperson die Frage nach der Haushaltsarbeit als Frage nach der Zeit, in der sie beruflich entsprechend tätig ist, verstanden hatte.

In der Gesamtschau zeichnet sich hier ein generelles Muster in einer Gegenüberstellung der Autochthonen und der sozialstrukturell arriviertesten Migrationsbevölkerung, also der deutschen, österreichischen und französischen Wohnbevölkerung, einerseits und der tamilischen Gruppen bzw. der Asylsuchenden insgesamt andererseits ab, während die übrigen Gruppen dazwischen stehen.

Deutlich wird dies zunächst, wenn schweizerische Befragte sowie solche aus Deutschland, Österreich und Frankreich mit 68 und 67% am häufigsten angeben, mehrere Personen zu haben, während albanische Befragte mit 39% und die beiden tamilischen Gruppen mit ebenfalls 39% (Asylsuchende) und 42% (Wohnbevölkerung) dies am seltensten tun. Umgekehrt wird die Frage nach einem vertrauten nahe Stehenden nur von 4% der schweizerischen und 5% der deutschen, österreichischen und französischen Befragten verneint, hingegen von 33 (Asylsuchende) bzw. 25% (Wohnbevölkerung) der tamilischen Gruppen. Ein ähnliches Muster lässt sich bei der Kategorie „eine Person“ erkennen. Hier weisen wiederum schweizerische, deutsche, österreichische und französische Befragte mit 28% einen geringen Wert auf. Zwar liegt der Wert für tamilische Asylsuchende mit 27% noch darunter, jedoch aufgrund ihres hohen Anteils in der Kategorie „niemand“. Umgekehrt korrespondiert der hohe Wert von 48% für albanische Asylsuchende mit ihrem geringen Anteil in der Kategorie „mehrere“.

Generell haben Frauen häufiger mehrere vertraute nahe Stehende im Vergleich zu Männern, dies gilt insbesondere für Schweizerinnen, Italienerinnen, Deutsche, Österreicherinnen und Französinen, Personen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien und Albanerinnen. Lediglich Türkinnen verfügen leicht weniger darüber als Türken. Umgekehrt unterhalten Männer im Vergleich zu Frauen generell häufiger entsprechende Beziehungen nur zu einer Person, speziell Schweizer, Deutsche, Österreicher und Franzosen und Portugiesen. Lediglich für Türken gilt dies etwas weniger als für Türkinnen, während die Werte für die tamilische Wohnbevölkerung etwa gleich sind. Schließlich haben Männer allgemein auch häufiger als Frauen keine vertraute Person, insbesondere Personen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien und Albaner. Ausnahmen sind die etwa gleich geringen Anteile in der deutschen, österreichischen und französischen Bevölkerung, der leicht höhere Wert bei Türkinnen sowie der etwas deutlicher höhere Anteil unter Portugiesinnen.

Während im Hinblick auf den *Zivilstand* über die Hälfte der Befragten verheiratet ist, sind, mit Ausnahme der der schweizerischen Bevölkerung ähnlichen deutschen, österreichischen und französischen Wohnbevölkerung, Migrantinnen und Migranten häufiger verheiratet und seltener ledig. Abgesehen von der deutschen, österreichischen und französischen Bevölkerung haben die Befragten klar mehrheitlich *Kinder*.

Frauen geben zwei bis drei Mal längere *Zeiten der Kinderbetreuung* pro Woche an als Männer. Ebenfalls geben Frauen etwa knapp drei Mal so viele *Stunden Hausarbeit* pro Woche an als Männer.

Über soziale Verflechtungen mit *nahe stehenden Personen für ganz persönliche Probleme* verfügen schweizerische Befragte sowie die sozialstrukturell arrivierteste Gruppe der deutschen,

österreichischen und französischen Zuwanderinnen und Zuwanderer im größten Maße, während umgekehrt die Werte für die tamilischen Gruppen bzw. die Asylsuchenden insgesamt am geringsten sind. *Geschlechtsspezifisch* haben – mit Ausnahme türkischer sowie portugiesischer Befragter – Frauen häufiger mehrere, Männer hingegen öfter nur eine oder keine vertraute Person.

4.2 Migrationsspezifische Aspekte der sozialen Lage

In den folgenden Abschnitten werden diejenigen Aspekte behandelt, die nur für Migrantinnen und Migranten zutreffen. Ganz überwiegend handelt es um Daten zu den befragten Gruppen von Modul II, also Wohnbevölkerung aus dem ehemaligen Jugoslawien, Portugal, der Türkei und Sri Lanka, sowie den Asylsuchenden des Moduls III aus dem Kosovo und Sri Lanka, also albanische und tamilische Befragte. Zu einigen Variablen liegen darüber hinaus Daten zu der im Modul I erfassten italienischen sowie der zusammengefassten deutschen, österreichischen und französischen Wohnbevölkerung vor, welche aus dem ZAR stammen.

Die Gliederung führt gewissermaßen von außen nach innen. Sie geht zunächst von strukturellen Aspekten des Aufenthaltsstatus, der Aufenthaltsdauer, der Gliederung nach Generationen und der Gründe für die Migration einschließlich möglicher politischer Verfolgung und Gewalt aus. Es folgen mit Pendelmigration, Kontakten zum Herkunftsland, dem Konsum von Fernsehprogrammen in dessen Sprache sowie Verwandtschaftskontakten gegliedert nach Verwandtschaftsformen und Partnern und Partnerinnen einschließlich ihrer Nationalität in der Schweiz weiter bestehende Verflechtungen mit Herkunftsland und -gesellschaft. Religionszugehörigkeit und Religiosität stellen ebenfalls zweifellos eine Verbindung zur früheren Heimat dar, müssen aber nun im Aufnahmeland gelebt werden. Ebendort erfolgt eine Orientierung an ethnischen Gruppen, stellt sich gegebenenfalls die Frage der Heimatlosigkeit und muss die Zugehörigkeit zu Eigenem und Fremdem bestimmt werden. Zentral ist hier die Sprache, zunächst die Muttersprache, dann die Landessprache(n) des Aufnahmelandes, ihre passive und aktive Beherrschung. Von Seiten dieses Aufnahmelandes wiederum werden gegebenenfalls Diskriminierungen und Benachteiligungen erlebt. Räumliche Segregation ist davon deutlicher Ausdruck.

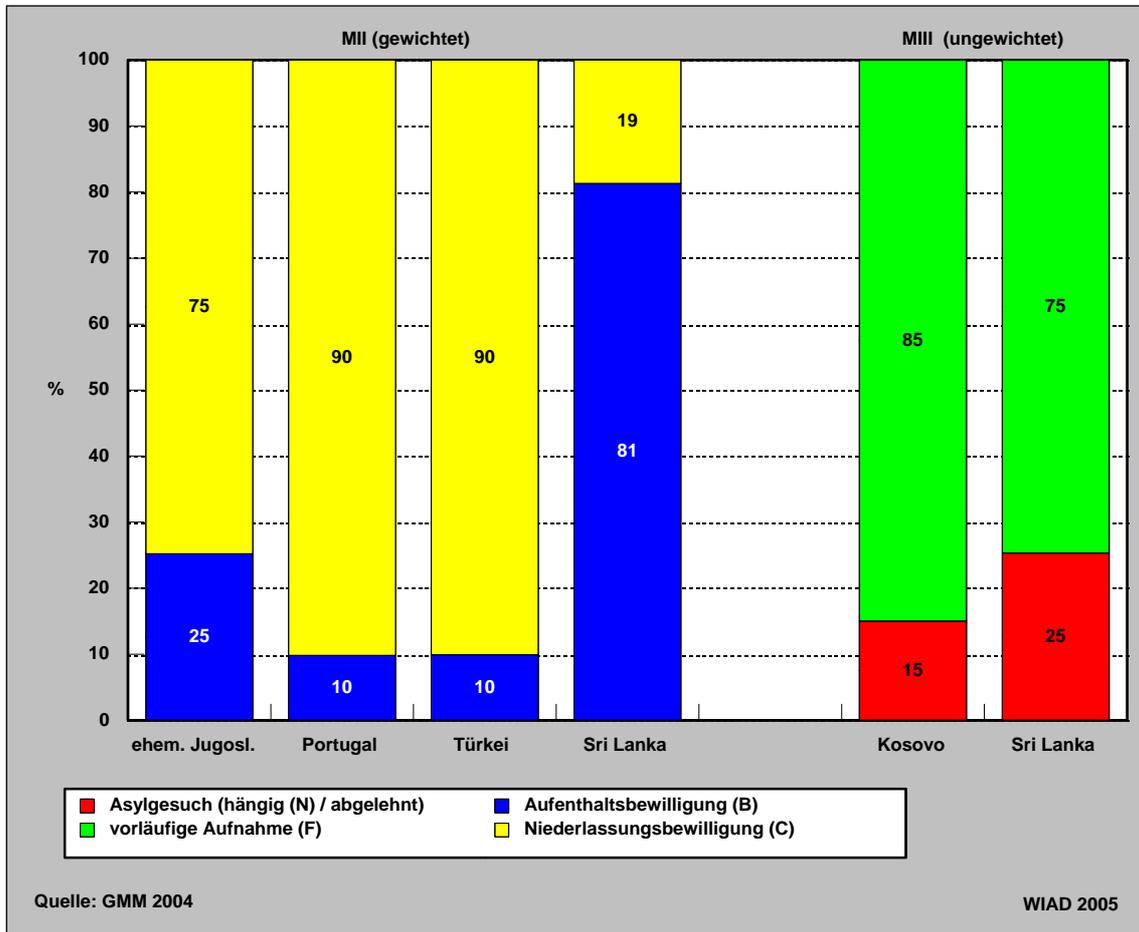
4.2.1 Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer und Generationen

Zunächst unterscheiden sich die untersuchten Gruppen im Hinblick auf ihren **Aufenthaltsstatus** (Übersicht 4.29). Während bei 15% der *albanischen* Asylsuchenden das Gesuch „hängig“ (N) oder abgelehnt ist, haben 85% vorläufige Aufnahme gefunden (F). Die entsprechenden Zahlen für die *tamilischen* Asylsuchenden lauten 25 und 75%.

90% der *portugiesischen* bzw. der *türkischen* Wohnbevölkerung verfügt über die Bewilligung der Niederlassung (C), entsprechend 10% über die des Aufenthalts (B). Bei der Gruppe aus dem *ehemaligen Jugoslawien* ist die Verteilung etwas anders, nämlich 75% Niederlassungsbewilligung und 25% Aufenthaltsbewilligung. Völlig umgedreht ist die Situation der ständig ansäs-

sigen *tamilischen* Wohnbevölkerung: Hier findet sich nur in 19% der Fälle die Niederlassungsbewilligung (C), gegenüber 81% der Fälle mit Aufenthaltsbewilligung (B).

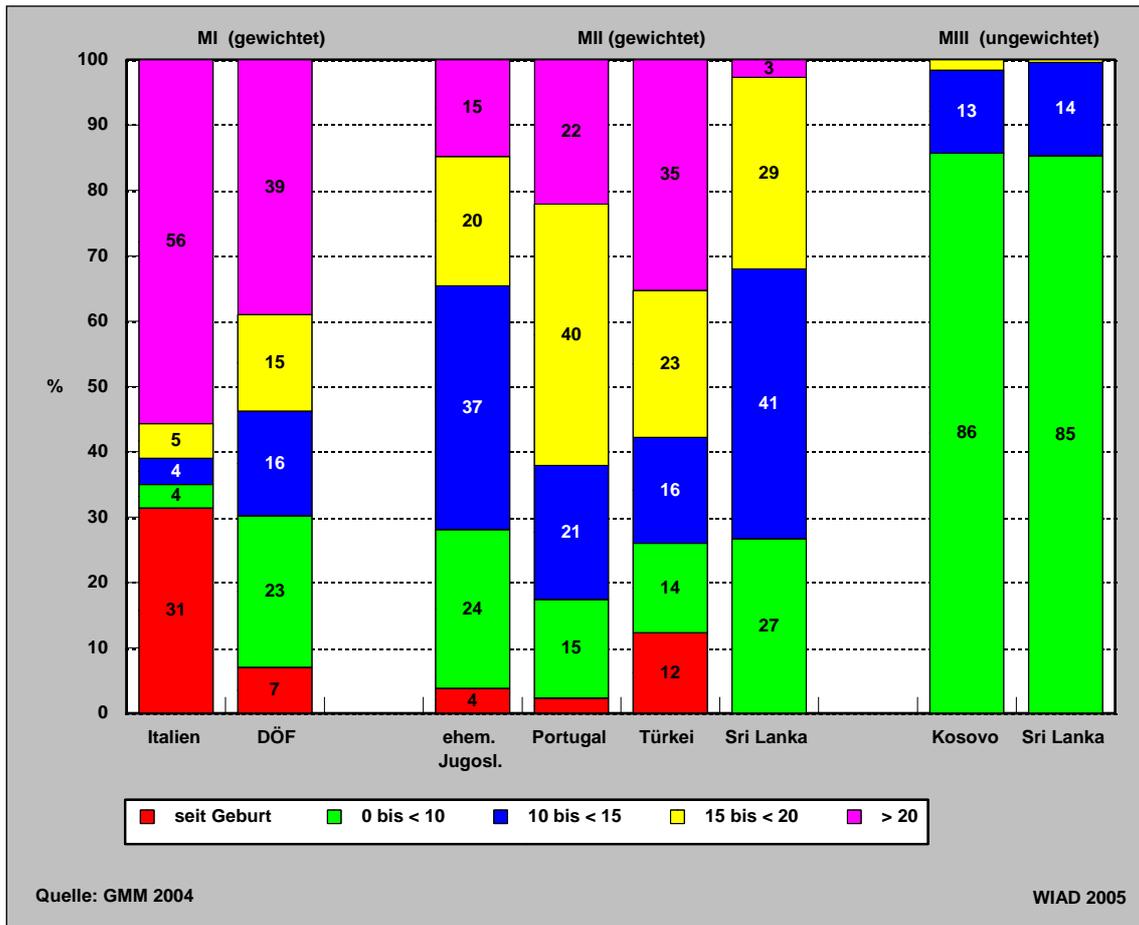
Übersicht 4.29: Aufenthaltsstatus



Um die unterschiedliche Länge der Ansässigkeit der untersuchten Gruppen zu veranschaulichen kann zum einen die **Aufenthaltsdauer insgesamt** (Übersicht 4.30) und zum anderen die **durchschnittliche Aufenthaltsdauer der nicht in der Schweiz Geborenen** nach Altersgruppen betrachtet werden (Übersicht 4.31).

Zunächst zeigt sich die Langansässigkeit von *Italienern und Italienerinnen* in der Schweiz deutlich darin, dass bei ihnen die Kategorie „über 20 Jahre“ mit 56% am stärksten besetzt ist; 15 Jahre und mehr leben gut sechs von zehn in der Schweiz. Da so viele so lange ansässig sind, kann dementsprechend auch die zweite Generation sehr groß sein: 31% der italienischen Bevölkerung lebt seit der Geburt in der Schweiz. Der durchschnittliche Aufenthalt der 15-74-Jährigen – wohlgernekt ohne in der Schweiz Geborene – liegt bei knapp 33 Jahren (Durchschnittswerte für die Gesamtgruppe ohne Abbildung), die Ältesten sind über 44 Jahre dort und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Altersgruppe von 15-26 liegt bei knapp 18 Jahren.

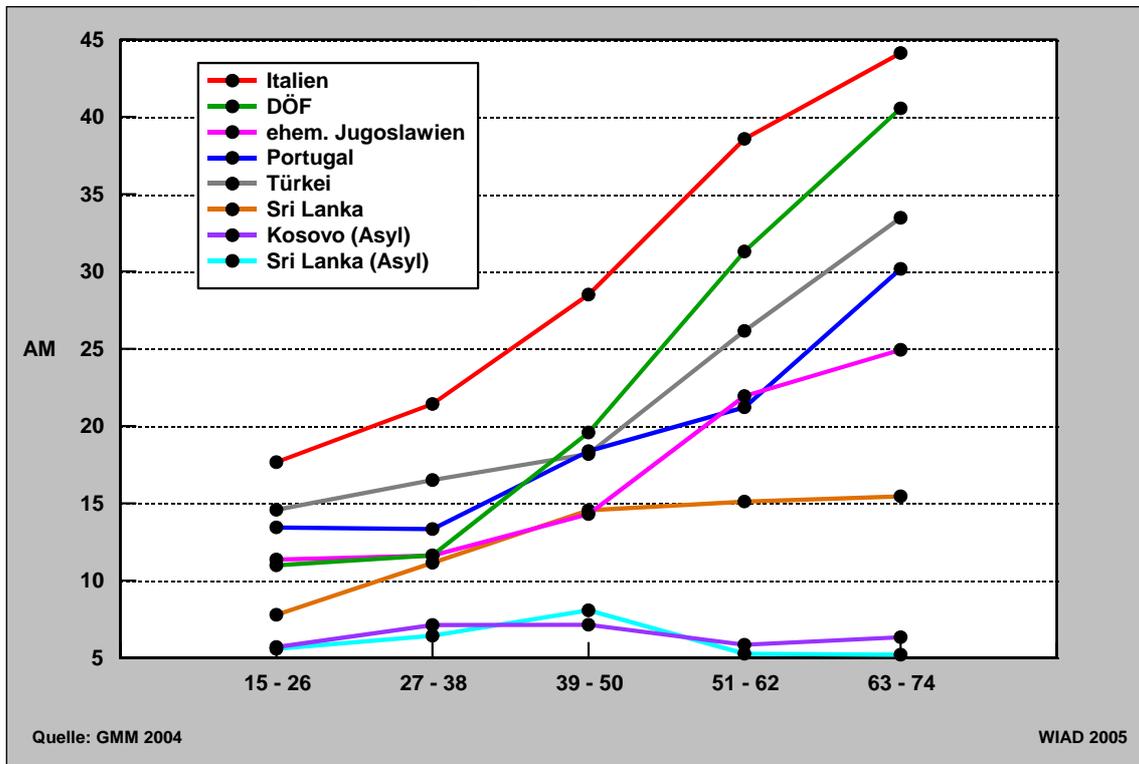
Übersicht 4.30: Aufenthaltsdauer insgesamt in Jahren



In der Gruppe der *französischen, deutschen und österreichischen* Wohnbevölkerung sind 39% über zwanzig Jahre ansässig und gut die Hälfte lebt 15 Jahre und mehr in der Schweiz, jedoch nur eine kleine Gruppe seit der Geburt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der 15-74-Jährigen liegt bei 21 Jahren und die Ältesten sind knapp 41 Jahre dort. Die 15-26-Jährigen Einwanderer sind jedoch im Schnitt erst elf Jahre im Land. Dies verweist insgesamt zwar ebenfalls auf einen langen Einwanderungsprozess, der jedoch – wie in Kapitel 4.1. mehrfach deutlich wurde – von anderen sozialen Gruppen mit unter anderem differenten Familienstrukturen getragen wird.

Dies zeigt der Blick auf die drittälteste Gruppe der *türkischen* Einwanderer und Einwanderinnen, unter denen 35% länger als zwanzig Jahre in der Schweiz leben und nicht ganz sechs von zehn 15 Jahre und mehr. Mit 12% ist ein beachtlicher Anteil der türkischen Gruppe im Aufnahmeland geboren. Die eingewanderte türkische Bevölkerung zwischen 15 und 74 Jahren lebt im Durchschnitt seit gut 18 Jahre in der Schweiz, die Ältesten seit gut 33 Jahren, die 15-26-Jährigen im Schnitt seit fast 15 Jahren.

Übersicht 4.31: Aufenthaltsdauer nicht in der Schweiz Geborener nach Alter (in Jahren; arithmetisches Mittel)



Die am stärksten besetzte Alterskategorie in der *portugiesischen* Gruppe ist bereits die zwischen 15-20 Jahren Aufenthalt in der Schweiz. Sie trifft für 40% zu; zusammen mit den länger als 20 Jahre Ansässigen leben gut sechs von zehn Portugiesen und Portugiesinnen 15 Jahre und länger in der Schweiz. Allerdings sind nur sehr wenige im Aufnahmeland geboren. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der nicht dort Geborenen liegt bei knapp 16 Jahren und beträgt bei den Ältesten 30, bei den 15-26-Jährigen gut 13 Jahre.

Bei der Wohnbevölkerung aus dem *ehemaligen Jugoslawien* ist wieder die nächst tiefere Kategorie, das heißt 10-15 Jahre Aufenthalt, mit 37% die größte Gruppe. 15 Jahre und länger lebt gut ein Drittel dort; wenige sind in der Schweiz geboren. Unter den Übrigen beträgt der durchschnittliche Aufenthalt 14 Jahre, liegt bei den Ältesten bei 25 Jahren und umfasst in der jüngsten Altersgruppe durchschnittlich gut 11 Jahre.

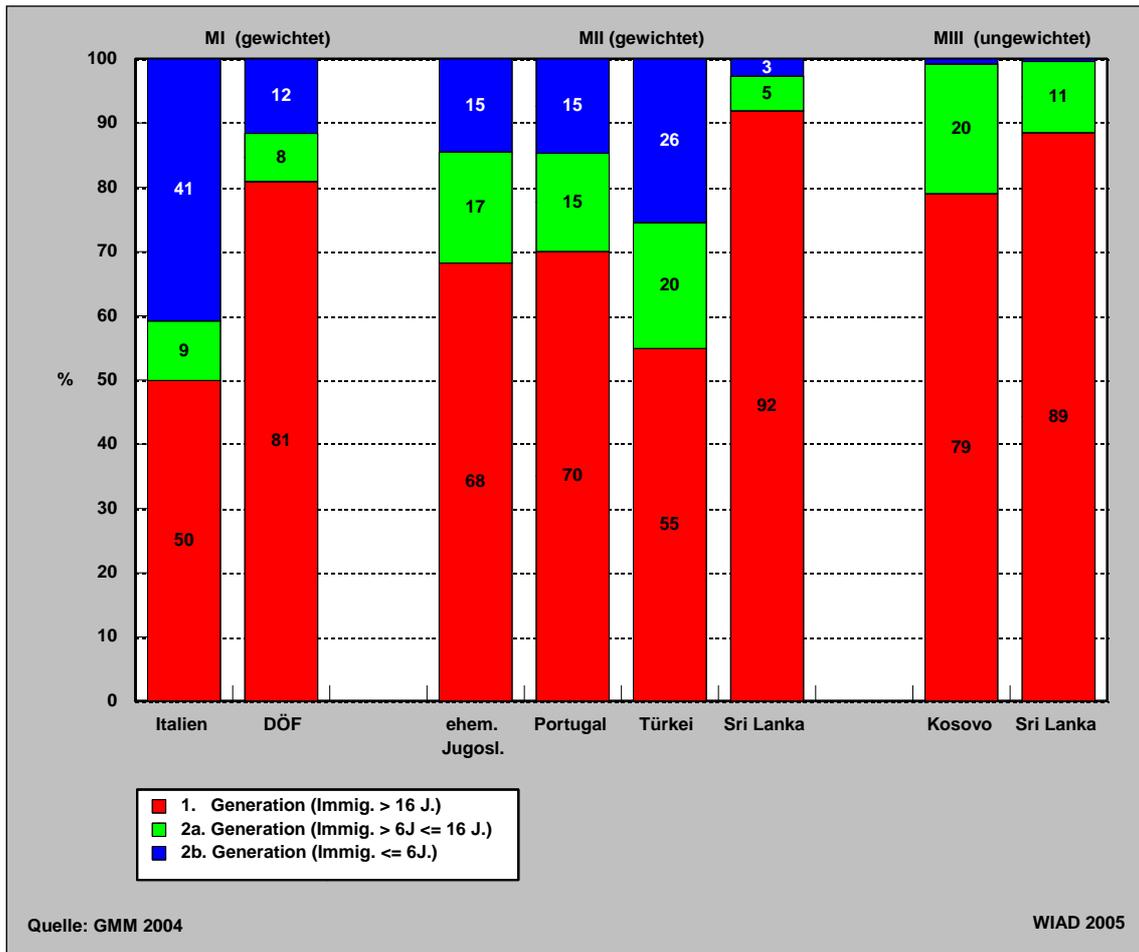
Auch bei der insgesamt merklich kürzer anwesenden *tamilischen* Bevölkerung *mit ständigem Wohnsitz* finden sich die meisten in der Kategorie 10-15 Jahre Aufenthalt, nämlich 41%. Ebenso lebt knapp ein Drittel 15 Jahre und länger in der Schweiz, aber praktisch niemand seit der Geburt. Der durchschnittliche Aufenthalt der Eingewanderten über alle Altersgruppen hinweg beträgt nur 12 Jahre und insbesondere bei den Ältesten nur gut 15 Jahre. Bei den Jüngsten liegt er bei knapp 8 Jahren.

Erwartungsgemäß ganz anders strukturiert sind die beiden erheblich kürzer anwesenden Gruppen der *albanischen* und *tamilischen Asylsuchenden*. Hier ist der weitaus größte Teil seit bis zu zehn Jahren im Land, Albaner und Albanerinnen zu 86 und TAMILIN und TAMILINEN zu 85%. 15 Jahre und länger ist kaum jemand ansässig, im Lande geboren niemand. Entsprechend liegt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei den albanischen Gruppe bei knapp sieben und bei den tamilischen bei gut 6 Jahren, wobei auffälligerweise kaum Differenzen zwischen den Altersgruppen bestehen: Einwanderung erscheint hier nicht als in Generationen strukturierter Prozess, sondern als altersunabhängiges Phänomen.

Bei der nachfolgenden Gliederung der Migrationspopulationen nach **Generationen** (Übersicht 4.32) werden unter Einwanderern und Einwanderinnen der ersten Generation solche verstanden, die im Alter von mehr als sechzehn Jahren in die Schweiz kamen und damit in der Regel ihren schulischen Sozialisationsprozess ganz oder weitgehend abgeschlossen hatten. Als zweite Generation bezeichnen wir die Übrigen, die in aller Regel nicht allein, sondern in einem wie auch immer gearteten familialen Zusammenhang eingewandert sein dürften. Hier wird zwischen denen, die zwischen dem siebten und siebzehnten Lebensjahr einwanderten und den Jüngeren unterschieden, um die, die eine vollständige schulische Sozialisation in der Schweiz erfahren konnten von den „Quereinsteigern“ zu differenzieren. Eine gesonderte Betrachtung der in der Schweiz Geborenen erwies sich angesichts der geringen Anteile – mit Ausnahme der italienischen und gegebenenfalls der türkischen Wohnbevölkerung – als nicht sinnvoll.

Entsprechend ihrer ausgesprochenen Langansässigkeit ist in der *italienischen* Gruppe der Anteil der ersten Generation mit 50% am geringsten von allen betrachteten Gruppen, umgekehrt ist bei ihnen die zweite Generation am stärksten vertreten, speziell der Anteil derer, die mit weniger als sieben Jahren einwanderten oder in der Schweiz geboren sind, ist mit vier von zehn am höchsten. Deutlich wird bei der Betrachtung nach Generationen die völlig andere Struktur der Einwanderung aus *Deutschland, Österreich und Frankreich*. Obwohl zweitälteste Gruppe zwischen der italienischen und der türkischen Bevölkerung, dominiert hier die erste Generation mit 81% deutlich. Diese Migrantinnen und Migranten kommen also überwiegend nicht mit der Familie oder werden im Land geboren, sondern wandern als Erwachsene oder fast Erwachsene ein.

Übersicht 4.32: Erste und zweite Generation



Entsprechend ihrer Position innerhalb der Migrationsgeschichte weist die *türkische* Bevölkerung nach der italienischen mit 55% den zweitgeringsten Anteil der ersten Generation und den zweithöchsten bei der zweiten auf. Allein ein Viertel kam mit unter sieben Jahren oder ist im Land geboren. Sieben von zehn *Portugiesen und Portugiesinnen* gehören der ersten Generation an, ein Siebtel ist in der Schweiz geboren oder kam vor Beginn der Schulzeit. Bei den Migrantinnen und Migranten aus dem *ehemaligen Jugoslawien* zählen gut zwei Drittel zur ersten Generation nach der oben genannter Definition, und ebenfalls ein Siebtel wanderte sehr früh ein. Knapp vier von fünf der *albanischen Asylsuchenden* stammen aus der dominierenden ersten Generation, vor der Schulpflicht wanderte von ihnen fast niemand ein. Bei der *tamilischen Wohnbevölkerung* gehören gut neun von zehn, bei den *Asylsuchenden* knapp neun von zehn der ersten, nahezu allein bestimmenden Generation an. Bei ersteren kam eine sehr kleine Gruppe vor der Schulpflicht, bei letzteren praktisch niemand.

Die Daten zu **migrationsspezifischen Aspekten der sozialen Lage** zeigen im Hinblick auf den *Aufenthaltsstatus* zunächst, dass die Asylsuchenden aus Modul III ganz überwiegend vorläufig Aufnahme gefunden haben (F). Ständig Ansässige verfügen weit überwiegend über den Status des Aufenthalts (B), die tamilischen jedoch weit überwiegend über den der Niederlas-

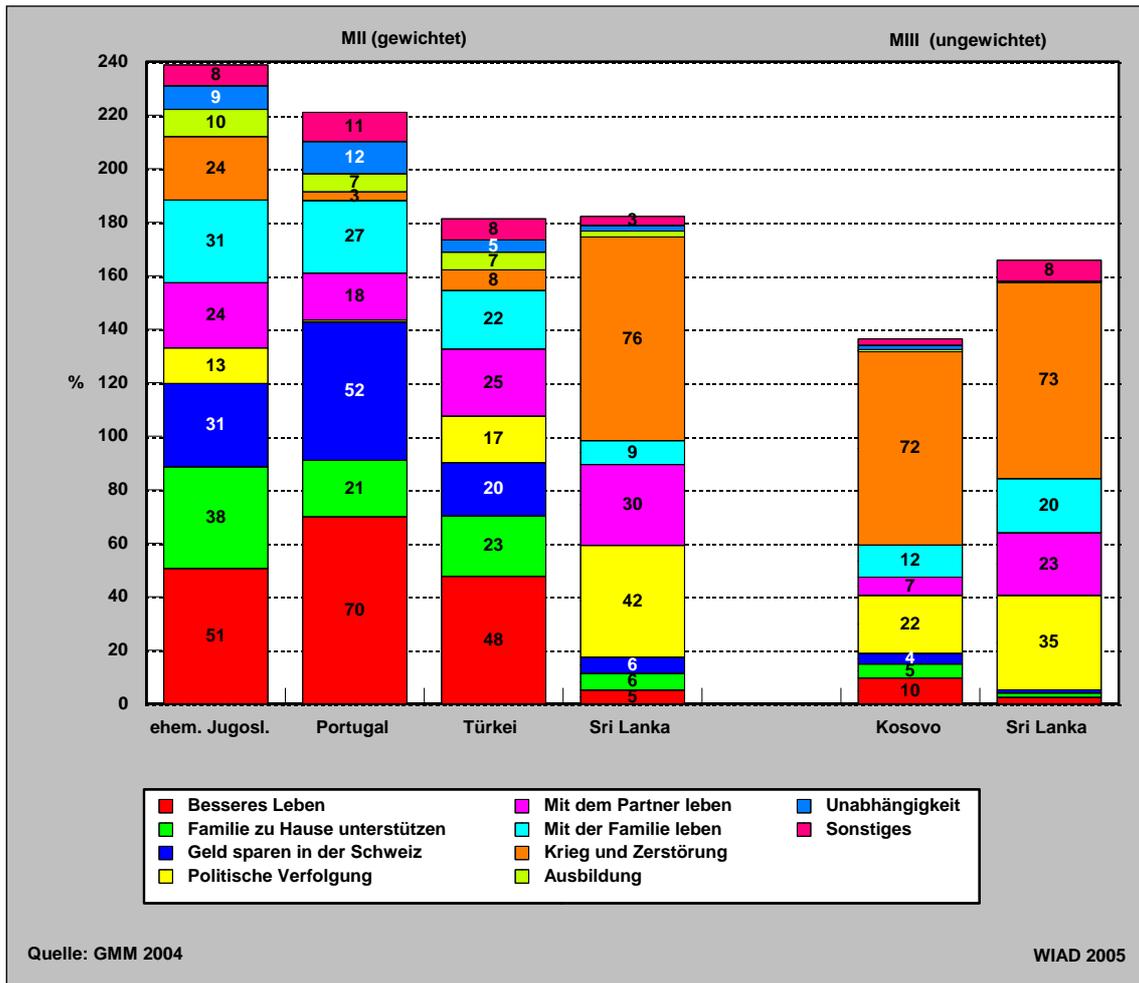
sung (C). Bei der *Aufenthaltsdauer aller* Migranten und Migrantinnen *sowie der nicht in der Schweiz geborenen* zeigen sich deutlich unterschiedlich strukturierte Gruppen. Danach erweist sich die italienische als die eindeutig am längsten ansässige Gruppe, mit einem starken Anteil in der Schweiz Geborener. Drittälteste Gruppe nach deutschen, französischen und österreichischen Befragten ist die türkischen Wohnbevölkerung, von der relativ viele in der Schweiz geboren sind; ihr folgen die portugiesische und die ehemalige jugoslawische Gruppe als weitere klassische Arbeitsmigranten und Arbeitsmigrantinnen der ehemaligen Anwerbeländer. Merkwürdigerweise und kaum seit Geburt lebt die tamilische Wohnbevölkerung in der Schweiz.

Die Zahlen zur Strukturierung der Migrationsprozesse nach *Generationen* verhalten sich zu diesen Ergebnissen tendenziell komplementär und differenzieren sie zugleich. Zeigt sich für die besonders lang ansässige italienische Gruppe eine starke Prägung durch die zweite Generation, so dominiert in der ebenfalls langansässigen deutschen, französischen und österreichischen Wohnbevölkerung die erste Generation: Einwanderung ist hier in erster Linie Einwanderung Erwachsener. Demgegenüber ist die nach Langansässigkeit nachfolgende türkische Gruppe wieder durch einen starken Anteil der zweiten Generation gekennzeichnet, dieser wird geringer bei den darauf folgenden, nach Generationen etwa gleich strukturierten portugiesischen und ehemaligen jugoslawischen Befragten.

4.2.2 Migrationshintergrund

Befragt nach den **Gründen**, die **für die Migration** (Übersicht 4.33) in die Schweiz bei den Befragten selber oder ihren Eltern eine Rolle gespielt haben, konnten mehrere Antworten in Bezug auf ein weites Spektrum von Motivationen für Migration gegeben werden. Da sich diese Antwortkategorien nicht gegenseitig ausschlossen oder Skalen darstellten und die Befragten überdies sehr unterschiedliche Häufigkeiten von Antworten aufweisen, ist hier eine vergleichende Betrachtung der Gruppen nach Kategorien nicht sinnvoll. Vielmehr werden jeweils die einzelnen Gruppen für sich und dabei insgesamt analysiert und ihre je spezifische Motivationsstruktur dargestellt. Dabei zeigen sich markante Mischungsverhältnisse von ökonomisch-persönlichen Motivationen der klassischen Arbeitsmigration einerseits und politisch-kriegerischen Zwangslagen von Flucht und Verfolgung andererseits.

Übersicht 4.33: Gründe für die Migration (Mehrfachantworten)



Die befragten *portugiesischen* Migrantinnen und Migranten stehen klar an dem Ende des Spektrums, an dem wirtschaftliche Überlegungen und/ oder die Verwirklichung der privaten Lebensvorstellungen dominieren. Die Motive „ein besseres Leben zu haben, besser wohnen, mehr kaufen zu können usw.“ (70%) und „in der Schweiz arbeiten und Geld sparen“ (52%) stehen hier klar im Vordergrund, mit Abstand gefolgt von „mit der Familie zusammenleben“ (27%), „in der Schweiz arbeiten, um die Familie zu Hause zu unterstützen“ (21%) sowie „mit dem Partner zusammenzuleben oder zu heiraten“ (18%). Und auch „unabhängig von der Familie zu leben“ gehört in diesen Kontext individueller Lebensgestaltung und ist von einiger Relevanz (12%). Alle übrigen Aspekte, speziell „sicher sein vor Krieg und Zerstörung“ sowie „politische Verfolgung“, sind hier nur von marginaler Bedeutung. Diese Gruppe repräsentiert somit gewissermaßen „in Reinkultur“ die klassische Arbeitsmigration, bei der ausschließlich ökonomische und persönliche Aspekte im Vordergrund stehen.

Generell in der Tendenz ähnlich, was die hauptsächlichen Motivationen angeht, antworten *türkische* Befragte, jedoch nennt hier eine Teilgruppe bereits Flucht und Verfolgung. Auch bei ihnen steht das „bessere Leben“ an erster Stelle (48%). Zwar folgt hier mit Abstand an zweiter

Stelle der Wunsch, „mit dem Partner zusammen zu leben oder zu heiraten“ (25%), jedoch ist der Anteil im Vergleich zu den anderen Gruppen nicht erhöht: ein Schluss auf besonders intensive Heiratsmigration bei der türkischen Wohnbevölkerung lässt sich daraus also nicht ableiten. Des Weiteren folgen das Motiv, „die Familie zu Hause zu unterstützen“ (23%), der Wunsch, „mit der Familie zusammenzuleben“ (22%) und die Absicht, „in der Schweiz Geld zu sparen“ (20%). Im Gegensatz zu der portugiesischen Gruppe taucht nun aber für eine bedeutende Minorität „politische Verfolgung“ als Motiv auf (17%). Alle übrigen Aspekte sind von geringerer Bedeutung.

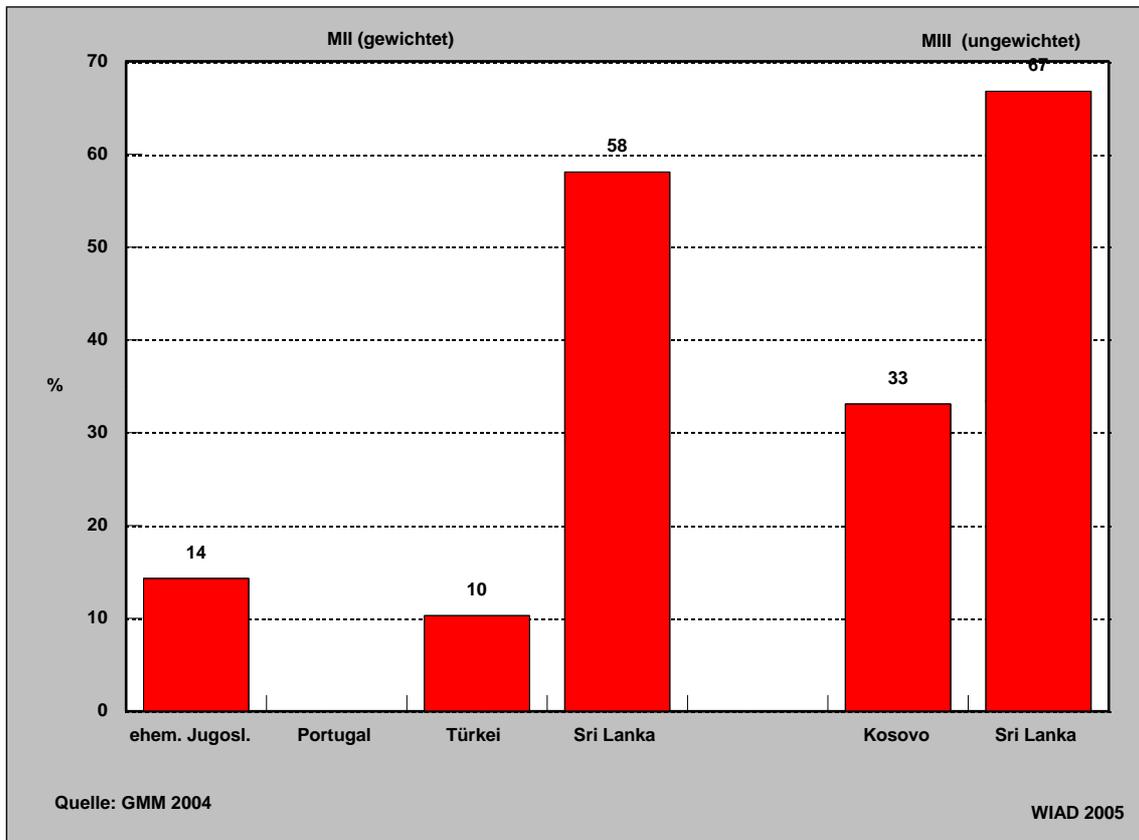
Auch die Bevölkerung aus dem *ehemaligen Jugoslawien* zeigt primär die Motivation der klassischen Arbeitsmigration: „Ein besseres Leben“ (51%), „die Familie zu Hause unterstützen“ (38%), „in der Schweiz Geld sparen“ (31%), „mit der Familie“ (31%) bzw. „mit dem Partner zusammenleben“ (24%). An nächster Stelle stehen in deutlicherem Maße als in der türkischen Gruppe politisch-kriegerische Zwangslagen im Vordergrund. Eine größere Minderheit nennt die Suche nach „Sicherheit vor Krieg und Zerstörung“ (24%), und auch „politische Verfolgung“ betrifft eine beachtliche Minorität (13%). Zu erwähnen bleibt für diese Gruppe noch die Motivation, eine Ausbildung in der Schweiz zu machen (10%).

Mit der Gruppe der *albanischen* Asylsuchenden aus dem Kosovo dreht sich nunmehr das Spektrum der Motive für die Migration vollständig um. Von dominierender Bedeutung ist hier die Suche nach „Sicherheit vor Krieg und Zerstörung“ (72%) sowie, wenn auch mit weitem Abstand, „politische Verfolgung“ (22%). Abgesehen vom Wunsch, „mit der Familie zusammenzuleben“ (12%), betreffen alle übrigen Gründe jeweils nur kleinere Gruppen.

In noch höherem Maße kennzeichnen Flucht und Verfolgung die beiden *tamilischen* Gruppen, die sich trotz ihres unterschiedlichen Status hinsichtlich der Motivation zur Migration kaum unterscheiden, ein Hinweis darauf, dass diejenigen, die jetzt ständig in der Schweiz leben, aus einer ähnlichen Situation wie die derzeitig Asyl Suchenden kommen. Wie die albanischen Asylsuchenden nennen die tamilischen mit weitem Abstand zunächst die „Sicherheit vor Krieg und Zerstörung“ (73%), jedoch noch einmal deutlich häufiger als diese „politische Verfolgung“ (35%). Dazu tritt der Wunsch, „mit dem Partner“ (23%) bzw. „der Familie zusammenzuleben“ (20%), während alle übrigen Aspekte marginal sind. Ständig ansässige Tamilen und Tamilinnen nennen ähnlich hohe Werte für „Sicherheit vor Krieg und Zerstörung“ (76%) sowie „politische Verfolgung“ (42%), darüber hinaus das Motiv, „mit dem Partner zusammen zu leben“ (30%). Weitere Gründe gelten jeweils nur für kleinere Gruppen.

Mit diesem Ergebnis korrespondieren nahezu exakt die Antworten auf die direkte Frage, ob die oder der Befragte „persönlich im Heimatland **Opfer von politischer Verfolgung oder Gewalt** (Übersicht 4.34) gewesen“ ist.

Übersicht 4.34: Opfer von politischer Verfolgung oder Gewalt



Während praktisch alle portugiesischen Befragten diese Frage verneinen, wird sie schon von einem Zehntel der türkischen und einem Siebtel der Bevölkerung aus dem ehemaligen Jugoslawien bejaht. Ein Drittel der albanischen Asylsuchenden antwortet hier mit ja, fast sechs von zehn Tamilen und Tamilinnen der ständigen Wohnbevölkerung und zwei Drittel der tamilischen Asylsuchenden.

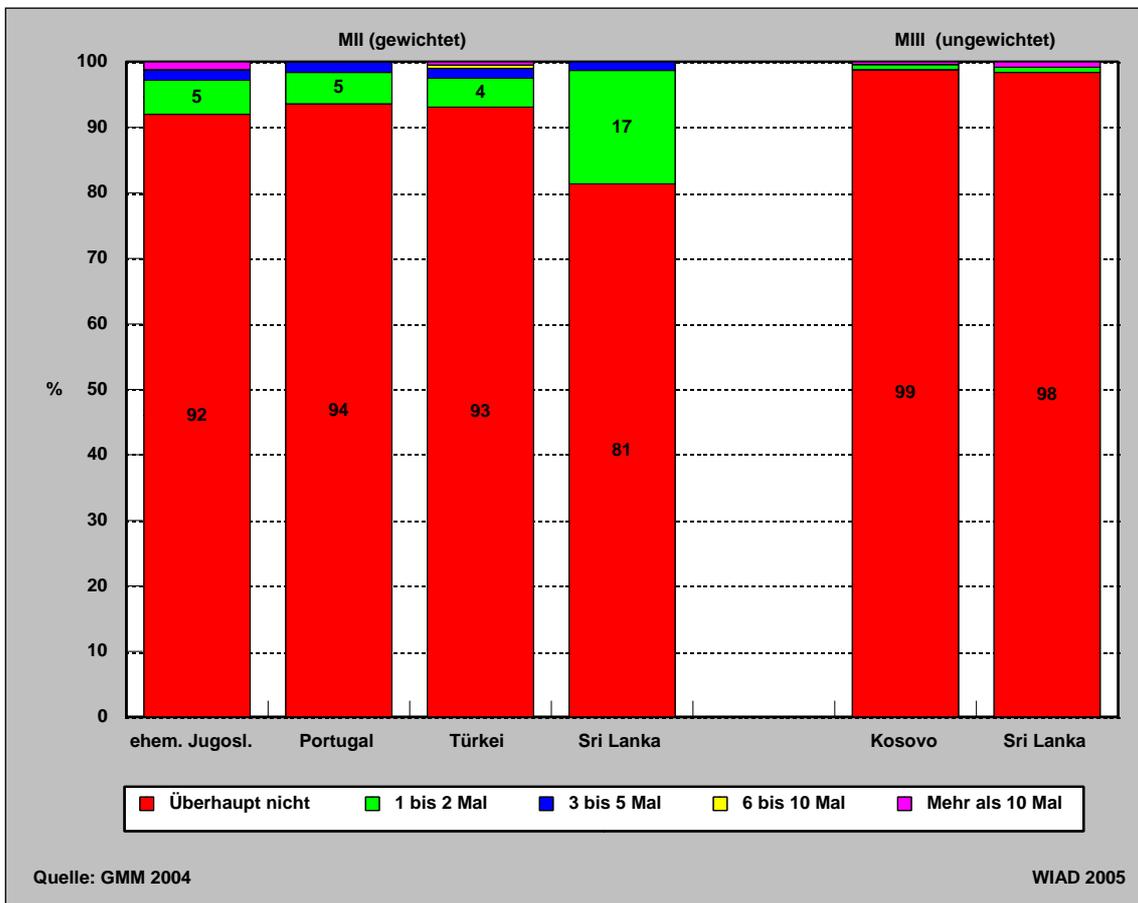
Im Hinblick auf die *Gründe für die Migration* repräsentiert die portugiesische Gruppe in dieser Untersuchung gewissermaßen „in Reinkultur“ die klassische Arbeitsmigration, bei der ausschließlich ökonomische und persönliche Aspekte im Vordergrund stehen. Auch für türkische Zuwanderinnen und Zuwanderer und solche aus dem ehemaligen Jugoslawien trifft dies ganz überwiegend zu, jedoch betreffen hier die politisch-kriegerischen Zwangslagen schon nennenswerte Teilgruppen, insbesondere bei letzteren. Vollends dominieren Flucht und Verfolgung die Migrationsmotive von albanischen Asylsuchenden aus dem Kosovo sowie, nochmals verschärft, von tamilischen Befragten insgesamt. Dies entspricht der Verteilung derer, die persönlich *Opfer politischer Verfolgung oder Gewalt* waren.

4.2.3 Verflechtungen mit Herkunftsland und -gesellschaft

Im Folgenden werden einige Merkmale angesprochen, welche zunächst lediglich Hinweise auf die quantitative Bedeutung von Kontakten und Beziehungen zur Gruppe der eigenen Landsleute geben können, seien es solche im Herkunftsland oder solche zu anderen Zugewanderten im Aufnahmeland. Ihre qualitative Bestimmung, d.h. insbesondere die Frage, inwieweit sie im einzelnen Fall als soziale Ressource der Zugewanderten wirksam sind oder aber im Sinne eines Defizits die Integration in die Aufnahmegesellschaft erschweren, kann im Rahmen dieser Studie nicht geklärt werden.

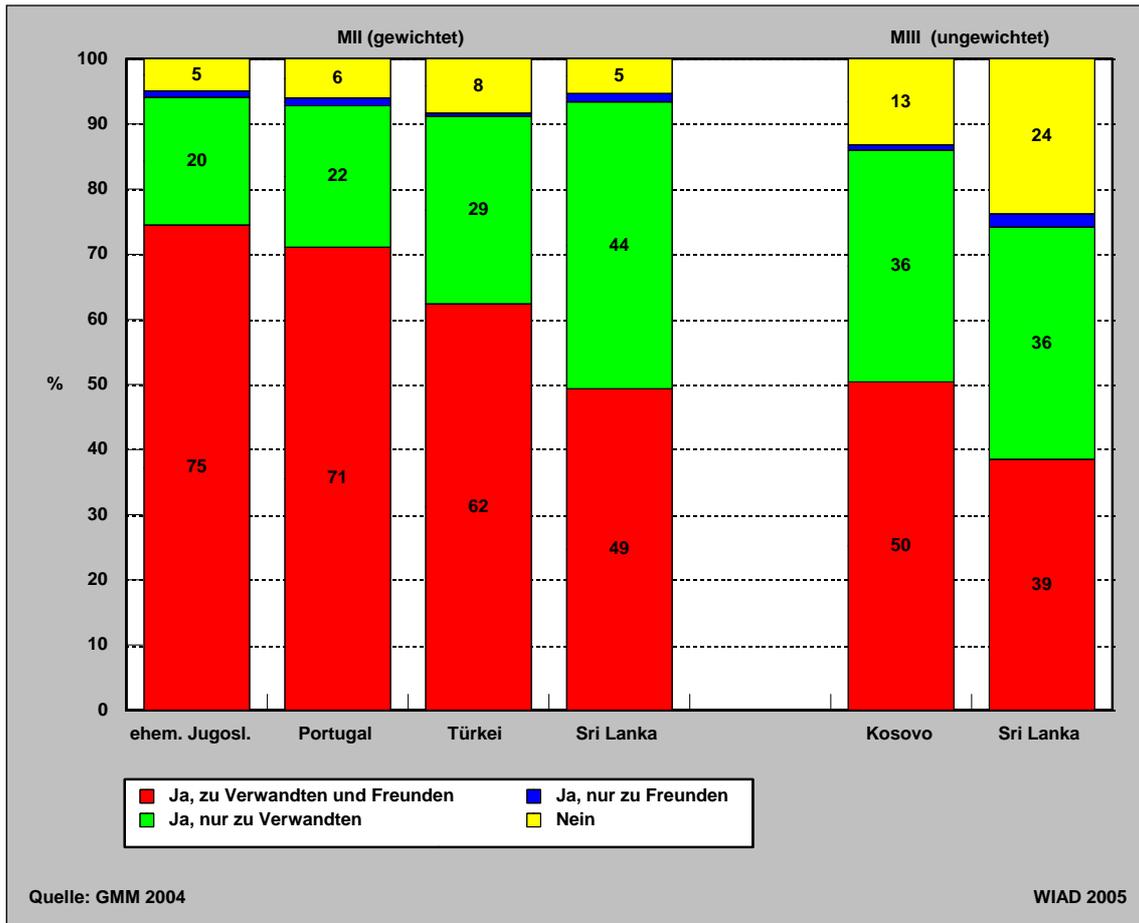
Pendelmigration (Übersicht 4.35), d.h. ein oder mehrere ununterbrochene Aufenthalte im Herkunftsland von mehr als zwei Monaten ohne reine Urlaubsreisen innerhalb der letzten fünf Jahre, spielt für ehemalige jugoslawische, portugiesische und türkische Befragte zu über 90% keine Rolle, bei den Asylsuchenden, für die allerdings auch besondere, Heimatreisen einschränkende Bedingungen gelten, kommt sie praktisch nicht vor. Eine Ausnahme bildet nur die ständig ansässige tamilische Bevölkerung. Doch auch bei ihr geben vier von fünf Befragten keine längeren Heimataufenthalte an, und ein Sechstel ist nur ein- bis zweimal zurückkehrt, ein Wert der unter türkischen, portugiesischen und ehemaligen jugoslawischen Befragten nur für kleine Gruppen gilt.

Übersicht 4.35: Pendelmigration



Gleichwohl werden per Post, Email, Telefon oder auf Reisen enge **Kontakte zu Verwandten oder Freunden im Herkunftsland der Familie** (Übersicht 4.36) gepflegt, jedoch in quantitativ und qualitativ deutlich unterschiedlicher Weise.

Übersicht 4.36: Kontakte im Herkunftsland der Familie

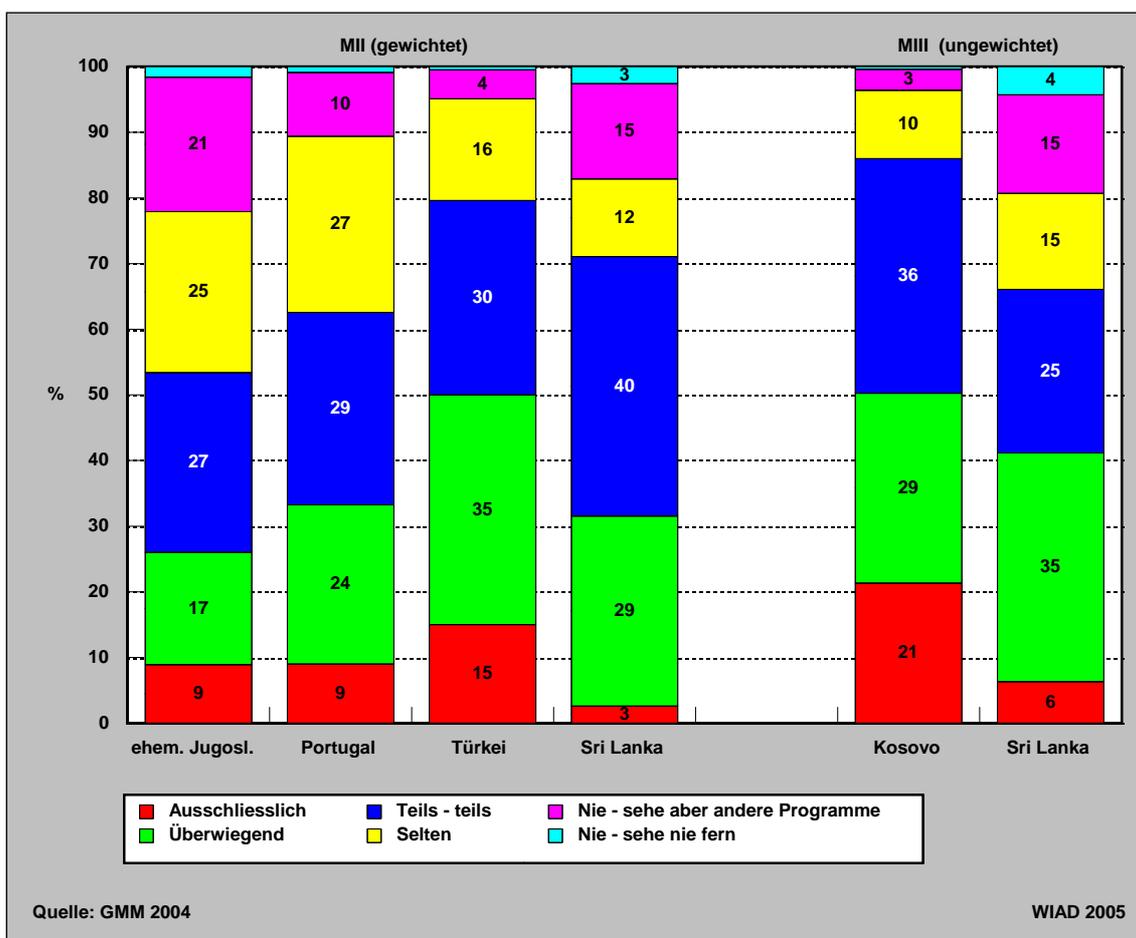


In quantitativer Perspektive haben nur bei den Asylsuchenden größere Gruppen gar keine entsprechenden Beziehungen in die Heimat, nämlich 24% der tamilischen, also ein Viertel, und immer noch 13%, also ein Achtel, der albanischen Gruppe. Jeweils deutliche bis überwältigende Mehrheiten zeigen sich sozial verflochten, jedoch in differenzierter Form. 75% der ehemaligen jugoslawischen und 71% der portugiesischen Befragten geben Kontakte zu Freunden und Verwandten an und jeweils ein weiteres Fünftel allein zu Verwandten. Mit 62% ebenfalls noch deutlich die Mehrheit in der türkischen Gruppe unterhält sowohl freundschaftliche als auch verwandtschaftliche Beziehungen in die Heimat, allerdings beschränkt sich hier schon bei knapp drei von zehn der Kontakt nur auf die Verwandtschaft. Jeweils noch etwa die Hälfte der tamilischen Befragten mit ständigem Wohnsitz in der Schweiz und der Asylsuchenden aus dem Kosovo hat familiäre und freundschaftliche Beziehungen in die Heimat, während dies nur für vier von zehn tamilischen Asylsuchenden gilt. In diesen drei Gruppen finden sich schließlich die

höchsten Anteile derer, die allein verwandtschaftliche Verflechtungen unterhalten. Dies gilt für gut vier von zehn Tamilen und Tamilinnen mit ständigem Wohnsitz und jeweils ein gutes Drittel der Asylsuchenden. Bei den tamilischen unter letzteren ist diese Gruppe fast so groß wie diejenige derer, die sowohl familiale als auch freundschaftliche Verflechtungen pflegen.

Die Befragten wurden gebeten anzugeben, wie häufig sie **Fernsehprogramme in der Sprache der Landsleute** (Übersicht 4.37) sehen. Da dies häufig Sender aus den Herkunftsländern sind oder solche, die sich an diesen orientieren, dürfte der Konsum dieser Programme ebenfalls für fortbestehende Verflechtungen mit dem Herkunftsland stehen. Die Antworten streuen teilweise etwas unsystematisch in einzelnen Kategorien, betrachtet man jedoch die beiden jeweiligen positiven und negativen Antwortmöglichkeiten („ausschließlich“ und „überwiegend“ bzw. „nie – sehe aber andere Programme“ und „selten“) sowie darüber hinaus diese beiden entgegengesetzten Enden der Skala gemeinsam, ergibt sich folgende Struktur.

Übersicht 4.37: Fernsehen in der Sprache der Landsleute



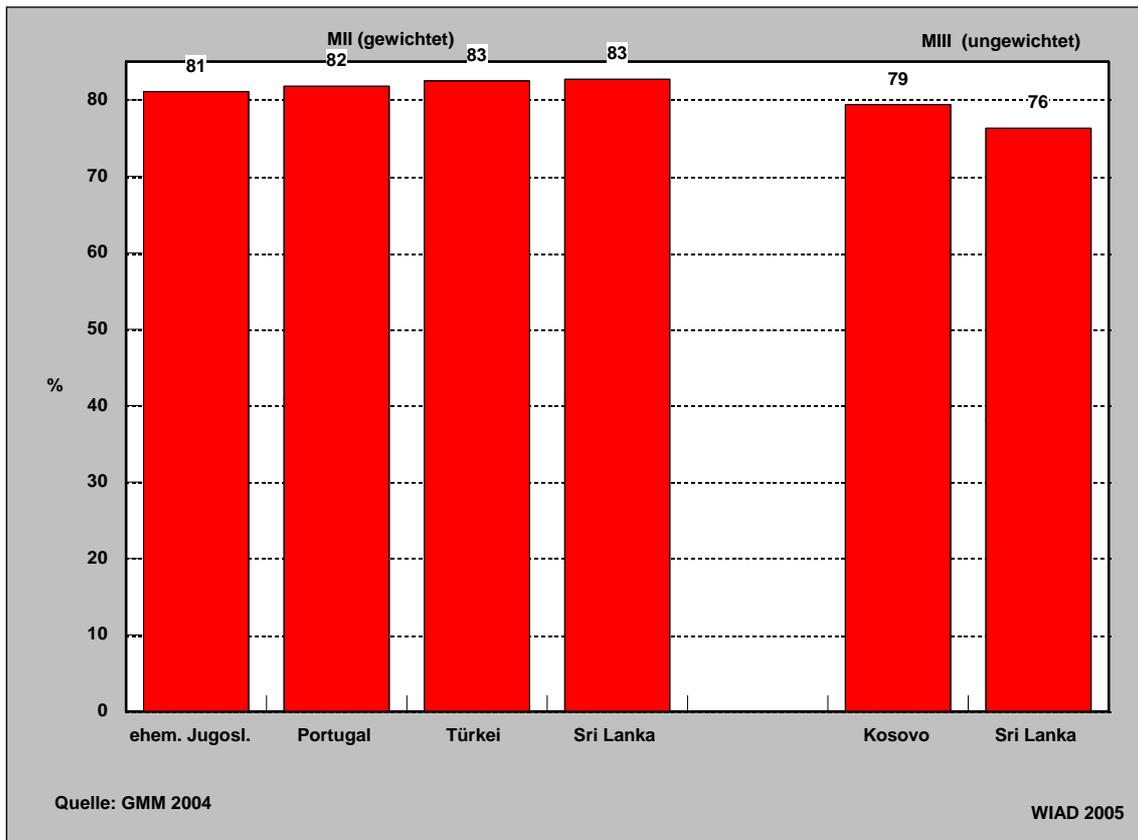
Eindeutig sind albanische und türkische Befragte diejenigen, welche insgesamt am stärksten an Fernsehprogrammen in der Sprache der Heimatländer orientiert sind: 21% in der albanischen und 15% in der türkischen Gruppe schauen ausschließlich solche Programme. Das sind die

beiden höchsten Anteile in dieser Antwortkategorie. Ebenfalls die beiden größten Gruppen ergeben sich, wenn man die Kategorie derer, welche überwiegend solche Programme schauen, hinzuaddiert. 50% der türkischen bzw. der albanischen Befragten sehen ausschließlich oder überwiegend Programme in der Sprache der Herkunftsländer. Dies korrespondiert mit den Werten am anderen Ende der Skala. Nur sehr kleine Gruppen der albanischen und der türkischen Bevölkerung sehen nie solche Programme, die kleinsten der Kategorie, schauen aber andere. Einschließlich derer, die selten Fernsehen in der Herkunftssprache sehen, ergeben sich für albanische Befragte 13 und für türkische 20%, wiederum die kleinsten Gruppen im Vergleich zu den übrigen Befragten. Gleichwohl sind dies keine ganz kleinen Minderheiten, die auf ein breites Spektrum innerhalb dieser Einwanderungsgruppen verweisen.

Das gleiche gilt für ehemalige jugoslawische und portugiesische Befragte in entgegengesetzter Perspektive. Hier zeigen nur die addierten positiven bzw. negativen Werte ein klares Bild. Danach sehen 37% in der portugiesischen und 46% in der ehemaligen jugoslawischen Gruppe entweder selten Programme in der Heimatsprache oder tun dies nie, wobei jedoch andere Programme konsumiert werden. Dies sind hier die höchsten Anteile, zusätzlich stellen Befragte aus dem ehemaligen Jugoslawien mit 21% die größte Gruppe in der Kategorie derer, die gar keine Sendungen in der Herkunftssprache sehen, gefolgt von den beiden tamilischen Gruppen mit jeweils 15%. Umgekehrt sind ehemalige jugoslawische und portugiesische Befragte am anderen Ende der Skala mit Werten vertreten, die zu den geringsten zählen, aber gleichwohl bemerkenswerte Minderheiten in der jeweiligen Gruppe darstellen. 26% in der ehemaligen jugoslawischen Gruppe sehen ausschließlich oder überwiegend Fernsehsendungen in der Sprache des Herkunftslandes, das ist der kleinste Anteil in dieser Kategorie. Ebenfalls relativ klein ist mit 33% der Anteil bei portugiesischen Befragten, jedoch ist hier der Wert für tamilische mit ständigem Wohnsitz mit 32% ähnlich gering. Insgesamt betrachtet erscheinen so tamilische Befragte beim Fernsehkonsum als ausgesprochen heterogene Gruppe.

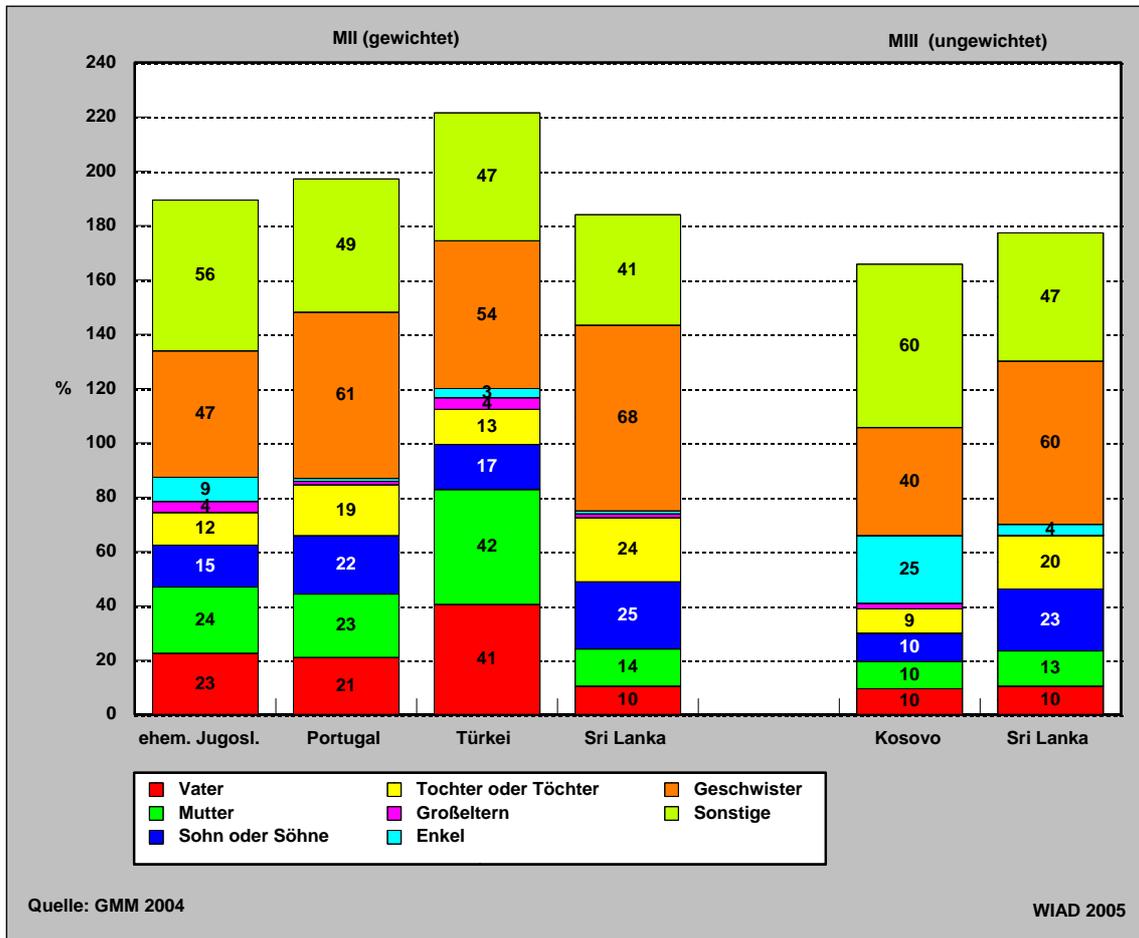
Große Mehrheiten in allen nationalen bzw. ethnischen Gruppen bejahen die Frage nach **Kontakten mit Verwandten in der Schweiz** (Übersicht 4.38). Dies gilt für drei Viertel bei den tamilischen Asylsuchenden, für vier Fünftel unter ehemaligen jugoslawischen, portugiesischen und albanischen Befragten und für fünf Sechstel der türkischen und tamilischen Wohnbevölkerung. Dies heißt aber auch umgekehrt, dass bemerkenswerte Minderheiten unter den Migrantinnen und Migranten keine verwandtschaftlichen Kontakte in der Schweiz unterhalten.

Übersicht 4.38: Kontakte mit Verwandten in der Schweiz insgesamt



Diejenigen, die die Frage nach verwandtschaftlichen Kontakten bejahten, waren gebeten anzugeben, im Rahmen **welcher Verwandtschaftsformen** (Übersicht 4.39) sie diese pflegen. Hier waren mehrere Antworten möglich. Zunächst zeigt sich, dass die jeweils größten Gruppen angeben, mit Geschwistern oder sonstigen Verwandten in der Schweiz Kontakt zu haben und dies – mit Ausnahme der türkischen Befragten – mit klarem Abstand vor anderen Verwandtschaftsbeziehungen. Die portugiesischen, türkischen und tamilischen Befragten nennen Geschwister mit Werten zwischen 54 und 68% an erster Stelle, für albanische und ehemalige jugoslawische Befragte stehen diese mit 40 bzw. 47% an zweiter Stelle. Für Letztere bilden mit 60 bzw. 56% sonstige Verwandte die größte Gruppe, welche von den Übrigen zu 41 bis 49% an zweiter Stelle genannt werden. Somit sind also Verflechtungen außerhalb der eigenen Kernfamilie im weiteren verwandtschaftlichen Umfeld zumindest quantitativ für jeweils die größten Gruppen von Bedeutung (eine qualitative Spezifizierung der Kontakte war nicht abgefragt worden).

Übersicht 4.39: Kontakte in der Schweiz nach Verwandtschaftsformen (Mehrfachantworten)



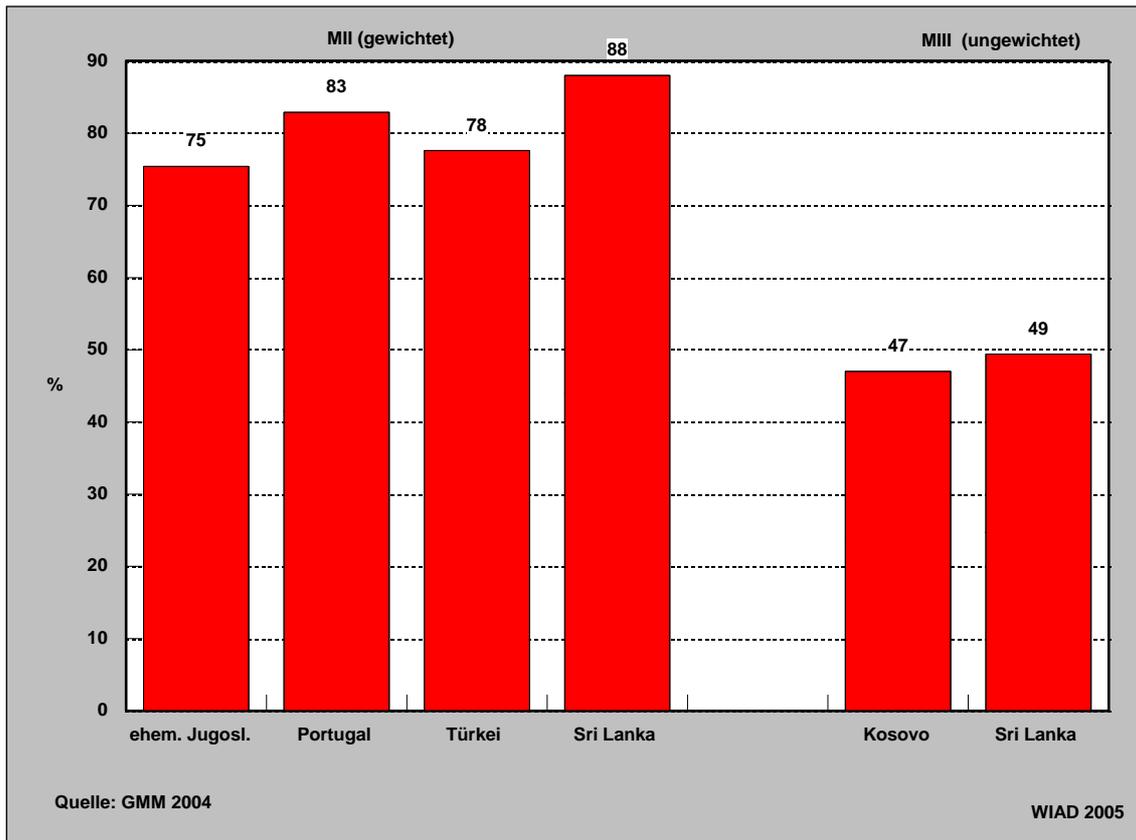
An dritter bis sechster Stelle (mit Ausnahme der albanischen Befragten, dazu weiter unten) rangieren in unterschiedlichen Konstellationen Kontakte zu den Eltern bzw. Kindern, also zur Herkunftsfamilie und zur eigenen Kernfamilie. Auffällig ist hier, dass mit jeweils mehr als zwei Fünfteln türkische Befragte besonders häufig Kontakte zu Vater oder Mutter angeben. Hier dürften sich der bereits festgestellte (Kapitel 4.1.1 und 4.2.1) relativ hohe Anteil älterer türkischer Migrantinnen und Migranten in der Schweiz einerseits und die ebenfalls verhältnismäßig hohen Anteile von Jüngeren bzw. in der Schweiz Geborenen und Vertretern der zweiten Generation auswirken: die türkische Wohnbevölkerung ist offenbar in erhöhtem Maße in Verflechtungen zwischen den Generationen eingebunden.

Des Weiteren zeigen sich deutlich geringere Kontakte zu den Eltern bei den tamilischen und den albanischen Befragten, wobei allerdings die Werte für die Asylsuchenden wegen relativ geringer Fallzahlen in ihren numerischen Ausprägungen ungesichert sind. Dennoch dürfte ihre Tendenz die insgesamt kürzeren Migrationsgeschichten dieser Gruppen widerspiegeln, in deren Verlauf sich offenbar noch nicht so viele Mehrgenerationenbeziehungen innerhalb der Schweiz etablieren konnten wie bei den anderen Gruppen. Bei den albanischen Asylsuchenden sind darüber hinaus auch Kontakte zu eigenen Kindern deutlich weniger ausgeprägt, allerdings sind

für diese Gruppe auch die Fallzahlen in den Kategorien Sohn/ Söhne bzw. Tochter/ Töchter relativ klein.²⁶

Einen **festen Lebens- oder Ehepartner in der Schweiz** (Übersicht 4.40) haben große Mehrheiten der ständigen Wohnbevölkerung, also der Befragten in Modul II.

Übersicht 4.40: Feste Lebens- oder Ehepartnerschaft in der Schweiz

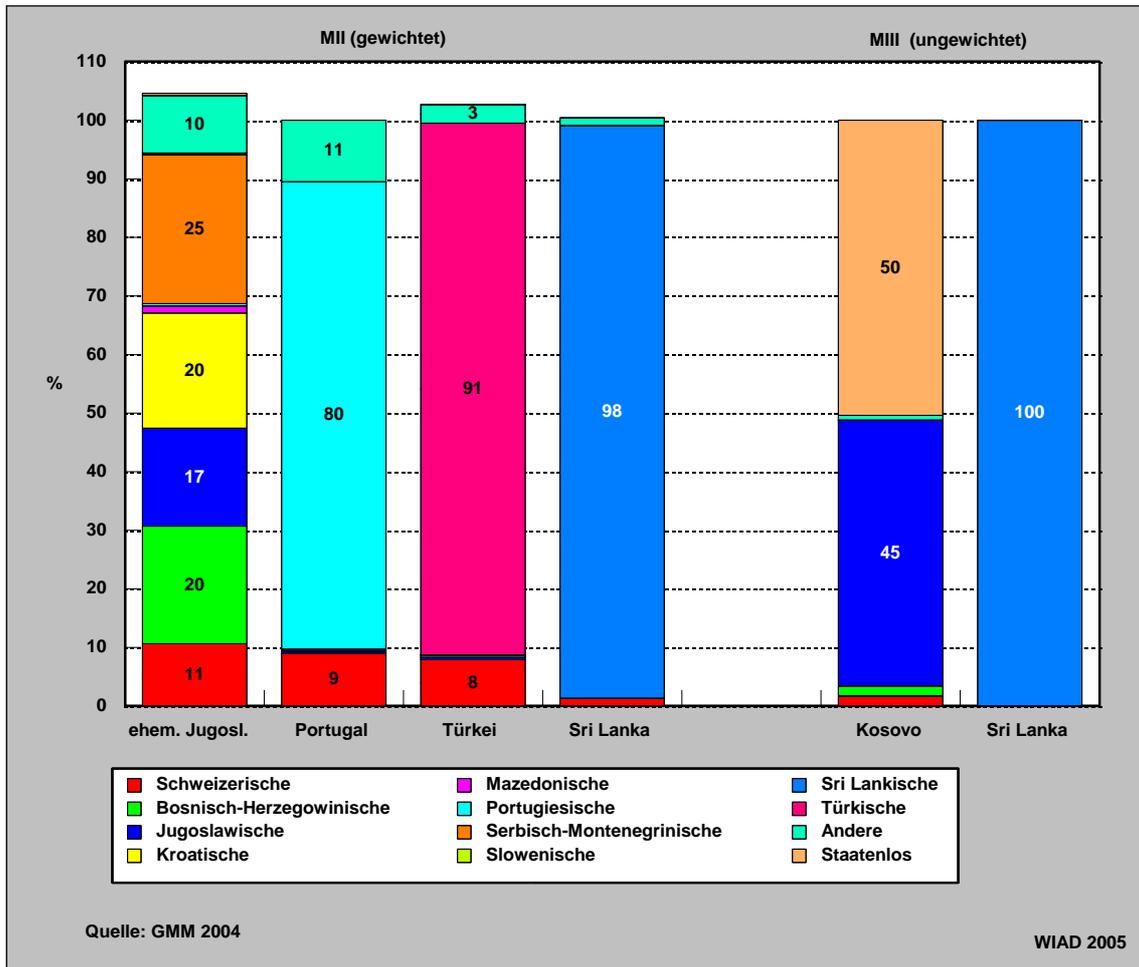


Drei Viertel der ehemaligen jugoslawischen, knapp vier Fünftel der türkischen, fünf Sechstel der portugiesischen und sogar sieben Achtel der tamilischen Wohnbevölkerung beantworteten die entsprechende Frage positiv. Demgegenüber geben dies jedoch nur etwas weniger oder knapp die Hälfte der albanischen bzw. tamilischen Asylsuchenden aus Modul III an.

Die Frage nach der **Nationalität dieses Partners oder dieser Partnerin** (Übersicht 4.41) bot mehrere Antwortmöglichkeiten. Die Ergebnisse machen deutlich, dass die übergroße Mehrheit von denjenigen ausländischen Befragten, welche in der Schweiz in einer festen Partnerschaft leben, diese innerhalb der eigenen ethnischen oder nationalen community geknüpft haben, binationale Partnerschaften also zumindest gegenwärtig relativ selten sind.

²⁶ Gleichzeitig weisen diese Befragten einen außergewöhnlich hohen Wert in der Kategorie „Enkel“ auf. Dies ist schon deswegen unwahrscheinlich, weil in dieser Gruppe relativ wenige Personen über 50 Jahre sind (vgl. Kapitel 4.1.1). Es liegt daher nahe, ein Übersetzungsproblem zu vermuten: möglicherweise sind mit den Enkeln zumindest teilweise Söhne oder Töchter gemeint.

Übersicht 4.41: Nationalität der Partnerin oder des Partners in der Schweiz (Mehrfachantworten)



Im Einzelnen geben somit ehemalige jugoslawische Befragte ganz überwiegend gegenwärtige oder ehemalige Staatsangehörigkeiten aus diesem Raum an, also vor allem die bosnisch-herzegowinische, jugoslawische, kroatische und serbisch-montenegrinische. Die ebenfalls ganz überwiegende Mehrheit der Lebenspartner portugiesischer Befragter nennt die portugiesische Staatsbürgerschaft und ein noch größerer Teil der türkischen Befragten die türkische. Die beiden Gruppen tamilischer Befragter geben fast nur (ständige Wohnbevölkerung) oder ausschließlich (Asylsuchende) die Staatsangehörigkeit von Sri Lanka an. Etwa vier bis fünf von zehn albanischen Befragten schließlich nennen als Nationalität des Partners oder der Partnerin „Jugoslawisch“, jedoch in der Hälfte der Fälle, und als einzige Gruppe, geben sie die Kategorie „staatenlos“ an²⁷.

Darüber hinaus finden sich, als Indikatoren bi-nationaler Verflechtungen unter Ausländern, kleinere Minderheiten unter ehemaligen jugoslawischen und portugiesischen Befragten, ein Zehntel

²⁷ Hierbei dürfte es sich in der Regel ebenfalls um Personen aus dem Kosovo handeln.

bzw. ein Neuntel, welche Partner oder Partnerinnen anderer Nationalitäten angeben. Schließlich zeigen sich bei ebenfalls ehemaligen jugoslawischen und portugiesischen sowie, wenn auch von den Fallzahlen her etwas weniger gesichert, türkischen Befragten kleine Minoritäten, die eine Partnerschaft mit einer Person schweizerischer Staatsangehörigkeit benennen. Etwa ein Neuntel bis ein Dreizehntel dieser Gruppen ist bi-national mit schweizerischen Partnern oder Partnerinnen verflochten.

Für die überwältigende Mehrheit der Befragten spielt *Pendelmigration* keine Rolle, lediglich bei der tamilischen Bevölkerung mit ständigem Wohnsitz kommt sie bei einer Minderheit vor. Dennoch bestehen ganz überwiegend *Kontakte zu Freunden und Familie im Herkunftsland*: Große Mehrheiten der portugiesischen und ehemaligen jugoslawischen Befragten haben Kontakte sowohl zu Freunden als auch zur Familie. Türkische Befragte unterhalten etwas seltener, aber immer noch klar mehrheitlich beide Formen sozialer Verflechtung. Familiäre und freundschaftliche Beziehungen nennt noch die Hälfte der tamilischen Wohnbevölkerung und die Hälfte der albanischen Asylsuchenden, jedoch nur noch eine knappe relative Mehrheit der tamilischen Asylsuchenden.

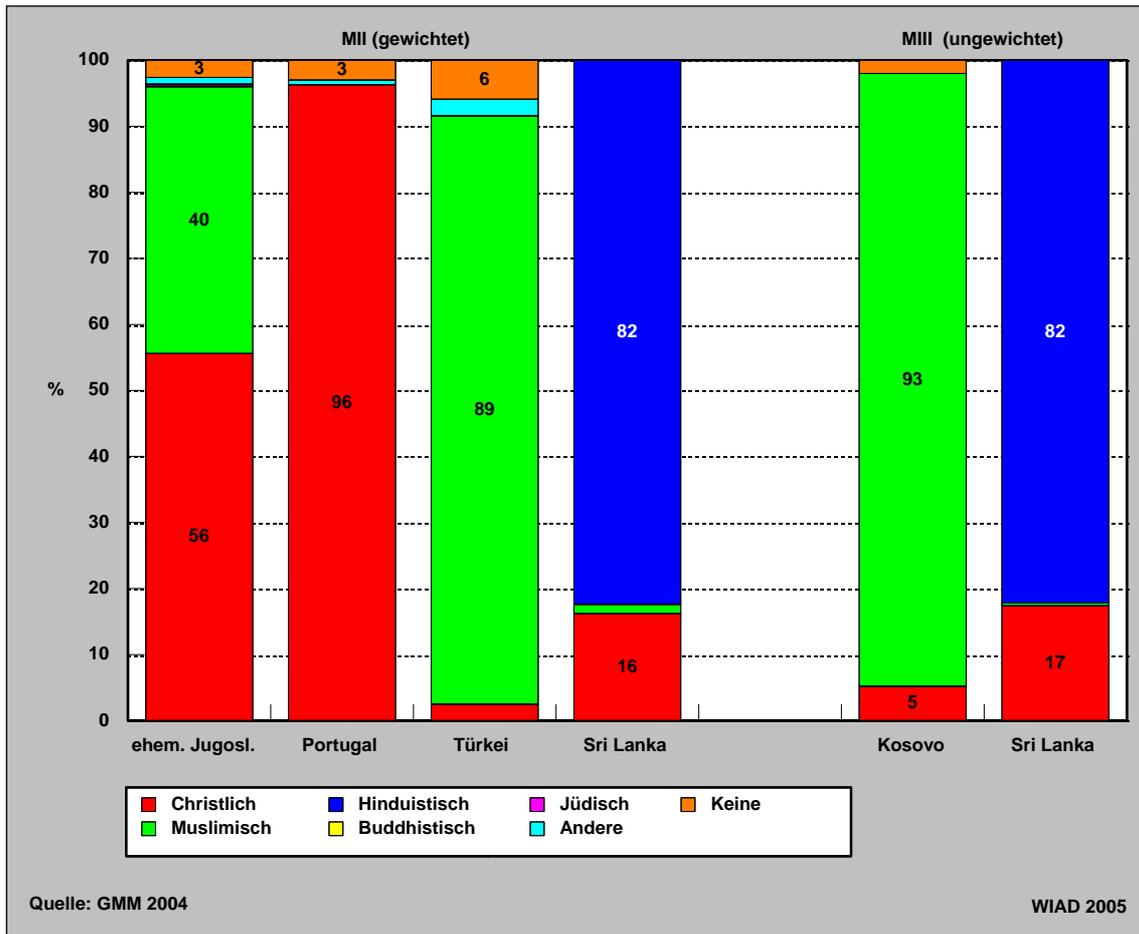
Während portugiesische und ehemalige jugoslawische Befragte am wenigsten *Fernsehprogramme in der Sprache der Herkunftsländer* sehen, konsumieren türkische und albanische diese am häufigsten, die Hälfte von ihnen ausschließlich oder überwiegend. Gleichwohl zeigen alle Gruppen ein weites Spektrum, indem alle Verhaltensmuster von jeweils mindestens beachtlichen Minoritäten repräsentiert werden.

Die einzelnen Gruppen pflegen ganz überwiegend *Kontakte zu Verwandten in der Schweiz*. Differenziert man die *Kontakte nach Verwandtschaftsformen*, wird eine hohe Bedeutung von Beziehungen außerhalb der Kernfamilie sichtbar, d.h. zu Geschwistern und sonstigen Verwandten, und danach die Rolle der eigenen Kernfamilie und der Herkunftsfamilie für alle Befragten. Weiterhin zeigen sich eine größere Bedeutung der Eltern für türkische Befragte und umgekehrt geringere Kontakte zu den Eltern bei tamilischen und albanischen Befragten sowie bei letzteren auch zu eigenen Kindern. Ganz überwiegend haben die befragten Migrantinnen und Migranten eine feste *Lebens- oder Ehepartnerschaft in der Schweiz*. Als *Nationalität ihres Partners* oder ihrer *Partnerin* geben sie wiederum ganz überwiegend die eigene nationale Gruppe an.

4.2.4 Religionszugehörigkeit und Religiosität

Im Hinblick auf ihre derzeitige **Religionszugehörigkeit** (Übersicht 4.42) ordnen sich die Befragten relativ homogen oder aber polarisiert denjenigen als Kategorien angebotenen Glaubensgemeinschaften zu, die jeweils prägend für ihre Herkunftsländer oder -regionen sind und deren Bedeutung im Aufnahmeland offenbar fortwirkt.

Übersicht 4.42: Religionszugehörigkeit



Im Einzelnen bezeichnen sich 56% der Bevölkerung aus dem ehemaligen Jugoslawien als christlich und 40% als muslimisch. Während 96% der portugiesischen Befragten sich als Christen verstehen, nennen 89% der türkischen den Islam als ihre Religion. Hier ist eine kleine Minorität von Befragten ohne Religion erwähnenswert. 16 bzw. 17% in den beiden tamilischen Gruppen ordnen sich dem Christentum zu, hingegen jeweils 82% dem Hinduismus. 93% der albanischen Befragten schließlich bezeichnen sich als Muslime und eine kleine Minorität als Christen.

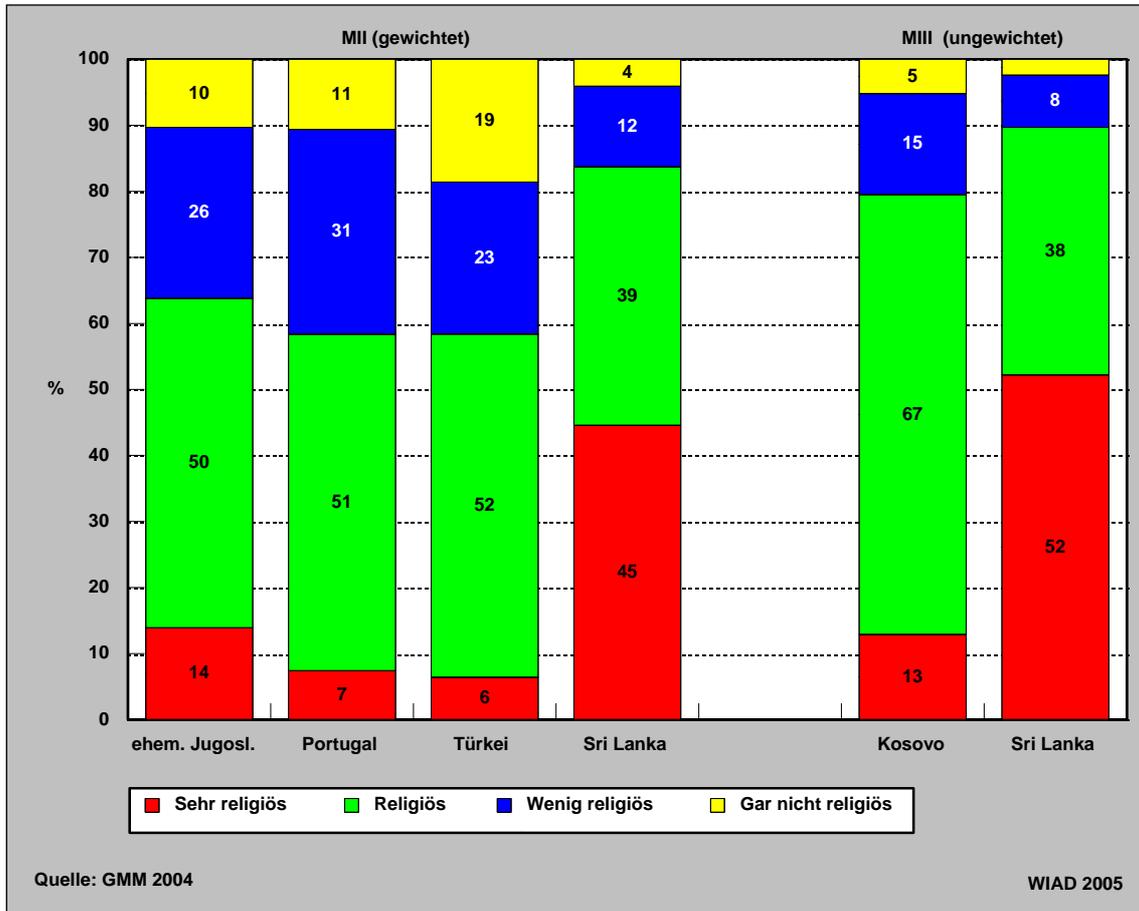
Ordnet sich somit die weit überwiegende Mehrheit der Migrantinnen und Migranten entsprechend den religiösen Mustern ihrer Herkunftsgesellschaften einzelnen Glaubensgemeinschaften zu, so ist die Qualität der damit indizierten **Religiosität** (Übersicht 4.43) gleichwohl extrem unterschiedlich, wenn man danach fragt, als wie religiös die Befragten sich bezeichnen.

Am einen Ende des Spektrums finden sich hier die tamilischen Gruppen und insbesondere die Asylsuchenden unter ihnen mit stark bzw. sehr stark ausgeprägter Religiosität. Nur sehr kleine Anteile dieser Befragten bezeichnen sich als „gar nicht religiös“; 16 bzw. sogar nur 10% (Asylsuchende) ordnen sich als „wenig religiös“ oder „gar nicht religiös“ ein. Demgegenüber sieht

sich ein Zehntel der ehemaligen jugoslawischen und ein Neuntel der portugiesischen Wohnbevölkerung als „gar nicht religiös“ an. Gleiches gilt als Extremwert sogar für fast ein Fünftel der türkischen Befragten; türkische Befragte geben so insgesamt die geringste Religiosität an. Diese Gruppe der Nicht-Religiösen ist erheblich größer als die Gruppe derer, die sich keiner Religion zuordnet. Addiert man zu den Nicht-Religiösen die Werte für die Kategorie „wenig religiös“, so sind ein gutes Drittel der Bevölkerung aus dem früheren Jugoslawien und sogar jeweils gut vier von zehn portugiesischen bzw. türkischen Befragten erfasst.

Nahezu das gleiche Bild zeigt sich in umgekehrter Perspektive bei den Migranten und Migrantinnen mit stärker ausgeprägter Religiosität. Hier finden sich in der Kategorie „sehr religiös“ eine relative Mehrheit von 45% der tamilischen Bevölkerung mit ständigem Wohnsitz in der Schweiz und sogar eine absolute Mehrheit von 52% unter den tamilischen Asylsuchenden. Addiert man die Werte derer, die sich als „religiös“ bezeichnen, hinzu, so ergeben sich Gruppen von 84 bzw. 90%. Demgegenüber bezeichnet sich nur jeder 15. türkische Befragte als „sehr religiös“, das Gleiche gilt für jeden 14. portugiesischen. Der Extremwert ist hier also deutlich geringer besetzt. Unter Hinzufügung der Kategorie „religiös“ ergibt sich wieder die spiegelbildliche Umkehrung der Verteilung am anderen Ende der Skala: danach ordnen sich knapp zwei Drittel der Befragten aus dem ehemaligen Jugoslawien und jeweils knapp sechs von zehn in der portugiesischen bzw. türkischen Gruppe als „religiös“ oder „sehr religiös“ ein. In Verbindung mit den sehr großen Minderheiten mit geringer oder fehlender Religiosität erscheinen Befragte aus dem ehemaligen Jugoslawien und Portugal in religiöser Hinsicht als heterogen bzw. sehr heterogen, die türkische Gruppe sogar als polarisiert.

Übersicht 4.43: Religiosität



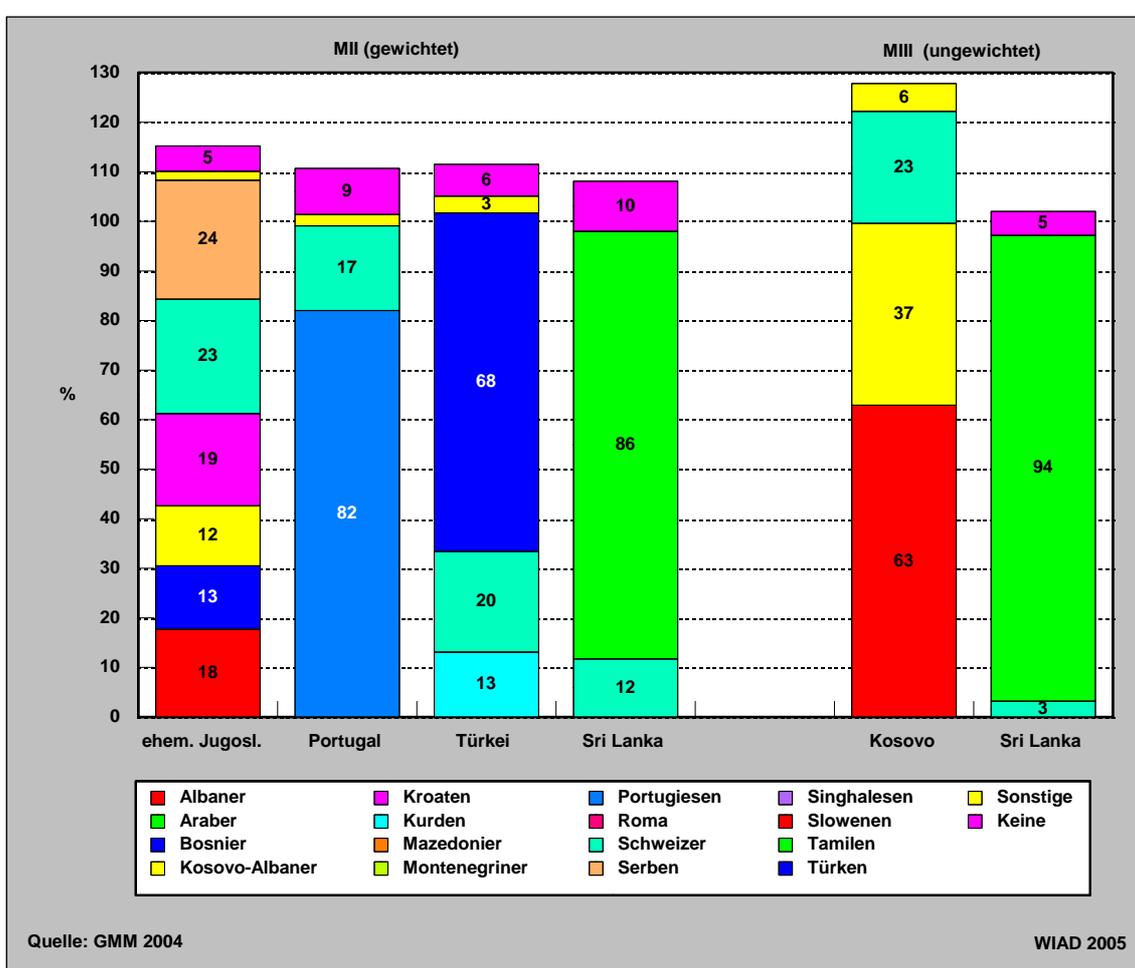
Zwar hat abgesehen von einer kleinen Gruppe türkischer Religionsloser im Hinblick auf die *Glaubensgemeinschaft* die religiöse Struktur der Herkunftsländer ihre Bedeutung für die Selbstdefinition der Migrantinnen und Migranten bewahrt, dahinter verbergen sich aber ganz unterschiedliche Qualitäten der *Religiosität*. Erscheinen auf dem einen Ende des Spektrums die tamilischen Befragten als ausgesprochen religiös, so ist Religiosität in der ehemaligen jugoslawischen und vor allem in der portugiesischen und türkischen Gruppe schwächer ausgeprägt. Insgesamt zeigen damit ehemalige jugoslawische und verstärkt portugiesische Befragte eine heterogene, türkische sogar eine polarisierte Struktur, wobei die beachtliche Minorität gar nicht religiös orientierter Türkinnen und Türken besonders heraussticht.

4.2.5 Ethnische Zugehörigkeit

Die Befragten sollten angeben, welcher **Volkgruppe** sie sich unabhängig von der Staatsangehörigkeit **zugehörig fühlen** (Übersicht 4.44), wobei mehrere vorgegebene Antworten möglich waren. Hier zeigt sich erwartungsgemäß die ethnische Homogenität bzw. Heterogenität der Herkunftsländer und damit zunächst das vielfältigste Bild bei den Zuwanderern und Zuwanderinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien. 18% davon ordnen sich der albanischen und weitere

12% der kosovo-albanischen Gruppe zu, 13% der bosnischen, 19% der kroatischen und 24% schließlich der serbischen. 82% der Befragten aus Portugal bezeichnen sich als Portugiesen bzw. Portugiesinnen. 86% der tamilischen Befragten mit ständigem Wohnsitz und 94% der tamilischen Asylsuchenden ordnen sich der tamilischen Gruppe zu. Bei den albanischen Asylsuchenden treten zu 63% mit albanischer weitere 37% mit kosovo-albanischer Zugehörigkeit. Türkische Befragte bezeichnen sich zu 68% als türkisch, eine Minderheit von 13% als kurdisch. Relativ kleine Gruppen ordnen sich nirgendwo zu. Dies gilt für ein Zehntel der tamilischen Bevölkerung mit ständigem Wohnsitz und ein Elftel der portugiesischen. Dazu kommen kleine Minoritäten unter den türkischen und ehemaligen jugoslawischen Befragten sowie den tamilischen Asylsuchenden. Ebenfalls eine kleine Minderheit der albanischen Asylsuchenden fällt unter „sonstige“.

Übersicht 4.44: Zugehörigkeit zu Volksgruppen (Mehrfachantworten)

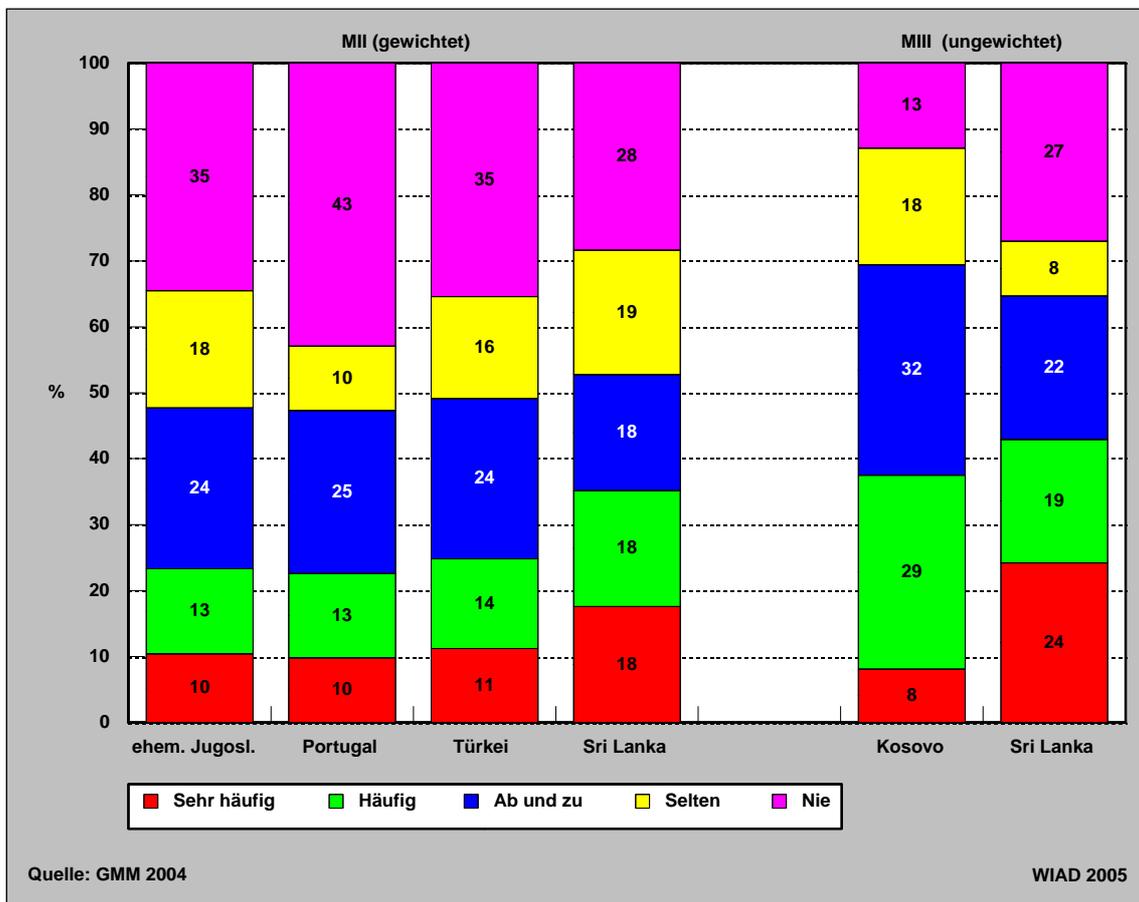


Gleichzeitig finden sich unter den europäischen Gruppen beachtliche Minderheiten, die sich der Aufnahmegesellschaft verbunden fühlen. Zwar empfinden sich nur sehr wenige der tamilischen Asylsuchenden und etwa ein Achtel der ständigen tamilischen Wohnbevölkerung als den Schweizern zugehörig, jedoch gilt dies für ein Sechstel der portugiesischen und ein Fünftel der

türkischen Einwanderer und Einwanderinnen, unter albanischen und ehemaligen jugoslawischen Befragten sogar für ein Fünftel bis ein Viertel und damit noch etwas stärker.

Die Frage nach einem **Gefühl der Heimatlosigkeit** (Übersicht 4.45), dass man „sozusagen nirgendwo so richtig dazugehört“, ergibt eine relativ übersichtliche Strukturierung der untersuchten Migrationsbevölkerung. Nur etwa ein Viertel bis ein Fünftel der portugiesischen, türkischen oder ehemaligen jugoslawischen Befragten gibt an, „sehr häufig“ oder „häufig“ ein solches Gefühl zu haben, deutlich weniger als Asylsuchende aus dem Kosovo (37%) und die tamilische Bevölkerung mit ständigem Wohnsitz (36%) sowie insbesondere die tamilischen Asylsuchenden (43%). Die beiden tamilischen Gruppen, insbesondere die Asylsuchenden, haben dieses Gefühl darüber hinaus auch in deutlich höherem Maße als die anderen Gruppen „sehr häufig“.

Übersicht 4.45: Gefühl der Heimatlosigkeit

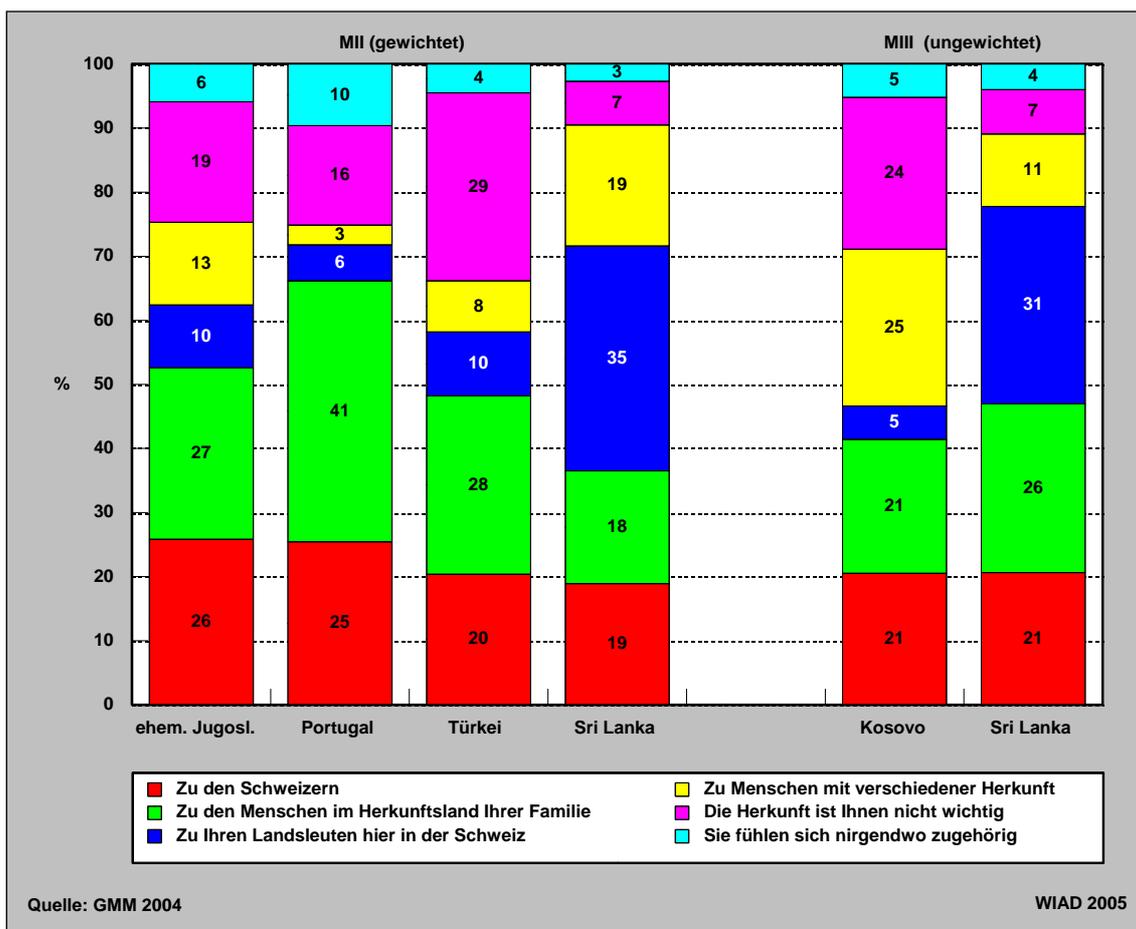


Umgekehrt sind Befragte aus dem ehemalige Jugoslawien, der Türkei (jeweils 35%) und insbesondere Portugal (43%) diejenigen, welche am häufigsten angeben, „nie“ ein solches Gefühl zu haben. Addiert man die Zahl derer, die ein solches Gefühl „selten“ verspüren, hinzu, dann empfindet jeweils mehr als die Hälfte dieser Gruppen nie oder selten ein Gefühl der Heimatlosigkeit. Demgegenüber sind bei den tamilischen Gruppen nur knapp drei von zehn Befragten (Wohnbe-

völkerung) bzw. gut ein Viertel (Asylsuchende) „nie“ davon betroffen und bei den albanischen Asylsuchenden sogar nur ein Achtel. Addiert man wiederum die Kategorie „selten“ hinzu, so erscheint mit 31% erneut die albanische Gruppe als die, welche das Gefühl der Heimatlosigkeit am deutlichsten erlebt, gefolgt von den tamilischen Asylsuchenden (35%). Jedoch erreicht die tamilische Wohnbevölkerung bei dieser Betrachtung mit 47% nahezu die Werte der ehemaligen jugoslawischen, türkischen und portugiesischen Gruppen. Somit erscheinen tamilische Migrantinnen und Migranten, speziell im Vergleich zu den albanischen Asylsuchenden, als polarisierte Gruppe. Dies gilt insbesondere für diejenigen unter ihnen, die ständig in der Schweiz wohnen: sie umfassen sowohl eine große Gruppe mit starken als auch eine solche mit schwachen Gefühlen der Heimatlosigkeit.

Eigenes und Fremdes thematisierend, waren die Befragten im Anschluss an die Frage nach ihrer Situation als Einwanderer und Einwanderinnen in der Schweiz um eine Selbsteinordnung gebeten, wo sie sich **am ehesten zugehörig fühlen** (Übersicht 4.46); sie ergibt ein komplexes Bild, welches eine zweifache Deskription nach den angebotenen Kategorien und nach den befragten Gruppen erforderlich macht.

Übersicht 4.46: Zugehörigkeit zu Eigenem und Fremdem



„Den Schweizern“ zugehörig fühlt sich je etwa ein Viertel der ehemaligen jugoslawischen und der portugiesischen Befragten. Bei den Übrigen gilt das für etwa ein Fünftel. Eine primäre Zugehörigkeit zu „den Menschen im Herkunftsland der Familie“ verspüren insbesondere portugiesische Befragte; vier von zehn antworten entsprechend. Demgegenüber antwortet unter den tamilischen Befragten mit ständigem Wohnsitz nur etwa ein Sechstel sowie unter den albanischen nur etwa ein Fünftel so. Klare Differenzierungen ergibt die Antwortmöglichkeit „zu ihren Landsleuten in der Schweiz“: die deutlich stärksten Anteile verzeichnen hier die tamilischen Gruppen mit etwas mehr als einem Drittel (Wohnbevölkerung) bzw. gut drei von zehn Befragten (Asylsuchende). Hier ordnen sich besonders wenig portugiesische und albanische Befragte zu. „Menschen verschiedener Herkunft“ fühlt sich ein Viertel der albanischen Befragten, knapp ein Fünftel der tamilischen Bevölkerung mit ständigem Wohnsitz sowie immer noch etwa ein Achtel der Wohnbevölkerung aus dem ehemaligen Jugoslawien zugehörig. Besonders selten äußern

portugiesische Befragte diese Orientierung. Drei von zehn türkischen Befragten ist „die Herkunft nicht so wichtig“. Das Gleiche gilt für knapp ein Viertel der albanischen, fast ein Fünftel der ehemaligen jugoslawischen und beinahe ein Sechstel der portugiesischen Befragten. Ebenfalls ist in der portugiesischen Bevölkerung als einziger die Gruppe derer, die „sich nirgendwo zugehörig fühlen“, stärker vertreten: ein Zehntel ordnet sich hier zu.

Gegliedert nach den einzelnen untersuchten Gruppen unter den Migrantinnen und Migranten in der Schweiz zeigt sich, *jeweils im Vergleich zu den anderen Gruppen*, das folgende Bild.

Unter Zuwanderern und Zuwanderinnen aus dem *ehemaligen Jugoslawen* fühlen sich überdurchschnittlich viele den Schweizern zugehörig. Auch votieren sie verstärkt für Menschen unterschiedlicher Herkunft bzw. hält eine beachtliche Minderheit die Herkunft für nicht so wichtig; eine Orientierung an der eigenen Gruppe scheint somit vergleichsweise nicht sonderlich ausgeprägt und die Identifikation mit der Schweiz überdurchschnittlich.

Auch in der *portugiesischen* Gruppe sind überdurchschnittlich viele an den Schweizern orientiert. Gleichzeitig ist unter ihnen die mit Abstand größte Gruppe, welche sich den Menschen im Herkunftsland ihrer Familie zugehörig fühlen. Umgekehrt sind portugiesische Befragte vergleichsweise selten an den Landsleuten in der Schweiz orientiert, fühlen sich aber auch besonders selten Menschen verschiedener Herkunft zugehörig. Eine nennenswerte Minderheit findet die Herkunft nicht so wichtig, und eine vergleichsweise erhöhte Zahl fühlt sich nirgendwo zugehörig. Die portugiesische Bewohnerschaft in der Schweiz erscheint so als heterogene und sogar polarisierte Gruppe: Teilweise relativ wenig eigenethnisch orientiert und sich überdurchschnittlich den Schweizern zugehörig fühlend umfasst sie gleichzeitig eine große Minderheit, die sich mit den Menschen im Herkunftsland identifiziert.

Türkische Befragte fallen dadurch auf, dass sie durch nichts auffallen, d.h. ihre Antworten sind in keiner Kategorie über- oder unterdurchschnittlich ausgeprägt, mit einer, allerdings bemerkenswerten Ausnahme: sie sind am häufigsten der Meinung, dass die Herkunft nicht so wichtig ist. Diese überwiegend muslimische Gruppe zeigt somit weder eine besonders ausgeprägte Affinität zu den Schweizern, noch eine überdurchschnittliche Orientierung an der eigenen Gruppe, wohl aber verstärkt eine Haltung, die als post- oder transnational bzw. post- oder transethnisch bezeichnet werden könnte; türkische Befragte vertreten also modernisierungstheoretisch gesprochen in erhöhtem Maße die „klassische“ Vorstellung von Moderne, welche einen Bedeutungsverlust ethnischer bzw. nationaler Kategorien behauptet. Die im öffentlichen Diskurs typische Konstruktion eines Widerspruchs zwischen islamischen und westlich-modernen Orientierungen wird durch diese empirischen Daten zumindest nicht gestützt.

Auch die ebenfalls muslimisch geprägten *albanischen Asylsuchenden* weisen ein ähnliches Muster auf: Unterdurchschnittlichen Werten für eine Orientierung an den Menschen im Herkunftsland ihrer Familie bzw. den Landsleuten in der Schweiz stehen ein ausgeprägtes Zugehörigkeitsgefühl zu Menschen verschiedener Herkunft sowie auch die verstärkt vertretene Ansicht, die Herkunft sei nicht so wichtig, gegenüber. Auch hier kann also nicht von besonders ausgeprägter Orientierung an den Schweizern, aber vor allem auch nicht an der eigenen Gruppe aus-

gegangen werden, vielmehr werden nationale oder ethnische Aspekte ausgesprochen transzendiert. Für die häufig behauptete Inkompatibilität von Islam und Moderne sprechen diese Ergebnisse nicht.

Tamilische Befragte mit *ständigem Wohnsitz* in der Schweiz sind, im Vergleich zu anderen Gruppen (außer den tamilischen Asylsuchenden), sehr stark an den Landsleuten in der Schweiz orientiert, jedoch unterdurchschnittlich an den Menschen im Herkunftsland. Einer vergleichsweise sehr kleinen Gruppe ist die Herkunft nicht so wichtig, während sich gleichzeitig überdurchschnittlich viele Menschen unterschiedlicher Herkunft zugehörig fühlen. Die Gruppe insgesamt erscheint so heterogen. Bei fehlender stärkerer Orientierung an den Schweizern zeigt sich einerseits eine starke Orientierung auf die eigenethnische Kolonie in der Schweiz, andererseits sind aber auch Ethnien transzendierende Orientierungen festzustellen.

Die *tamilischen Asylsuchenden* schließlich weichen in zwei Punkten von den Vergleichsgruppen ab: Sie sind deutlich erhöht an der Gruppe der Landsleute in der Schweiz orientiert und nur eine sehr kleine Gruppe findet Herkunft nicht so wichtig. Wie bei den übrigen tamilischen Befragten geht also fehlende erhöhte Identifikation mit den Schweizern mit einer Orientierung auf die Kolonie in der Schweiz einher, allerdings ohne ein Ethnien übergreifendes Moment.

Die Selbsteinordnung zu *Volksgruppen*, denen man sich *zugehörig fühlt*, reflektiert im Wesentlichen die ethnische Homogenität bzw. Heterogenität der Herkunftsländer mit der größten Vielfalt unter ehemaligen jugoslawischen Befragten und einer kurdischen Minderheit unter denen türkischer Nationalität. Dazu treten in den portugiesischen, türkischen, albanischen und ehemaligen jugoslawischen Gruppen, also den europäischen, größere Minoritäten hervor, die sich als Schweizer sehen.

Im Hinblick auf ein *Gefühl der Heimatlosigkeit* strukturiert sich die Migrationsbevölkerung klar in türkische, portugiesische und ehemalige jugoslawische Befragte einerseits und tamilische und albanische andererseits. Während mehr als die Hälfte der ersteren dieses Gefühl nie oder selten verspürt, sind die letztgenannten davon deutlich stärker betroffen.

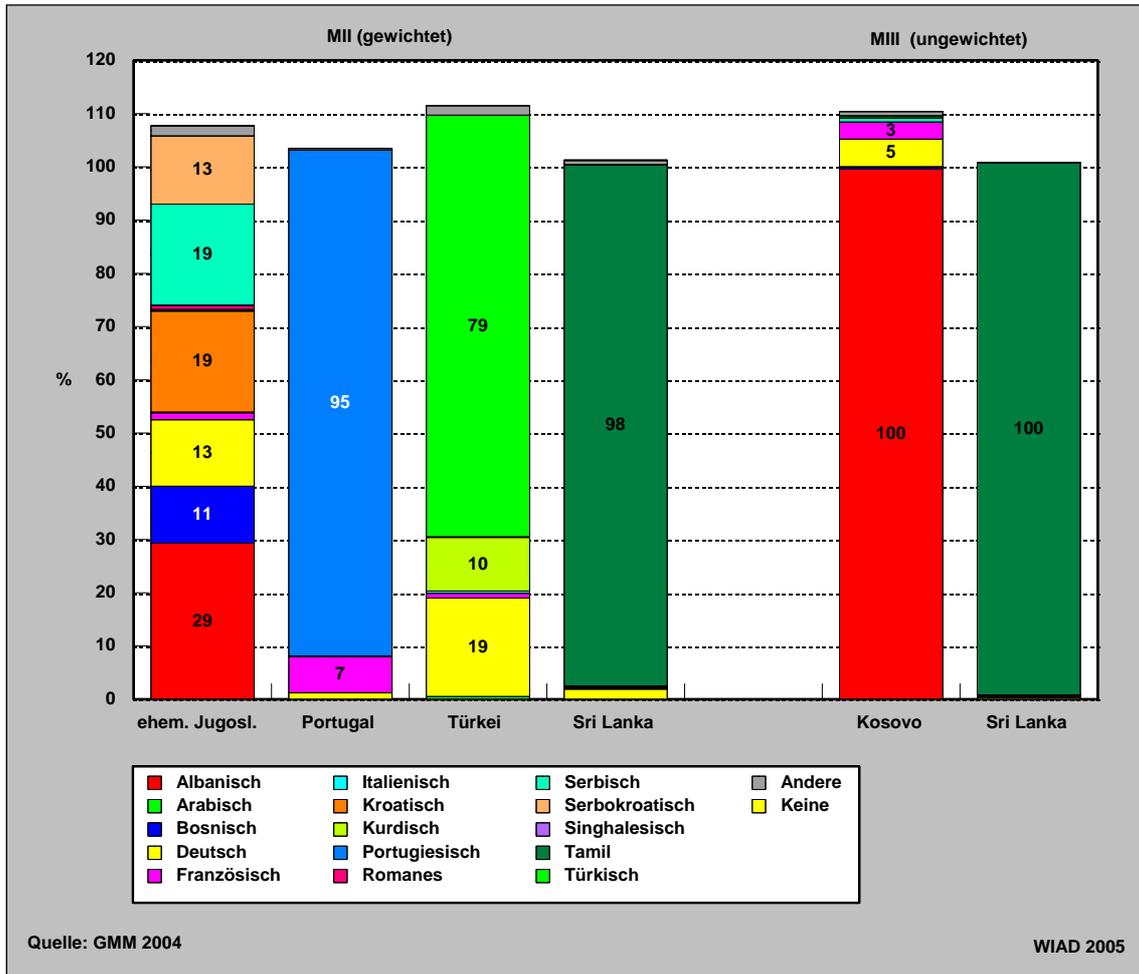
Auf die Frage, wem man sich *am ehesten zugehörig fühlt*, nennen *in der Orientierung auf Eigenes und Fremdes* ehemalige jugoslawische und portugiesische Befragte vergleichsweise häufiger eine Affinität zu den Schweizern. Während erstere darüber hinaus jedoch nicht ausgeprägt an der eigenen Gruppe orientiert sind, gilt dies für die polarisiert erscheinende portugiesische Gruppe nur zum Teil: hier wird eine starke, sich mit den Menschen des Herkunftslandes identifizierende Minderheit sichtbar. Demgegenüber identifizieren sich tamilische Befragte insgesamt insbesondere mit der eigenen Kolonie in der Schweiz. Dabei zeigen diejenigen mit ständigem Wohnsitz jedoch auch ethnientranszendierende Orientierungen und erscheinen so insgesamt heterogen. Derartige post- oder transnationale bzw. post- oder transethnische Orientierungen finden sich am stärksten ausgeprägt unter den beiden ganz überwiegend muslimischen Gruppen, den türkischen und albanischen Zuwanderern und Zuwanderinnen.

4.2.6 Sprachliche Orientierung und Integration

Bei der Frage nach ihrer **Muttersprache** (Übersicht 4.47) konnten die Befragten aus einer Liste von Sprachen mehrere Antworten wählen. Hier zeigt sich entsprechend der Herkunftsländer ein ähnlich strukturiertes Bild wie bei der ethnischen Orientierung. Die größte Vielfalt herrscht wiederum bei den Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien. Hier nennen 29% Albanisch und 11% Bosnisch, jeweils weitere 19% Kroatisch bzw. Serbisch und 13% Serbisch/Kroatisch. In den übrigen Gruppen zeigen sich jeweils eindeutige Schwerpunkte: 95% der portugiesischen Befragten nennen Portugiesisch, 98% (Wohnbevölkerung) bzw. 100% (Asylsuchende) in den tamilischen Gruppen geben Tamilisch an und albanische Befragte zu 100% Albanisch. Unter den Befragten mit türkischer Nationalität schließlich nennen 79% Türkisch und eine Minderheit von zusätzlich 10% Kurdisch.

Darüber hinaus finden sich bei den Gruppen aus Europa einige beachtenswerte Nennungen der Schweizer Landessprachen Deutsch und Französisch als Muttersprache. Sehr kleine Gruppen der albanischen Befragten nennen Französisch und Deutsch, ebenfalls eine kleinere portugiesische Gruppe bezeichnet Französisch als ihre Muttersprache. Schon ein Achtel der Befragten aus dem ehemaligen Jugoslawien gibt Deutsch an. Die eindeutig größte Gruppe aber, die eine Sprache des Aufnahmelandes als Muttersprache bezeichnet, findet sich bei den türkischen Einwanderern und Einwanderinnen: ein Sechstel nennt Deutsch und zeigt damit den höchsten Grad sprachlicher Identifikation.

Übersicht 4.47: Muttersprache (Mehrfachantworten)

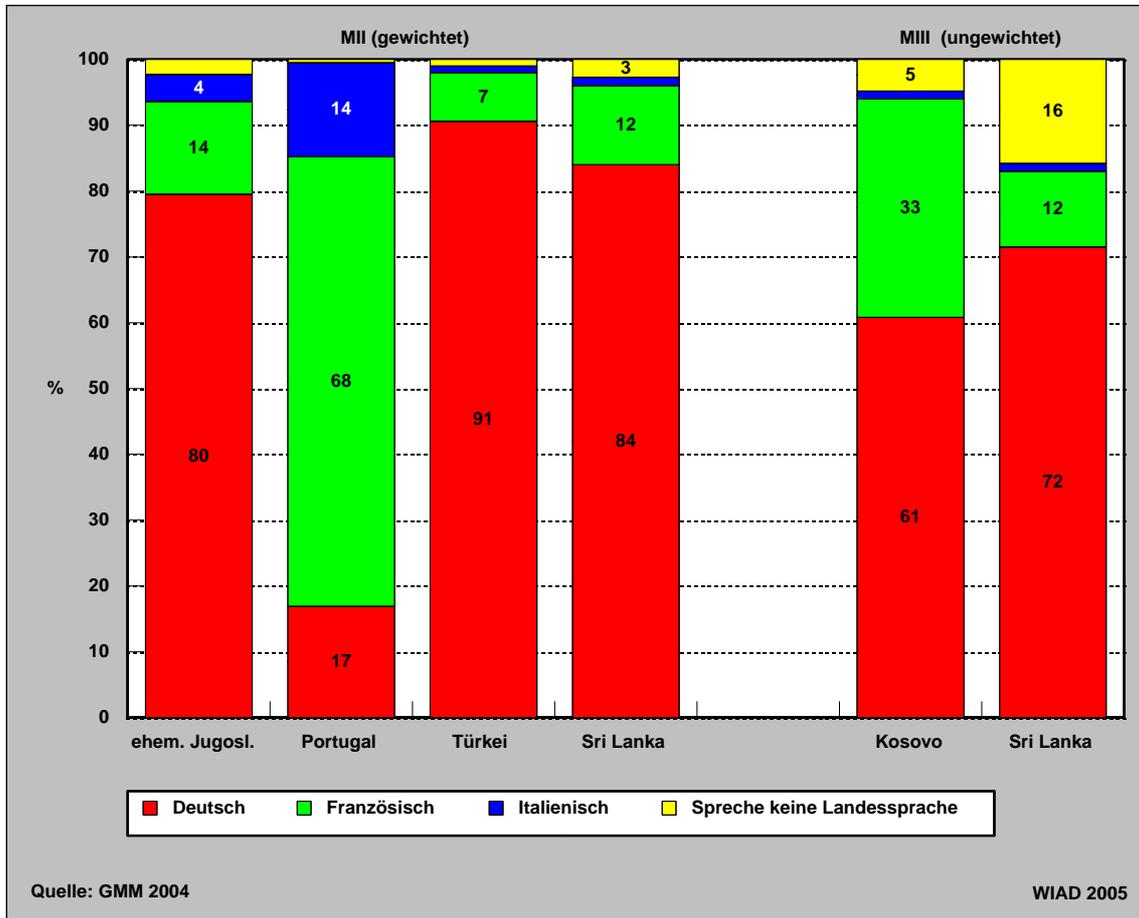


Die Befragten waren gebeten anzugeben, welche der **Schweizer Landessprachen** sie **am besten beherrschen** (Übersicht 4.48). Abgesehen von den tamilischen Asylsuchenden, bei denen fast ein Sechstel antwortet, keine der Landessprachen zu sprechen, geben bei den übrigen Gruppen jeweils 95% und mehr eine Sprache an.

Nur sehr wenige nennen Italienisch. Eine Ausnahme bilden hier portugiesische Befragte, von denen ein Siebtel diese Sprache am besten beherrscht. Im Übrigen gibt diese Gruppe zu zwei Dritteln das Französische an und nur zu einem Sechstel das Deutsche. Darüber hinaus dominiert Deutsch in unterschiedlicher Ausprägung. Dies gilt für neun von zehn türkischen Befragten, fünf von sechs tamilischen mit ständigem Wohnsitz und vier von fünf ehemaligen jugoslawischen. Drei Fünftel in der albanischen Gruppe sprechen Deutsch, aber auch ein Drittel Französisch. Unter den tamilischen Asylsuchenden schließlich geben sieben von zehn Deutsch an. Mit Ausnahme der etwa zu zwei Drittel Französisch sprechenden portugiesischen Befragten

beherrscht somit zwischen 60 und 90% der Migranten und Migrantinnen von den Landessprachen am besten Deutsch.²⁸

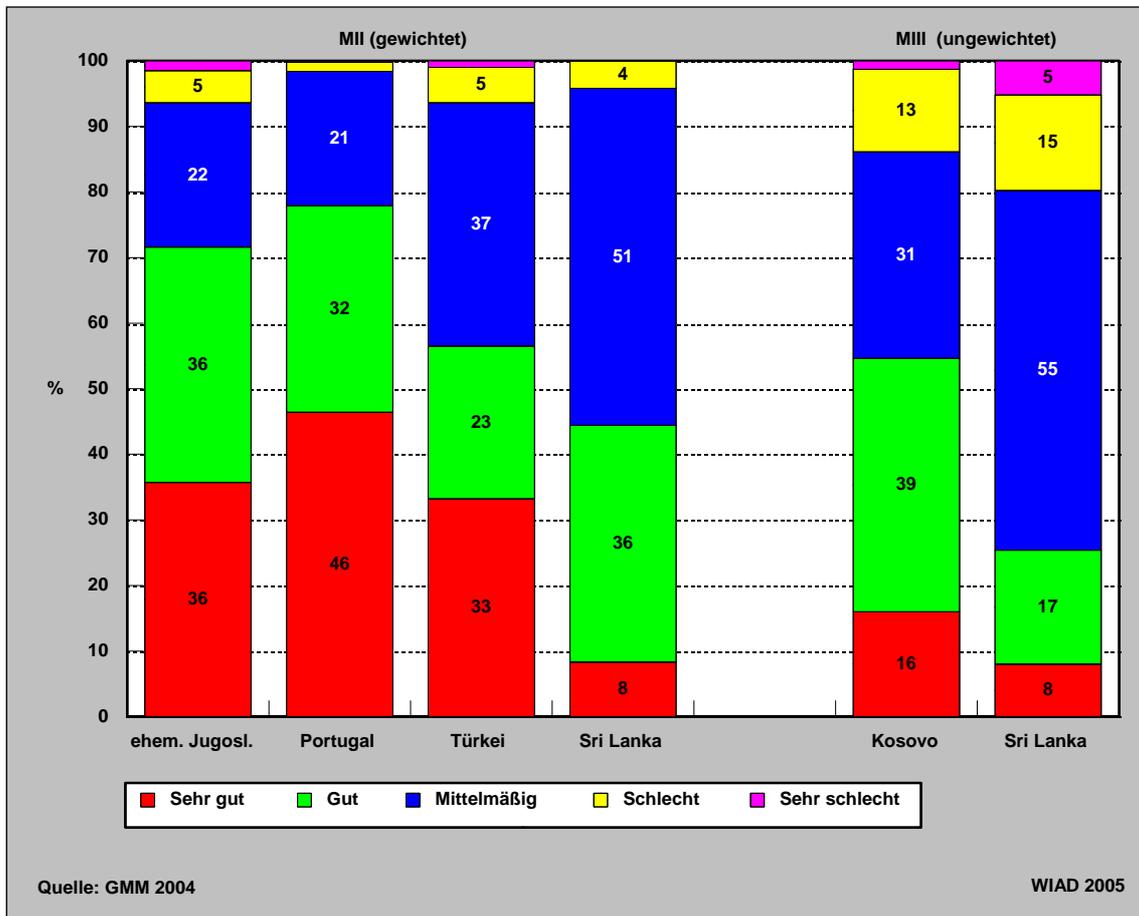
Übersicht 4.48: Beherrschung schweizerischer Landessprachen



In der Folge wurden die Migrantinnen und Migranten zunächst gefragt, **wie gut sie die Sprache verstehen** (Übersicht 4.49). Während nur eine sehr kleine Gruppe der portugiesischen Befragten die Sprache „schlecht“ oder „sehr schlecht“ versteht, trifft dies insbesondere für größere Minderheiten unter den Asylsuchenden zu, nämlich für 14% der albanischen und 20% der tamilischen. Von letzteren versteht sogar ein nennenswerter Anteil die Sprache nur „sehr schlecht“. Umgekehrt versteht nur eine kleine Gruppe von ihnen die Sprache „sehr gut“, ähnlich wie unter der ständigen tamilischen Wohnbevölkerung. Auch nur ein Sechstel der albanischen Asylsuchenden hält sein Sprachverständnis für „sehr gut“, hingegen etwa ein Drittel bzw. ein gutes Drittel der türkischen bzw. der ehemaligen jugoslawischen sowie fast die Hälfte der portugiesischen Wohnbevölkerung. Addiert man die Kategorie „gut“ hinzu, so zeigen portugiesische Befragte mit nahezu vier Fünfteln die besten Sprachkenntnisse, gefolgt von ehemaligen jugoslawischen mit gut sieben Zehnteln und türkischen mit fast sechs Zehnteln.

²⁸ Während fast alle Befragten, die Deutsch angeben, in der deutschsprachigen Schweiz leben, haben neun von zehn Frankophonen ihren Wohnsitz im französischsprachigen Teil des Landes. Knapp drei Fünftel derer, die am besten Italienisch können, leben im deutschsprachigen Landesteil und weitere zwei Fünftel im italienischsprachigen.

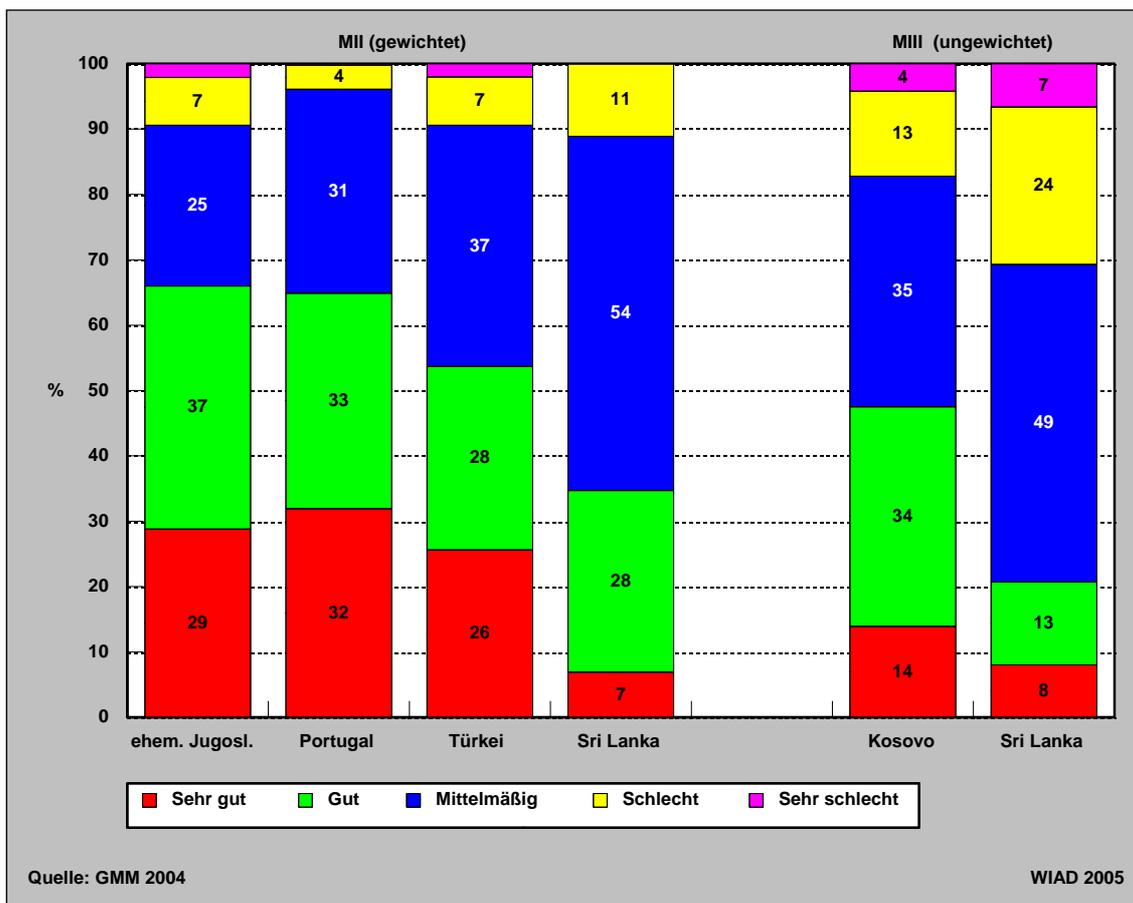
Übersicht 4.49: Passive Sprachkenntnisse



Letztere liegen damit aber nur noch knapp vor der albanischen Gruppe, die ebenfalls klar mehr als die Hälfte verzeichnet und damit hinsichtlich des Sprachverständnisses als polarisiert erscheint. Ebenfalls differenziert diese Betrachtung die tamilischen Gruppen, bei der nunmehr diejenige mit ständigem Wohnsitz mit deutlich mehr als vier von zehn klar vor den Asylsuchenden mit nur einem Viertel rangiert, aber weiterhin ebenfalls eindeutig hinter den übrigen Befragten platziert ist. Insgesamt sind somit die tamilischen Asylsuchenden die Gruppe mit dem geringsten Verständnis der Landesprache.

Weiterhin waren die Befragten gebeten anzugeben, **wie gut sie die Sprache sprechen** (Übersicht 4.50). Hier zeigt sich im Prinzip das gleiche Muster auf insgesamt geringerem Niveau.

Übersicht 4.50: Aktive Sprachkenntnisse



Während wiederum bei den portugiesischen Befragten der Anteil derer, die „schlecht“ oder „sehr schlecht“ angeben am geringsten ist, gilt dies für drei von zehn tamilischen Asylsuchenden bzw. ein Sechstel der albanischen Asylsuchenden. Wiederum nennenswerte Gruppen tamilischer bzw. albanischer Asylsuchender sprechen die Landessprache „sehr schlecht“. Das umgekehrte Bild wiederholt sich am anderen Ende des Spektrums: nur kleine Gruppen der tamilischen Befragten halten ihre aktiven Sprachfähigkeiten für „sehr gut“. Das Gleiche gilt auch nur für etwa ein Siebtel der albanischen Asylsuchenden, hingegen schätzt sich ein Viertel der türkischen Befragten so ein, ebenso wie etwas weniger als drei von zehn ehemaligen jugoslawischen sowie ein knappes Drittel der portugiesischen. Zuzüglich der Kategorie „gut“ liegen mit je etwa zwei Dritteln die beiden letztgenannten Gruppen gemeinsam vorn, unter Berücksichtigung der geringeren Anzahl derer mit schwachen Kenntnissen, schneidet allerdings insgesamt wiederum die portugiesische Gruppe am günstigsten ab²⁹. Ebenfalls wie im obigen Fall folgen türkische Befragte mit deutlich mehr als der Hälfte und albanische Asylsuchende mit leicht unterhalb der Hälfte, die damit insgesamt wieder polarisiert erscheinen. Und ebenso findet sich wieder die Differenzierung der tamilischen Gruppen. Mit einem guten Drittel liegen diejenigen mit

²⁹ Hier sei daran erinnert, dass portugiesische Befragte ganz überwiegend Französisch sowie eine Minderheit Italienisch als Landessprache angeben, die sie am besten beherrschen. Das Erlernen dieser romanischen Sprachen ist für Migranten mit ebenfalls romanischem Hintergrund natürlich erheblich einfacher als etwa Deutsch für türkische Zuwanderer und Zuwanderinnen.

ständigem Wohnsitz zwar klar hinter den übrigen Befragten, aber ebenfalls klar vor den tamilischen Asylsuchenden, von denen nur ein Fünftel meint, die Landessprache „gut“ oder „sehr gut“ zu sprechen. Tamilische Asylsuchende bescheinigen sich somit die geringsten aktiven Fähigkeiten.

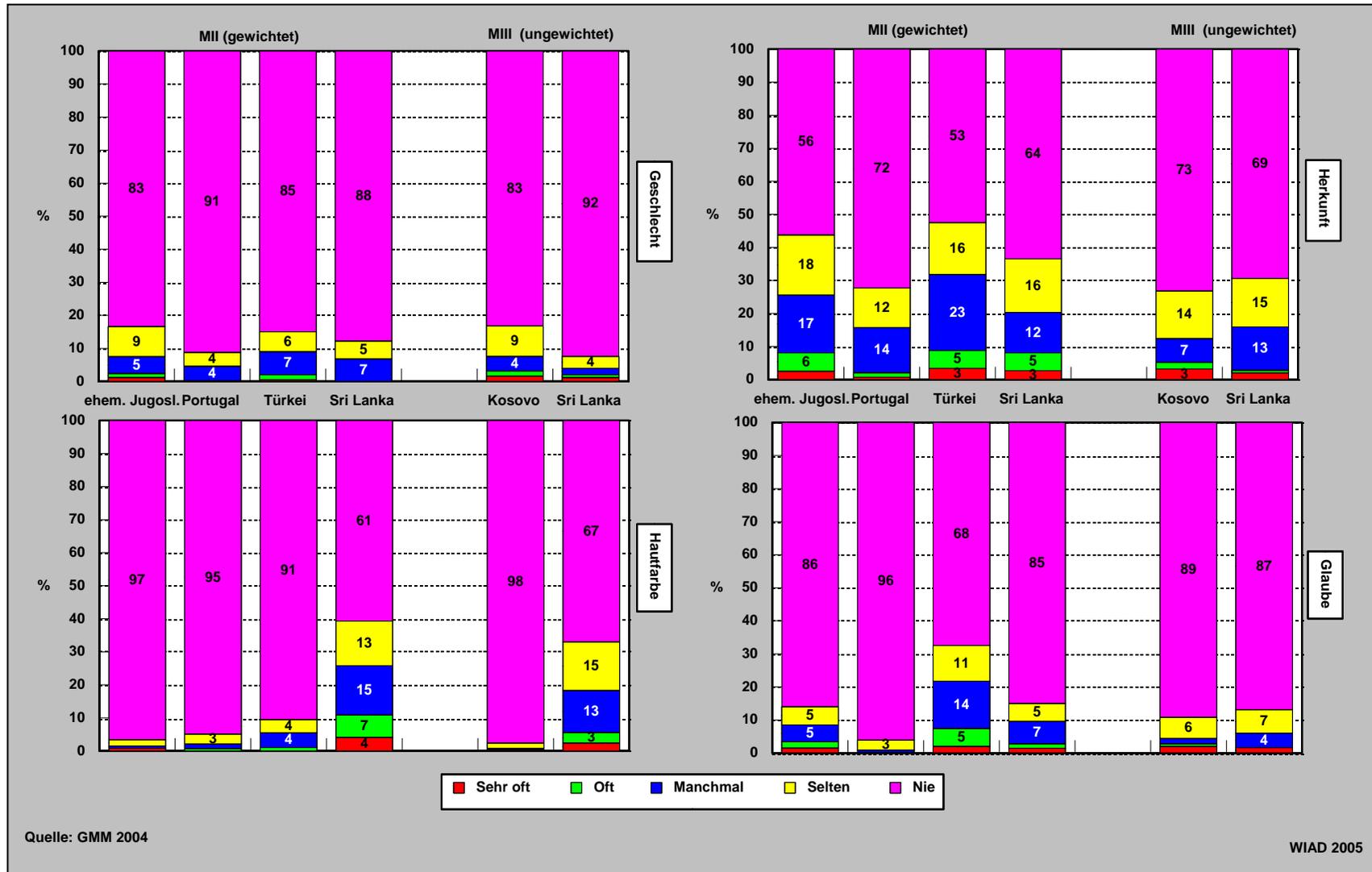
Bei der Frage nach der *Muttersprache* zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei der Volkszugehörigkeit. Personen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien geben sehr unterschiedliche Muttersprachen an, bei den Befragten aus der Türkei ist eine Minderheit kurdischsprachig. In den europäischen Gruppen nennen beachtenswerte Minderheiten Französisch und vor allem Deutsch als Muttersprache, besonders ausgeprägt in der türkischen Gruppe.

Mit Ausnahme eines Sechstels der tamilischen Asylsuchenden geben jeweils fast alle Befragten an, eine der *Landessprachen* zu *beherrschen*; abgesehen von den meist frankophonen portugiesischen Befragten ist dies ganz überwiegend die deutsche Sprache. Bei der Fähigkeit, die *Sprache* zu *verstehen* bzw. sie zu *sprechen* ergibt sich jeweils die gleiche Rangfolge, wobei die aktiven Fähigkeiten insgesamt auf geringerem Niveau sind: An der Spitze rangiert die portugiesische gefolgt von der ehemaligen jugoslawischen und sodann der türkischen Gruppe. Im Weiteren folgen albanische Asylsuchende, welche als Gruppe insgesamt polarisiert sind, sowie danach die tamilische Wohnbevölkerung und zuletzt tamilische Asylsuchende. Generell finden sich unter den Asylsuchenden insgesamt beachtliche Minderheiten mit schlechten oder sehr schlechten Kenntnissen.

4.2.7 Diskriminierung, Benachteiligung und Segregation

Über **Diskriminierung** (Übersicht 4.51) aufgrund des *Geschlechts* berichten die Befragten insgesamt relativ wenig und mit nur geringfügigen Differenzen. Ganz überwiegende Mehrheiten haben derartiges nie erlebt, zusammen mit der Angabe „selten“ gilt dies für jeweils über 90%, insbesondere im Falle von portugiesischen Befragten (95%) und tamilischen Asylsuchenden (96%).

Übersichten 4.51: Gründe für Diskriminierung



Deutlich häufiger geben die Befragten Diskriminierungen wegen ihrer *Herkunft* an, allerdings sagt auch hier jeweils mindestens mehr als die Hälfte, dies sei noch nie vorgekommen bzw. jeweils mindestens zwei Drittel haben dies selten oder nie erlebt.

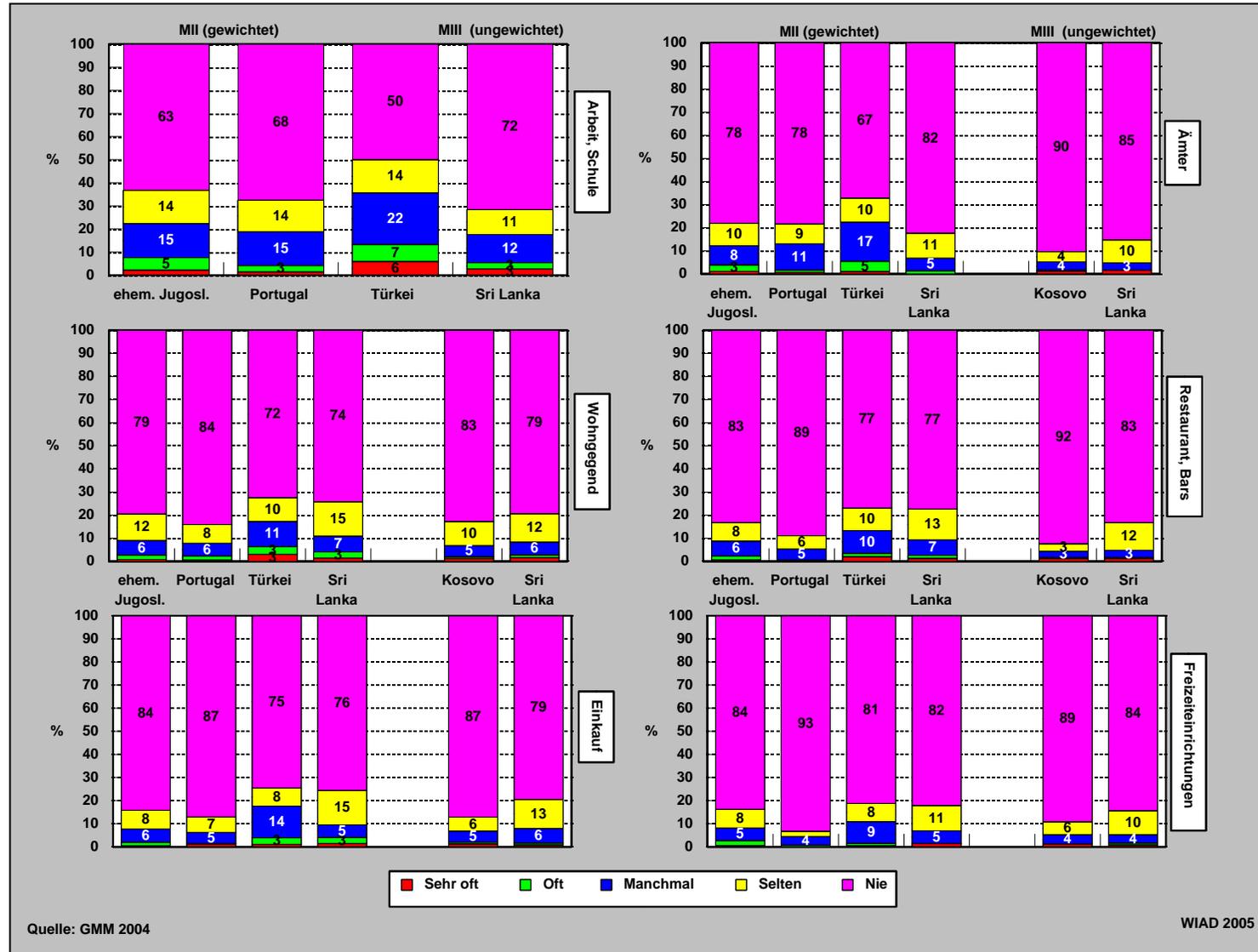
Gleichzeitig zeigen sich hier größere Differenzierungen zwischen den Gruppen: Albanische und portugiesische Befragte geben am häufigsten „nie“ (73 und 72%) bzw. „selten“ und „nie“ an (87 und 84%). Hingegen sagen nur 53% in der türkischen Gruppe, dies sei noch nie vorgekommen bzw. 69%, sie hätten dies „nie“ oder „selten“ erlebt.

Noch deutlichere Unterschiede zeigen die Ergebnisse zur Frage nach erlebter Diskriminierung aufgrund der *Hautfarbe*. Während die Befragten aus dem ehemaligen Jugoslawien, Portugal, der Türkei und dem Kosovo jeweils zu über 90% diese Frage mit „nie“ bzw. fast alle mit „nie“ oder „selten“ beantworten, erklären von den im Vergleich zu Europäern dunkelhäutigeren Tamilinnen und Tamilen nur etwa zwei Drittel (Asylsuchende) bzw. sechs von zehn (Wohnbevölkerung) derartiges nie erlebt zu haben. Und nur knapp fünf Sechstel (Asylsuchende) bzw. etwa drei Viertel (Wohnbevölkerung) sagen, dies sei „nie“ oder „selten“ vorgekommen. Demgegenüber erklärt ein Neuntel der tamilischen Wohnbevölkerung und immer noch eine kleine Gruppe der Asylsuchenden, sie hätten derartiges „oft“ oder „sehr oft“ erlebt.

Ebenfalls ergibt die Frage nach erlebter Diskriminierung aufgrund des *Glaubens* klare Differenzierungen. Hier sagen nur etwa zwei Drittel der weit überwiegend muslimischen Befragten aus der Türkei, dies sei „nie“ vorgekommen bzw. nur knapp vier Fünftel haben dieses Gefühl „selten“ oder „nie“ gehabt. Demgegenüber geben in den übrigen Gruppen jeweils mindestens fünf von sechs an, diesbezüglich keine Erfahrungen gemacht zu haben bzw. mindestens neun von zehn erlebten dies „selten“ oder „nie“. Das gilt insbesondere für die ganz überwiegend christlichen portugiesischen Befragten, welche umgekehrt praktisch nie berichten, sie hätten sich „oft“ oder „sehr oft“ aus religiösen Gründen diskriminiert gefühlt. Hier wiederum weicht die türkische Gruppe in die andere Richtung ab, wenn dort eine nennenswerte Gruppe angibt „oft“ oder „sehr oft“ ein Gefühl der Diskriminierung gehabt zu haben.

Am häufigsten berichten die Befragten von Erfahrungen der **Benachteiligung** (Übersicht 4.52) *in der Schule oder am Arbeitsplatz*. Nur etwa die Hälfte bis gut zwei Drittel geben hier „nie“ bzw. knapp zwei Drittel bis gut vier Fünftel „selten“ oder „nie“ an. (Die Asylsuchenden bleiben hier wegen ihres beschränkten Zugangs zum Arbeitsmarkt, der die Vergleichbarkeit der Angaben einschränkt, unberücksichtigt.) Türkische Befragte berichten insbesondere hier klar häufiger von Benachteiligungen: während nur 50% „nie“ und 64% „selten“ oder „nie“ Benachteiligungen empfanden, zeigen sie erhöhte Werte für „sehr oft“ bzw. „sehr oft“ und „oft“. Sowohl die positive als auch die negative Ausprägung weicht von den Angaben der Befragten aus dem ehemaligen Jugoslawien, Portugal und Sri Lanka (ständige Wohnbevölkerung) ab. Ein Achtel der türkischen Migrantinnen und Migranten erlebt oft oder sehr oft Benachteiligung am Arbeitsplatz bzw. in der Schule.

Übersichten 4.52: Benachteiligung nach sozialem Kontext



Benachteiligungen in der *Wohngegend* werden etwas häufiger von türkischen Befragten angegeben. „Nie“ in der Wohngegend benachteiligt sehen sich zwischen 72 und 84% der Migrantinnen und Migranten. Deutlich wird die Differenz unter Einbeziehung der Kategorie „selten“: Während sich in der türkischen Gruppe 82% „selten“ oder „nie“ benachteiligt sehen, gilt dies für 89 bis 93% in den anderen Gruppen. Analog erleben Türkinnen und Türken häufiger „sehr oft“ oder „oft“ Benachteiligung.

Beim Einkaufen sehen sich drei Viertel bis sieben Achtel der Befragten „nie“ benachteiligt; mit Ausnahme der türkischer Befragter antworten jeweils über 90% mit „selten“ oder „nie“. Bei letzteren gilt dies jedoch nur für 83%.

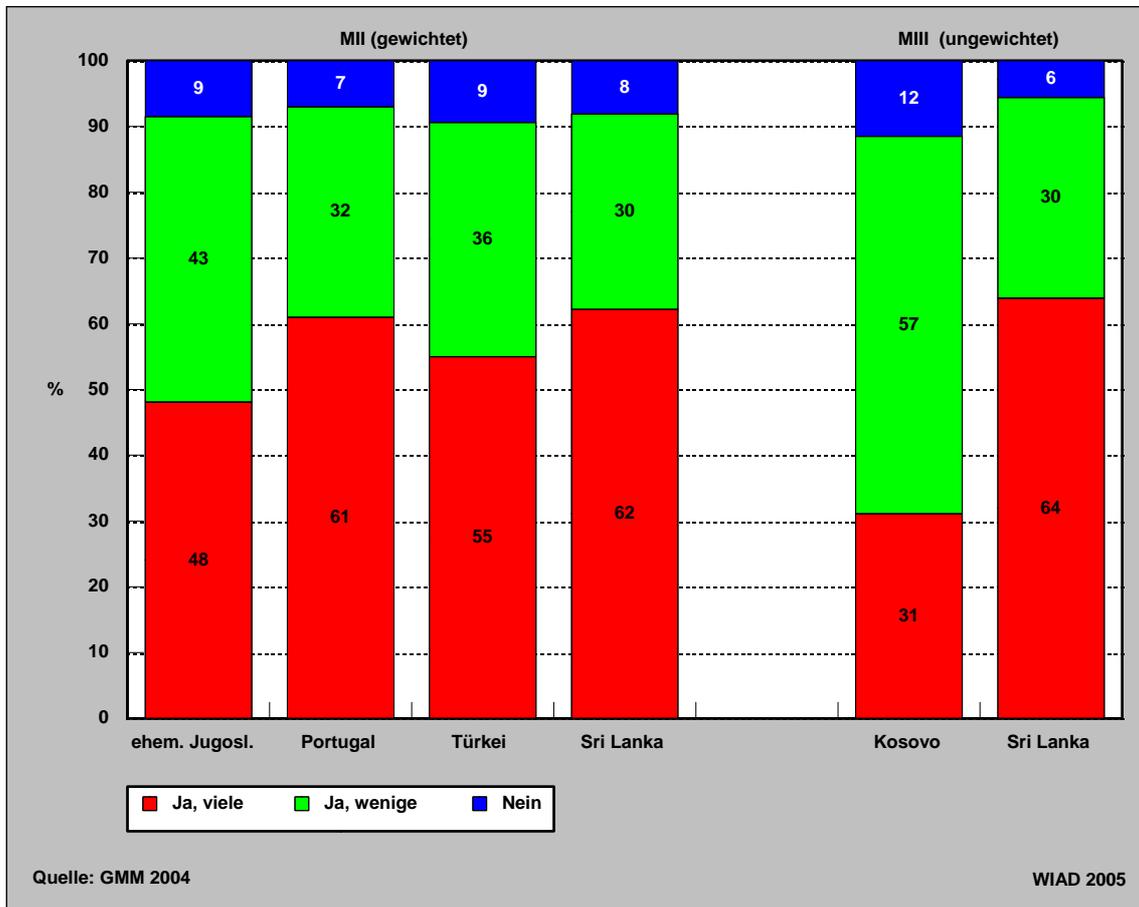
Die Frage nach erfahrener Benachteiligung auf *Ämtern* zeigt dieses Muster, d.h. stärker empfundene Benachteiligung in der türkischen Gruppe, noch ausgeprägter. Während drei Viertel bis neun Zehntel der übrigen Gruppen angeben, „nie“ Benachteiligung erlebt zu haben, gilt dies nur für zwei Drittel der türkischen Befragten. Rund 90% und mehr der übrigen Befragten antworten „selten“ oder „nie“, jedoch nur 77% der türkischen.

In *Restaurants oder Bars* sehen sich wiederum große Mehrheiten „nie“ benachteiligt, d.h. zwischen 92 und 77%, bzw. jeweils mindestens 90% „selten“ oder „nie“, mit Ausnahme der türkischen Befragten, die dies etwas seltener nur zu 87% angeben.

Hinsichtlich einer Benachteiligung in *Freizeiteinrichtungen* schließlich zeigen sich die geringsten Differenzen. 81 bis 93% erlebten sie „nie“; und fast alle Gruppen antworten zu über 90% „nie“ oder „selten“. Lediglich der Anteil türkischer Migrantinnen und Migranten ist hier abermals, aber nur geringfügig, kleiner.

Bezüglich räumlicher Segregation geben, abgesehen von einer nennenswerten Minderheit der albanischen Asylsuchenden aus dem Kosovo, die Befragten weit überwiegend an, dass andere **aus dem Ausland zugewanderte Menschen in der Nachbarschaft** der umliegenden Straßen leben (Übersicht 4.53).

Übersicht 4.53: Ausländische Zugewanderte in der Nachbarschaft



Mit Ausnahme wiederum der Asylsuchenden aus dem Kosovo (31%) nimmt dabei jeweils die größte Gruppe viele Zuwanderer und Zuwanderinnen in der Nachbarschaft wahr, vor allem die beiden tamilischen Gruppen sowie portugiesische Befragte mit jeweils über 60%. Umgekehrt geben in diesen drei Gruppen drei von zehn bis knapp ein Drittel an, wenige ausländische Nachbarn zu haben, während die albanischen Asylsuchende in dieser Kategorie mit fast sechs von zehn Befragten ihre stärkste Ausprägung verzeichnen. Somit leben jeweils die größten Gruppen der Befragten sowie eine größere Minderheit der albanischen in stark von Zuwanderern und Zuwanderinnen geprägten Nachbarschaften.

Neben allgemein erhöhten *Diskriminierung*serfahrungen aufgrund der Herkunft geben insbesondere tamilische Befragte verstärkt Gefühle der Diskriminierung wegen ihrer Hautfarbe und türkische Befragte aufgrund ihrer Religion sowie ihrer Herkunft an. *Benachteiligungen* erleben alle Gruppen am ehesten im Bereich von Schule und Arbeitsplatz. Ebenfalls wird deutlich, dass die Erfahrungen der türkischen Gruppe dort sowie in der Wohngegend, beim Einkauf, auf Ämtern, in Bars bzw. Restaurants sowie in Freizeiteinrichtungen durchweg ungünstiger sind. Bezüglich *räumlicher Segregation* leben die meisten Befragten vorwiegend in stark von Zuwanderung geprägten Nachbarschaften

4.3 Tabellarische Übersicht

Im Folgenden werden für die vorliegenden bzw. sicher interpretierbaren Daten die wichtigsten Ergebnisse zur sozialen Lage und Soziodemographie nach einzelnen nationalen bzw. ethnischen Gruppen der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz zusammengefasst. Die Übersicht thematisiert im Einzelnen nicht alle Variablen oder Merkmalsausprägungen, sondern arbeitet Charakteristika der jeweiligen Gruppen heraus. Die Relativierungen beziehen sich stets allein auf die anderen Gruppen oder die (nicht dargestellte) Referenzgruppe der Autochthonen, sind also nicht allgemein, sondern nur innerhalb der Tabelle im Vergleich zu den jeweils anderen gültig. Angaben in Klammern beziehen sich auf nicht direkt vergleichbare Daten, für mit „–“ gekennzeichnete Zellen liegen keine Daten vor, und leere Zellen bezeichnen Fälle, in denen die Merkmalswerte durchschnittlich und daher nicht bemerkenswert sind. Eine ausführlichere Zusammenfassung findet sich in Kapitel sieben.

Übersicht 4.54: Soziale Lage und Soziodemographie – Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse¹

	Modul I (Wohnbevölkerung)		Modul II (Wohnbevölkerung)				Modul III (Asylsuchende) ²	
Merkmale	<i>Italien</i>	<i>DÖF³</i>	<i>Ehemaliges Jugoslawien</i>	<i>Portugal</i>	<i>Türkei</i>	<i>Sri Lanka</i>	<i>Kosovo</i>	<i>Sri Lanka</i>
<i>Geschlecht</i>	klarer Männerüberschuss	Männerüberschuss	Männerüberschuss	Männerüberschuss	Männerüberschuss	Männerüberschuss	Frauenüberschuss	Frauenüberschuss
<i>Alter</i>	älteste Migrantengruppe	zweitälteste Migrantengruppe	Dominanz der Jüngeren, Streuung durch größere Minderheit Älterer	Dominanz der Jüngeren	Dominanz der Jüngeren, Streuung durch größere Minderheit Älterer	Dominanz der Jüngeren	Dominanz der Jüngeren	Dominanz der Jüngeren, sehr breite Streuung durch große Gruppe Älterer
<i>Schule außerhalb der Schweiz</i>	-	-	ganz überwiegend	ganz überwiegend	ganz überwiegend	ganz überwiegend	ganz überwiegend	ganz überwiegend
<i>Schuljahre</i>	-	-	breitere Streuung	relativ kürzer	relativ kürzer	relativ länger	breitere Streuung	relativ länger
<i>Schulabschlüsse</i>	-	-	Hälfte maximal Pflichtschule, knapp vier von zehn höher qualifiziert	gut zwei Drittel maximal Pflichtschule, ein Achtel höher qualifiziert	deutlich über die Hälfte maximal Pflichtschule, knapp ein Viertel höher qualifiziert	(seltener vor Abschluss das Land verlassen)	(sehr häufig vor Abschluss das Land verlassen)	(seltener vor Abschluss das Land verlassen)
<i>Ausbildung/ Studium außerhalb der Schweiz</i>	-	-	ganz überwiegend nicht	ganz überwiegend nicht	ganz überwiegend nicht	ganz überwiegend nicht	ganz überwiegend nicht	ganz überwiegend nicht
<i>Falls ja:</i>	-	-	überwiegend berufsbildende Schule, größere Minderheit Hochschulabschluss	überwiegend berufsbildende Schule, kleine Minderheit Hochschulabschluss	überwiegend berufsbildende Schule, größere Minderheit Hochschulabschluss	überwiegend längere betriebliche Ausbildung, kleine Minderheit Hochschulabschluss	(...)	(...)
<i>Bildung in der Schweiz nach Pflichtschule</i>	klar niedriger als Autochthone, gut die Hälfte	höher als Autochthone	ein Fünftel	ein Fünftel	ein Fünftel	kleine Minderheit	kleine Minderheit	kleine Minderheit
<i>Falls ja:</i>	Berufsbildung ähnlich wie Autochthone, seltener Höher-	Qualifikationsprofil höher als Autochthone	weitgehend berufliche Bildung, dritte Position nach Italienern	weitgehend berufliche Bildung, vierte Position nach Italienern	weitgehend berufliche Bildung, zweite Position nach Italienern	(...)	(...)	(...)

	Modul I (Wohnbevölkerung)		Modul II (Wohnbevölkerung)				Modul III (Asylsuchende) ²	
Merkmale	<i>Italien</i>	<i>DÖF³</i>	<i>Ehemaliges Jugoslawien</i>	<i>Portugal</i>	<i>Türkei</i>	<i>Sri Lanka</i>	<i>Kosovo</i>	<i>Sri Lanka</i>
	qualifizierung							
<i>Bildungsniveau insgesamt</i>	klar unter Autochthonen	höher als Autochthone	unterhalb Italienern	unterhalb Italienern	unterhalb Italienern	unterhalb Italienern	letzte Position, großer Abstand der Frauen	letzte Position
<i>Erwerbstätigkeit</i>	ganz überwiegend; weit überwiegend angestellt, Minorität Selbstständiger	ganz überwiegend; weit überwiegend angestellt, Minorität Selbstständiger	ganz überwiegend; weit überwiegend angestellt	ganz überwiegend; weit überwiegend angestellt	ganz überwiegend; weit überwiegend angestellt	ganz überwiegend; weit überwiegend angestellt	große Minderheit; weit überwiegend angestellt	große Minderheit; weit überwiegend angestellt
<i>Berufliche Stellung der Angestellten</i>	klar unterhalb Autochthoner, geprägt durch einfache Angestellte, Minorität unterer und mittlerer Kader	oberhalb der Autochthonen, vor allem wegen größerem Anteil in höheren Positionen	geprägt durch einfache Angestellte	geprägt durch einfache Angestellte	geprägt durch einfache Angestellte	fast völlig dominiert durch einfache Angestellte	geprägt durch einfache Angestellte	fast völlig dominiert durch einfache Angestellte
<i>Branchen</i>	Schwerpunkt Produktion in Industrie und Gewerbe; Minderheit Management, Administration, Banken, Versicherung, Justiz	Schwerpunkt Gesundheit, Lehre, Kultur, Wissenschaft	Schwerpunkt Produktion in Industrie und Gewerbe	Schwerpunkt Gastgewerbe und persönliche Dienstleistungen	deutlicher Schwerpunkt Produktion in Industrie und Gewerbe	deutliche Mehrheit Gastgewerbe und persönliche Dienstleistungen	Schwerpunkt Gastgewerbe und persönliche Dienstleistungen	deutliche Mehrheit Gastgewerbe und persönliche Dienstleistungen
<i>Nicht-Erwerbstätige</i>			größere Minderheit nie erwerbstätig	größere Minderheit nie erwerbstätig	größere Minderheit nie erwerbstätig	mehr als die Hälfte nie erwerbstätig	ganz überwiegend nie erwerbstätig	ganz überwiegend nie erwerbstätig
<i>Haushaltsgröße</i>	vorwiegend zwei, dazu auch eine, drei und vier Personen	vorwiegend ein und zwei Personen	vorwiegend vier Personen	vorwiegend vier Personen	vorwiegend vier Personen	vorwiegend vier Personen	vorwiegend fünf Personen und mehr	vorwiegend vier Personen, aber sehr heterogene Strukturierung
<i>Einkommen</i>	deutlich niedriger als Autochthone	höher als Autochthone	deutlich niedriger als Autochthone, dritte Position nach Italienern	deutlich niedriger als Autochthone, zweite Position nach Italienern	deutlich niedriger als Autochthone, vierte Position nach Italienern	deutlich niedriger als Autochthone, vorletzte Position	deutlich niedriger als Autochthone, letzte Position	deutlich niedriger als Autochthone, vorletzte Position

	Modul I (Wohnbevölkerung)		Modul II (Wohnbevölkerung)				Modul III (Asylsuchende) ²	
Merkmale	<i>Italien</i>	<i>DÖF³</i>	<i>Ehemaliges Jugoslawien</i>	<i>Portugal</i>	<i>Türkei</i>	<i>Sri Lanka</i>	<i>Kosovo</i>	<i>Sri Lanka</i>
<i>Soziale Schicht</i>	unterhalb der Autochthonen, Schwerpunkt untere Schichten, über Übrigen außer DÖF	oberhalb der Autochthonen	unterhalb der Autochthonen, Schwerpunkt untere Schichten, zweite Position nach Italienern	unterhalb der Autochthonen, Schwerpunkt untere Schichten, dritte Position nach Italienern	unterhalb der Autochthonen, Schwerpunkt untere Schichten, dritte Position nach Italienern	unterhalb der Autochthonen, Schwerpunkt untere Schichten, vorletzte Position	unterhalb der Autochthonen, Schwerpunkt untere Schichten, vorletzte Position	unterhalb der Autochthonen, Schwerpunkt untere Schichten, letzte Position
<i>Zivilstand</i>	mehr verheiratet, seltener ledig als Autochthone	wie Autochthone	mehr verheiratet, seltener ledig als Autochthone	mehr verheiratet, seltener ledig als Autochthone	mehr verheiratet, seltener ledig als Autochthone			
<i>Kinder vorhanden</i>	klar mehrheitlich, deutlich mehr als Autochthone	die Hälfte, weniger als Autochthone	klar mehrheitlich, deutlich mehr als Autochthone	klar mehrheitlich, deutlich mehr als Autochthone	klar mehrheitlich, deutlich mehr als Autochthone	klar mehrheitlich, deutlich mehr als Autochthone	klar mehrheitlich, deutlich mehr als Autochthone	klar mehrheitlich
<i>Kinderzahl</i>	-	-	2,3	1,8	2,2	2,0	3,2	2,5
<i>Kontakt zu Kindern</i>	-	-	sehr große Mehrheit täglich	sehr große Mehrheit täglich	sehr große Mehrheit täglich	sehr große Mehrheit täglich	sehr große Mehrheit täglich	sehr große Mehrheit täglich
<i>Nahe stehende Personen</i>		im größten Maße		Frauen weniger als Männer	Frauen weniger als Männer	im geringsten Maße	im geringsten Maße	im geringsten Maße
<i>Aufenthaltsstatus</i>	-	-	weit überwiegend Aufenthalt (B)	weit überwiegend Aufenthalt (B)	weit überwiegend Aufenthalt (B)	weit überwiegend Niederlassung (C)	weit überwiegend vorläufige Aufnahme (F)	weit überwiegend vorläufige Aufnahme (F)
<i>Aufenthaltsdauer</i>	längste Ansässigkeit, starker Anteil in der Schweiz geboren	zweitlängste Ansässigkeit, wenige in der Schweiz geboren			drittlängste Ansässigkeit, relativ viele in der Schweiz geboren	deutlich kürzere Ansässigkeit, kaum seit Geburt	erheblich kürzere Ansässigkeit, kaum nach Alter spezifiziert	erheblich kürzere Ansässigkeit, kaum nach Alter spezifiziert
<i>Generationen</i>	starke Prägung durch zweite Generation	erste Generation dominant			starker Anteil der zweiten Generation	fast ausschließlich erste Generation	erste Generation dominant	fast ausschließlich erste Generation
<i>Migrationshintergrund</i>	-	-	ganz überwiegend ökonomisch-persönlich, größere Minderheit Flucht und Verfolgung	ausschließlich ökonomisch-persönlich motiviert, klassische Arbeitsmigration	ganz überwiegend ökonomisch-persönlich, Minderheit Flucht und Verfolgung	Flucht und Verfolgung sehr dominante Motive	Flucht und Verfolgung dominante Motive	Flucht und Verfolgung sehr dominante Motive
<i>Pendelmigration</i>	-	-	ganz überwiegend	ganz überwiegend	ganz überwiegend	Minderheit pen-	ganz überwiegend	ganz überwiegend

	Modul I (Wohnbevölkerung)		Modul II (Wohnbevölkerung)				Modul III (Asylsuchende) ²	
Merkmale	Italien	DÖF ³	Ehemaliges Jugoslawien	Portugal	Türkei	Sri Lanka	Kosovo	Sri Lanka
			gend nicht	gend nicht	gend nicht	delt	gend nicht	gend nicht
<i>Kontakte zu Verwandten und Freunden im Herkunftsland</i>	-	-	große Mehrheit zu Freunden und Familie und größere Minderheit nur zur Familie	große Mehrheit zu Freunden und Familie und größere Minderheit nur zur Familie	klare Mehrheit zu Freunden und Familie und große Minderheit nur zur Familie	Hälfte zu Freunden und Familie und sehr große Minderheit nur zur Familie	Hälfte zu Freunden und Familie, sehr große Minderheit nur zur Familie, größere Minderheit keine	knappe Mehrheit Freunde und Familie, sehr große Minderheit nur Familie, größere Minderheit keine
<i>Fernsehen in der Sprache des Herkunftslandes</i>	-	-	geringste Nutzung, aber alle Muster vertreten	geringste Nutzung, aber alle Muster vertreten	häufigste Nutzung, zur Hälfte ausschließlich/überwiegend, aber alle Muster vertreten	alle Nutzungsmuster vertreten, in besonderem Maße heterogen	häufigste Nutzung, zur Hälfte ausschließlich/überwiegend, aber alle Muster vertreten	alle Nutzungsmuster vertreten, in besonderem Maße heterogen
<i>Verwandtschaftskontakte in der Schweiz</i>	-	-	ganz überwiegend	ganz überwiegend	ganz überwiegend	ganz überwiegend	ganz überwiegend	ganz überwiegend
<i>Kontakte in der Schweiz nach Verwandtschaftsformen</i>	-	-	vor allem Geschwister und sonstige Verwandte, danach eigene Kern- und Herkunftsfamilie	vor allem Geschwister und sonstige Verwandte, danach eigene Kern- und Herkunftsfamilie	vor allem Geschwister und sonstige Verwandte, danach eigene Kern- und Herkunftsfamilie, größere Bedeutung der Eltern	vor allem Geschwister und sonstige Verwandte, danach eigene Kern- und Herkunftsfamilie, geringere Bedeutung der Eltern	vor allem Geschwister und sonstige Verwandte, danach eigene Kern- und Herkunftsfamilie, geringere Bedeutung der Eltern und Kinder	vor allem Geschwister und sonstige Verwandte, danach eigene Kern- und Herkunftsfamilie, geringere Bedeutung der Eltern
<i>Partner in der Schweiz</i>	-	-	ganz überwiegend	ganz überwiegend	ganz überwiegend	ganz überwiegend	ganz überwiegend	ganz überwiegend
<i>Nationalität des Partners</i>	-	-	ganz überwiegend eigene Gruppe	ganz überwiegend eigene Gruppe	ganz überwiegend eigene Gruppe	ganz überwiegend eigene Gruppe	ganz überwiegend eigene Gruppe	ganz überwiegend eigene Gruppe
<i>Religion</i>	-	-	entsprechend Herkunftsland	entsprechend Herkunftsland	entsprechend Herkunftsland, kleine Gruppe religionslos	entsprechend Herkunftsland	entsprechend Herkunftsland	entsprechend Herkunftsland
<i>Religiosität</i>	-	-	schwächer,	deutlich schwächer	deutlich schwächer	stark		sehr stark

	Modul I (Wohnbevölkerung)		Modul II (Wohnbevölkerung)				Modul III (Asylsuchende) ²	
Merkmale	<i>Italien</i>	<i>DÖF³</i>	<i>Ehemaliges Jugoslawien</i>	<i>Portugal</i>	<i>Türkei</i>	<i>Sri Lanka</i>	<i>Kosovo</i>	<i>Sri Lanka</i>
			heterogen	cher, sehr heterogen	cher, beachtliche Minorität gar nicht religiös, polarisiert			
<i>Gefühl ethnischer Zugehörigkeit</i>	-	-	entsprechend Herkunftsland, größte Vielfalt, kleine Minderheit ohne Zuordnung, größere Minderheit „Schweizer“	entsprechend Herkunftsland, kleine Minderheit ohne Zuordnung, größere Minderheit „Schweizer“	entsprechend Herkunftsland, kurdische Minderheit, kleine Minderheit ohne Zuordnung, größere Minderheit „Schweizer“	entsprechend Herkunftsland, kleine Minderheit ohne Zuordnung	entsprechend Herkunftsland, kleine Minderheit „sonstige“, größere Minderheit „Schweizer“	entsprechend Herkunftsland, kleine Minderheit ohne Zuordnung
<i>Gefühl der Heimatlosigkeit</i>	-	-	mehr als die Hälfte „nie“ oder „selten“	mehr als die Hälfte „nie“ oder „selten“	mehr als die Hälfte „nie“ oder „selten“	deutlich stärker ausgeprägt, aber stark polarisierte Struktur	deutlich stärker ausgeprägt	deutlich stärker ausgeprägt, aber polarisierte Struktur
<i>Orientierung an Eigenem und Fremdem</i>	-	-	erhöhte Affinität zu Schweizern	erhöhte Affinität zu Schweizern, starke Minderheit an Herkunftsland orientiert, polarisiert	stärkste Ausprägung ethnientranszendierender Orientierungen	hohe Identifikation mit Kolonie in der Schweiz, ethnientranszendierende Orientierungen, insgesamt heterogen	stärkste Ausprägung ethnientranszendierender Orientierungen	hohe Identifikation mit Kolonie in der Schweiz
<i>Muttersprache</i>	-	-	entsprechend Herkunftsland, größte Vielfalt, Minderheit schweizerische Landessprache	entsprechend Herkunftsland, Minderheit schweizerische Landessprache	entsprechend Herkunftsland, kurdischsprachige Minderheit, größere Minderheit schweizerische Landessprache	entsprechend Herkunftsland	entsprechend Herkunftsland, Minderheit schweizerische Landessprache	entsprechend Herkunftsland
<i>Beherrschung einer Landessprache</i>	-	-	fast alle	fast alle	fast alle	fast alle	fast alle	ein Sechstel nicht
<i>Aktive und passive Sprach-</i>	-	-	zweite Position, passiv besser als	erste Position, passiv besser als	dritte Position, passiv besser als	fünfte Position, passiv besser als	vierte Position, insgesamt polari-	sechste Position, beachtliche

Merkmale	Modul I (Wohnbevölkerung)		Modul II (Wohnbevölkerung)				Modul III (Asylsuchende) ²	
	<i>Italien</i>	<i>DÖF</i> ³	<i>Ehemaliges Jugoslawien</i>	<i>Portugal</i>	<i>Türkei</i>	<i>Sri Lanka</i>	<i>Kosovo</i>	<i>Sri Lanka</i>
<i>kenntnisse</i>			aktiv	aktiv	aktiv	aktiv	siert, beachtliche Minoritäten schlechte/ sehr schlechte Kenntnisse, passiv besser als aktiv	Minoritäten schlechte/ sehr schlechte Kenntnisse, passiv besser als aktiv
<i>Diskriminierungserfahrungen</i>	-	-	erhöhte Diskriminierung aufgrund Herkunft	erhöhte Diskriminierung aufgrund Herkunft	erhöhte Diskriminierung aufgrund Herkunft, relativ stärker aufgrund Religion und Herkunft	erhöhte Diskriminierung aufgrund Herkunft, relativ stärker aufgrund Hautfarbe	erhöhte Diskriminierung aufgrund Herkunft	erhöhte Diskriminierung aufgrund Herkunft, relativ stärker aufgrund Hautfarbe
<i>Erlebte Benachteiligung</i>	-	-	erhöhte Benachteiligung am Arbeitsplatz bzw. in der Schule	erhöhte Benachteiligung am Arbeitsplatz bzw. in der Schule	erhöhte Benachteiligung am Arbeitsplatz bzw. in der Schule, generell relativ stärkere Benachteiligung: v.a. Arbeitsplatz/Schule und auf Ämtern	erhöhte Benachteiligung am Arbeitsplatz bzw. in der Schule	(...)	(...)
<i>Räumliche Segregation</i>	-	-	vorwiegend in stark durch Zuwanderung geprägten Nachbarschaften	vorwiegend in stark durch Zuwanderung geprägten Nachbarschaften	vorwiegend in stark durch Zuwanderung geprägten Nachbarschaften	vorwiegend in stark durch Zuwanderung geprägten Nachbarschaften	große Minorität in stark durch Zuwanderung geprägten Nachbarschaften	vorwiegend in stark durch Zuwanderung geprägten Nachbarschaften

¹ (...) bzw. (Text) = nicht vergleichbar, in der Regel aufgrund von Fallzahlen; - = keine Daten vorhanden; leere Zelle = Ergebnis nicht markant

² ungewichtet

³ Deutschland, Österreich, Frankreich

5. Gesundheitliche Lage

5.1 Selbst wahrgenommene körperliche und psychische Gesundheit

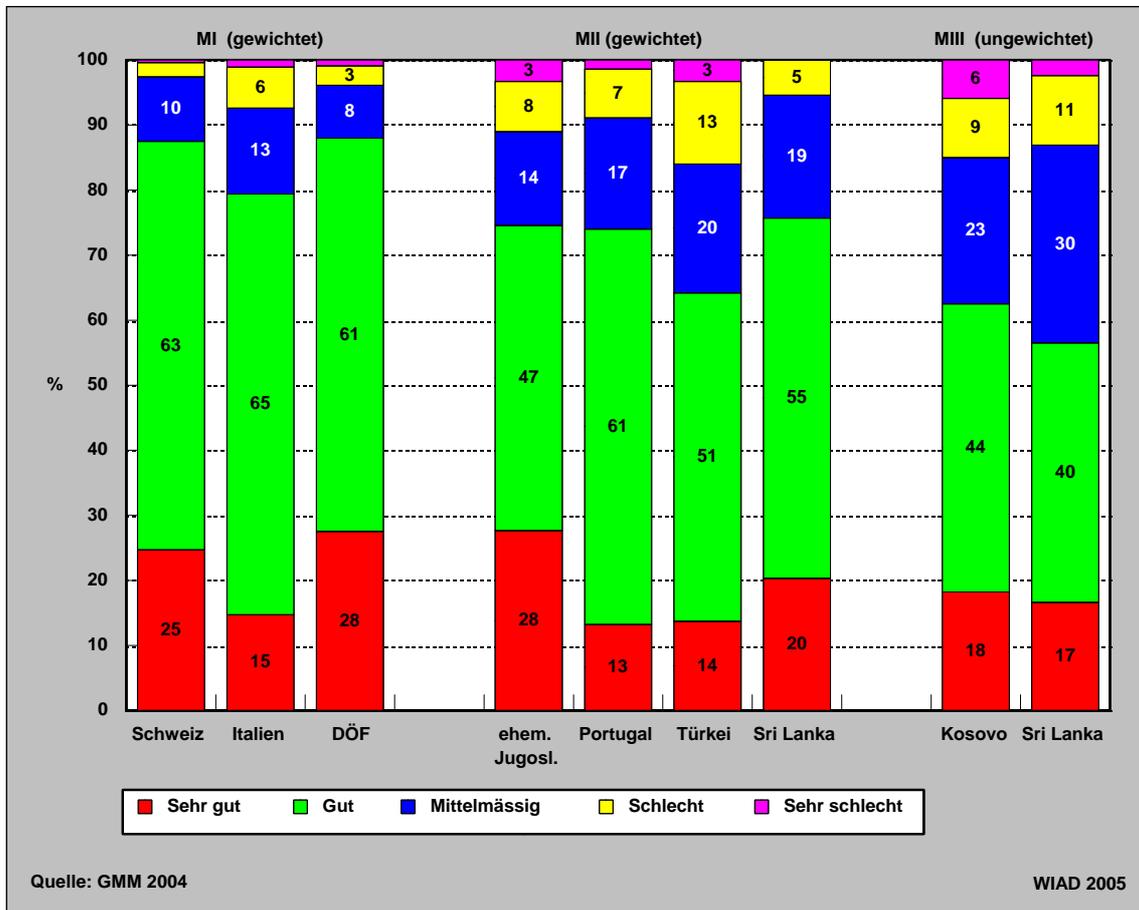
Hinsichtlich der **subjektiven Einschätzung der momentanen eigenen Gesundheit** („Wie geht es Ihnen zur Zeit gesundheitlich?“), siehe Übersicht 5.1, weisen die Migrantinnen und Migranten und hier vor allem ganz deutlich die Asylsuchenden im Schnitt schlechtere Werte auf als die schweizerische Bevölkerung. Von den Schweizern empfinden 88% ihren aktuellen Gesundheitszustand als sehr gut bzw. gut und lediglich 3% sagen, dass dieser schlecht oder gar sehr schlecht ist. Von den Italienern empfinden im Schnitt 80% ihren momentanen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut und 7% als schlecht oder sehr schlecht. Migrantinnen und Migranten aus Deutschland, Österreich und Frankreich liegen mit ihren Einschätzungen des aktuellen Gesundheitszustands im ähnlichen Bereich wie die schweizerische Bevölkerung mit 88% sehr gut/gut und nur 4 % schlecht/sehr schlecht.

Die Migrantinnen und Migranten aus Modul II weisen demgegenüber deutlich ungünstigere Werte auf: Als schlecht oder sehr schlecht bewerten 11% der Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien, 9% der portugiesischen und 16% der türkischen Migrantinnen und Migranten ihren aktuellen Gesundheitszustand. Demgegenüber weist die tamilische Wohnbevölkerung relativ günstige Werte auf mit lediglich 5% Personen, die sich gesundheitlich aktuell schlecht oder sehr schlecht fühlen und 76% guten oder sehr guten Bewertungen.

Bei den türkischen Migrantinnen und Migranten fällt, korrespondierend mit dem relativ hohen Anteil schlechter subjektiver Gesundheitsbewertungen, der relativ niedrige Anteil derer, die ihren Gesundheitszustand sehr gut (14%) oder gut (51%) bewerten.

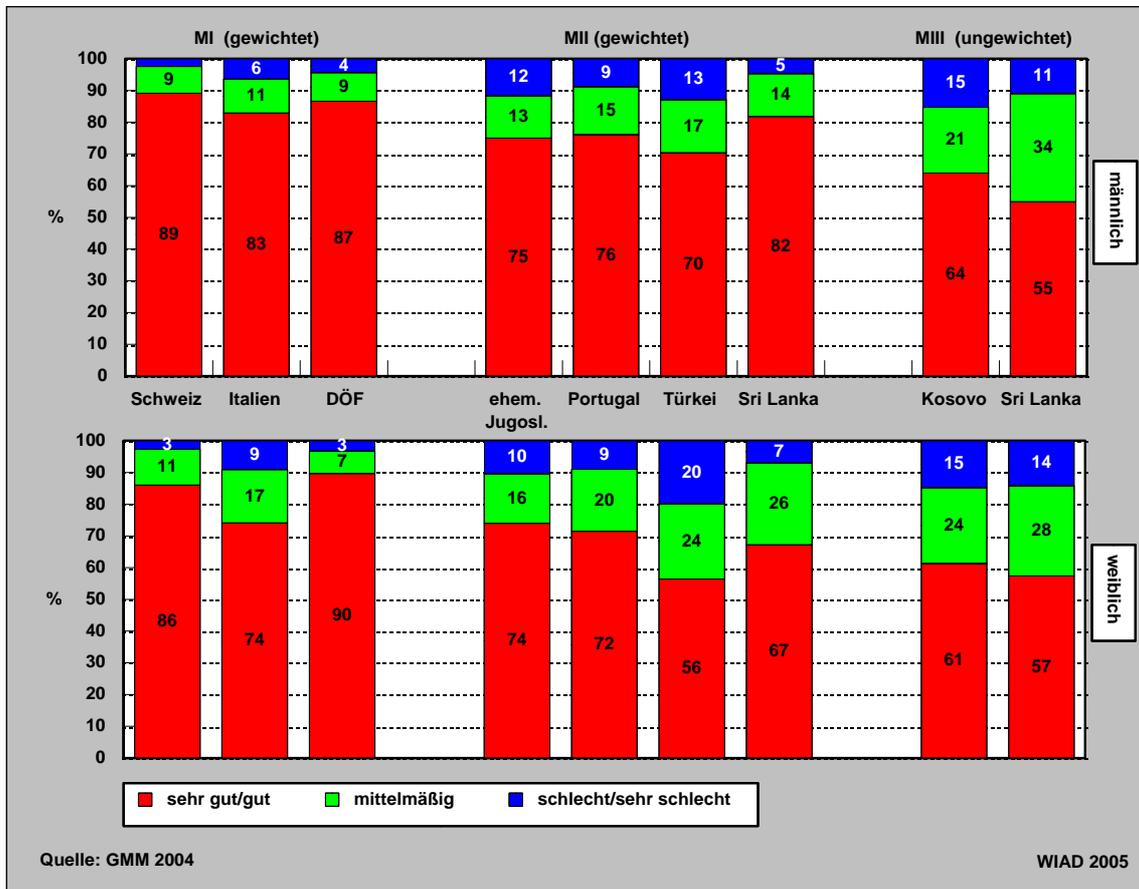
Die Asylsuchenden fühlen sich erwartungsgemäß aktuell im Schnitt gesundheitlich weniger gut als die übrigen Befragten. 15% der Kosovo-Albanerinnen und Albaner und 13% der Asylsuchenden aus Sri Lanka fühlen sich gesundheitlich schlecht oder sehr schlecht. Auf der positiven Seite der Skala befinden sich 63% der Asylsuchenden aus dem Kosovo und 57% aus Sri Lanka, die angeben, sich aktuell gesundheitlich sehr gut oder gut zu fühlen.

Übersicht 5.1: Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand



Betrachtet man nun die subjektive Gesundheit geschlechtsspezifisch (Übersicht 5.2) so wird deutlich, dass sich Frauen graduell gesundheitlich etwas schlechter fühlen als Männer, jedoch sind in den meisten Migrantengruppen keine großen Differenzen feststellbar mit Ausnahme der Italiener (83% Männer und nur 74% Frauen fühlen sich sehr gut oder gut), der Türken (sehr gut oder gut: 70% Männer und nur 57% Frauen) und der tamilischen Wohnbevölkerung (sehr gut oder gut: 83% Männer und nur 68% Frauen). In den übrigen Gruppen sind die Geschlechterdifferenzen hinsichtlich der subjektiven Gesundheit nicht bedeutsam.

Übersicht 5.2: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht



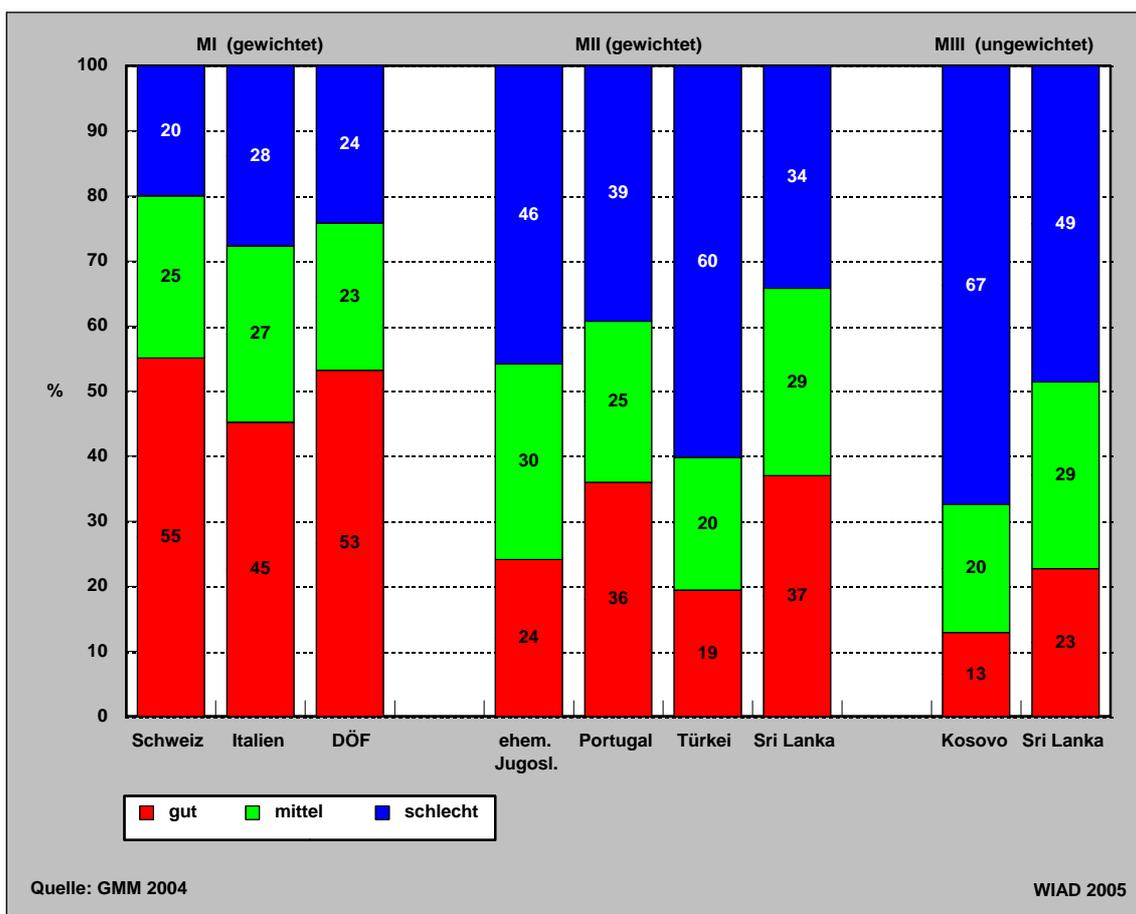
Eine altersspezifische Betrachtung der subjektiven Gesundheit ist aufgrund der z.T. sehr kleinen Fallzahlen kaum möglich. Deutlich wird jedoch, dass die Differenzen hinsichtlich der subjektiven Gesundheit zwischen Schweizern und der Migrantenpopulation in den höheren Altersgruppen sehr viel deutlicher auseinander gehen. Während sich lediglich 5% der Schweizer im Alter zwischen 51 und 62 Jahren gesundheitlich schlecht oder sehr schlecht fühlen, liegt derselbe Anteil bei Migranten aus Italien bei 14% und bei solchen aus dem ehemaligen Jugoslawien, Portugal und der Türkei zwischen 30 und 40%. In der höchsten Altersgruppe zwischen 63 und 74 Jahren fühlen sich nur 4% der schweizerischen Befragten schlecht oder sehr schlecht und derselbe Anteil liegt bei den Migrantengruppen im Schnitt bei einem Viertel (ohne Abbildung).

Ergänzend zur aktuellen Gesundheit wurde bei den Befragten die **psychische Ausgeglichenheit**³⁰ erhoben, ein Index, der durch vier Fragen zur psychischen Verfassung in der vergangenen Woche gebildet wird (siehe Übersicht 5.3.). Hier zeigt sich tendenziell eine ähnliche Verteilung wie bei der aktuellen subjektiven Gesundheit: die schweizerische Bevölkerung weist die günstigsten Werte auf mit 80% mittlerer oder guter und 20% schlechter psychischer Ausgegli-

³⁰ BFS (2003): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Die Indices. Neuchâtel: BFS.

chenheit gefolgt von der Gruppe der Deutschen, Österreicher und Franzosen mit 76% guter und mittlerer psychischer Ausgeglichenheit und den Italienern mit einem entsprechenden Wert von 72%. Die türkischen Migrantinnen und Migranten fallen durch besonders schlechte Ergebnisse hinsichtlich der psychischen Ausgeglichenheit auf: 60% haben bei diesem Indikator schlechte Werte und lediglich 19% liegen hier „gut“. Die portugiesische und ehemalige jugoslawische Wohnbevölkerung haben mit 61 bzw. 54% guter und mittlerer psychischer Ausgeglichenheit im Vergleich dazu relativ günstige Werte. Die tamilische Wohnbevölkerung hat verglichen mit den Asylbewerberinnen und Asylbewerbern aus Sri Lanka deutlich günstigere Werte: unter den Asylsuchenden haben knapp die Hälfte schlechte Werte hinsichtlich der psychischen Ausgeglichenheit, wobei dies in der ständigen Wohnbevölkerung bei nur ca. einem Drittel der Fall ist. Die Gruppe mit den ungünstigsten Ergebnissen hinsichtlich psychischer Ausgeglichenheit sind die Asylsuchenden aus dem Kosovo: zwei Drittel dieser Gruppe weisen hier schlechte Werte auf und lediglich 13% haben gute Werte.

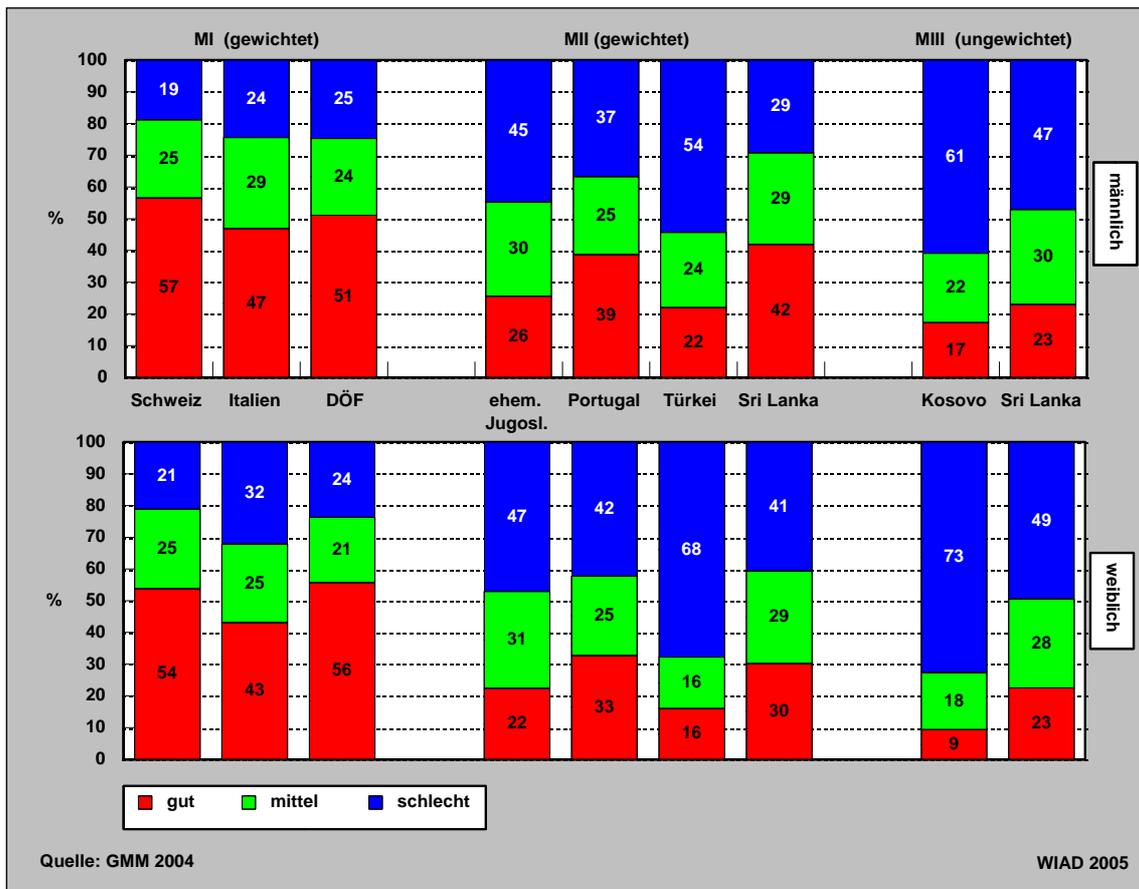
Übersicht 5.3: Psychische Ausgeglichenheit



Die geschlechtsspezifische Verteilung der Ergebnisse zur psychischen Ausgeglichenheit ist in Übersicht 5.4 dargestellt. Es wird deutlich, dass die Frauen in fast allen Gruppen tendenziell

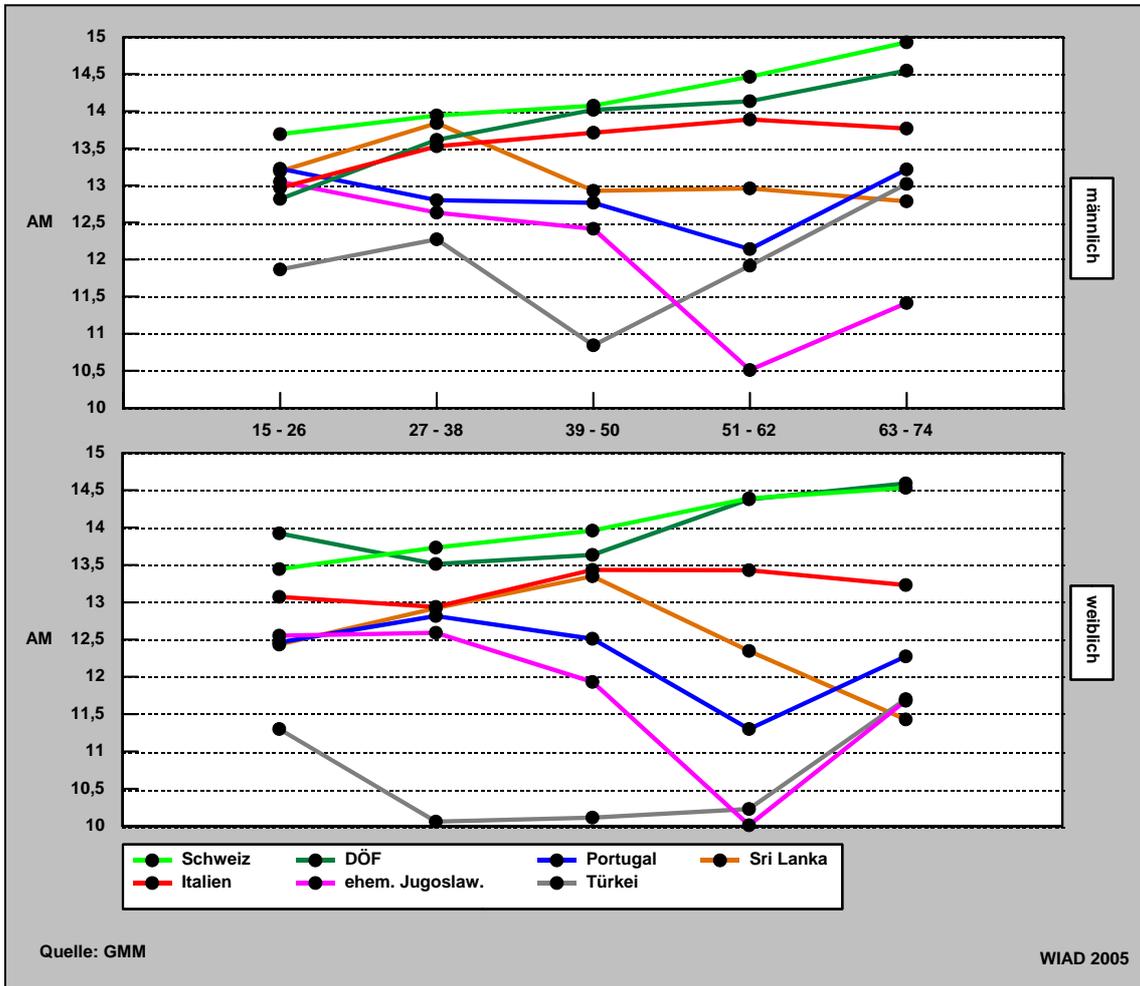
leicht ungünstigere Werte aufweisen als die Männer, jedoch sind diese Differenzen bis auf wenige Ausnahmen zu vernachlässigen: 68 % der türkischen Frauen haben schlechte Werte bezüglich der psychischen Ausgeglichenheit im Vergleich zu 54% der türkischen Männer. Auch bei den TAMILIEN der ständigen Wohnbevölkerung heben sich die Frauen mit 41% schlechten Werten deutlich von den Männern (29%) ab. Gleiches gilt für die Gruppe der Asylsuchenden aus dem Kosovo: 73% der Frauen haben schlechte Werte im Vergleich zu 61% der Männer.

Übersicht 5.4: Psychische Ausgeglichenheit nach Geschlecht



Die nachfolgende Übersicht zeigt die Verteilung des arithmetischen Mittels des Index zur psychischen Ausgeglichenheit der ständigen Wohnbevölkerung nach Alter und Geschlecht. Je höher die Werte sind, desto positiver ist die psychische Kondition der Befragten.

Übersicht 5.5: Index Psychische Ausgeglichenheit nach Alter und Geschlecht (arithmetisches Mittel)

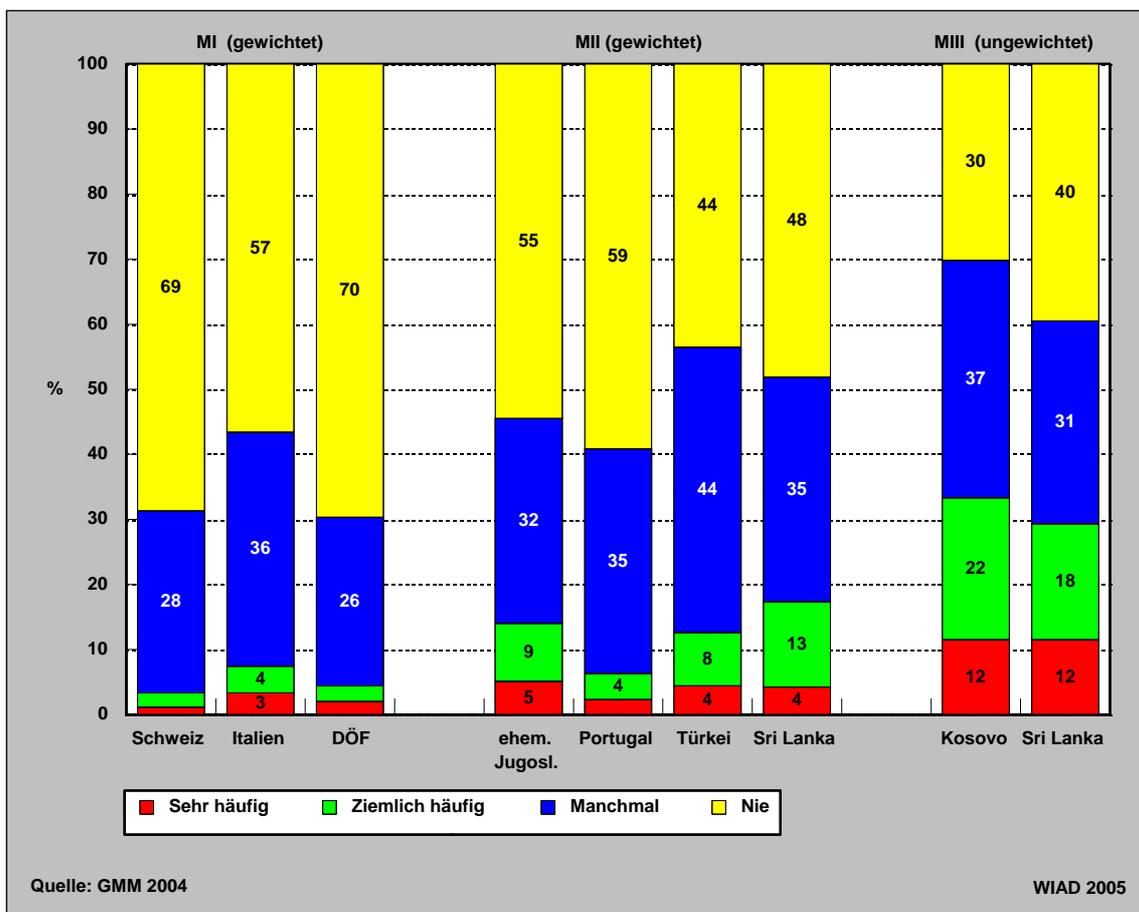


Es ist zu erwarten, dass sich die psychische Ausgeglichenheit mit dem Alter positiv entwickelt, wie dies auch bei der schweizerischen Bevölkerung sowie den in der Schweiz lebenden Deutschen, Österreichern und Franzosen deutlich zu beobachten ist. Auch bei den italienischen Migrantinnen und Migranten gibt es eine kontinuierliche positive Entwicklung hinsichtlich der psychischen Kondition, die lediglich in der letzten Altersgruppe gleichsam bei Frauen und Männern leicht abknickt. Bei den übrigen Migrantengruppen befindet sich die psychische Ausgeglichenheit zum einen generell auf niedrigerem Niveau und nimmt auch einen anderen Verlauf. In den meisten Migrantengruppen folgt die psychische Kondition im Laufe des Lebens einem negativen Trend und steigt erst wieder mit Beginn des Rentenalters an und ist am Ende aber immer noch auf deutlich niedrigerem Niveau verglichen mit der schweizerischen Bevölkerung. Nur bei Frauen aus Sri Lanka bleibt auch der positive Knick am Ende des Lebens hin zu mehr psychischer Ausgeglichenheit aus, hier gibt es ab dem mittleren Erwerbsalter einen andauernden Abwärtstrend. Türkische Frauen fallen, wie bereits beschreiben, durch sehr negative Angaben

zur psychischen Kondition auf, sie befinden sich verglichen mit den anderen Frauen auf dem niedrigsten Niveau und liegen in allen Altersgruppen auch unter den entsprechenden Werten der türkischen Männer. Bei jugoslawischen Männern und Frauen fällt vor allem der starke negative Trend im mittleren Lebensalter auf. Jugoslawische Männer haben in der letzten Altersgruppe mit Abstand die niedrigsten Werte hinsichtlich der psychischen Kondition.

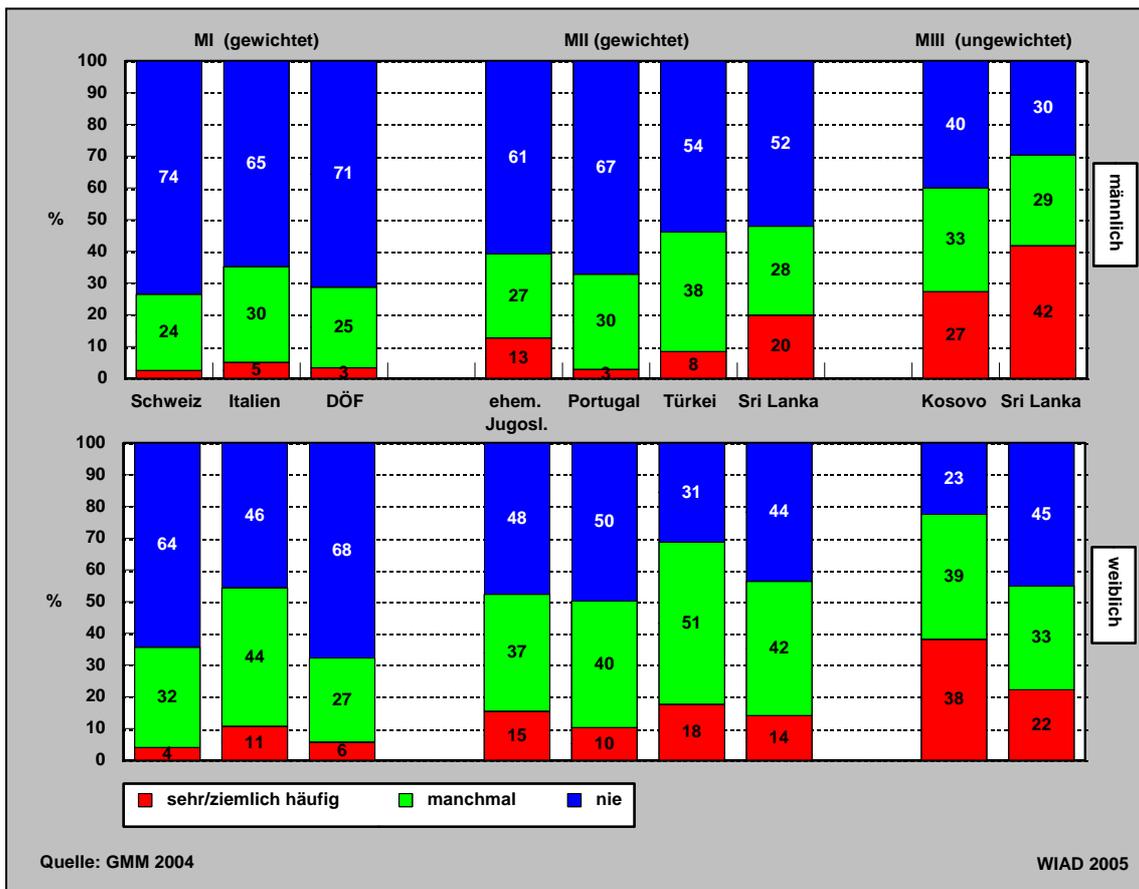
Ergänzend zu den Fragen zur psychischen Ausgeglichenheit machten die Befragten Angaben über **Gefühle von Einsamkeit** („Wie häufig kommt es vor, dass Sie sich einsam fühlen?“). Die Ergebnisse sind in Übersicht 5.6 dargestellt. Lediglich 3% der schweizerischen Befragten fühlen sich sehr häufig oder ziemlich häufig einsam, bei den Befragten aus Deutschland, Österreich und Frankreich liegt der entsprechende Anteil mit 4% nur minimal darüber und bei den portugiesischen (6%) und italienischen (7%) Migrantinnen und Migranten auch vergleichsweise niedrig. In den Gruppen der Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, der Türkei und Sri Lanka ist der Anteil derer, die sich sehr häufig oder ziemlich häufig einsam fühlen deutlich höher (zwischen 13 und 17%). Erwartungsgemäß haben Asylsuchende hier die größten Probleme: jeder dritte Asylsuchende fühlt sich sehr häufig oder ziemlich häufig einsam.

Übersicht 5.6: Einsamkeit



Die Darstellung der Ergebnisse zu Gefühlen von Einsamkeit nach Geschlecht und Migranten­gruppen verdeutlicht dass starke Gefühle von Einsamkeit Frauen häufiger betreffen als Männer. Frauen fühlen sich in den meisten Gruppen doppelt so häufig sehr bzw. ziemlich oft einsam. Lediglich bei den Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien gibt es einen ähnlich hohen Anteil derer, die sich häufig einsam fühlen wie bei den Frauen aus der gleichen Herkunftsregion.

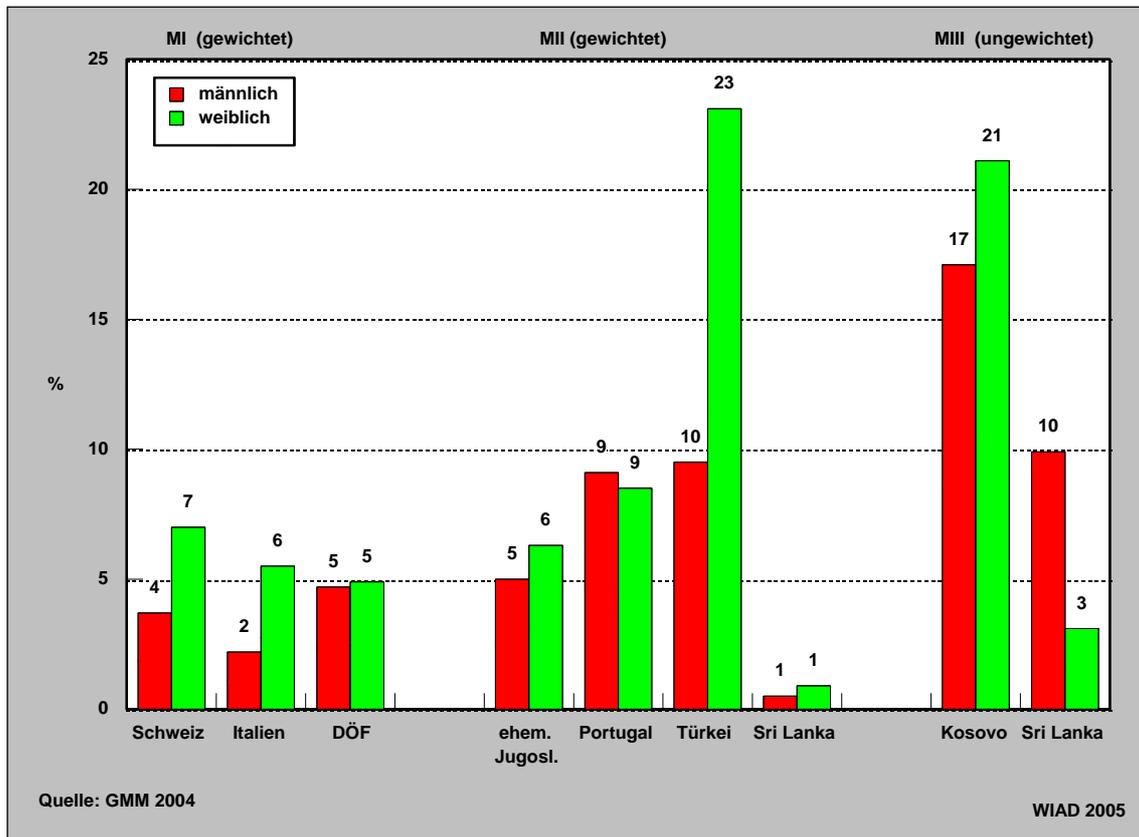
Übersicht 5.7: Einsamkeit nach Geschlecht



Die Übersicht 5.8 zeigt den Anteil der Befragten, die in den vergangenen 12 Monaten **wegen eines psychischen Problems in Behandlung** gewesen sind. Den mit Abstand höchsten Anteil (19%) von Befragten, die im vergangenen Jahr in Behandlung waren findet sich in der Gruppe der Asylsuchenden aus dem Kosovo. Demgegenüber ist der entsprechende Anteil bei den Asylsuchenden aus Sri Lanka mit 6% relativ gering und liegt damit nur einen Prozentpunkt über dem der schweizerischen Bevölkerung. Vergleichsweise hoch ist mit 16% auch der Anteil der Türcinnen und Türken, die sich wegen psychischer Probleme haben behandeln lassen. Demgegenüber ist der entsprechende Anteil in der Gruppe der ständigen Wohnbevölkerung aus Sri

Lanka mit nur 1% sehr niedrig und mit 4% relativ niedrig bei italienischen Migrantinnen und Migranten.

Übersicht 5.8: Behandlung wegen psychischer Probleme nach Geschlecht



Bei der geschlechtsspezifischen Verteilung fällt zum einen auf, dass in allen Gruppen Frauen häufiger wegen psychischer Probleme in Behandlung sind als Männer. Besonders auffällig ist die Geschlechterdifferenz in diese Zusammenhang in der türkischen Wohnbevölkerung: 23% türkische Frauen vs. 10% türkische Männer. Türkische Frauen haben somit mit einem Anteil von knapp einem Viertel die deutlich höchste Rate derer, die sich wegen psychischer Probleme behandeln ließen. Mit 21% ist der diesbezügliche Anteil der Kosovo-Albanerinnen ebenfalls sehr hoch, aber hier haben auch die Männer mit 17 % sehr hohe Behandlungsraten. Bei portugiesischen Migranten, die sich verglichen mit den übrigen Gruppen im mittleren Bereich der Behandlungsraten befinden, haben Männer und Frauen mit jeweils 9% gleich hohe Anteile derer, die sich aufgrund psychischer Probleme im vergangenen Jahr haben behandeln lassen.

Mit den Daten des GMM kann jedoch nicht weiter analysiert werden, ob sich die Befragten in psychologische, psychiatrische oder sonstiger fachärztlicher Behandlung begeben haben oder ob ggf. auch eine Behandlung außerhalb des professionellen medizinischen Systems gemeint ist.

Hinsichtlich der *subjektiven Einschätzung der momentanen eigenen Gesundheit* weisen die Migrantinnen und Migranten und hier vor allem ganz deutlich die Asylsuchenden im Schnitt schlechtere Werte auf als die schweizerische Bevölkerung, wobei die Türken und Türkinnen hier besonders häufig negative Bewertungen abgeben. Die Asylsuchenden haben den höchsten Anteil derjenigen, die sich gesundheitlich schlecht oder sehr schlecht fühlen.

Die schweizerische Bevölkerung weist die günstigsten Werte psychischer Ausgeglichenheit auf, knapp gefolgt von der Gruppe der deutschen, österreichischen und französischen Befragten und den Italienern und Italienerinnen. Die türkischen Migrantinnen und Migranten fallen auch hier durch besonders schlechte Ergebnisse auf. Die Gruppe mit den ungünstigsten Ergebnissen hinsichtlich psychischer Ausgeglichenheit sind jedoch die Asylsuchenden aus dem Kosovo.

Gefühle von Einsamkeit sind hauptsächlich ein Problem von Asylsuchenden: jeder Dritte fühlt sich sehr häufig oder ziemlich häufig einsam. Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, der Türkei und Sri Lanka fühlen sich doppelt bis dreimal so häufiger einsam wie schweizerische, italienische und portugiesische Befragte. Zudem wird deutlich, dass starke Gefühle von Einsamkeit Frauen häufiger betreffen als Männer.

Den mit Abstand höchsten Anteil (ein Fünftel) von Befragten, die im Jahr vor der Befragung *wegen eines psychischen Problems in Behandlung* waren, findet sich in der Gruppe der Asylsuchenden aus dem Kosovo, knapp gefolgt von türkischen Migrantinnen und Migranten. Demgegenüber ist der entsprechende Anteil bei den Asylsuchenden aus Sri Lanka relativ gering und liegt nur einen Prozentpunkt über dem der schweizerischen Bevölkerung. Migrantinnen und Migranten aus Italien bzw. Sri Lanka haben demgegenüber noch geringere Behandlungsraten aufgrund psychischer Probleme.

5.2 Lang andauernde gesundheitliche Einschränkungen

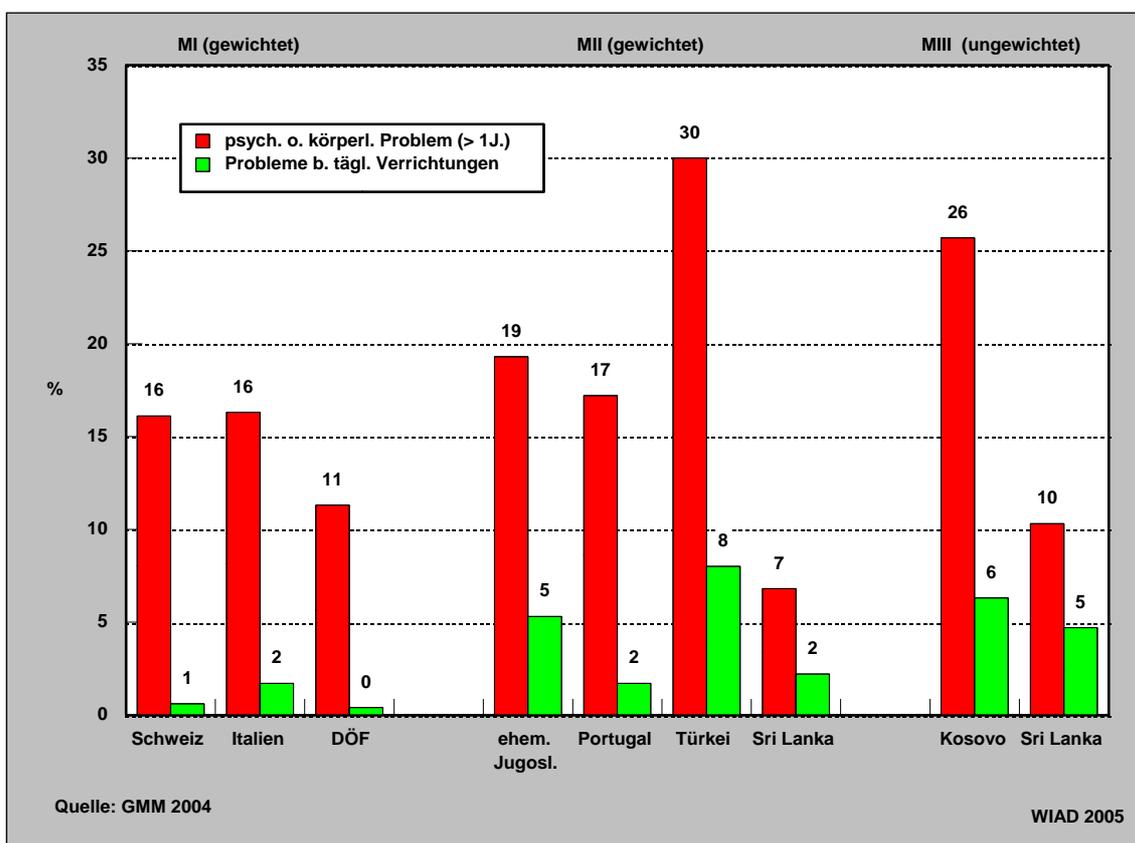
Neben der allgemeinen gesundheitlichen Verfassung wurde bei den Befragten Informationen zu **körperlichen und/oder psychischen Problemen** erhoben, **die Sie in ihren alltäglichen Verrichtungen einschränken und schon länger als ein Jahr andauern**. Hier zeigt sich tendenziell ein ähnliches Bild wie hinsichtlich der subjektiven Gesundheit (siehe Übersicht 5.9). Jeweils 16% der schweizerischen und italienischen Befragten gaben an, ein solches Problem zu haben. Die in der Schweiz lebenden Deutschen, Österreicher und Franzosen liegen mit 11% noch darunter.

In der Gruppe der übrigen Migrantinnen und Migranten fallen die Befragten aus Sri Lanka positiv auf mit einem relativ niedrigen Anteil solcher, die sich durch ein Problem oder eine Krankheit eingeschränkt fühlen (7% der ständigen Wohnbevölkerung und 10% der Asylsuchenden). Diese

vergleichsweise positiven Werte der Personen tamilischer Herkunft sollten jedoch mit Vorsicht interpretiert werden, da sich dahinter auch ein Effekt des Antwortverhaltens in Richtung soziale Erwünschtheit verbergen könnte oder ein anderes Verständnis des Begriffs „Einschränkung“, der aber durch die Daten des GMM nicht verifizierbar ist.

Bei den übrigen Migranten und Migrantinnen liegt der Anteil derjenigen, die sich länger als ein Jahr durch körperliche oder psychische Probleme eingeschränkt fühlen z.T. deutlich über dem entsprechenden Anteil der schweizerischen Bevölkerung, wobei wiederum die Migranten und Migrantinnen türkischer Herkunft mit einem Anteil von 30% und die Asylsuchenden aus dem Kosovo mit 26% besonders negativ herausfallen.

Übersicht 5.9: Lang andauernde körperliche und/oder psychische Probleme und Behinderungen der Tätigkeiten des täglichen Lebens



Für die Planung von häuslichen Pflegediensten ist die Feststellung von **Behinderungen des täglichen Lebens** (ADL activities of daily living) von Bedeutung. Mit Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens sind hier Tätigkeiten gemeint wie sich an- und ausziehen, essen oder sich waschen. Die Frage lautete daher „Können Sie sich alleine d.h. ohne Hilfe und ohne jede Schwierigkeit an- und ausziehen, alleine aus dem Bett steigen und ohne jede Hilfe essen?“. In der Übersicht sind 5.9 sind die Verteilungen nach Migrantengruppen dargestellt. Auf

eine Darstellung der Ergebnisse nach Altersgruppen und Geschlecht ist hier verzichtet worden, da die Daten aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht interpretierbar sind. Über alle Altersgruppen hinweg geben 1% der schweizerischen Befragten an, dass sie Probleme bei täglichen Verrichtungen haben. Während der entsprechend Anteil bei den Befragten aus Italien, Portugal und Sri Lanka mit einem Prozentpunkt nur knapp über dem der Schweizer liegt, heben sich die übrigen Migrantengruppen deutlich davon ab. In der Gruppe der ehemaligen Jugoslawen und Jugoslawinnen liegt der entsprechende Anteil bei 5% und in der Gruppe der Türkinnen und Türken bei 8% und bei den Asylsuchenden aus dem Kosovo bei 6% und bei denen aus Sri Lanka bei 5%. Diese Ergebnisse müssen jedoch mit Vorsicht interpretiert werden aufgrund der relativ kleinen Fallzahlen in den Untergruppen.

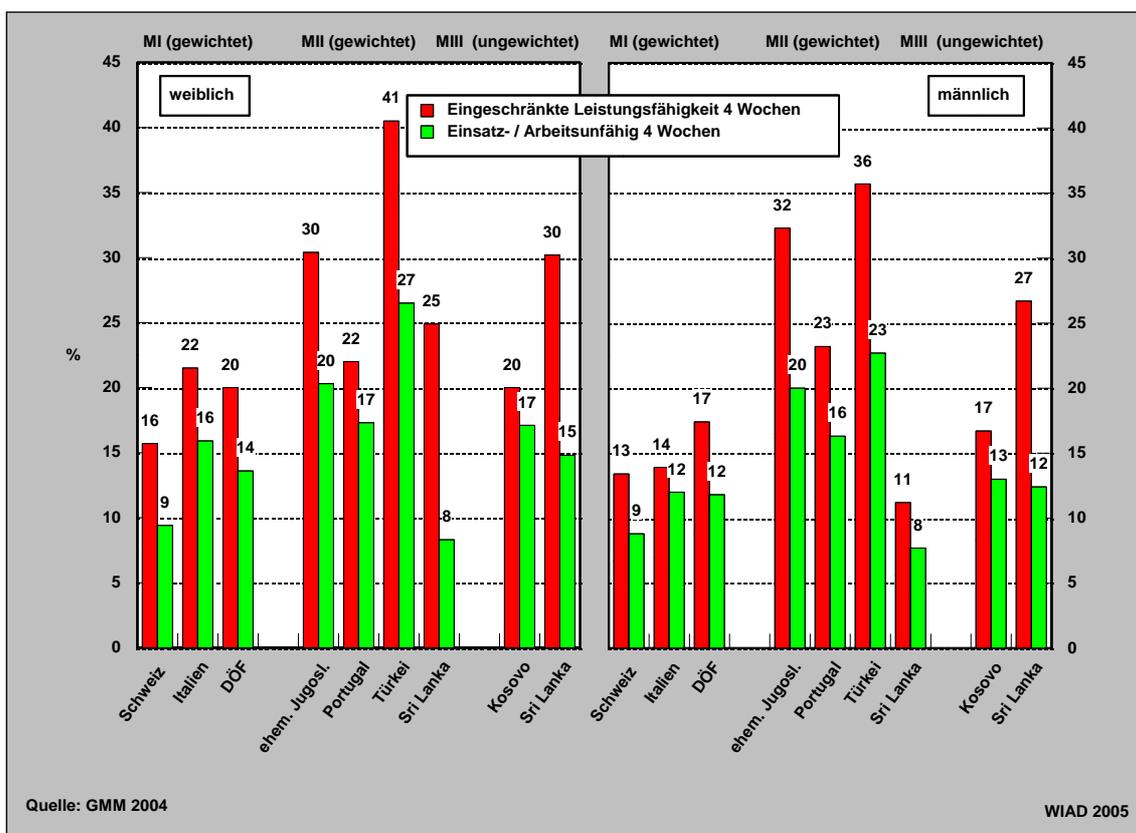
Bei Migranten und Migrantinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien und Portugal liegt der Anteil derjenigen, die sich *länger als ein Jahr durch körperliche oder psychische Probleme eingeschränkt fühlen* nur wenige Prozentpunkte, jedoch bei denen aus der Türkei mit knapp einem Drittel und vor allem Asylsuchenden aus dem Kosovo mit etwa einem Viertel ganz deutlich über dem entsprechenden Anteil der schweizerischen Bevölkerung. Die übrigen Gruppen haben gleiche oder gar niedrigere Raten als die schweizerischen Bevölkerung hinsichtlich dieser Variable.

Eine ähnliche Verteilung zeigt sich hinsichtlich der *Behinderungen der Tätigkeiten des täglichen Lebens*: die italienische, portugiesische, deutsche, österreichische, französische sowie die tamilische Wohnbevölkerung weisen ähnlich niedrige Werte auf wie die schweizerische Bevölkerung, deutlich höhere Raten sind bei Asylsuchenden sowie Migrantinnen und Migranten aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien und der Türkei beobachtbar.

5.3 Zeitweilige gesundheitliche Beeinträchtigungen und Arbeitsunfähigkeit

Neben den langandauernden Behinderungen und Leistungseinschränkungen wurde auch nach **zeitweiligen gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen** und **Arbeitsunfähigkeit** gefragt: „Während wie vielen Tagen sind Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 4 Wochen nur mit Einschränkungen einsatz- und leistungsfähig gewesen, so dass Sie nicht alles wie gewohnt haben machen können?“ und „Wie viele Tage haben Sie nicht zur Arbeit gehen können oder sind Sie nicht arbeitsfähig gewesen während den letzten 4 Wochen?“

Übersicht 5.10: Eingeschränkte Leistungsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit in %



Die Übersicht 5.10 zeigt die Verteilung derjenigen, die angaben, innerhalb der letzten vier Wochen eingeschränkt leistungsfähig gewesen zu sein. Der zweite Balken in der Abbildung verdeutlicht, wie viele von den Befragten mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit auch arbeitsunfähig waren.

Zunächst einmal fällt auf, dass bei fast allen Gruppen der Anteil der Frauen, die angeben, innerhalb der vergangenen Wochen nur eingeschränkt leistungsfähig gewesen zu sein, größer ist als bei den Männern. Eine Ausnahme bilden die Jugoslawen, bei denen sich mehr Männer (32%) als Frauen (30%) in den vergangenen vier Wochen nur eingeschränkt leistungsfähig gefühlt haben.

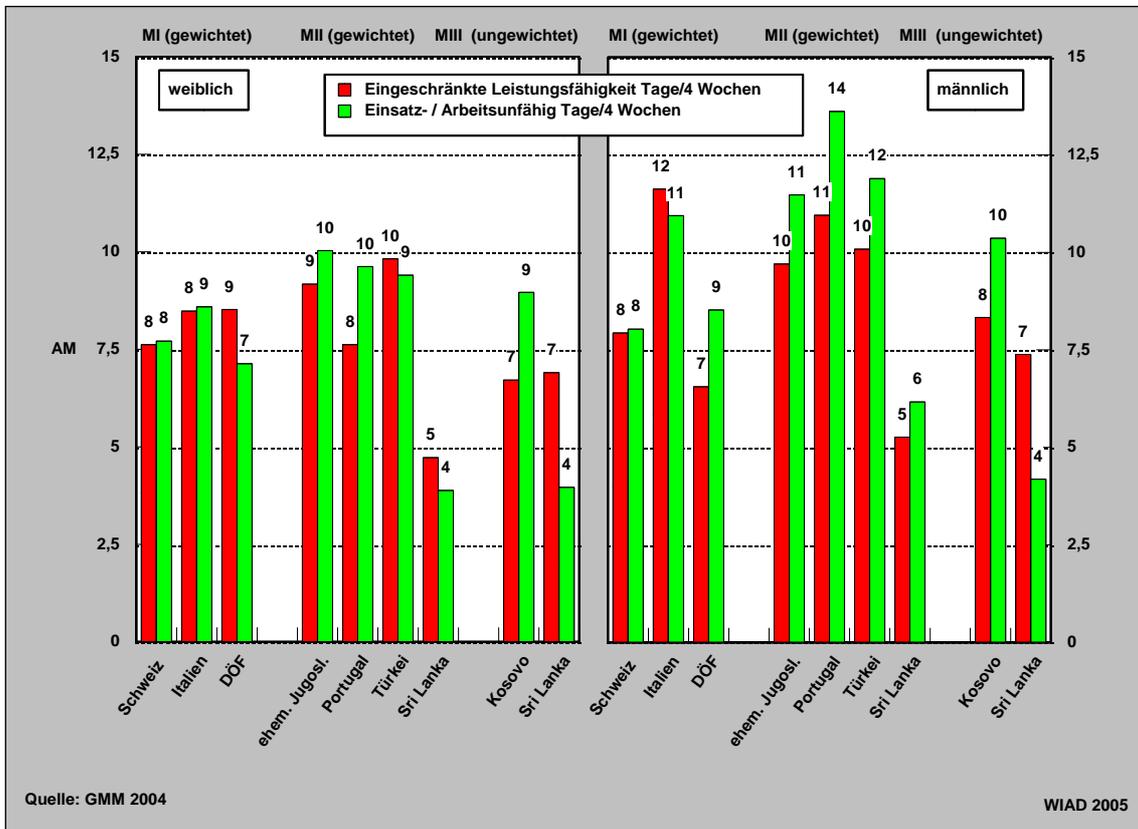
Insgesamt weisen die Schweizer in dieser Variable die günstigsten Werte auf: 16% der Frauen und 13% der Männer klagten über Leistungseinschränkungen, gefolgt von den Italiener (22% der Frauen, 14% der Männer) und der Gruppe der Deutschen, Österreicher und Franzosen (20% Frauen und 12% Männer). Die Migranten der ständigen Wohnbevölkerung liegen hinsichtlich der subjektiven Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit deutlich ungünstiger als die vorgenannten Gruppen. Den mit deutlichem Abstand höchsten Anteil derjenigen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit weisen die türkischen Frauen (41%) und Männer (36%) auf, ge-

folgt von den Migrantinnen (30%) und Migranten (20%) aus dem ehemaligen Jugoslawien. Die Portugiesen liegen hier im gleichen Bereich wie die italienischen Migrantinnen und Migranten. Bei den tamilischen Migranten der ständigen Wohnbevölkerung fällt die große Differenz zwischen den beiden Geschlechtern auf: ein Viertel der Frauen klagten über eingeschränkte Leistungsfähigkeit und lediglich 11% der Männer, wobei hier dieser Anteil noch unter dem der schweizerischen Männer liegt. In der Gruppe der Asylsuchenden aus Sri Lanka ist der Anteil derjenigen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit dagegen deutlich höher: bei den Frauen liegt der Anteil in dieser Gruppe bei 30% und bei den Männern bei 27%.

Betrachtet man nun den prozentualen Anteil derjenigen, die eingeschränkte Leistungsfähigkeit angaben und dabei auch arbeitsunfähig waren (zweiter Balken in Übersicht 5.10) so fällt vor allem bei den Migranten und Migrantinnen aus Modul 2 der relativ geringe Anteil der Arbeitsunfähigen unter den eingeschränkt Leistungsfähigen auf, anders formuliert, ein hoher Anteil derjenigen, die sich trotz eingeschränkter Leistungsfähigkeit nicht arbeitsunfähig melden. Mit Ausnahme der Portugiesinnen und Portugiesen ist bei den Migrantinnen und Migranten der ständigen Wohnbevölkerung der Anteil der Arbeitsunfähigen deutlich geringer als der Anteil derjenigen, die sich nur eingeschränkt leistungsfähig gefühlt haben. Bei Türkinnen z.B. liegt der Anteil der eingeschränkt Leistungsfähigen bei 41% und arbeitsunfähig waren lediglich 27%. Noch stärker ist diese Differenz bei tamilischen Frauen der festen Wohnbevölkerung (25 vs. 8%), tamilischen Asylbewerberinnen (30 vs. 15%) und tamilischen Asylbewerbern (27 vs. 12%). Die Daten zur Arbeitsunfähigkeit bei Asylsuchenden sind jedoch nicht direkt mit denen der festen Wohnbevölkerung vergleichbar, da nur ein geringer Anteil einer festen Beschäftigung nachgeht.

Diese Ergebnisse verdeutlichen also, dass Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, der Türkei und Sri Lanka (mit Ausnahme der Männer bei letztgenannter Gruppe) trotz eines vergleichsweise hohen Anteils von Personen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit einen dafür relativ niedrigen Anteil von Arbeitsunfähigen aufweisen, d.h. einen hohen Anteil von Personen, die trotz subjektiv eingeschränkter Leistungsfähigkeit zur Arbeit gehen. Dieses Verhalten könnte damit in Zusammenhang stehen, dass Migrantinnen und Migranten der genannten Nationalitätsgruppen in stärkerem Ausmaß annehmen, dass sie durch Krankmeldungen Probleme am Arbeitsplatz bekommen könnten oder gar der Verlust des Arbeitsplatzes befürchten.

Übersicht 5.11: Eingeschränkte Leistungsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit in Tagen (ausgeschlossen nicht eingeschränkt bzw. arbeitsunfähige Personen; arithmetisches Mittel)



Die Übersicht 5.11 verdeutlicht das arithmetische Mittel der Anzahl der Tage mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit (von denjenigen, die eingeschränkte Leistungsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit angaben) nach Geschlecht. Hier wird deutlich, dass Männer, wenn sie eingeschränkt leistungsfähig bzw. arbeitsunfähig sind, dies im Schnitt etwas längere Zeit sind als die Frauen. Die schweizerischen, italienischen, deutschen, österreichischen und französischen Frauen waren zwischen 7 und 9 Tagen arbeitsunfähig, die Männer dieser Gruppen waren, wenn sie arbeitsunfähig waren, dies im Schnitt zwischen 8 und 11 Tagen. Die durchschnittlich längsten Phasen von Arbeitsunfähigkeit gaben die portugiesischen (14 Tage) türkischen (12 Tage), jugoslawischen (11 Tage) und italienischen (ebenfalls 11 Tage) Männer an. Auffällig kurz sind sowohl die Phasen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit als auch die von Arbeitsunfähigkeit bei den Tamilinnen und Tamilen der ständigen Wohnbevölkerung: Tamilinnen waren im Schnitt lediglich 4 Tage arbeitsunfähig und Tamilen 6 Tage. Vergleichsweise kurz sind auch die Phasen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit in der Gruppe der Asylsuchenden: Asylbewerberinnen fühlten sich im Schnitt 7 Tage eingeschränkt leistungsfähig (Schweizerinnen im Vergleich dazu 8 Tage) und bei männliche Asylbewerbern dauerte diese Phase 7 bzw. 8 Tage (bei den schweizerischen Männern ebenfalls 8 Tage).

Migranten und Migrantinnen weisen hinsichtlich der subjektiven *Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit innerhalb der letzten vier Wochen* insgesamt ungünstigere Werte auf als die schweizerische Bevölkerung. Den mit deutlichem Abstand höchsten Anteil derjenigen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit weisen die türkischen Frauen und Männer auf, gefolgt von den Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Die Portugiesen und Portugiesinnen liegen hier im gleichen Bereich wie die italienischen Migrantinnen und Migranten. Bei den tamilischen Befragten der ständigen Wohnbevölkerung fällt die große Differenz zwischen den beiden Geschlechtern auf: jede vierte Frauen klagt über eingeschränkte Leistungsfähigkeit und lediglich jeder 10. Mann.

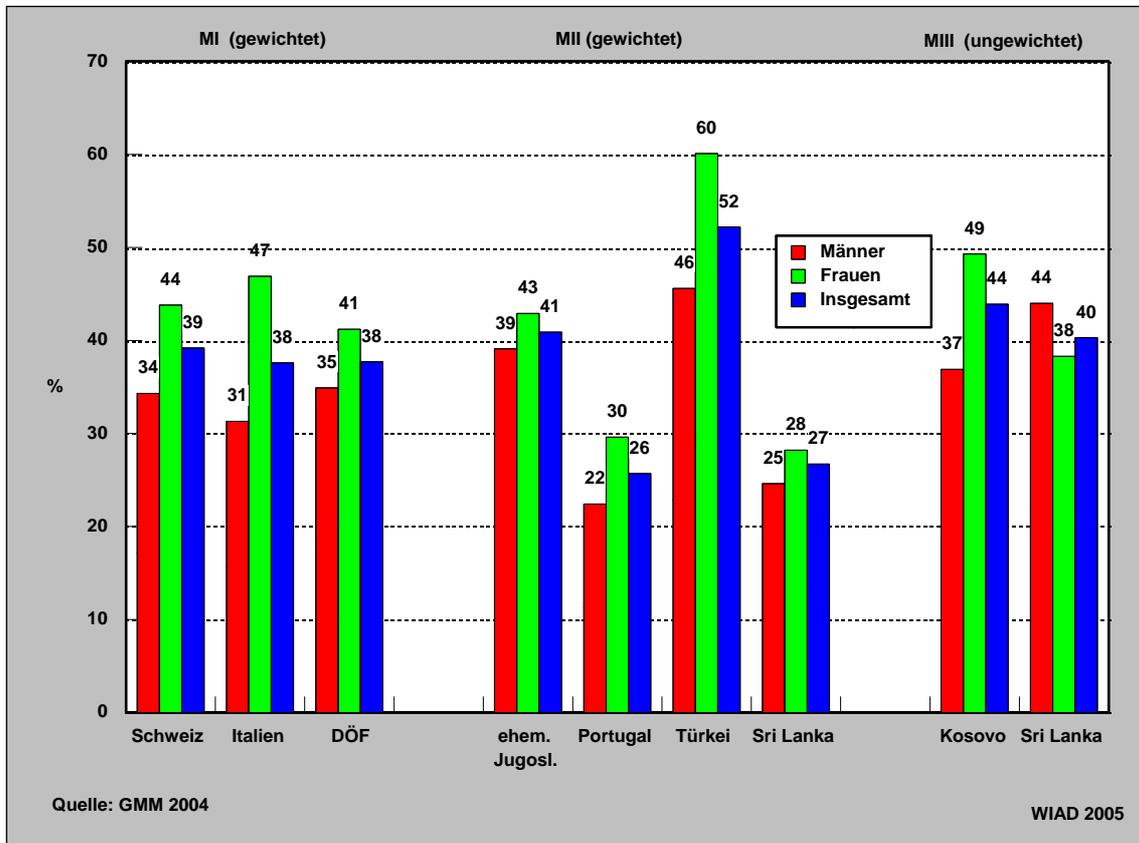
Bei den Migranten und Migrantinnen der ständigen Wohnbevölkerung fällt der relativ geringe Anteil der *arbeitsunfähigen* Personen unter den eingeschränkt Leistungsfähigen auf, anders formuliert, der hoher Anteil derjenigen, die sich trotz eingeschränkter Leistungsfähigkeit nicht arbeitsunfähig melden. Mit Ausnahme der Portugiesinnen und Portugiesen und der Männer aus Italien und Sri Lanka ist bei den Migrantinnen und Migranten der ständigen Wohnbevölkerung dieser Anteil deutlich geringer als der Anteil derjenigen, die sich nur eingeschränkt leistungsfähig gefühlt haben. Hinsichtlich der *Arbeitsunfähigkeitstage* wird generell deutlich, dass Männer, wenn sie eingeschränkt leistungsfähig bzw. arbeitsunfähig sind, dies im Schnitt etwas längere Zeit sind als die Frauen. Die durchschnittlich längsten Phasen von Arbeitsunfähigkeit gaben die portugiesischen, türkischen, jugoslawischen und italienischen Männer an. Auffällig kurz sind sowohl die Phasen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit als auch die von Arbeitsunfähigkeit bei den Tamilinnen und Tamilen.

5.4 Medikamenteneinnahme

Die **Einnahme von Medikamenten** wurde zum einen allgemein abgefragt (*„Haben Sie in den letzten 7 Tagen irgendein Medikament eingenommen?“*) und zusätzlich wurde spezifisch auf denselben Zeitraum bezogen nach drei Medikamentengruppen separat gefragt: **„Schlafmittel“**, **„Mittel gegen Schmerzen“** und **„Mittel zur Beruhigung“**. Für jede Substanzgruppe wurde ergänzend erhoben, ob diese Medikamente **vom Arzt verordnet** wurden oder ob es sich um **Selbstmedikation** handelte.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Verteilung der generellen Einnahme von Medikamenten innerhalb der vergangenen 7 Tage.

Übersicht 5.12: Einnahme irgendeines Medikaments innerhalb der letzten 7 Tage nach Geschlecht



Schweizer, Italiener und die Gruppe der Deutschen, Österreicher und Franzosen unterscheiden sich nicht bzw. nur minimal hinsichtlich der allgemeinen Einnahme von Medikamenten. Der Anteil derjenigen, die innerhalb der vergangenen Woche irgendein Medikament eingenommen hatten, liegt hier bei 38 bzw. 39%. Auffällig hoch ist jedoch mit 52% der Medikamenteneinnahme der Türkinnen und Türken. Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien liegen mit einem Anteil von 41% Medikamentengebrauch nur geringfügig über dem entsprechenden Anteil in der schweizerischen Bevölkerung. Demgegenüber vergleichsweise niedrig ist die Medikamenteneinnahme bei portugiesischen (26%) und tamilischen (27%) Befragten. Bei Asylsuchenden sind, was den allgemeinen Medikamentengebrauch betrifft, keine auffällig hohen Einnahmeraten (40 bzw. 44%) zu beobachten, wobei jedoch bei der Interpretation zu beachten ist, dass es sich hier um eine nicht nach Alter geschichtete Stichprobe handelt.

Bei der Darstellung der Medikamenteneinnahme nach Geschlecht zeigt sich erwartungsgemäß die generelle Tendenz, dass Frauen im Allgemeinen mehr Medikamente einnehmen als Männer, was u.a. mit der Einnahme von Kontrazeptiva zusammenhängt. Türkische Frauen weisen von allen betrachteten Gruppen mit 60% die höchste Medikamentenkonsumrate auf, bei türki-

schen Männern liegt dieser Wert bei 46%, wobei türkische Männer verglichen mit ihren Geschlechtsgenossen auch die höchste Rate aufweisen. Deutlich wird bei der geschlechtsspezifischen Darstellung auch, dass die Differenzen zwischen den Konsumraten bei Männern und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien relativ gering sind im Vergleich mit den übrigen Gruppen, d.h. jugoslawische Männer haben mit 39% eine annähernd hohe Konsumrate wie die Frauen gleicher Herkunft (43%).

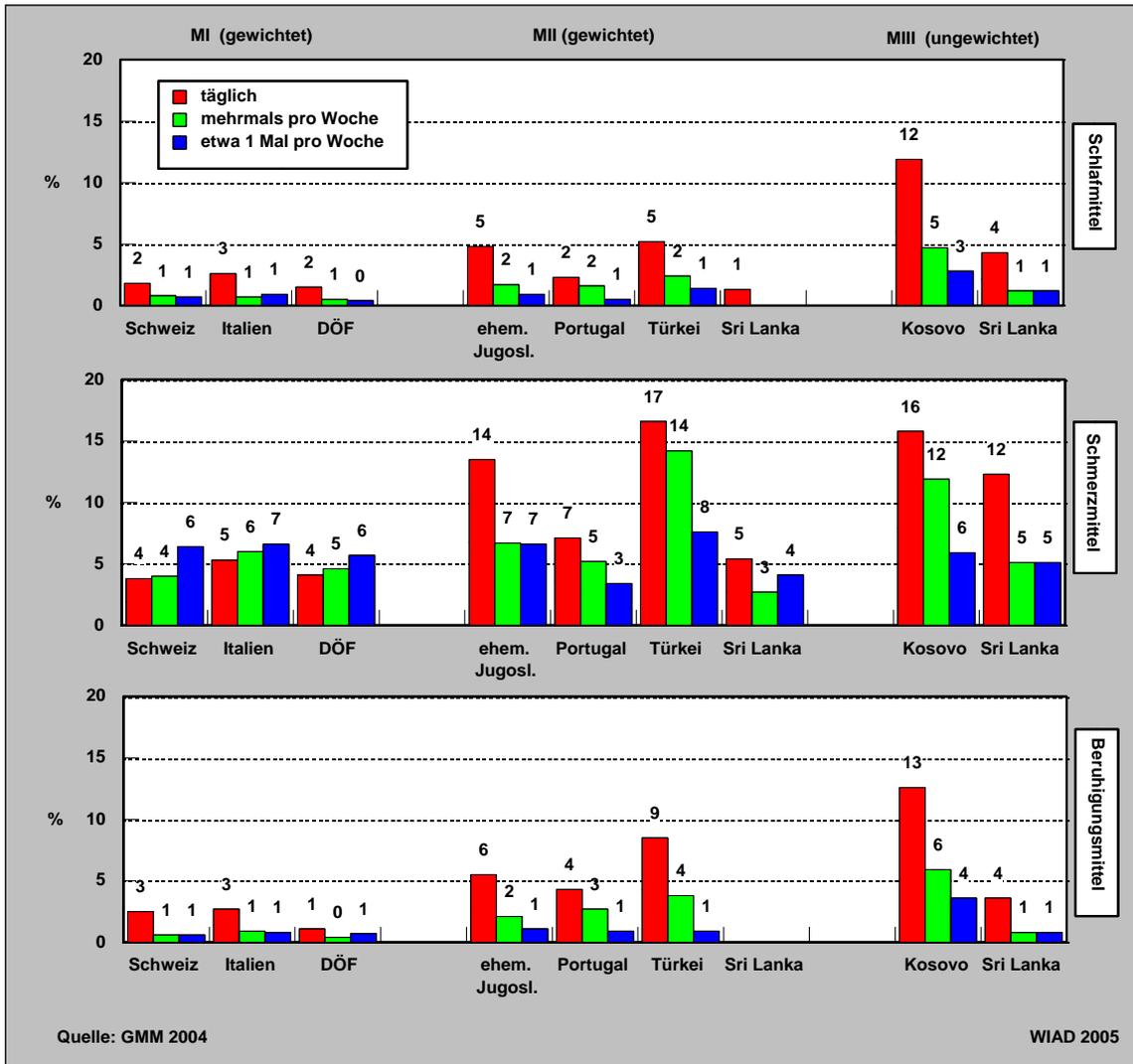
Übersicht 5.13: Vom Arzt verordnete Medikamente und Eigenmedikation nach Geschlecht



Übersicht 5.13 verdeutlicht den Anteil der Eigenmedikationen nach Geschlecht bei denjenigen Befragten, die angaben, innerhalb der vergangenen Woche mindestens ein Medikament eingenommen zu haben. Dieser ist erwartungsgemäß bei Asylsuchenden am geringsten, was mutmaßlich mit den begrenzten finanziellen Möglichkeiten dieser Migrantengruppen zusammenhängt. 90 respektive 95% der Asylsuchenden aus Sri Lanka und dem Kosovo nahmen Medikamente ein, die ihnen vom Arzt verschrieben worden sind. Demgegenüber ist der Anteil derjenigen, die selbst gekaufte Medikamente einnahmen bei der tamilischen Wohnbevölkerung mit 32% am höchsten und liegt damit noch 8 Prozentpunkte über dem entsprechenden Anteil der

Schweizer. Bei der Verteilung der Eigenmedikation nach Geschlecht fällt auf, dass der Anteil derjenigen, die selbst gekaufte Medikamente einnehmen, bei den Männern generell etwas höher ist als bei den Frauen, vergleichsweise große Differenzen zwischen Frauen und Männern gibt es bei der tamilischen Wohnbevölkerung (Frauen 25% und Männer 40% Eigenmedikation), bei Portugiesen (26 vs. 32%) und bei den Türken (16 vs. 25%).

Übersicht 5.14: Medikamentengebrauch nach Substanzgruppen



Bei der Betrachtung des Medikamentengebrauchs nach Substanzgruppen fallen zunächst einmal die sehr hohen Einnahmeraten von Beruhigungsmitteln bei den Asylsuchenden aus dem Kosovo auf: 13% der Befragten dieser Gruppe nehmen täglich Beruhigungsmittel ein und 6% mehrmals pro Woche. Bei Asylsuchenden aus Sri Lanka liegt der Anteil derer, die täglich Beruhigungsmittel einnehmen mit 4% deutlich niedriger und noch unter den entsprechenden Anteilen bei den übrigen Migrantengruppen aus Modul 2. Auffällig hoch ist mit 9% auch den Anteil

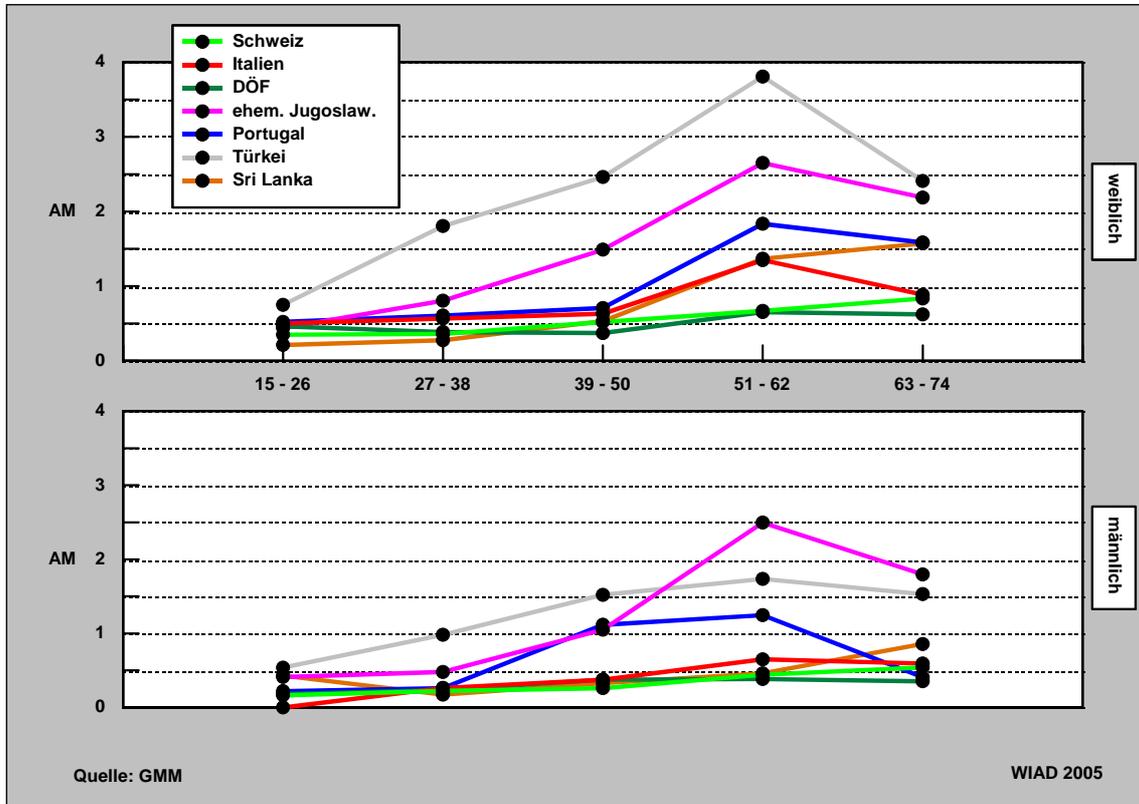
der türkischen Migranten und Migrantinnen mit täglichem Beruhigungsmittelgebrauch. Diese Substanzen werden den Migranten und Migrantinnen fast ausschließlich ärztlich verordnet: zwischen 94 und 100% der Migranten mit entsprechendem Medikamentengebrauch geben an, diese vom Arzt verschrieben bekommen zu haben. Bei Schweizern liegt der entsprechende Anteil lediglich bei 86% und bei den in der Schweiz lebenden Deutschen, Österreichern und Franzosen sogar nur bei 82%.

Ebenfalls Schlafmittel werden von Asylsuchenden aus dem Kosovo auffällig häufig eingenommen: 12% geben täglichen und 5% mehrmals wöchentlichen Gebrauch an. Die übrigen Migrantengruppen liegen mit ihren dementsprechenden Einnahmemustern nur leicht über dem der schweizerischen Bevölkerung. Bei den meisten Migrantengruppen sind auch die eingenommenen Schlafmittel fast ausschließlich ärztlich verordnet worden (zwischen 98 und 100%), außer bei Migrantinnen und Migranten aus Portugal und der Türkei, bei denen diese Medikamente nur zu 90% ärztlich verordnet wurden. Der entsprechende Anteil bei den Schweizern liegt hier mit 86% deutlich darunter.

Schmerzmittel werden von allen Gruppen im Vergleich zu den oben erwähnten Substanzen weitaus häufiger eingenommen und auch die Gebrauchsmuster sind in den einzelnen Migrantengruppen anders verteilt. Hier fallen von allem die hohen Einnahmeraten von Schmerzmitteln bei türkischen Migranten und Migrantinnen auf: 17% der Befragten gaben an täglich und 14% mehrmals wöchentlich Schmerzmittel einzunehmen. Auch die Asylsuchenden aus dem Kosovo nehmen auffällig häufig Schmerzmittel zu sich (16% täglich und 12% mehrmals wöchentlich) sowie die ehemalige jugoslawische Wohnbevölkerung mit einem Anteil von 14% täglichem und 7% mehrmals wöchentlichem Gebrauch. Von den schweizerischen Befragten geben demgegenüber nur 4% an, täglich Schmerzmittel einzunehmen. Beim Schmerzmittelgebrauch gibt es auch einen deutlich höheren Anteil vor Selbstmedikationen: der Anteil liegt bei den schweizerischen Befragten bei 50%, bei den in der Schweiz lebenden Deutschen, Österreichern und Franzosen sogar bei 55% und bei den italienischen Migranten und Migrantinnen bei 29%. Bei den Asylsuchenden aus dem Kosovo wurden die eingenommenen Schmerzmittel zu 97% ärztlich verschrieben und bei denen aus Sri Lanka zu 86%. Der Anteil der ärztlich verordneten Schmerzmittel liegt in den übrigen Migrantengruppen zwischen 22 und 28%.

Aus den drei Substanzgruppen Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmitteln und den entsprechenden Einnahmefrequenzen wurde ein Summenindex gebildet, der so zu interpretieren ist, dass ein Wert von 9 bedeutet, dass alle drei Medikamente täglich und 0 keines eingenommen wurde. In der Übersicht 5.15 werden die Ergebnisse nach Altersgruppen und Geschlecht für alle Gruppen mit Ausnahme der Asylsuchenden dargestellt.

Übersicht 5.15: Einnahme von Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmitteln nach Alter und Geschlecht (arithmetisches Mittel)



Bei der Verteilung des **Medikamentenindex** wird deutlich, dass es bei Schweizern, in der Schweiz lebenden Deutschen, Österreichern, Franzosen und Italienern zwar mit dem Alter einen leichten Aufwärtstrend beim Gebrauch der drei Substanzgruppen gibt, dieser Aufwärtstrend ist aber in allen anderen Migrantengruppen bei Frauen und Männern gleichsam sehr viel steiler, d.h. es werden mit steigendem Lebensalter kontinuierlich mehr Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmitteln eingenommen, wobei die höchsten Einnahmeraten in der Altersgruppe zwischen 51 und 62 Jahren erreicht werden und danach (mit Ausnahme der tamilischen Migrantinnen und Migranten) wieder absinken. In der Übersicht 5.15 hebt sich die Gruppe der türkischen Frauen ganz deutlich von allen anderen Gruppen ab, in dem Sinne, dass sie in allen Altersgruppen deutlich höhere Einnahmeraten aufweisen und diese zudem extrem hoch sind in der Altersgruppe zwischen 51 und 62 Jahren. Auch türkische Männer haben bei diesem Medikamentenindex bis zum Alter von 50 Jahren höhere Werte als alle anderen befragten Männer, jedoch ist der Abstand zu den übrigen Männern nicht so groß wie der der türkischen Frauen zu den übrigen Frauen. In der Altersgruppe zwischen 51 und 74 fallen zudem die Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien mit hohen Einnahmeraten auf.

Betrachtet man den allgemeinen *Medikamentengebrauch*, so unterscheiden sich die Befragten aus der Schweiz, Italien, dem ehemaligen Jugoslawien sowie Deutschland, Österreich und Frankreich kaum voneinander: der Anteil derjenigen, die innerhalb der Woche vor der Befragung irgendein Medikament eingenommen hatten, liegt hier um die 40 %. Auffällig hoch ist jedoch mit über 50% der Medikamentengebrauch der Türkinnen und Türken. Demgegenüber vergleichsweise niedrig mit ca. einem Viertel ist dieser Anteil bei portugiesischen und tamilischen Befragten. Frauen nehmen im Allgemeinen mehr Medikamente ein als Männer, eine augenfällige Differenz zwischen den Einnahmeraten beider Geschlechter zeigt sich vor allem bei den türkischen Befragten.

Bei dem nach Substanzgruppen aufgeschlüsselten Medikamentengebrauch fallen vor allem die sehr hohen Einnahmeraten von *Beruhigungsmitteln* bei den Asylsuchenden aus dem Kosovo und türkischen Migrantinnen und Migranten auf. Ebenfalls *Schlafmittel* werden von Asylsuchenden aus dem Kosovo auffällig häufig eingenommen. Die übrigen Migrantengruppen liegen mit ihren Einnahmemustern nur leicht über denen der schweizerischen Bevölkerung. *Schmerzmittel* werden von allen Gruppen weitaus häufiger eingenommen und auch die Gebrauchsmuster sind in den einzelnen Migrantengruppen anders verteilt. Hier fallen wiederum die hohen Einnahmeraten von Schmerzmitteln bei türkischen Migranten und Migrantinnen, der Wohnbevölkerung aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien und Asylsuchenden aus dem Kosovo auf.

Betrachtet man die Einnahme von Schmerz-Beruhigungs- und Schlafmitteln altersspezifisch, so wird deutlich, dass es bei Schweizern und Schweizerinnen und in der Schweiz lebenden deutschen, österreichischen, französischen und italienischen Befragten zwar mit dem Alter einen leichten Aufwärtstrend gibt, dieser Aufwärtstrend aber in allen anderen Migrantengruppen bei Frauen und Männern gleichsam sehr viel steiler ausfällt, wobei die höchsten Gebrauchsdaten in der Altersgruppe zwischen 51 und 62 Jahren erreicht werden. Die Gruppe der türkischen Frauen hebt sich ganz deutlich von allen anderen Gruppen ab, in dem Sinne, dass sie in allen Altersgruppen deutlich höhere Einnahmeraten aufweisen.

5.5 Body Mass Index

Der Body Mass Index (BMI) zeigt das Verhältnis des Gewichtes zur Körpergröße und wird nach der folgenden Formel berechnet:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht (kg)}}{\text{Körpergröße in Meter zum Quadrat (m}^2\text{)}}$$

Die Klassifizierung des BMI wird von Weltgesundheitsorganisation in Abhängigkeit von der Sterblichkeitsrate festgelegt. Der Normal-BMI ist der Bereich mit dem geringsten relativen Sterblichkeitsrisiko. Klassifiziert wird der BMI wie folgt:

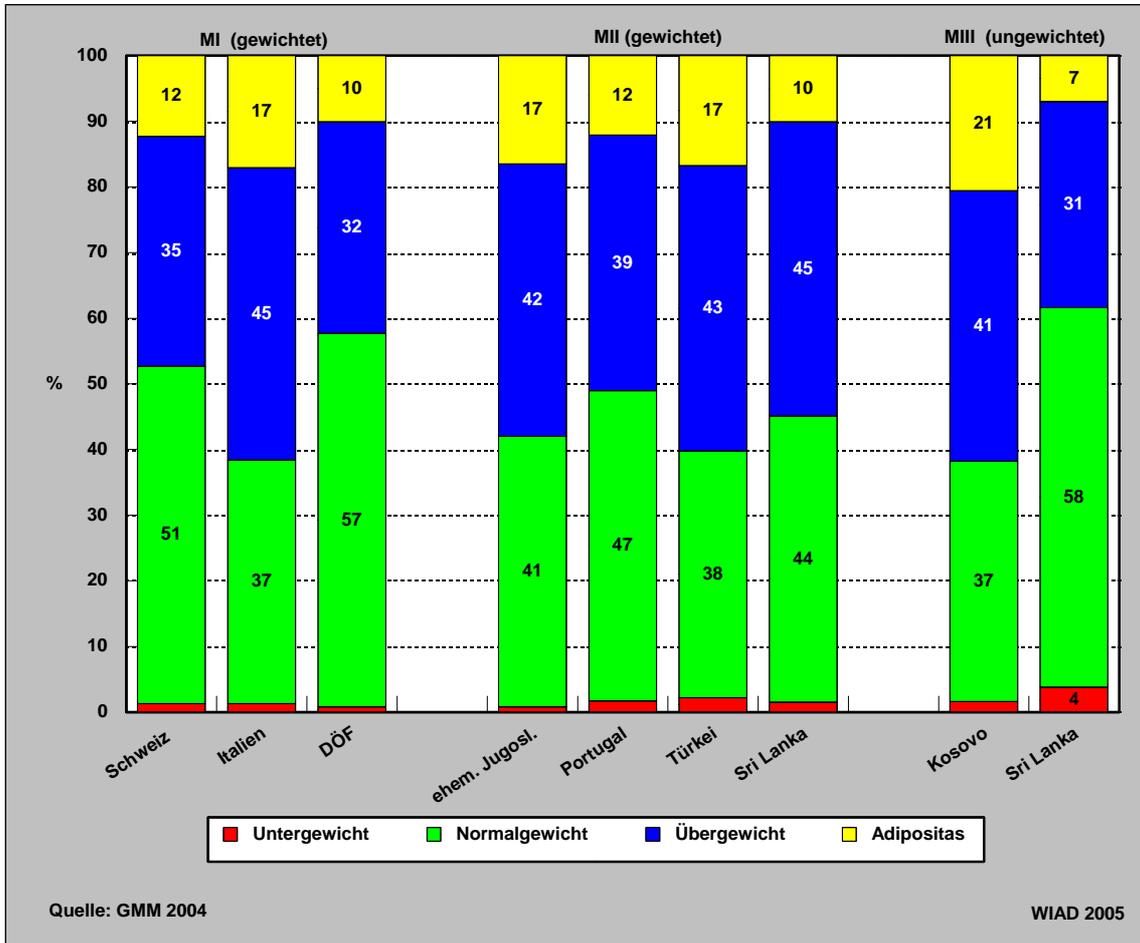
- unter 18,5 Untergewicht
- 18,5 bis 25 Normalgewicht
- 25 bis 30 Übergewicht
- über 30 Fettsucht

Da es sich bei den Gewichtsangaben, wie bei allen anderen Variablen auch, um Selbstangaben der Befragten und nicht um objektive Messwerte handelt, wurden sie rechnerisch korrigiert. Diese Korrektur basiert auf einem Vergleich zwischen Selbstangaben und Messwerten derselben Untersuchungspersonen der Nationalen Untersuchungssurveys, der anhand von Daten der deutschen Bevölkerung durchgeführt wurde, um geschlechts- und altersspezifische Umrechnungsfaktoren zu ermitteln.³¹

Übersicht 5.16 zeigt die Verteilung des BMI nach Nationalität.

³¹ Es liegt die Annahme zugrunde, dass sich schweizerische und deutsche Bevölkerung nicht fundamental unterscheiden. Bergmann E, Menzel R, Bergmann KE, Bergmann RL (1990). Verbreitung von Übergewicht in der Bundesrepublik Deutschland. In: Tätigkeitsbericht 1990 des Bundesgesundheitsamtes. S. 221-224. MMV Medizin Verlag, München.

Übersicht 5.16: Body Mass Index

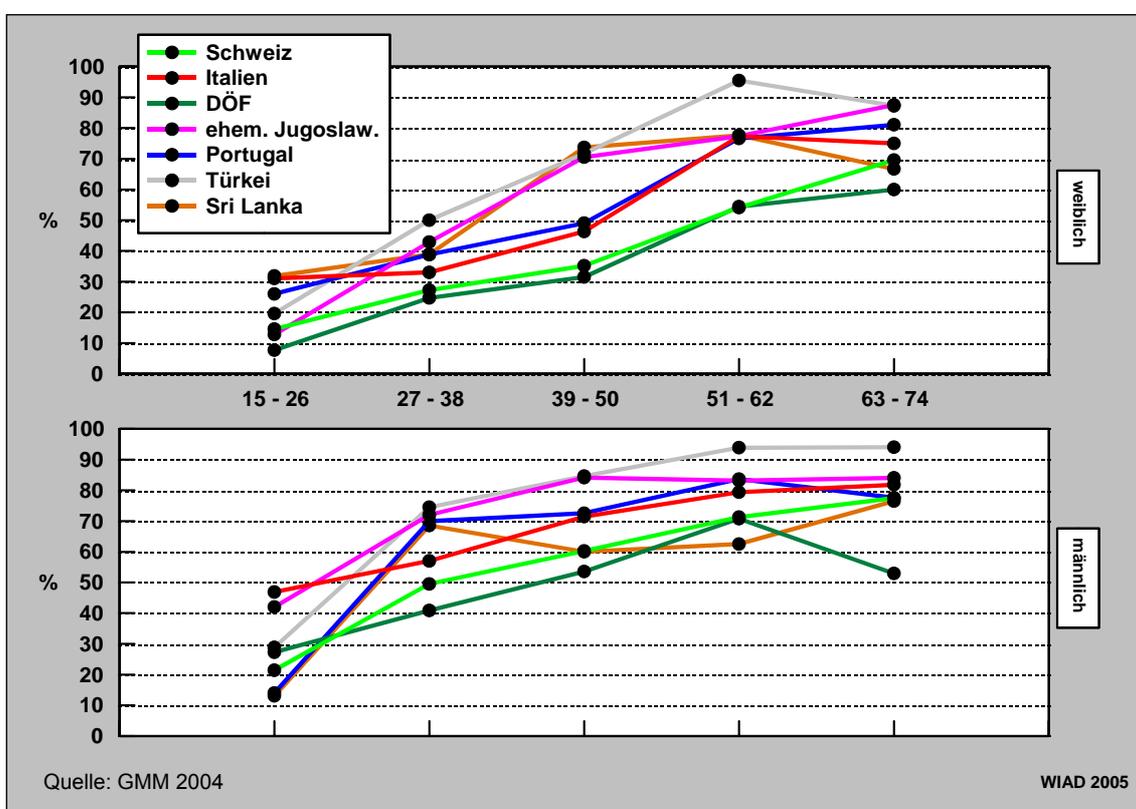


Über alle Altersklassen hinweg liegt der Anteil der Untergewichtigen in allen Nationalitätsgruppen zwischen 1 und 2% mit Ausnahme der Asylsuchenden aus Sri Lanka, bei denen dieser Anteil bei 4% liegt. Der Anteil der normalgewichtigen Personen ist mit jeweils nur 37% am geringsten in der Gruppe der italienischen Migrantinnen und Migranten und bei den Asylsuchenden aus dem Kosovo, gefolgt von den Türkinnen und Türken mit einem Anteil von 38% normalgewichtigen Personen. In der schweizerischen Bevölkerung liegt der Anteil der normalgewichtigen Personen bei 51%, noch günstigere Werte weisen die Gruppe der Deutschen, Österreicher und Franzosen und die Asylsuchenden aus Sri Lanka mit einem entsprechenden Anteil von 57% respektive 58% auf.

Als adipös nach BMI klassifiziert werden 12% der schweizerischen und portugiesischen Bevölkerung. Eine noch höhere Prävalenz von Adipositas ist mit jeweils 17% bei den italienischen, türkischen und ehemaligen jugoslawischen Migrantinnen und Migranten feststellbar. Die höchste Prävalenz von Adipositas (21%) findet sich bei den Asylsuchenden aus dem Kosovo.

Portugiesische Migrantinnen und Migranten weisen hinsichtlich der BMI-Klassen eine annähernd gleiche Verteilung auf wie die schweizerische Bevölkerung. Deutliche Differenzen bezüglich der Verteilung der BMI-Klassen sind zwischen den Asylsuchenden aus Sri-Lanka und der festen Wohnbevölkerung gleicher Herkunft beobachtbar in dem Sinne, dass der Aufenthalt in der Schweiz und eine mutmaßliche Anpassung der Ernährungsgewohnheiten mit einer Verschiebung der BMI-Klassen hin zu ungünstigeren Werten verbunden ist. Die ungünstigste BMI-Verteilung ist bei Migranten und Migrantinnen aus Italien und Asylsuchenden aus dem Kosovo mit einem Anteil von jeweils 62% Übergewichtigen und Adipösen feststellbar.

Übersicht 5.17: Anteil der Übergewichtigen und Adipösen nach Alter und Geschlecht



Das Gewicht und damit der BMI korreliert bekanntermaßen stark mit dem Alter, in dem Sinne, dass mit dem Alter auch der BMI steigt, womit sich somit auch der Anteil der Personen mit Übergewicht bzw. Adipositas in den oberen Altersgruppen erhöht (siehe Übersicht 5.17). Dies ist in allen Gruppen bei Männern und Frauen der Fall mit Ausnahme der Migrantinnen und Migranten aus Sri Lanka und der Gruppe der in der Schweiz lebenden Deutschen, Österreicher und Franzosen, bei denen ein unregelmäßiger Verlauf beobachtbar ist. Bei den Tamilinnen und Tamilen ist nahe liegend, dass dieser Verlauf mit der insgesamt jüngeren Altersstruktur dieser Gruppe zusammenhängt. Die schweizerischen Männer und Frauen weisen in allen Altersgruppen gemeinsam mit der Gruppe der Deutschen, Österreicher und Franzosen die niedrigsten Anteile der Befragten mit Übergewicht oder Adipositas auf. Extrem hoch ist mit jeweils über

90% der Anteil der als übergewichtig klassifiziert Türkinnen und Türken in der Altersgruppe zwischen 51 und 60 Jahren. Auch die Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, Italien und Portugal haben mit einem Anteil von um die 80% Übergewichtige oder Adipöse (gleichsam bei Männern und Frauen) in dieser Altersgruppe sehr ungünstige Werte.

Da hinlänglich bekannt ist, dass Übergewicht eines der größten Gesundheitsprobleme darstellt und ein erwiesener Risikofaktor u.a. für Diabetes Typ II, Hypertonie, sonstige Herz-Kreislauferkrankungen, der Erkrankungen des Bewegungsapparates und der Atemwege darstellt, sind vor allem die z.T. extrem hohen Anteile von Übergewichtigen und Adipösen bei Migrantinnen und Migranten in den Altersgruppen über 50 Jahren sehr bedenklich.

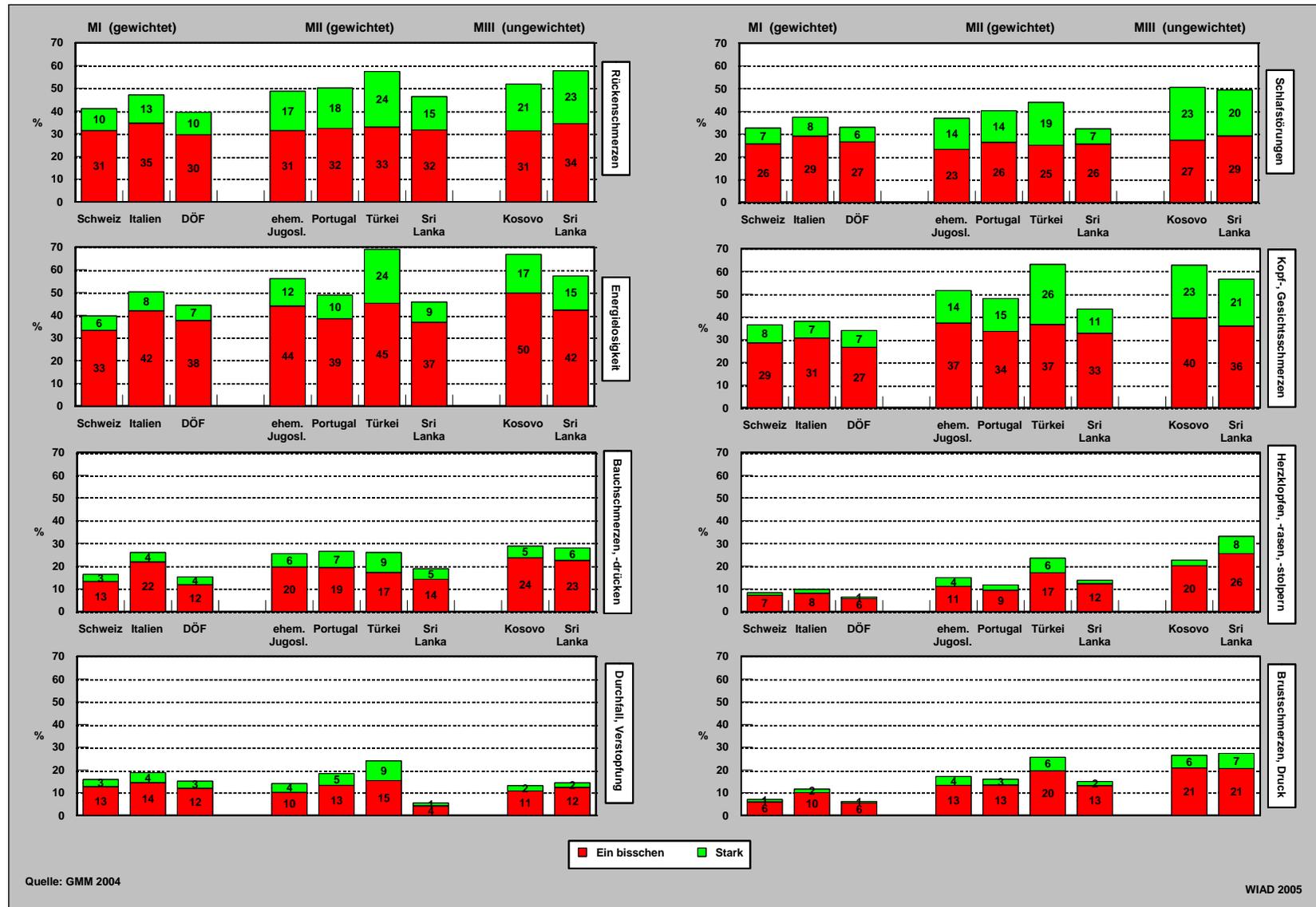
Bei dem Verhältnis des Gewichtes zur Körpergröße (*BMI - Body Mass Index*) zeigt sich, dass über alle Altersklassen hinweg der Anteil der normalgewichtigen Personen mit jeweils weniger als einem Drittel am geringsten in der Gruppe der italienischen Migrantinnen und Migranten und bei den Asylsuchenden aus dem Kosovo ist, dicht gefolgt von den Türkinnen und Türken. Demgegenüber wird die Hälfte der Schweizer und Schweizerinnen als normalgewichtig klassifiziert. Noch günstigere Werte weisen die Gruppe der deutschen, österreichischen und französischen Befragten sowie die Asylsuchenden aus Sri Lanka auf. Betrachtet man die als adipös klassifizierten Befragten, so zeigt sich auch hier eine ähnliche Rangfolge. Die altersspezifische Darstellung des BMI verdeutlicht vor allem, dass der Anteil der als übergewichtig klassifiziert Türkinnen und Türken in der Altersgruppe zwischen 51 und 60 Jahren aber auch die Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, Italien und Portugal sehr hoch ist.

5.6 Körperliche Beschwerden

Neben der allgemeinen psychischen und physischen Verfassung wurden folgende **körperliche Beschwerden** jeweils bezogen auf die vergangenen vier Wochen separat abgefragt: „Rücken- oder Kreuzschmerzen“, „allgemeine Schwäche, Müdigkeit oder Energielosigkeit“, „Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch“, „Durchfall, Verstopfung oder beides“, „Einschlaf- oder Durchschlafstörungen“, „Kopfschmerzen, Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen“; „Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern“, „Schmerzen oder Druck im Brustbereich“. Diese Beschwerden, die im Wesentlichen Symptomcharakter haben, können, sofern Sie nicht in Zusammenhang mit einer akuten Erkrankung stehen, auch psychische Ursachen haben und als Folge hoher psychosozialer Belastung auftreten

In der Übersicht 5.18 sind die Verteilungen der Angaben zu den einzelnen Symptomen nach Nationalitätsgruppen und differenziert nach Intensität („ein bisschen“ bzw. „stark“) dargestellt.

Übersicht 5.18: Prävalenz von Krankheitssymptomen



Insgesamt zeigt sich bei der Verteilung der Angaben zu den **einzelnen Symptomen** ein recht konsistentes Bild in dem Sinne, dass hinsichtlich aller abgefragter Symptomen die schweizerische Bevölkerung gemeinsam mit den in der Schweiz lebenden Deutschen, Österreichern und Franzosen die niedrigsten Prävalenzen aufweisen. Die Migrantinnen und Migranten der festen Wohnbevölkerung fühlen sich demgegenüber hinsichtlich aller Symptome etwas stärker belastet, wobei die Migrantinnen aus Italien, Portugal und dem ehemaligen Jugoslawien recht ähnliche Verteilungen aufweisen. Deutlich wird weiterhin, dass die türkischen Migranten und Migrantinnen durch besonders hohe Anteile bei den Symptombelastungen auffallen. Diese relativ hohen Prävalenzen werden nur noch von den Asylsuchenden übertroffen, die bei den meisten Symptomen noch stärkere Belastungen aufweisen als die türkischen Migrantinnen und Migranten.

Von den abgefragten Symptomen wurde allgemeine Schwäche, Müdigkeit oder Energielosigkeit sowie Rückenschmerzen am häufigsten genannt: 31% der Schweizerinnen und Schweizer gaben an, innerhalb der letzten vier Wochen ein bisschen und 10% stark unter Rücken- oder Kreuzschmerzen gelitten zu haben. In den übrigen Migrantengruppen liegt der Anteil der Befragten, die ein bisschen darunter gelitten haben zwischen 31 und 35% und somit nur geringfügig über dem entsprechenden Anteil der schweizerischen Bevölkerung, aber der Anteil derjenigen, die stark unter diesem Symptom litten, ist deutlich höher und liegt bei Befragten aus Sri Lanka, dem ehemaligen Jugoslawien und Portugal zwischen 15 und 18% und bei den Befragten aus der Türkei sogar bei 24%. Auch in der Gruppe der Asylsuchenden sind Rückenschmerzen hochprävalent: 23% der Asylsuchenden aus dem Kosovo und 21% aus Sri Lanka litten in den vergangenen vier Wochen stark darunter.

Allgemeine Schwäche, Müdigkeit oder Energielosigkeit wird am häufigsten von türkischen Migrantinnen und Migranten beklagt: 45% litten ein bisschen und 24% stark darunter. Von den schweizerischen Befragten klagten lediglich 6% über starke Müdigkeit und in den übrigen Migrantengruppen der ständigen Wohnbevölkerung lag der entsprechende Anteil zwischen 7 und 12%. Auch bei den Asylsuchenden sind Energielosigkeit und Müdigkeit weit verbreitet: 67 respektive 57% der Asylsuchenden aus dem Kosovo bzw. Sri Lanka gaben an, ein bisschen oder stark darunter zu leiden.

Kopfschmerzen und vor allem Schlafstörungen sind als Folge von psychischen Belastungen und als Begleitsymptom bei posttraumatischen Belastungsstörungen bekannt und traten am häufigsten in der Gruppe der Asylsuchenden auf. Starke Schlafstörungen gaben 23% der Asylsuchenden aus dem Kosovo und 20% derer aus Sri Lanka als Symptom an (im Vergleich dazu lediglich 7% der schweizerischen Bevölkerung) und über starke Kopfschmerzen, Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen klagten 23% der Asylsuchenden aus dem Kosovo und 21% derer aus Sri Lanka. Der entsprechende Anteil lag bei den schweizerischen Befragten bei 7%. Auch unter türkischen Migrantinnen und Migranten sind im Vergleich zu den übrigen Migrantengruppen der ständigen Wohnbevölkerung Kopfschmerzen mit 26% relativ weit verbreitet.

Diese vergleichsweise hohe Symptombelastung in den vorgenannten Gruppen korreliert zum Teil mit den Einnahmemustern von Schmerzmitteln (siehe Kapitel 5.4 Medikamentenkonsum nach Substanzgruppen): 28% der Asylsuchenden aus dem Kosovo und 18% derer aus Sri Lanka konsumierten täglich oder mehrmals pro Woche Schmerzmittel. Die türkischen Migrantinnen und Migranten bilden mit 31% täglichem bzw. mehrmals wöchentlicher Schmerzmitteleinnahme die Spitzengruppe der Konsumenten dieser Substanzgruppe. Demgegenüber ist im Vergleich zur subjektive hohen Symptombelastung hinsichtlich Kopfschmerzen bei Asylsuchenden aus Sri Lanka deren Konsum von Schmerzmitteln mit 10% täglichem bzw. mehrmals wöchentlicher Einnahme relativ gering.

Der Zusammenhang zwischen den Nennungen von Schlafstörungen und den Einnahmemustern von Schlafmitteln ist hingegen nicht ganz so deutlich: Obwohl 19% der türkischen Migrantinnen und Migranten angeben, stark unter Schlafstörungen zu leiden, nahmen nur 5% täglich und 2% mehrmals wöchentlich Schlafmittel ein. Unter den Asylsuchenden aus Sri Lanka litten 20% unter starken Schlafstörungen und lediglich 1% konsumierte Schlafmittel. Eine deutlicher Zusammenhang zwischen Symptombelastung (23% starke Schlafstörungen) und Medikamentenkonsum (12% täglich und 5% mehrmals wöchentlich) zeigte sich lediglich bei den Asylsuchenden aus dem Kosovo.

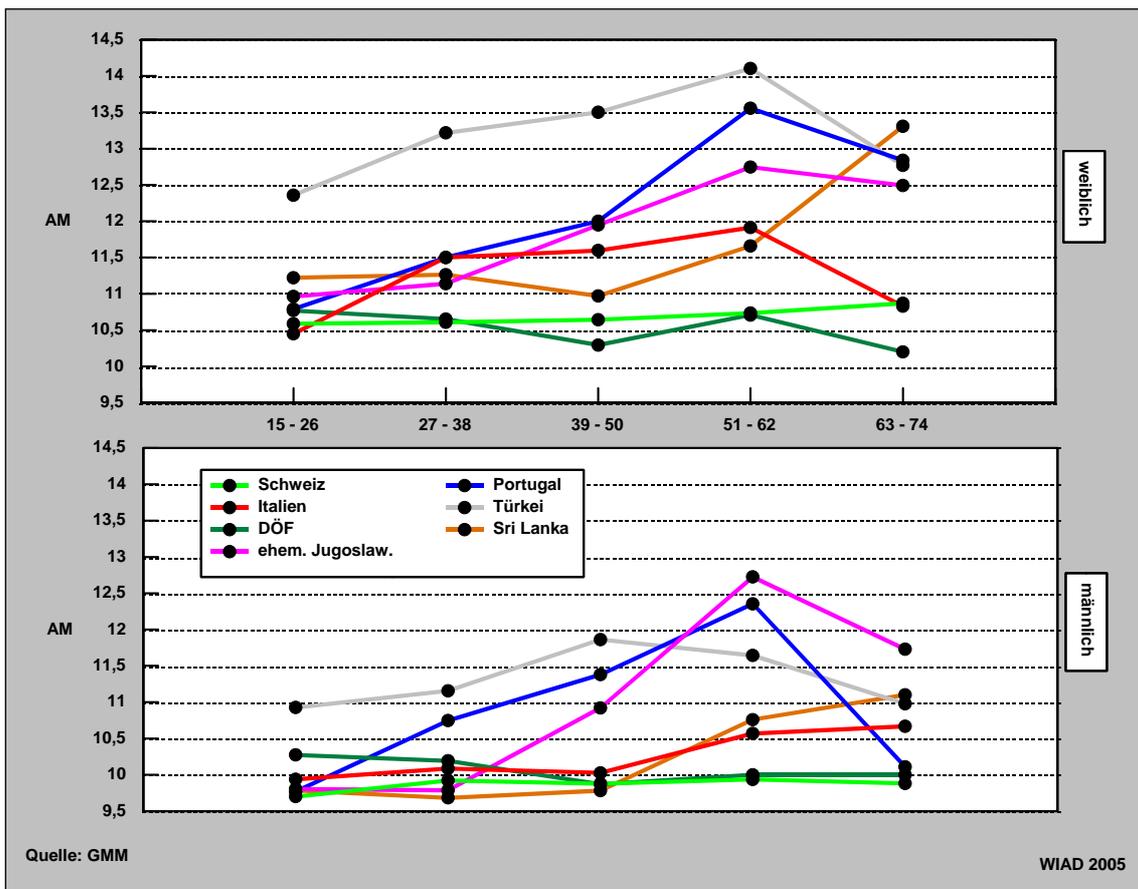
Hinsichtlich der Verteilung der subjektiven Belastungen durch Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch zeigt sich, dass alle Migrantengruppen mit Ausnahme der Deutschen, Franzosen und Österreicher etwas stärker belastet sind als die schweizerische Wohnbevölkerung, allerdings sind die Differenzen zwischen den einzelnen Migrantengruppen nicht sehr stark ausgeprägt und eher zu vernachlässigen. Nur die tamilische Wohnbevölkerung fällt mit vergleichsweise geringen Angaben zu diesem Symptom positiv auf.

Bei den Angaben zu Durchfall oder/und Verstopfungen gibt es ebenfalls nur geringfügige Differenzen zwischen den einzelnen Migrantengruppen mit Ausnahme der tamilischen Wohnbevölkerung, die hier ebenfalls mit besonders geringen Prävalenzen positiv rausfällt. In der Gruppe der Asylsuchenden, die ja mit ihrer Einwanderung in die Schweiz sicherlich zumindest zum Teil ihre Ernährungsgewohnheiten ändern mussten, ist die Prävalenz von Durchfall und/oder Verstopfungen erstaunlich gering und liegt sogar noch geringfügig unter der der schweizerischen Bevölkerung.

Die Angaben zu „Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern“, „Schmerzen oder Druck im Brustbereich“ weisen ein ganz ähnliches Verteilungsmuster auf: Die niedrigsten Prävalenzen (1% starke Belastung) sind, wie beiden anderen abgefragten Symptomen auch, bei der schweizerischen Bevölkerung und in der Gruppe der Deutschen, Österreicher und Franzosen feststellbar, die Migranten der festen Wohnbevölkerung liegen mit ihrer entsprechenden Symptombelastung leicht darüber, wobei die türkischen Migrantinnen und Migranten mit 6% starker subjektiver Belastung hinsichtlich beider Symptome negativ auffällt. Die höchsten Prävalenzen sind bei den Asylsuchenden beobachtbar:

Für weitere alters- und geschlechtsspezifische Analysen wurden die Angaben zu den oben beschriebenen acht Symptomen zu einem Index zusammengefasst³². Mehr noch als die Einzelsymptome zielt dieser darauf ab, ein psychosomatisches Belastungsniveau zu erheben. Personen mit Grippe-symptomen sind explizit ausgeschlossen, um die Wahrscheinlichkeit somatischer Ursachen für die berichteten Symptome zu verringern. Die folgende Übersicht verdeutlicht die Mittelwerte dieser **Symptombelastung** in den einzelnen Untergruppen.

Übersicht 5.19: Symptombelastung nach Geschlecht und Alter (arithmetisches Mittel)



Generell wird deutlich, dass Frauen in allen Alters- und Nationalitätsgruppen eine höhere subjektive Symptombelastung aufweisen als Männer. Wie schon bei der Betrachtung der einzelnen Beschwerden deutlich wurde, zeigt sich bei der Gesamtbelastung, dass die schweizerische Bevölkerung gemeinsam mit der Gruppe der in der Schweiz lebenden Deutschen, Franzosen und Österreicher in allen Altersgruppen die geringsten Beschwerden aufweisen. Bei den schweizerischen Frauen ist bezüglich des Symptomindex über die Jahre ein Anstieg zu beobachten, der aber sehr moderat ausfällt. Die Migrantinnen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz liegen hinsichtlich der Symptombelastung im gleichen Bereich wie die schweizerischen

³² BFS (2003): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Die Indices. Neuchatel: BFS.

Frauen und in den mittleren und oberen Altersklassen sogar noch darunter. Ein grundsätzlich anderer Verlauf zeigt sich bei den übrigen Migrantinnen der festen Wohnbevölkerung. Bei Frauen aus Portugal, dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei steigt die Symptombelastung mit dem Alter immer weiter an und sinkt erst im Rentenalter wieder ab. Ganz deutlich wird hier auch, dass die türkischen Frauen in allen Altersgruppen mit Ausnahme der letzten hinsichtlich der Symptombelastung deutlich über allen anderen Gruppen liegen. Ein von den anderen Gruppen abweichender Verlauf zeigt sich bei den Migrantinnen aus Sri Lanka, die sich bis zum Alter von 50 Jahren eine relativ geringe Symptombelastung aufweisen, die dann aber in den höheren Altersgruppen sehr stark ansteigt. Die Daten der tamilischen Frauen aus der letzten Altersgruppe sollten allerdings mit Vorsicht interpretiert werden aufgrund der geringen Zellenbesetzung in dieser Gruppe.

Bei den Männern zeigt sich ein ähnlicher Verlauf, nur auf etwas niedrigerem Belastungsniveau. Auch hier weisen die schweizer Männer gemeinsam mit denen aus Deutschland, Österreich und Frankreich die geringsten Werte auf, die auch über die Altersgruppen hinweg nur gering variieren. Italienische und tamilische Männer sind sich bezüglich des Verlaufs der Symptombelastung über die Altersgruppen recht ähnlich: sie befinden sich bis zum mittleren Erwerbsalter auf niedrigem Niveau und im Alter über 50 bis zum Rentenalter wird die Symptombelastung dann schrittweise stärker. Türkische Männer fühlen sich bis zum Alter von 50 Jahren stärker belastet als alle übrigen Gruppen, allerdings ist hier der Abstand zu den anderen Männern nicht so extrem ausgeprägt wie bei den türkischen Frauen. Bei türkischen Männern sinkt die Symptombelastung auch schon früher, nämlich ab 50 Jahren bis zum Rentenalter deutlich ab. Demgegenüber zeigt sich bei Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien und Portugal schon früher (zwischen 39 und 50 Jahren) als bei den anderen Gruppen ein deutlicher Anstieg der Symptombelastung, die in der Altersgruppe zwischen 51 und 62 relativ hohe Werte annimmt und somit über allen anderen Männern liegt. Mit Eintritt des Rentenalters sinken in diesen beiden Gruppen aber die Belastungswerte auch wieder sehr deutlich ab und die portugiesischen Männer im Rentenalter liegen dann mit ihren Symptombelastungen auf gleichem Niveau wie die schweizer Bevölkerung.

Hinsichtlich der Angaben zu *körperlichen Beschwerden* zeigt sich insgesamt ein recht konsistentes Bild in dem Sinne, dass hinsichtlich aller abgefragter Symptomen die schweizerische Bevölkerung gemeinsam mit den in der Schweiz lebenden deutschen, österreichischen und französischen Befragten die niedrigsten Prävalenzen aufweisen. Die Migrantinnen und Migranten der ständigen Wohnbevölkerung fühlen sich demgegenüber hinsichtlich aller Symptome etwas stärker belastet, wobei die Migrantinnen aus Italien, Portugal und dem ehemaligen Jugoslawien recht ähnliche Verteilungen aufweisen. Deutlich wird weiterhin, dass die türkischen Migranten und Migrantinnen durch besonders hohe Anteile bei den Symptombelastungen auffallen. Diese hohen Raten werden nur noch übertroffen von den Asylsuchenden

Die alters- und geschlechtsspezifische Verteilung der Symptombelastung (*psychosomatisches Belastungsniveau*) verdeutlicht, dass Frauen in allen Alters- und Nationalitätsgruppen eine hö-

here subjektive Symptombelastung aufweisen als Männer. Deutlich wird auch, dass die schweizerische Bevölkerung gemeinsam mit der Gruppe der in der Schweiz lebenden deutschen, französischen und österreichischen Befragten in allen Altersgruppen die geringsten Beschwerden aufweisen. Bei den schweizerischen Frauen sowie denen aus Deutschland, Österreich und Frankreich bleibt die Symptombelastung über die Jahre relativ niedrig. Bei Migrantinnen aus Portugal, dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei steigt die Symptombelastung hingegen mit dem Alter immer weiter an und sinkt erst im Rentenalter wieder ab. Bei Männern zeigt sich ein ähnlicher Verlauf, nur auf niedrigerem Belastungsniveau.

6. Gesundheitsverhalten

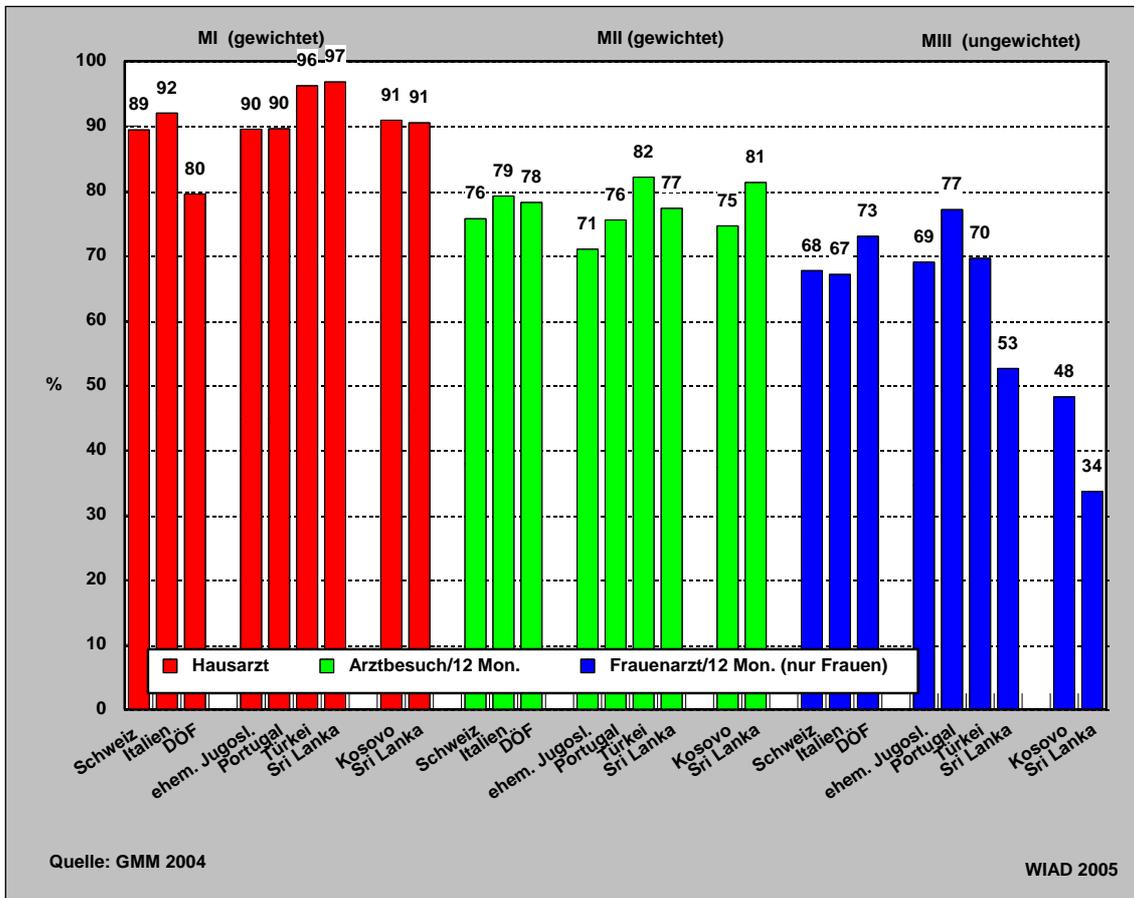
6.1 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

6.1.1 *Arzt- und Spitalinanspruchnahme*

Die Arzt- und Spitalinanspruchnahme stellt nicht zuletzt aus Kostengründen einen der wichtigsten Aspekte der migrationsspezifischen Gesundheitsforschung dar. Dabei geht es vor allem auch darum, weiterführende Fragen aufzuwerfen. Eine erhöhte oder auch geringere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Migrationsbevölkerung deutet zunächst nicht auf eine unterschiedlich ausgeprägte Morbidität sondern ein differierendes Inanspruchnahmeverhalten hin. Ein von der schweizerischen Norm abweichendes Inanspruchnahmeverhalten kann jedoch von Unter- oder Fehlversorgung genauso induziert sein wie von unterschiedlichen Krankheitsprävalenzen. Darüber hinaus ist auch der Aspekt einzubeziehen, dass Ärztinnen und Ärzte auch Vertrauenspersonen darstellen, die gerade im Falle von Hausärztinnen und Hausärzten generell auch dann in Anspruch genommen werden, wenn die vorgebrachten Anliegen über rein medizinische Aspekte hinausgehen und möglicherweise eher dem Bereich psychosozialer Probleme zuzuordnen sind, die nicht zuletzt in migrationsspezifischen Lebenslagen oder Biographien zu suchen sind.

Übersicht 6.1 zeigt verschiedene Aspekte der **Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte**. Neben dem Tatbestand, ob die Befragten einen Hausarzt oder eine Hausärztin haben, wurden bezogen auf die 12 Monate vor der Erhebung auch der Arztbesuch im Allgemeinen sowie der Frauenarztbesuch erfasst.

Übersicht 6.1: Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte und Ärztinnen



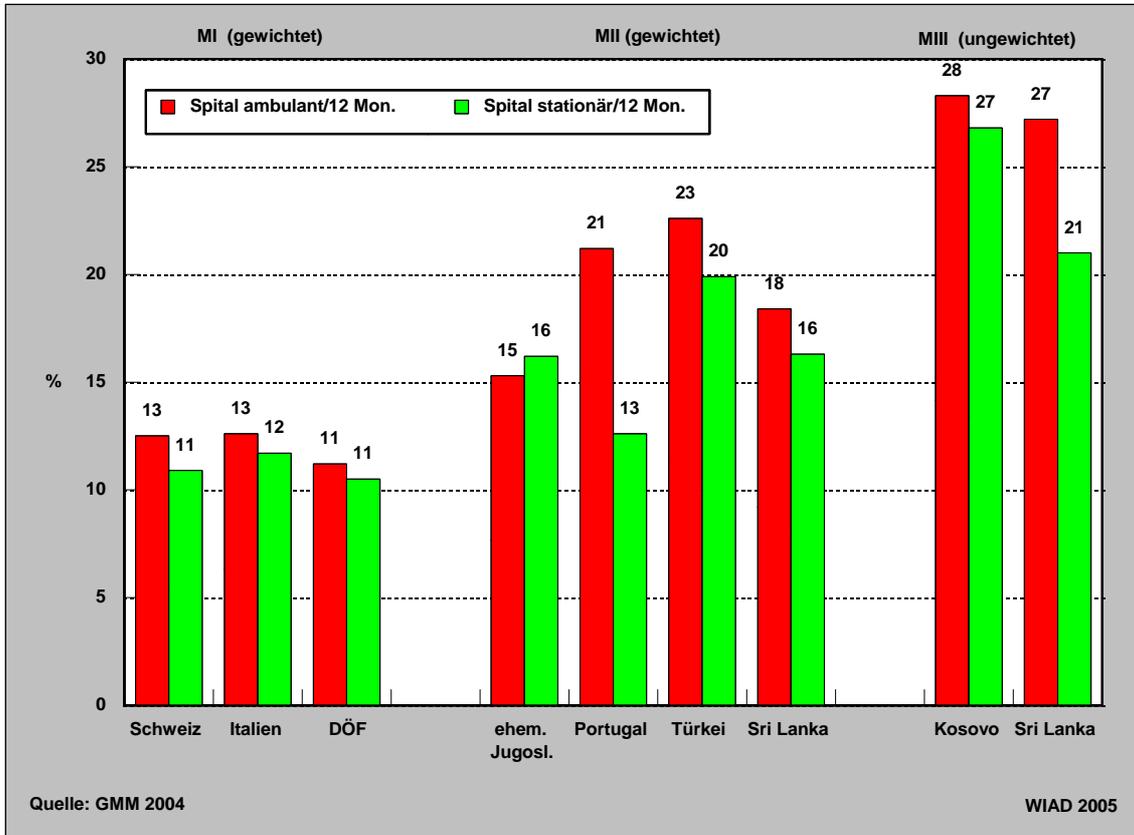
Es zeigt sich, dass Migrantinnen und Migranten generell eine höhere Hausarztquote aufweisen als die schweizerische Bevölkerung. Einzige Ausnahme sind die Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich, deren Hausarztquote mit 80% noch deutlich unter dem Wert der Schweizerinnen und Schweizer liegt. Deutlich höhere Quoten weisen jedoch auch in der Migrationsbevölkerung ausschließlich die Personen aus der Türkei und Sri Lanka mit 96 bzw. 97% auf. Die Frage, ob eine Person einen Hausarzt bzw. eine Hausärztin hat oder nicht, variiert u.a. auch im GMM mit der sozialen Lage. Vor diesem Hintergrund erklärt sich der Umstand, dass die relativ privilegierte Gruppe der Personen aus Österreich, Frankreich und Deutschland die mit Abstand niedrigste Hausarztquote aufweist, unter Personen aus der Türkei und Sri Lanka der Anteil an Personen mit festem Hausarzt bzw. fester Hausärztin hingegen deutlich größer ausfällt.

Der Anteil an Befragten, die nach eigenen Angaben in den 12 Monaten vor der Erhebung bei einem Arzt oder einer Ärztin waren (ausgeschlossen: Zahn- und Spitalärzte bzw. -ärztinnen), pendelt je nach Gruppe zwischen 71 und 82%. Der Höchstwert wird von den Personen türkischer Staatsangehörigkeit erreicht, fast gleich auf liegen tamilische Befragte aus dem Asylbe-

reich. Am seltensten waren hingegen unter den Personen der ständigen Wohnbevölkerung Befragte aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien beim Arzt bzw. einer Ärztin. Beim Frauenarztbesuch weisen die Frauen aus den Migrantengruppen größtenteils wieder leicht höhere Anteile an Personen auf, die in den 12 Monaten vor der Befragung einen Frauenarzt bzw. eine Frauenärztin aufgesucht haben. Die Portugiesinnen weisen hier mit 77% die höchsten Werte auf, gefolgt von den Frauen aus Österreich, Frankreich und Deutschland, die hier mit 73% an zweiter Stelle liegen. Auffällig sind jedoch vor allem die vergleichsweise überaus niedrigen Inanspruchnahmequoten der Tamilinnen in der ständigen Wohnbevölkerung (53%) und stärker noch im Asylbereich (34%), wie auch jene der asylsuchenden Kosovo-Albanerinnen. Geht man bei Routineuntersuchungen wie bei Frauen- (oder auch Zahnärzten und -ärztinnen) von einem Vorsorgeminimum von einer Untersuchung pro Jahr aus, so lässt sich in den genannten Gruppen eine starke Unterversorgung feststellen. Während nur gut 30% der Schweizerinnen in den 12 Monaten vor der Erhebung nicht beim Frauenarzt bzw. bei der Frauenärztin waren, sind dies nahezu 50% bzw. sogar 70% bei den Tamilinnen und über 50% bei den Kosovo-Albanerinnen. Hier gilt es Zugangsbarrieren zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung sowohl auf individueller Ebene (Informationsdefizite) wie auch auf struktureller Ebene des Gesundheitssystems selbst zu identifizieren, um gegebenenfalls entsprechende Gegenmaßnahmen ergreifen zu können.

In Bezug auf die **Spitalinanspruchnahme** lässt sich analog zur Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen der Anteil an Befragten darstellen, die in den 12 Monaten vor der Befragung ambulant oder stationär medizinische Hilfe im Spital gesucht haben.

Übersicht 6.2: Spitalinanspruchnahme



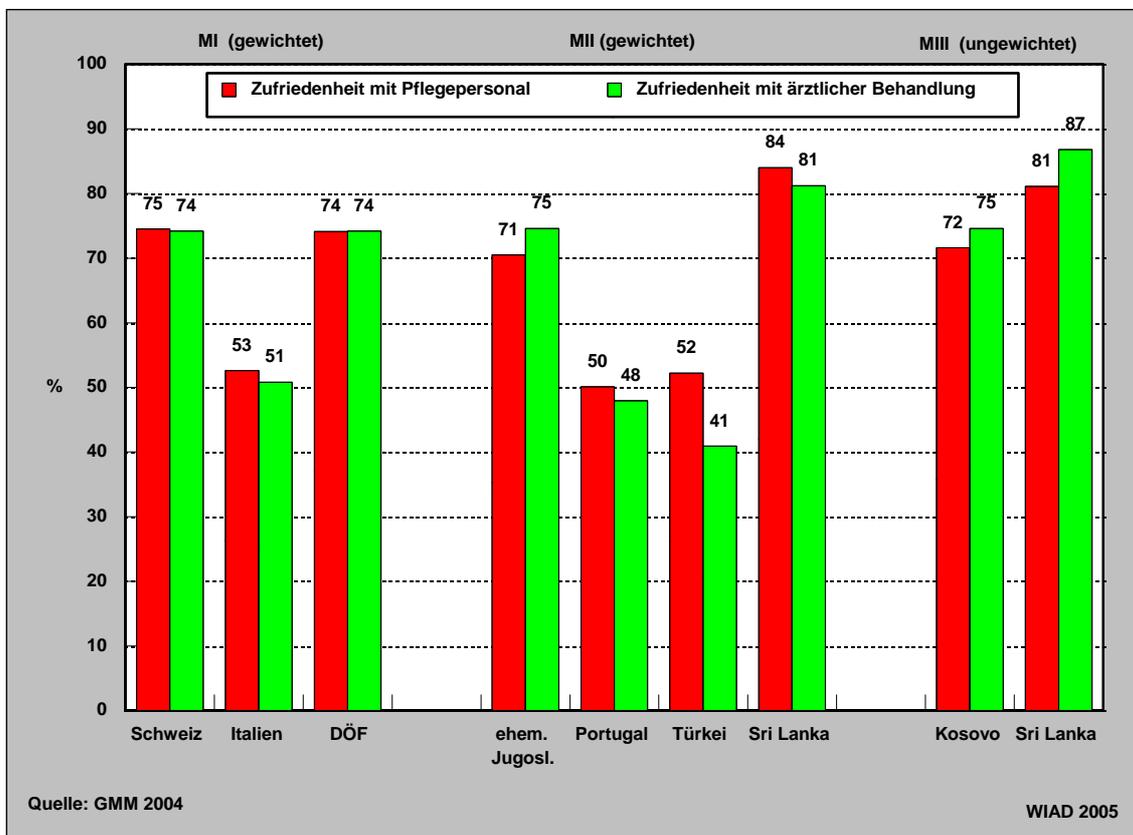
Die Spitalinanspruchnahme von Personen aus der Schweiz und Italien sowie aus Österreich, Frankreich und Deutschland liegt in etwa gleich auf und beschreibt im Vergleich zu den anderen Gruppen eine untere Grenze. Die Anteile an Personen mit Spitalinanspruchnahme liegen ansonsten größtenteils deutlich darüber. Während die Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien nur leicht erhöhte Werte aufweisen, liegen in der ständigen Wohnbevölkerung die höchsten Anteile ambulanter Inanspruchnahme unter den portugiesischen und türkischen Befragten mit 21 bzw. 23% vor. Der Anteil der Türken und Türkinnen liegt damit um 10 Prozentpunkte über demjenigen in der schweizerischen Bevölkerung. Auch die Inanspruchnahme stationärer Leistungen im Spital in den 12 Monaten vor der Erhebung liegt unter den Türkinen und Türken mit etwa 20% in der ständigen Wohnbevölkerung deutlich am höchsten.

Auffälligstes Phänomen ist jedoch die im Vergleich mit Schweizerinnen und Schweizern überaus stark erhöhte Spitalinanspruchnahme unter den Personen des Asylbereiches. Alle Werte liegen hier zwischen 10 und 15 Prozentpunkten über den Ergebnissen der Befragten mit schweizerischer Staatsangehörigkeit. Beide Werte könnten besonders in der Asylbevölkerung Indizien dafür sein, dass Leistungen vergleichsweise häufiger verspätet und erst im Notfall wahrgenommen werden und das medizinisch Notwendige in diesen Fällen erst dann erfolgt, wenn eine ambulante Behandlung beim niedergelassenen Arzt nicht oder nicht mehr vorge-

nommen werden kann, also bspw. in der Nacht bzw. in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium. Andererseits müssen auch alternative Erklärungsmöglichkeiten berücksichtigt werden. Einerseits ist davon auszugehen, dass der Gesundheitszustand besonders bei Asylsuchenden schon bei Einreise stärker angegriffen sein kann. Zum anderen ist bekannt, dass gerade der ambulante Spitalbesuch in vielen Ländern eine gängige Variante des Arztbesuches ist, die im Einwanderungsland möglicherweise einfach beibehalten wird. Insofern erklären sich die dargestellten Ergebnisse wohl aus verschiedenen Ursachen heraus.

Die **Zufriedenheit mit Pflegepersonal und ärztlicher Behandlung** ist unter jenen Personen, die in den 12 Monaten vor der Befragung im Spital waren, grundsätzlich sehr hoch. Zwar weisen die Quoten der 'sehr Zufriedenen' zwischen den Gruppen starke Schwankungen auf, diese gehen jedoch eher auf Kosten derjenigen, die angegeben haben, 'eher zufrieden' gewesen zu sein. Damit sind in allen Gruppen über 80% der ehemaligen Spitalpatienten und -patientinnen 'eher zufrieden' oder 'sehr zufrieden' mit ihrem letzten Spitalaufenthalt. Einzurechnen ist hier jedoch eine Antworttendenz mit stark positiver Schlagseite. Negativäußerungen werden von Befragten in Interviews häufig als unerwünschtes Antwortverhalten wahrgenommen und nach Möglichkeit gemieden. Rechnet man nur die Anteile derjenigen als eindeutig positive Äußerungen, die angegeben haben, 'sehr zufrieden' gewesen zu sein, so ergibt sich ein etwas abweichendes Bild.

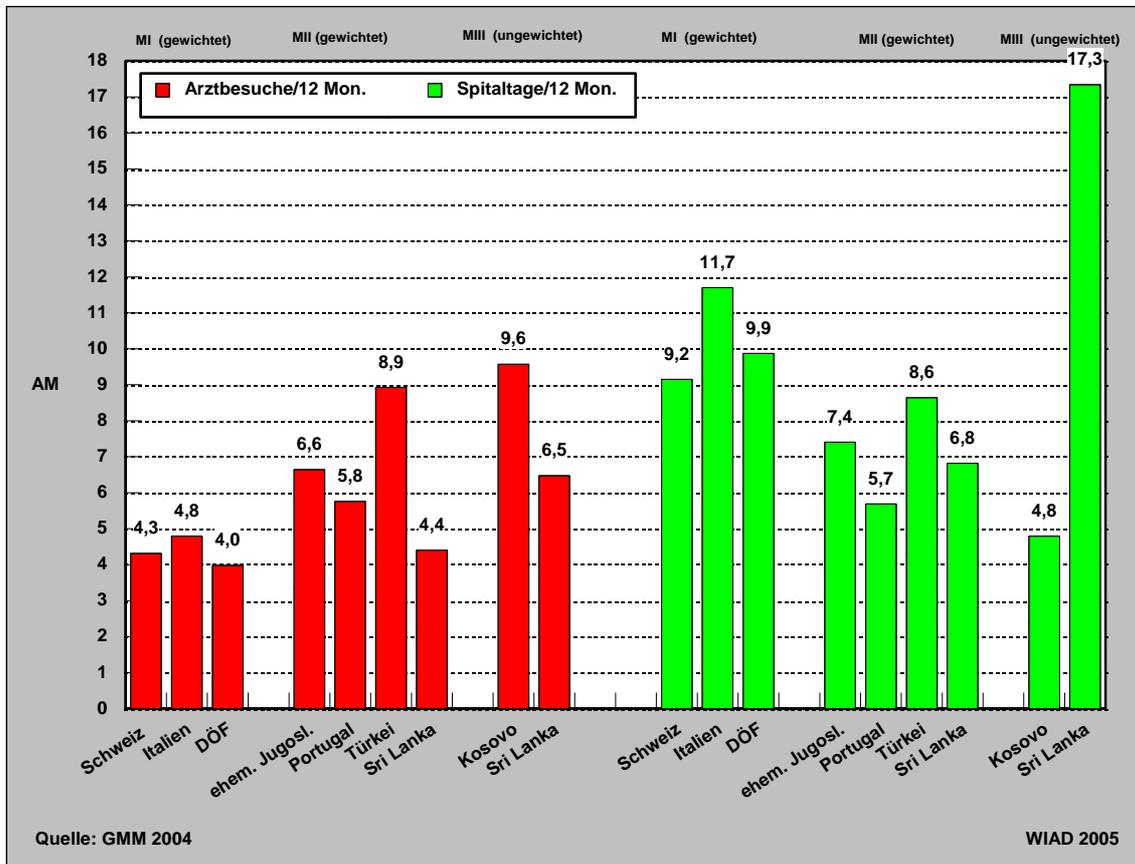
Übersicht 6.3: Zufriedenheit mit dem letzten Spitalaufenthalt (Anteile 'sehr Zufriedener')



Die Unterschiede zwischen Pflegepersonal und ärztlicher Behandlung differenzieren sich nur wenig und sind schwer interpretierbar. Ansonsten lassen sich grob drei Gruppen unterscheiden. Zur ersten Gruppe gehören Migranten, deren Anteile an sehr Zufriedenen in etwa so hoch sind wie jene der schweizerischen Befragten (zwischen 70 und 75%). Hierzu zählen neben den Personen aus Österreich, Frankreich und Deutschland auch die Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Die zweite Gruppe umfasst Migrantinnen und Migranten mit deutlich niedrigeren Anteilen 'sehr Zufriedener'. Dies sind italienische, türkische und portugiesische Befragte. Des Weiteren bleiben Tamilinnen und Tamilen, die deutlich höhere Zufriedenheitsanteile aufweisen als alle anderen. Dies kann wohl unter anderem damit erklärt werden, dass die Leistungen eines hochentwickelten Gesundheitssystems für diese Gruppe, stärker als für alle anderen, (noch) keine Selbstverständlichkeit darstellen und die Zufriedenheit, diese in Anspruch nehmen zu können, grundsätzlich hoch ist. Unerklärt bleibt damit die verhältnismäßig hohe Zufriedenheit der Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien, die im Vergleich zu den anderen 'europäischen' Migrantengruppen – Ausnahme: Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich – aus dem Rahmen fallen.

Ein weiterer Aspekt der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen erschließt sich, wenn neben Prozentanteilen auch die durchschnittliche **Zahl an Arztbesuchen** wie auch die durchschnittliche **Zahl an Spitaltagen** in den 12 Monaten vor der Befragung betrachtet werden (Übersicht 6.4). Dabei sind aus den folgenden Analysen jene Personen ausgeschlossen, die keine Arztbesuche angegeben haben bzw. die nach eigenen Angaben nicht im Spital waren. Die Rangfolge der Gruppen ist nicht zwangsläufig die gleiche, wie in den vorangegangenen Übersichten. Bei der durchschnittlichen Zahl der Arztbesuche liegen Asylsuchenden aus dem Kosovo mit durchschnittlich etwa 9,6 Arztbesuchen in 12 Monaten mit Abstand an der Spitze der Rangliste. Gefolgt werden sich von den türkischen Befragten mit etwa 8,9 Arztbesuchen im Mittel, die damit das Bild einer generell hohen Inanspruchnahme bestätigen. Personen mit schweizerischer, italienischer sowie deutscher, österreichischer oder französischer Staatsangehörigkeit weisen durchschnittlich nur etwa halb so viele Arztkontakte auf. Auffällig ist zudem die recht geringe Zahl an Arztbesuchen in der tamilischen Bevölkerung. Dies korrespondiert zumindest bezogen auf die Personen des Asylbereiches nicht mit dem in Übersicht 6.1 dargestellten hohen Anteil an Personen mit Arztkontakt im Jahr vor der Befragung. Aber auch die Tamilinnen und Tamilen der ständigen Wohnbevölkerung fallen im Vergleich zu den übrigen Migrantengruppen aus dem Rahmen, die mittlere Zahl ihrer Arztkontakte liegt in etwa auf dem Niveau der schweizerischen Bevölkerung.

Übersicht 6.4: Zahl von Arztbesuchen und Spitaltagen (Nichtinanspruchnahme ausgeschlossen; arithmetisches Mittel)



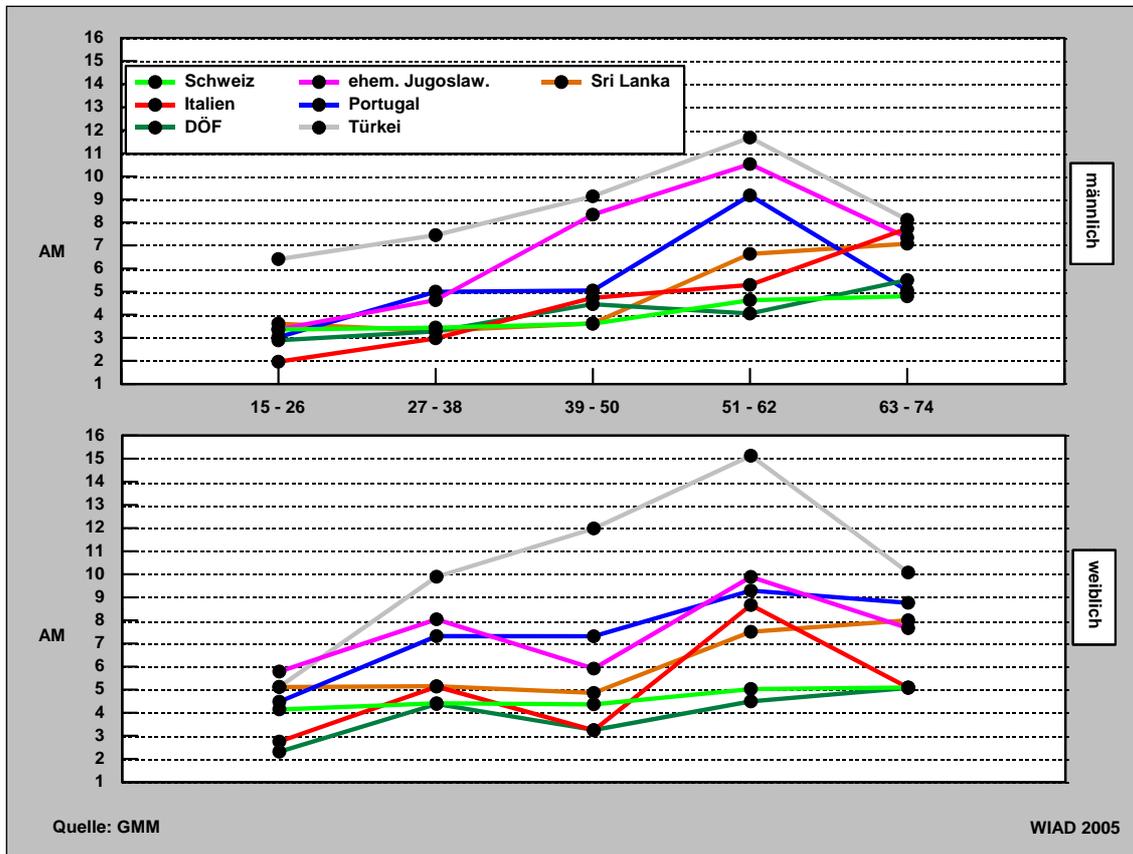
Nimmt man die Schweizerinnen und Schweizer mit Arztkontakt in den letzten 12 Monaten als Maßstab, so gehen besonders türkischen Befragte, wie auch Asylsuchende aus dem Kosovo, etwa doppelt so häufig zum Arzt bzw. zu einer Ärztin. Häufiger als schweizerische Befragte suchen auch italienische, portugiesische und Patientinnen und Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien ihre Ärztinnen und Ärzte auf. Eine solche erhöhte Arztinanspruchnahme ist in der Migrationsforschung bekannt und wird gelegentlich als Folge von kulturellen und sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten und teilweise damit einhergehender Fehlbehandlung interpretiert. Bei den Italienern und Italienerinnen in der Schweiz entfallen diese Aspekte überwiegend, sodass nicht verwundert, dass sie in Bezug auf Inanspruchnahmeaspekte ein weitgehend unauffälliges Bild hinterlassen. Die in diesem Licht geringe Zahl mittlerer Arztbesuche in der tamilischen Gruppe kann in Teilen möglicherweise auch durch eine grundsätzlich höhere Distanz zu einem westlich geprägten Medizinsystem erklärt werden. Dies wird verstärkt durch die Tatsache, dass die tamilischen Befragten vergleichsweise wenige Personen aufweisen, die schon sehr lange in der Schweiz leben. In der Schweiz geborene Personen gibt es unter den tamilischen Befragten quasi überhaupt nicht. Hinzu kommt, dass Tamilinnen und Tamilen älterer

Jahrgänge mit naturgemäß höherer Arztinanspruchnahme im Vergleich zu anderen Migrantengruppen stark unterrepräsentiert sind.

Betrachtet man die durchschnittliche Zahl an Spitaltagen unter denjenigen Befragten, die in den 12 Monaten vor der Befragung im Spital waren, so ergibt sich ein weitgehend ins Gegenteil gewendetes Bild. Die sehr hohen Werte unter den tamilischen Befragten des Asylbereiches bleiben dabei unberücksichtigt. Da die Fallzahlen bei Betrachtung der Spitaltage insbesondere im Asylbereich recht klein werden, sind solche Extremmittelwerte einigen wenigen Ausreißern mit überlangen Spitalaufenthalten geschuldet. Darüber hinaus fällt auf, dass Personen der schweizerischen, italienischen sowie deutschen, österreichischen und französischen Bevölkerungsgruppen, wenn sie im Spital waren, offenbar deutlich längere Liegezeiten aufweisen als die verbleibenden Gruppen. Selbst die Türcinnen und Türken mit insgesamt hohen Inanspruchnahmewerten liegen hier ein Stück unterhalb der schweizerischen Bevölkerung, behalten aber abgesehen von den erwähnten Gruppen ihre Spitzenposition. Eine geringere mittlere Zahl an Spitaltagen unter Migrantinnen und Migranten kann in Teilen wohl auch durch die jüngere Altersstruktur der nichtschweizerischen Gruppen erklärt werden, ein Phänomen, das bei italienischen sowie deutschen, französischen und österreichischen Befragten nicht oder deutlich schwächer zu verzeichnen ist, als in den verbleibenden Gruppen. Insgesamt legen die Ergebnisse vor dem Hintergrund der gegebenen Interpretationen damit nahe, dass Versorgungsprobleme in der Migrationsbevölkerung zumindest unter Kostengesichtspunkten im ambulanten Sektor stärker ausgeprägt sind als in der Spitalversorgung.

Erfahrungen der migrationsspezifischen Gesundheitsforschung zeigen, dass interessante Unterschiede zwischen Migrations- und einheimischer Bevölkerung besonders pointiert in alters- und geschlechtsspezifischen Betrachtungen zutage treten. In Bezug auf Inanspruchnahmephänomene bietet sich unter pragmatischen Gesichtspunkten die **alters- und geschlechtsspezifische Darstellung der mittleren Arztbesuche** in den letzten 12 Monaten an. Die Quote derjenigen, die in dieser Zeit beim Arzt waren, ist sehr hoch, sodass in den alters- und geschlechtsspezifischen Subgruppen Fallzahlen in die Mittelwertbildung eingehen, die weitgehend stabile Verläufe gewährleisten. Da dies nicht für die Personen aus dem Asylbereich gilt, sind diese hier nicht eingeschlossen.

Übersicht 6.5: Zahl von Arztbesuchen nach Alter und Geschlecht (Nichtinanspruchnahme ausgeschlossen; arithmetisches Mittel)



In allen Altersgruppen ist die Zahl mittlerer Arztkontakte unter Frauen tendenziell höher als unter Männern. Auffällig ist, dass abgesehen von den türkischen Männern die durchschnittlichen Zahlen der Arztbesuche in der Altersgruppe der 15- bis 26-Jährigen noch recht nah beieinander liegen. Zudem sind die niedrigsten Zahlen an Arztkontakten in dieser Altersgruppe nicht in der schweizerischen Bevölkerung zu finden, sondern bei den Italienern und Italienerinnen sowie den Personen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Die Spreizung der Zahl an Arztkontakten setzt erst in den höheren Altersgruppen ein und erreicht ihren Höhepunkt bei den 51- bis 62-Jährigen. In dieser Gruppe weisen alle Migrantengruppen mit Ausnahme der Personen mit deutscher, österreichischer und französischer Staatsangehörigkeit teilweise deutlich höhere Zahlen an Arztkontakten auf. Dabei treten die Türkinnen und Türken, wie auch die Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien besonders zum Vorschein. So liegt die mittlere Zahl der Arztkontakte in den letzten 12 Monaten im Extremfall der Türkinnen bei 15 und damit um etwa das Dreifache höher als bei den Schweizerinnen (etwa 5). Die dargelegte Entwicklung ist typisch für alters- und migrationsspezifische Darstellungen. Gleiches gilt für die besondere Stellung der türkischen Befragten, wie auch das erneute Abfallen der Werte, das in einigen der Gruppen zu

beobachten ist. Damit rücken die Werte der mittleren Arztkontakte in der höchsten Altersgruppe
163

wieder näher zusammen. Da dieses Phänomen auch anhand anderer Parameter (vgl. Kapitel 5) zu beobachten ist, kommt in der gesundheitspolitischen Relevanz Migranten und Migrantinnen mittleren und höheren – aber nicht unbedingt hohen – Alters eine besondere Stellung zu.

Unter dem Stichwort Gesundheitsverhalten wird zunächst die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen thematisiert. Was die *Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte* angeht, so lässt sich zunächst feststellen, dass mit Ausnahme der Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich alle Migrantengruppen höhere Hausarztquoten aufweisen als Personen mit schweizerischer Staatsangehörigkeit. Kein eindeutiges Bild ergibt sich hingegen beim Anteil der Befragten, die in den 12 Monaten vor der Befragung bei einem niedergelassenen Arzt waren. Migrantinnen und Migranten unterscheiden sich hier nicht allzu stark von der einheimischen Bevölkerung. Ähnlich stellt sich das Bild beim Anteil an Frauen mit Frauenarztbesuchen in den 12 Monaten vor der Erhebung dar.

In Bezug auf den generellen Besuch bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verändert sich das Bild bei Betrachtung der mittleren *Zahl an Arztbesuchen*. Unter den Personen, die in 12 Monaten vor der Befragung beim Arzt waren, liegen die Werte bei Migrantinnen und Migranten höher als in der schweizerischen Bevölkerung. Alters- und geschlechtsspezifisch weisen Frauen tendenziell eine höhere Zahl an Arztbesuchen auf. Darüber hinaus weisen besonders Migranten und Migrantinnen der höheren Altersgruppen eine spürbar höhere Zahl an Arztkontakten auf als Personen der schweizerischen Bevölkerung.

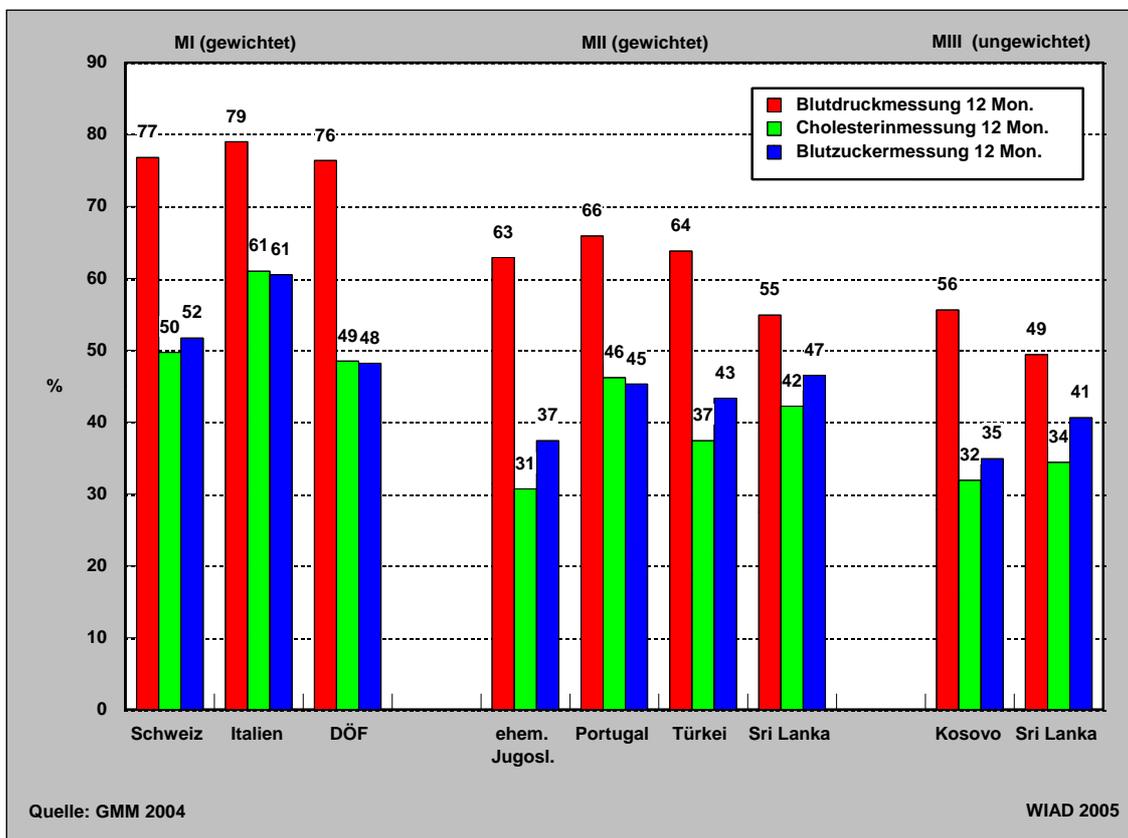
Betrachtet man den Anteil der *Spitalinanspruchnahme* in den 12 Monaten vor der Befragung ist das Bild eindeutig. Besonders die ambulante Spitalinanspruchnahme ist unter Migrantinnen und Migranten teilweise stark erhöht. Allerdings verkehrt sich das Bild bei Betrachtung der mittleren *Anzahl an Spitaltagen* in den vergangenen 12 Monaten. Die Verweilzeiten im Krankenhaus sind unter Migranten und Migrantinnen tendenziell geringer als in der schweizerischen Bevölkerung.

6.1.2 Vorsorgeuntersuchungen

Trotz höherer Arzteinanspruchnahme finden sich häufig Hinweise darauf, dass das Vorsorgeverhalten unter Migranten und Migrantinnen schwächer ausgeprägt ist als in der einheimischen Bevölkerung des jeweiligen Landes. Zugangsbarrieren wie ein geringeres Informationsniveau in Bezug auf Notwendigkeit und Möglichkeiten von Vorsorgeuntersuchungen verhindern in dieser Argumentation, dass in der zugewanderten Bevölkerung eine ähnliche Vorsorgegedichte besteht wie im vorliegenden Fall unter Schweizern und Schweizerinnen. Diese These lässt sich im Folgenden nur mit Einschränkungen bestätigen. Übersicht 6.6 zeigt die Anteile an Befragten, die angegeben haben, dass die letzte **Blutdruck-, Cholesterin oder Blutzuckermessung** in den 12 Monaten vor der Befragung durchgeführt worden sei. Grundsätzlich ist zu bedenken, dass

diese Werte auch mit der Prävalenz entsprechender Erkrankungen variieren, die in der vorliegenden Untersuchung nicht erhoben wurden.

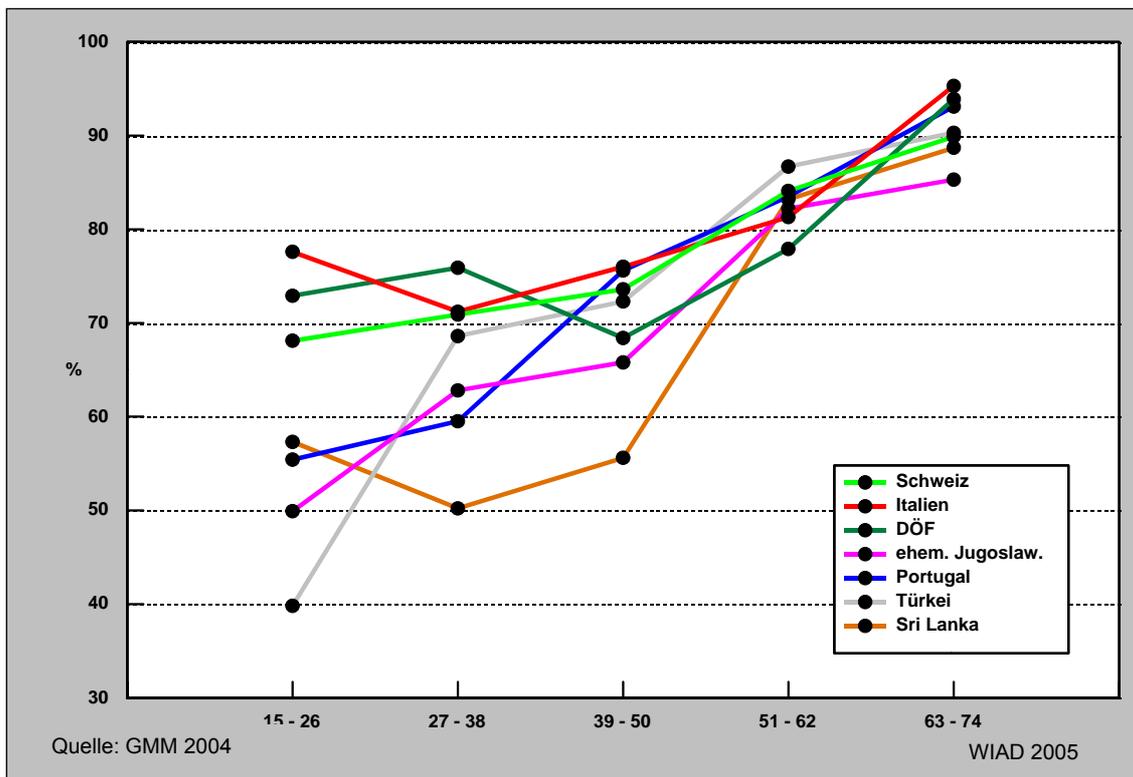
Übersicht 6.6: Medizinische Kontrolluntersuchungen



Die mit Abstand in allen Gruppen am häufigsten durchgeführte Messung ist die Blutdruckmessung. Die Anteile variieren dabei zwischen etwa 50 und 80%. Befragte aus der Schweiz, Italien sowie Österreich, Frankreich und Deutschland weisen mit je über drei Vierteln die höchsten Anteile an Personen auf, deren Blutdruck in den 12 Monaten vor der Befragung kontrolliert worden ist. 10 bis 15 Prozentpunkte niedriger liegen Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien, Portugal und der Türkei. Tamilinnen und Tamilen aus der ständigen Wohnbevölkerung wie auch die Befragten des Asylbereiches weisen nochmals deutlich geringere Anteile auf. Das Bild bestätigt sich im Wesentlichen bei Betrachtung der Cholesterin- und Blutzuckermessungen. Auch weisen wiederum Italiener und Italienerinnen den höchsten Anteil an Personen auf, die eine solche Messung für die 12 Monate vor der Befragung berichten, allerdings ist diese Spitzenposition noch deutlicher als beim Blutdruck. Schweizerinnen und Schweizer und Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich weisen höhere Anteile auf als die weiteren Migrantengruppen. Darüber hinaus fallen bei Blutzucker und Cholesterin die sehr niedrigen Anteile der Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien auf.

Grundsätzlich ist in Rechnung zu stellen, dass derartige Kontrollmessungen vor allem in höherem Alter notwendig werden, da dieses mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko einhergeht. Wie bereits dargestellt weisen die meisten Migrantengruppen ein deutlich geringeres Altersmittel auf, als die Schweizerinnen und Schweizer. Ausnahme sind vor allem die italienischen Befragten, deren Altersstruktur jener der schweizerischen Bevölkerung ähnelt. Betrachtet man beispielhaft die **Blutdruckmessung nach Alter** spezifiziert, so relativiert sich das Bild deutlich.

Übersicht 6.7: Blutdruckmessung nach Alter

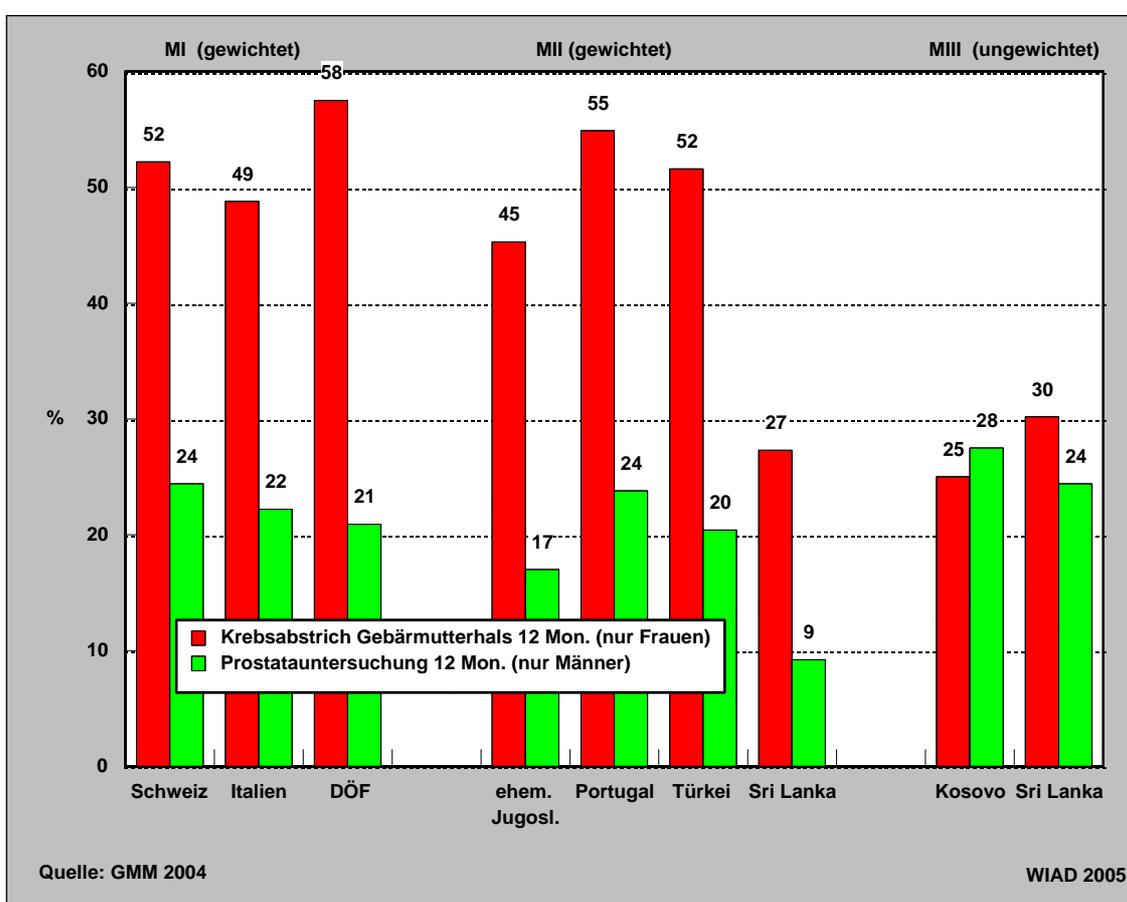


Es zeigt sich, dass das zuvor dargestellte Profil vor allem dem Vorsorgeverhalten in den jüngeren Altersgruppen geschuldet ist. Mit zunehmendem Alter verdichten sich die Anteile der Vorsorge spürbar und liegen ab der Gruppe der 51- bis 62-Jährigen sehr nah beieinander. Zudem ändert sich das Verteilungsprofil. Insgesamt pendeln alle Vorsorgequoten außer derjenigen der Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien in der Altersgruppe der 63- bis 74-Jährigen um die 90%-Marke. Die höchsten Werte weisen jetzt die Gruppen der Italienerinnen und Italiener, der Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich sowie der Portugiesen und Portugiesinnen auf. Damit kann in den entscheidenden Altersgruppen nicht mehr uneingeschränkt von einer Ungleichheit der Vorsorgequoten gesprochen werden. Das dargestellte altersspezifische Muster bestätigt sich darüber hinaus auch bei den Messungen zu Cholesterin und Blutzucker. In höheren Altersgruppen nimmt die Vorsorgedichte unter den Migrantinnen und Migranten deutlich zu und übersteigt teilweise die Anteile der Schweizerinnen und Schweizer. Ausgepräg-

te geschlechtsspezifische Muster sind abgesehen von einer etwas höheren Inanspruchnahme unter Frauen nicht zu erkennen.

Ein weiterer wichtiger Bereich der Vorsorge ist in der **Krebsvorsorge** zu sehen. Zwei zentrale Parameter sind hier der Krebsabstrich am Gebärmutterhals unter Frauen wie auch die Prostatauntersuchung bei Männern. In Übersicht 6.8 finden sich wiederum die Anteile jener Frauen und Männer, die diese Untersuchung in den 12 Monaten vor der Erhebung haben durchführen lassen.

Übersicht 6.8: Krebsvorsorge



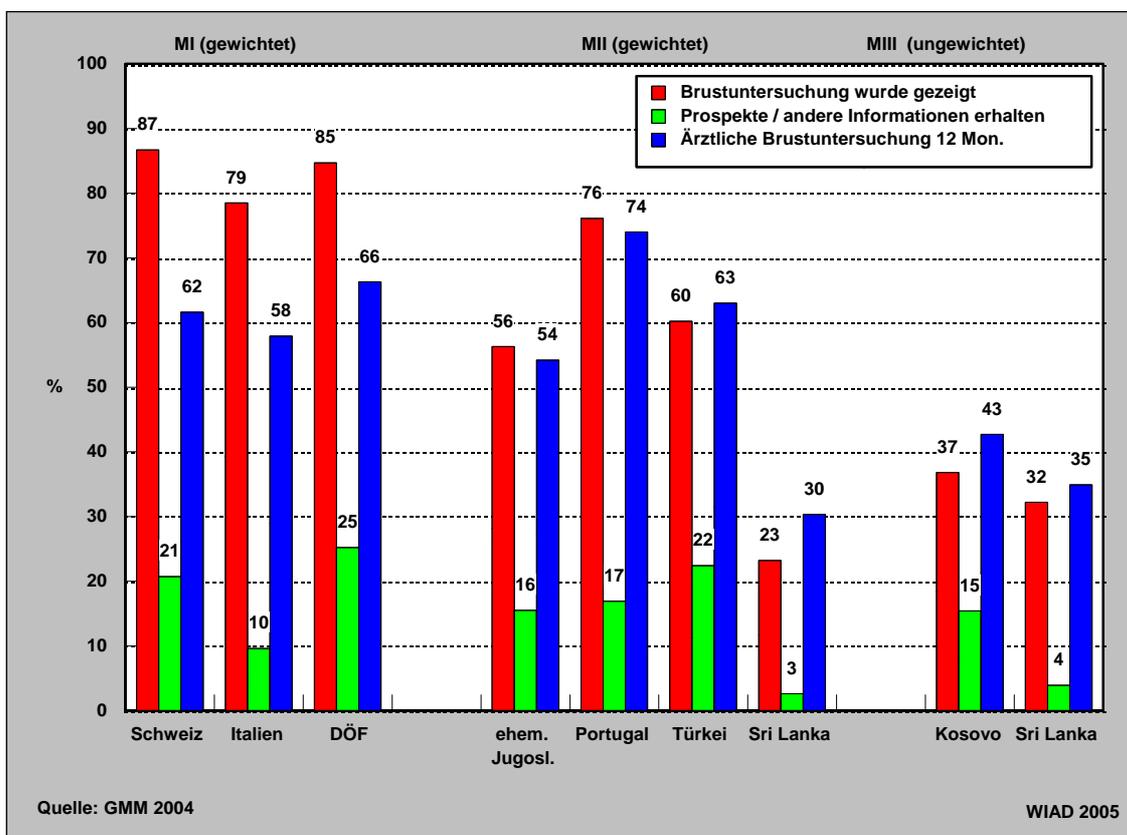
Auch bei altersunspezifischer Betrachtung ist das Profil deutlich weniger ausgeprägt als in Übersicht 6.6. Knapp ein Viertel der Schweizer hat angegeben, in den 12 Monaten vor der Erhebung eine Prostatauntersuchung in Anspruch genommen zu haben. Auffällige Abweichungen nach unten ergeben sich bei den Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien und vor allem bei den Tamilen der ständigen Wohnbevölkerung. Nicht einordnen lassen sich in dieses Bild die vergleichsweise hohen Anteile der Männer des Asylbereiches, die ansonsten in Bezug auf Gesundheitsvorsorge sehr geringe Quoten aufweisen. Eine mögliche Erklärung könnte im Vorhan-

densein institutionalisierter medizinischer Untersuchungen im Zuge des Asylverfahrens liegen, eine Hypothese, die auch durch die nachfolgenden Übersichten dieses Abschnitts gestützt wird.

Der Anteil an Frauen mit Krebsabstrich liegt bei den Schweizerinnen und einigen anderen Migrantinnengruppen oberhalb von 50%. Den höchsten Wert erreichen mit 58% Deutsche, Französinen und Österreicherinnen. Einen geringeren Anteil als 50% weisen Italienerinnen und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien, vor allem jedoch Tamilinnen und generell die Frauen des Asylbereiches auf. Selbst unter den Tamilinnen der ständigen Wohnbevölkerung liegt der entsprechende Anteil nur bei gut einem Viertel und damit um die Hälfte niedriger als der Referenzwert der Schweizerinnen. Damit weisen die Befragten aus Sri Lanka generell vergleichsweise sehr niedrige Anteile der Krebsvorsorge auf.

Bei Frauen steht abgesehen vom Krebsabstrich auch die **Brustuntersuchung** im Mittelpunkt der Krebsvorsorge. Drei Parameter werden in diesem Zusammenhang betrachtet. Zum einen, ob die befragten Frauen erstens bereits einmal eine praktische Anleitung oder zweitens zusätzliche oder ausschließlich Informationen anderer Art erhalten haben und ob sie drittens in den 12 Monaten vor der Erhebung eine ärztliche Brustuntersuchung haben durchführen lassen.

Übersicht 6.9: Brustuntersuchung



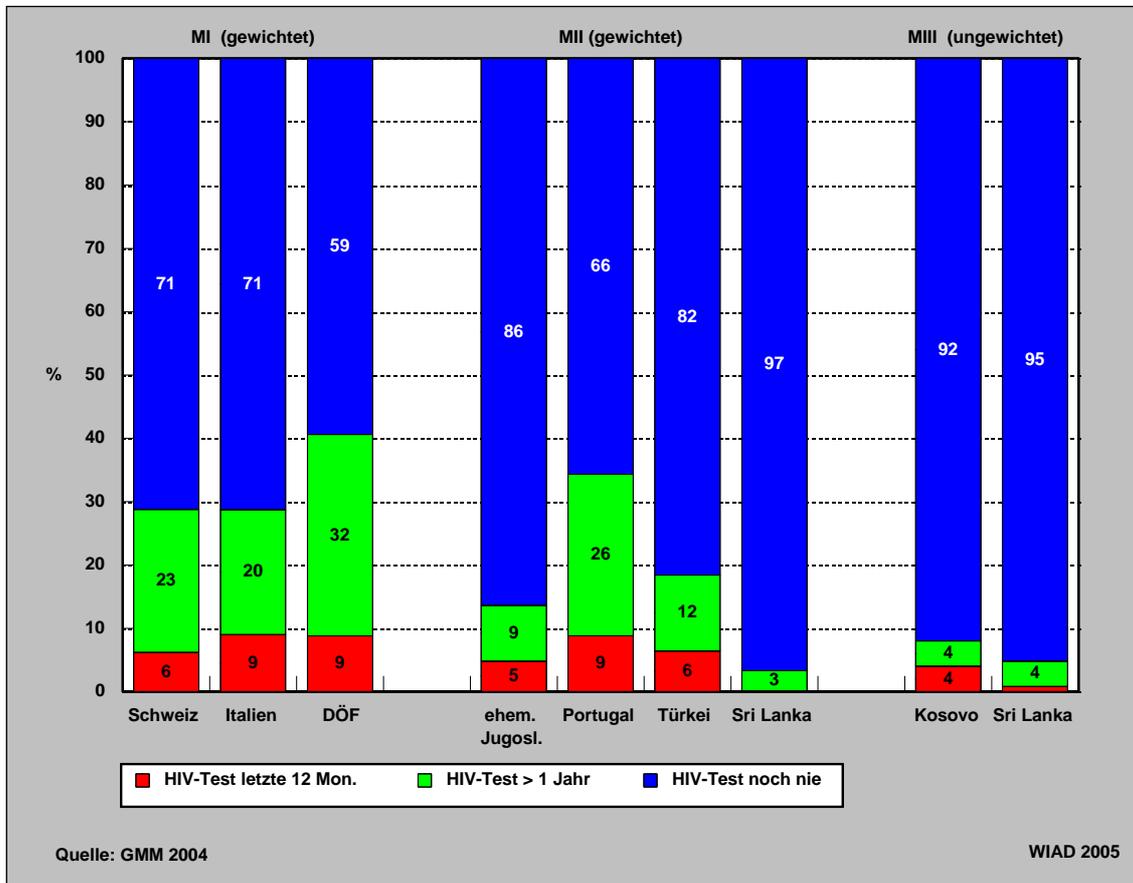
Praktische Einweisungen haben Migrantinnen generell deutlich seltener erhalten als Schweizerinnen. Ausnahme sind wiederum lediglich Deutsche, Französinen und Österreicherinnen bei denen die Anteile mit 85% nur knapp unterhalb des Wertes der Schweizerinnen liegen. Alle anderen Migrantinnengruppen weisen deutlich geringere Vorsorgequoten auf. Ins Auge fallen wiederum Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien mit nur gut 50% und Tamilinnen, bei denen dieser Anteil weniger als ein Viertel beträgt. Aber auch Türkinnen weisen mit einem Anteil von 60% einen vergleichsweise sehr niedrigen Wert auf. Dieses Defizit wird generell nicht durch alternative Informationen wettgemacht. Eine Ausnahme bilden allenfalls die Türkinnen, die mit 22% auch häufiger als die Schweizerinnen angeben, zusätzlich oder ausschließlich anderweitig Informationen zur Brustuntersuchung erhalten zu haben. Die übrigen herausgestellten Gruppen weisen auch hier geringere Werte auf als die Schweizerinnen. Tamilinnen haben sogar nur zu drei Prozent angegeben, Informationen anderer Art erhalten zu haben.

Die geringe Vorsorgequote der Tamilinnen bestätigt sich auch im Anteil der Frauen, die innerhalb eines Jahres vor der Erhebung eine ärztliche Brustuntersuchung in Anspruch genommen haben. Auch dieser Anteil liegt unter den Tamilinnen der ständigen Wohnbevölkerung bei 30% und damit um mehr als die Hälfte unter dem der Referenzpopulation der Schweizerinnen. Wiederum deutlich geringer fällt der entsprechende Anteil auch unter den Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien aus. Den höchsten Wert aller Gruppen weisen demgegenüber bei diesem Indikator die Portugiesinnen mit einem Anteil von 74% auf. Dieser hohe Wert korrespondiert mit der in Kapitel 6.1.1 berichteten generell hohen Frauenarztinanspruchnahme unter Portugiesinnen.

Insgesamt lässt sich damit für die Krebsvorsorge resümieren, dass besonders Tamilinnen und Tamilen teilweise jedoch auch andere Migrantengruppen eine deutliche Unterinanspruchnahme aufweisen. Altersspezifische Betrachtungen weisen teilweise darauf hin, dass sich diese Phänomene mit zunehmendem Alter nicht mehr zeigen. Dies gilt jedoch nicht für die tamilischen Befragten. Dabei ist in Rechnung zu stellen, dass Krebsvorsorge häufig für die betroffenen Personen unangenehme Eingriffe mit sich bringt, die kulturell bedingt auch Schamgrenzen verletzen können. Die Ergebnisse scheinen einen solchen Schluss nahe zu legen und verweisen möglicherweise über die beschriebenen Gruppen hinaus auf einen Problemkomplex, der besonders bei Migrantinnen und Migranten aus außereuropäischen Kulturkreisen zum tragen kommt. Es liegt nahe, dass diese Gruppen in Bezug auf sensible Untersuchungsbereiche und -methoden in der Informations- und Aufklärungsarbeit besonders in den Blick zu nehmen sind.

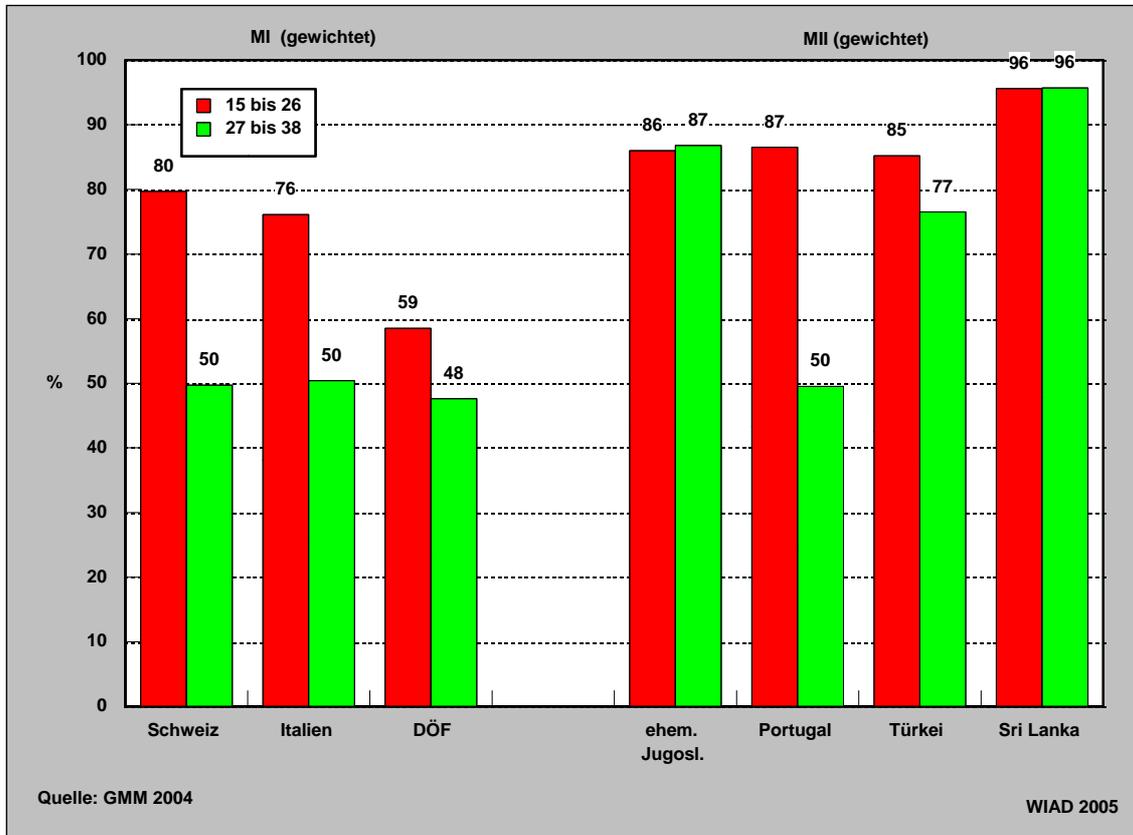
Abschließend wird im Bereich medizinischer Vorsorge noch der **HIV-Test** in den Blick genommen. Es wird unterschieden zwischen Personen, deren letzter HIV-Test in den vergangenen 12 Monaten vorgenommen wurde, solchen, bei denen dies schon länger als ein Jahr her ist und jenen Befragten, die noch nie einen HIV-Test gemacht haben.

Übersicht 6.10: HIV-Test



Wiederum weisen die tamilischen Befragten die geringsten Quoten auf. Kaum eine Person hat in den 12 Monaten vor der Befragung einen HIV-Test durchgeführt und nur etwa 3% haben dies überhaupt schon einmal getan. Dagegen haben knapp 30% der Schweizerinnen und Schweizer bereits einmal einen HIV-Test durchgeführt, bei 6% der Befragten war dies in den 12 Monaten vor der Erhebung. Eine deutlich höhere Quote weisen Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich mit einem Anteil von über 40% HIV-Getesteter insgesamt auf. Auch Portugiesinnen und Portugiesen liegen leicht über der Referenzpopulation der Schweizerinnen und Schweizer. Demgegenüber weisen auch die Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei deutlich geringere Anteile HIV-Getesteter auf. Geht man davon aus, dass riskantes Verhalten in erster Linie in jüngeren Altersgruppen prävalent ist, interessieren für eine **altersspezifische Betrachtung** vor allem die Gruppen der 15- bis 26-Jährigen und 27- bis 38-Jährigen. In Übersicht 6.11 finden sich jene **Personen** dieser Altersgruppen **ohne HIV-Test**, die also noch nie einen Test haben durchführen lassen.

Übersicht 6.11: Ohne HIV-Test nach Alter



Es finden sich zwei vorherrschende Muster. Personen aus der Schweiz, Portugal, Italien sowie jene aus Deutschland, Österreich und Frankreich weisen einen deutlichen Sprung zwischen den beiden Altersgruppen auf. Das heißt, dass der Anteil derer, die noch nie einen Test haben durchführen lassen, deutlich abnimmt. Dieser Effekt ist vor allem auch darauf zurückzuführen, dass in der Personengruppe der ab 15-Jährigen Jahrgänge enthalten sind, deren Mitglieder naturgemäß mehrheitlich noch nicht die Notwendigkeit sehen, einen solchen Test durchführen zu lassen. Andererseits verbleibt die Quote der noch nie Gesteteten unter den Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien, der Türkei und Sri Lanka auf mehr oder weniger ähnlich hohem Niveau. Die nicht dargestellte geschlechtsspezifische Auswertung weist dies bei türkischen und Befragten aus dem ehemaligen Jugoslawien als geschlechtsspezifisches Phänomen aus, das in erster Linie auf gleich bleibende Quoten unter den Frauen und abnehmende Quoten bei den Männern zurückzuführen ist. Insgesamt bleibt die Quote derjenigen, die noch nie einen Test haben durchführen lassen, in diesen Gruppen im Vergleich zu den schweizerischen Befragten jedoch hoch und sie steigt in den höheren Altergruppen in allen untersuchten Gruppen wieder an.

Das Vorsorgeverhalten der Befragten variiert stark mit den in den Blick genommenen Indikatoren. Die Anteile an Befragten, die in den 12 Monaten vor der Erhebung eine *Blutdruck-, Blutzucker- oder Cholesterinmessung* vorgenommen haben, liegen unter den schweizerischen, italienischen sowie den deutschen, österreichischen und französischen Befragten deutlich höher als in den verbleibenden Gruppen. Allerdings erweisen sich diese stark unterschiedlichen Vorsorgequoten als Funktion eines deutlich geringeren Altersmittels. Altersspezifisch nähern sich die Vorsorgequoten in den höheren und damit vorsorgebedürftigeren Altersgruppen stark an.

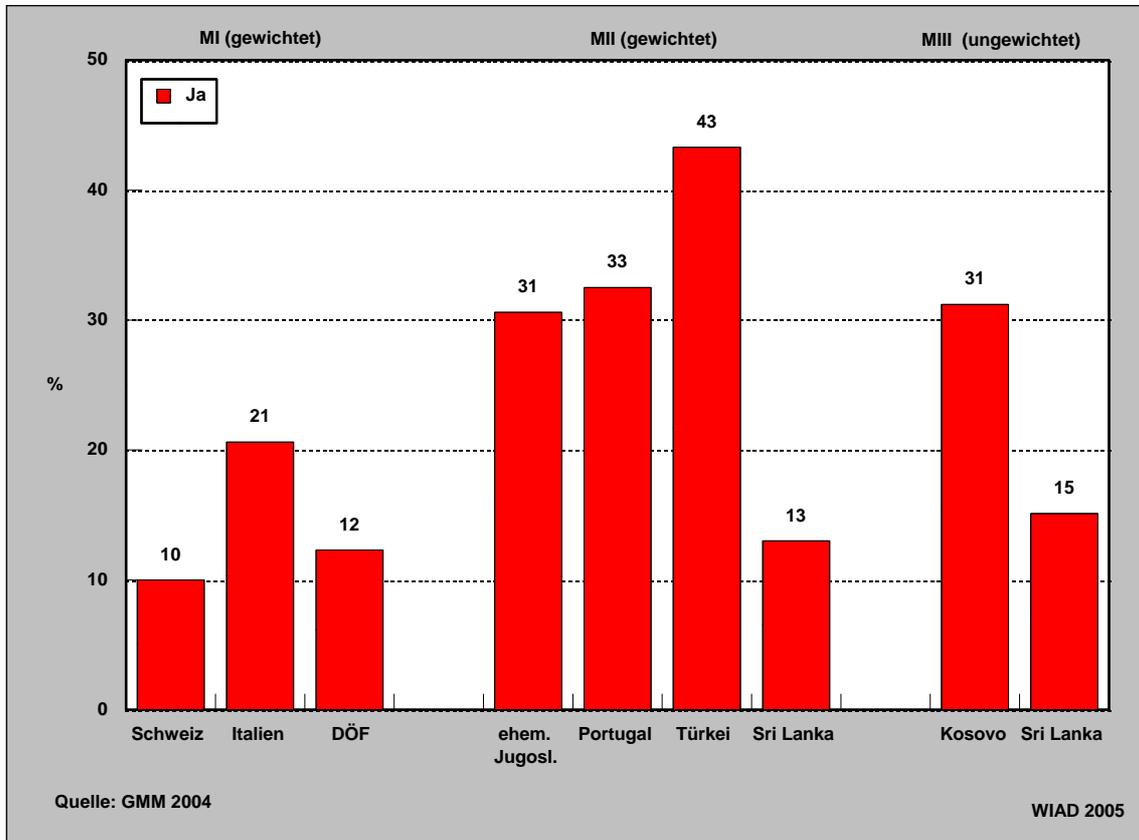
Bei den Indikatoren zur Krebsvorsorge ist das Bild uneinheitlich. Eine vergleichsweise sehr niedrige Quote an *Prostatauntersuchungen* in den 12 Monaten vor der Befragung weisen vor allem tamilische und eingeschränkt auch Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien auf. Dieses Bild setzt sich in Bezug auf den *Krebsabstrich am Gebärmutterhals* fort. Auch hier weisen tamilische Frauen noch nicht einmal halb so hohe Quoten auf, wie sie sich in anderen Gruppen finden. Auch Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien fallen hier etwas aus dem Rahmen. Dieses Bild bestätigt sich auch in Bezug auf ärztliche *Brustuntersuchungen* in den 12 Monaten vor der Erhebung. Extrem niedrige Anteile finden sich wiederum unter tamilischen Frauen und mit Abstrichen kann auch das Vorsorgeverhalten der ehemaligen Jugoslawinnen und der Türiinnen als vergleichsweise zurückhaltend bewertet werden. Deutlich geringer als unter Schweizerinnen ist unter Migrantinnen generell der Anteil an Frauen, die angegeben haben, von ihrem Frauenarzt praktische *Anleitungen* oder anderweitige *Informationen zur Brustuntersuchung* erhalten zu haben. Die Kompetenz zur Selbstvorsorge ist gemessen an diesen Indikatoren unter Migrantinnen schwächer ausgeprägt.

Weniger verbreitet ist in der Migrationsbevölkerung darüber hinaus auch die Durchführung von HIV-Tests. Besonders deutlich trifft dies wiederum auf tamilische Befragte zu, die zu einem ganz überwiegenden Teil noch nie einen *HIV-Test* durchgeführt haben.

6.1.3 Erwerbsunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen

Auf die Frage, ob sie **aus gesundheitlichen Gründen nicht erwerbstätig** (Übersicht 6.12) sind, geben deutliche bis weit überwiegende Mehrheiten der Nicht-Erwerbstätigen an, dass ihre fehlende Erwerbstätigkeit keine gesundheitlichen Gründe hat.

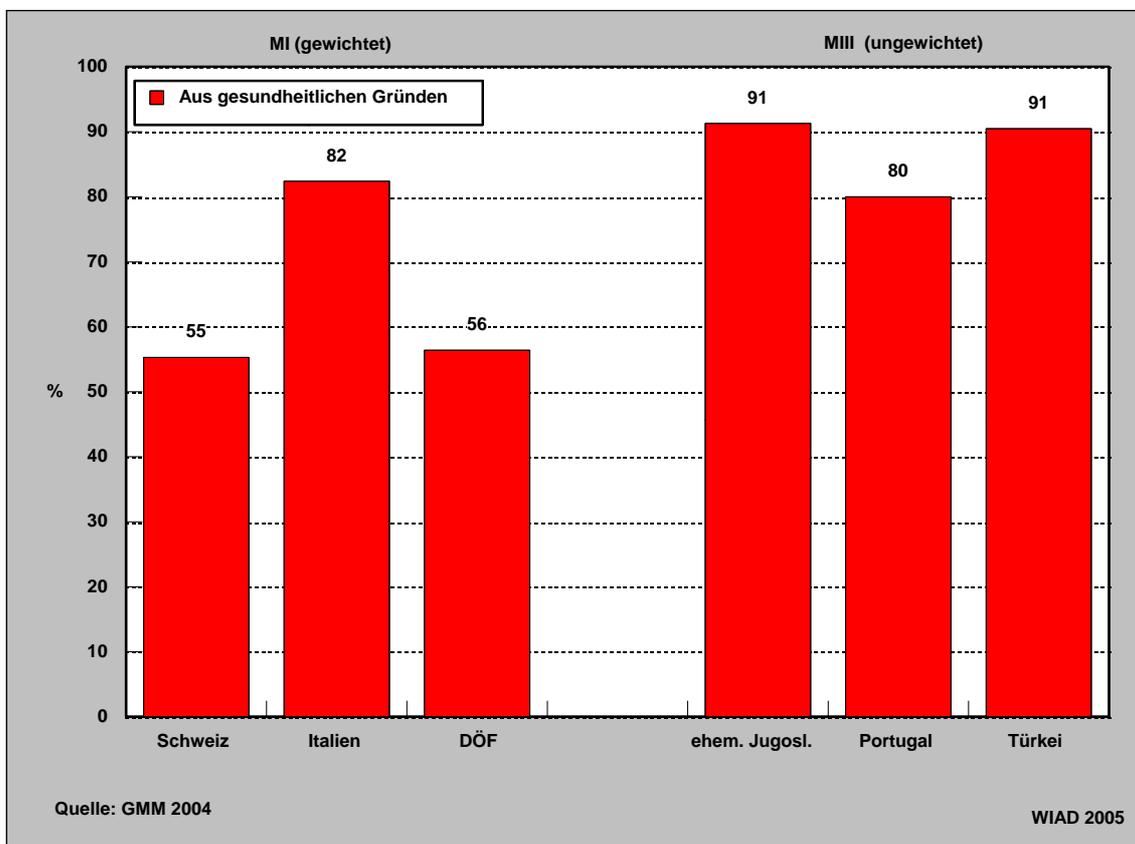
Übersicht 6.12: Nicht-Erwerbstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen



Gleichzeitig zeigen sich klare Differenzierungen zwischen den Gruppen. So nennen nur 10% der schweizerischen Nicht-Erwerbstätigen gesundheitliche Gründe als Ursache ihrer fehlenden Erwerbstätigkeit. Bei italienischen Befragten gilt dies bereits für ein Fünftel, unter ehemaligen jugoslawischen sowie albanischen Migrantinnen und Migranten zählen drei Zehntel zu dieser Gruppe, in der portugiesischen Bevölkerung ist es ein Drittel und bei den Nicht-Erwerbstätigen türkischen Befragten sind für gut zwei Fünftel gesundheitliche Gründe dafür ausschlaggebend, dass sie nicht erwerbstätig sind. Die Werte für deutsche, österreichische und französische Befragte sowie die beiden tamilischen Gruppen sind wegen geringer Fallzahlen nicht interpretierbar und bleiben daher hier ausgeschlossen.

Diejenigen Befragten, welche eine Rente (AHV/ IV oder SUVA) beziehen und sich noch im Erwerbsalter befinden, also Männer unter 65 und Frauen unter 64 Jahren, wurden gefragt, ob sie diese **Rente aus Gesundheitsgründen** (Übersicht 6.13) beziehen oder nicht. Die Unterscheidung nach Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen wird hier wegen sehr kleiner Fallzahlen für alle Gruppen der Migrationsbevölkerung nicht dargestellt – lediglich für die autochthone Wohnbevölkerung kann festgehalten werden, dass fast zwei Fünftel der Rentenbezieher, die gleichzeitig erwerbstätig sind, eine solche Rente aus gesundheitlichen Gründen erhalten (ohne Abbildung).

Übersicht 6.13: Rentenbezieher im Erwerbsalter



Bei der Betrachtung der zusammengerechneten Werte für Erwerbstätige und Nicht-Erwerbstätige, welche aufgrund des viel höheren Anteils Nicht-Erwerbstätiger Rentenbezieher im Erwerbsalter weitgehend von letzteren geprägt sind, zeigt sich eine deutliche Differenzierung zwischen Autochthonen und Migrantinnen und Migranten. Während unter ersteren etwa fünf bis sechs Zehntel derer, die im Erwerbsalter eine Rente beziehen, dies aus gesundheitlichen Gründen tun, sind die Werte für letztere deutlich höher, nämlich – statistisch nicht ganz gesicherte – vier Fünftel in der portugiesischen Gruppe, fünf Sechstel der italienischen Befragten und jeweils neun Zehntel derer aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei. Die Fallzahl für deutsche, österreichische und französische Befragte ist zu klein, jedoch ist der mit dem schweizerischen Anteil nahezu identische Wert aufgrund der vielen übrigen sozialstrukturellen Ähnlichkeiten der beiden Gruppen plausibel und wird daher dargestellt. Asylsuchende bzw. die tamilischen Gruppen müssen jedoch aufgrund marginaler bzw. fehlender Fallzahlen hier ausgeschlossen bleiben. Die Werte für Erwerbstätige allein schließlich sind, wie schon angedeutet, tendenziell ähnlich denen für alle, etwas höher für Migranten und Migrantinnen, geringfügig niedriger für Schweizerinnen und Schweizer (ohne Abbildung).

Nicht-erwerbstätige Personen sind generell nur in der Minderheit *aus gesundheitlichen Gründen nicht erwerbstätig*. Jedoch geben im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung insbesondere türkische Migrantinnen und Migranten deutlich häufiger gesundheitliche Gründe für ihre Nicht-erwerbstätigkeit an. Zudem erhalten portugiesische, italienische, ehemalige jugoslawische und türkische Bezieher und Bezieherinnen von *Renten im Erwerbsalter* diese ebenfalls deutlich häufiger *aus gesundheitlichen Gründen* als autochthone Befragte.

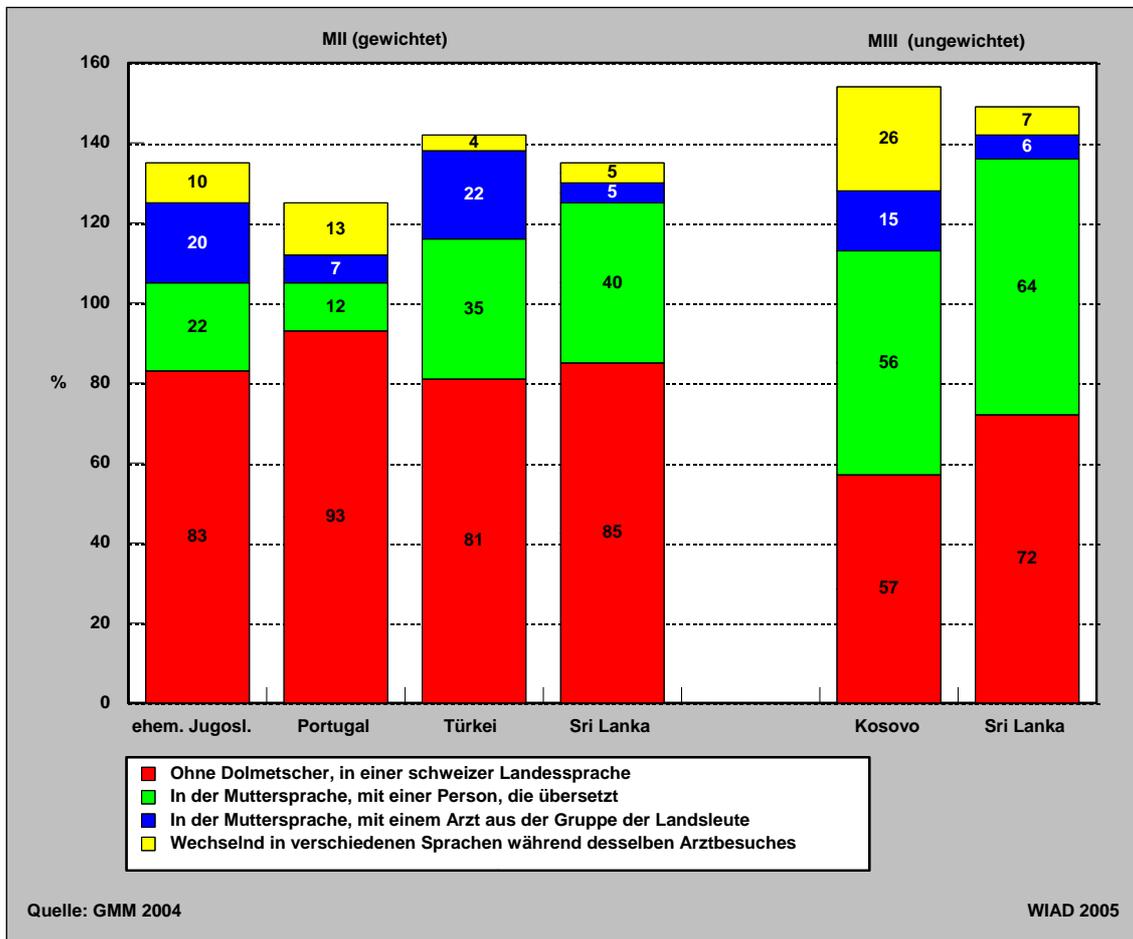
6.1.4 Migrationsspezifische Aspekte der Inanspruchnahme

6.1.4.1 Kommunikation

Im Fokus der Debatten um die Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen und Migranten stehen häufig die begrenzten Verständigungsmöglichkeiten der betreffenden Personen und denkbare Maßnahmen, um die damit verbundenen Folgen abzumildern. Wenn es darum geht, Anliegen zu artikulieren und sich in den Versorgungsstrukturen zurecht zu finden, erweisen sich besonders im Kontakt mit dem medizinischen Personal unzureichende Sprachkenntnisse als Hindernis für eine adäquate Versorgung. Da die Dichte muttersprachlicher Ärztinnen und Ärzte gering ist und die Angebote einer interkulturellen Sprachmittlung gemäß den Daten des GMM (s.u.) nur eine kleine Minderheit erreichen³³, greifen sprachlich weniger gut integrierte Migrantinnen und Migranten in aller Regel auf die Hilfe von Angehörigen oder Freunden zurück. In Übersicht 6.14 ist die **Form der Arzt-Patient-Kommunikation** wiedergegeben. Die einzelnen Kategorien geben wieder, wie hoch der jeweilige Anteil an Personen ist, die eine entsprechende Form der Kommunikation in der Vergangenheit schon mindestens einmal bei einem Arztbesuch angewandt haben.

³³ Gründe hierfür sind wiederum auch darin zu sehen, dass die Finanzierung der Inanspruchnahme von Übersetzungsleistungen häufig unklar ist und zudem davon ausgegangen wird, dass – gerade wenn auf Verwandte zurückgegriffen werden kann – auch vom medizinischen Personal die Notwendigkeit einer adäquaten Sprachmittlung nicht notwendigerweise erkannt wird.

Übersicht 6.14: Form der Arzt-Patient-Kommunikation (Mehrfachantworten)



Es zeigt sich, dass in allen Gruppen der ständigen Wohnbevölkerung die direkte Konversation in einer der schweizerischen Landessprachen zu über 80% schon einmal zur Anwendung gekommen ist. Im Asylbereich liegen diese Quoten naturgemäß niedriger, da diese Personen eine kürzere Aufenthaltsdauer aufweisen und aufgrund dessen den schweizerischen Landessprachen weniger mächtig sind. Im Vergleich zu diesen Werten gibt ein deutlich geringerer Anteil an Migrantinnen und Migranten an, eine der schweizerischen Landessprachen gut oder sehr gut aktiv sprechen zu können (Kapitel 4.2.6). Dieser Anteil liegt zwischen etwa 65% bei Befragten aus dem ehemaligen Jugoslawien und Portugal und etwa 20% bei tamilischen Befragten des Asylbereiches. Damit ist klar, dass ein großer Anteil der Arztkontakte auf Basis mittelmäßiger oder schlechterer Sprachkenntnisse auf Seiten der Migrantinnen und Migranten stattfindet.

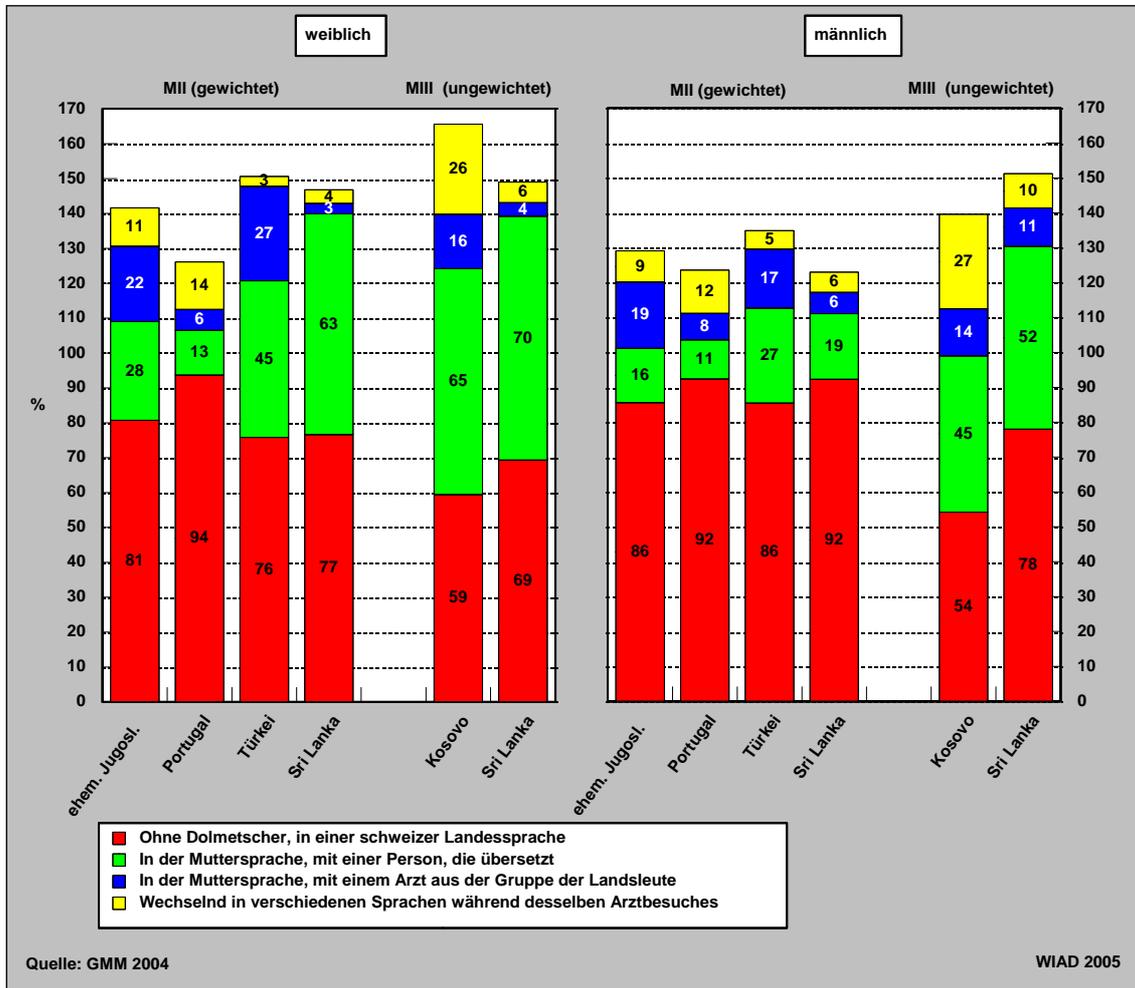
Die Anteile an Befragten, die schon einmal auf eine Person zurückgegriffen haben, die für sie übersetzt hat, schwanken deutlich zwischen den Migrantengruppen und korrelieren mit den Selbstangaben zu den aktiven Sprachkenntnissen. Zwischen 12% (Portugiesen) und 64% (tamilische Befragte des Asylbereiches) der Befragten hat angegeben, bereits mindestens einmal

auf Übersetzungshilfe zurückgegriffen zu haben. Dies steht nicht zuletzt auch mit der Tatsache in Verbindung, dass muttersprachliche Ärzte und Ärztinnen offensichtlich nur recht selten zur Verfügung stehen. Nur Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei haben in ihren Reihen eine nennenswerte Fraktion, die bereits einmal auf diese Möglichkeit zurückgreifen konnte. Ebenfalls von eher geringer Bedeutung ist das Springen zwischen verschiedenen Sprachen während ein und desselben Arztbesuches. Auffällig ist hier mit 26% der hohe Anteil der Asylsuchenden aus dem Kosovo, die diese Form der Kommunikation berichtet haben.

Betrachtet man die **Form der Arzt-Patient-Kommunikation nach Geschlecht**, so zeigen sich deutlich geschlechtsspezifische Muster. Abgesehen von portugiesischen Befragten weisen in allen Migrantengruppen Frauen deutlich höhere Anteile an Personen auf, die angegeben haben mindestens schon einmal auf die Hilfe einer übersetzenden Person zurückgegriffen zu haben. Im Asylbereich wird diese Antwortmöglichkeit sogar häufiger gewählt als die Option, in einer schweizerischen Landessprache mit einem Arzt bzw. einer Ärztin kommuniziert zu haben. Viele Migrantinnen und hier vor allem jene Frauen, die im Zuge der Familienzusammenführung ihr Heimatland verlassen haben, sprechen die schweizerischen Landessprachen deutlich schlechter als ihre Männer. Daraus ergibt sich auch im Gesundheitswesen ein im Einzelfall zumindest vorläufig höherer sprachlicher Vermittlungsbedarf³⁴, der sich in dieser Verteilung partiell widerspiegelt. Besonders deutlich fallen hier tamilische und türkische Befragte der ständigen Wohnbevölkerung ins Auge. 63% der tamilischen und 45% der türkischen Frauen geben an, beim Arztbesuch schon auf Übersetzungshilfe zurückgegriffen zu haben. Bei den Männern sind dies entsprechend nur 19 bzw. 27%. Damit wird deutlich, dass in bestimmten Migrantengruppen der Bedarf an Übersetzungen beim Arztkontakt unter Frauen deutlich höher ist als unter Männern.

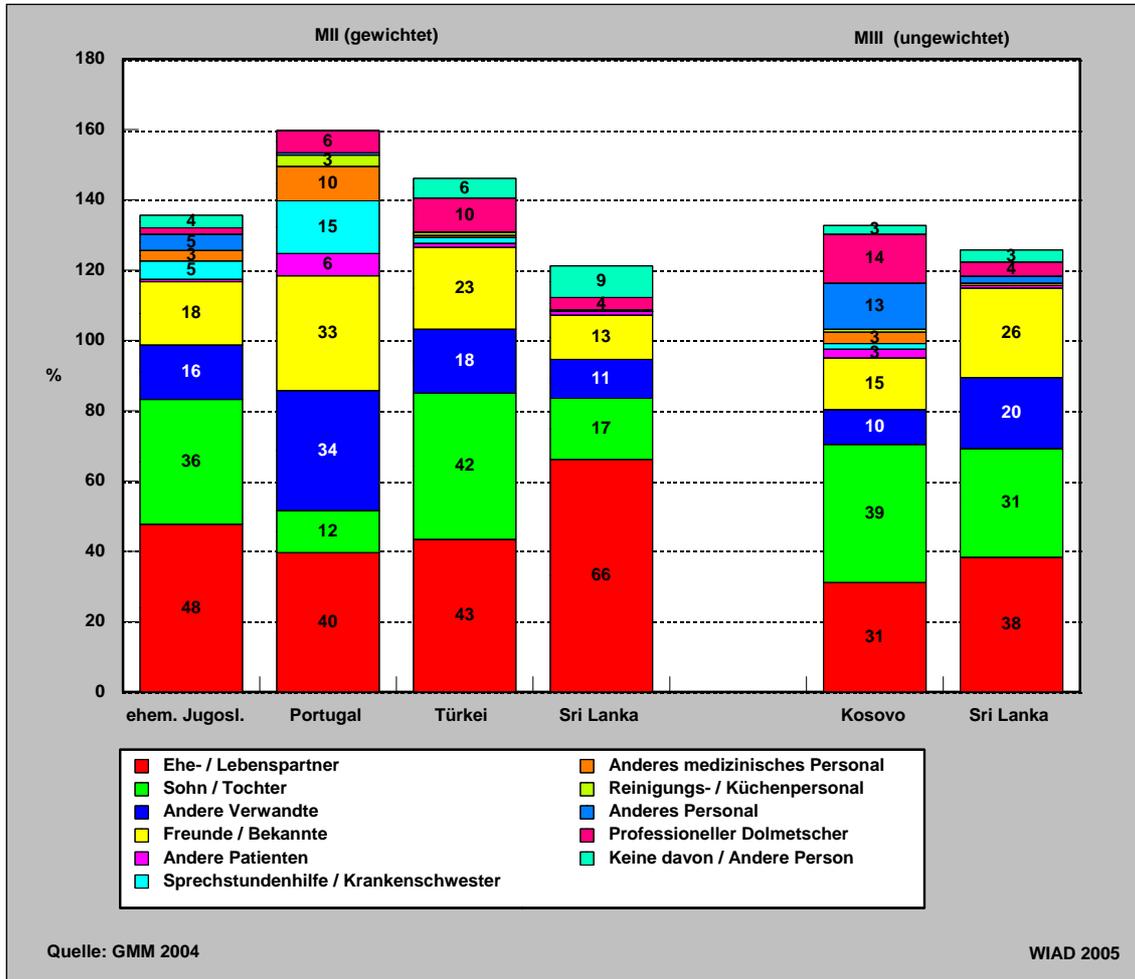
³⁴ Neben sprachlichen sind auch andere Gründe denkbar, die einen Einfluss auf die Ergebnisse haben. So können die Ansprüche an die Kommunikation mit dem ärztlichen Personal geschlechtsspezifisch ausgeprägt sein, so dass Männer ggf. seltener auf Sprachmittlung zurückgreifen. Auch ist denkbar, dass Männer sich selbst eine Art autoritäre Aufsichtsfunktion zuschreiben, die sich als Übersetzungsbedarf niederschlägt. Allerdings ist beides durch die Daten nicht gedeckt. Zumindest sollte nicht vorschnell auf eine bessere Qualität der Kommunikation bei Männern im Vergleich zu Frauen geschlossen werden.

Übersicht 6.15: Form der Arzt-Patient-Kommunikation nach Geschlecht (Mehrfachantworten)



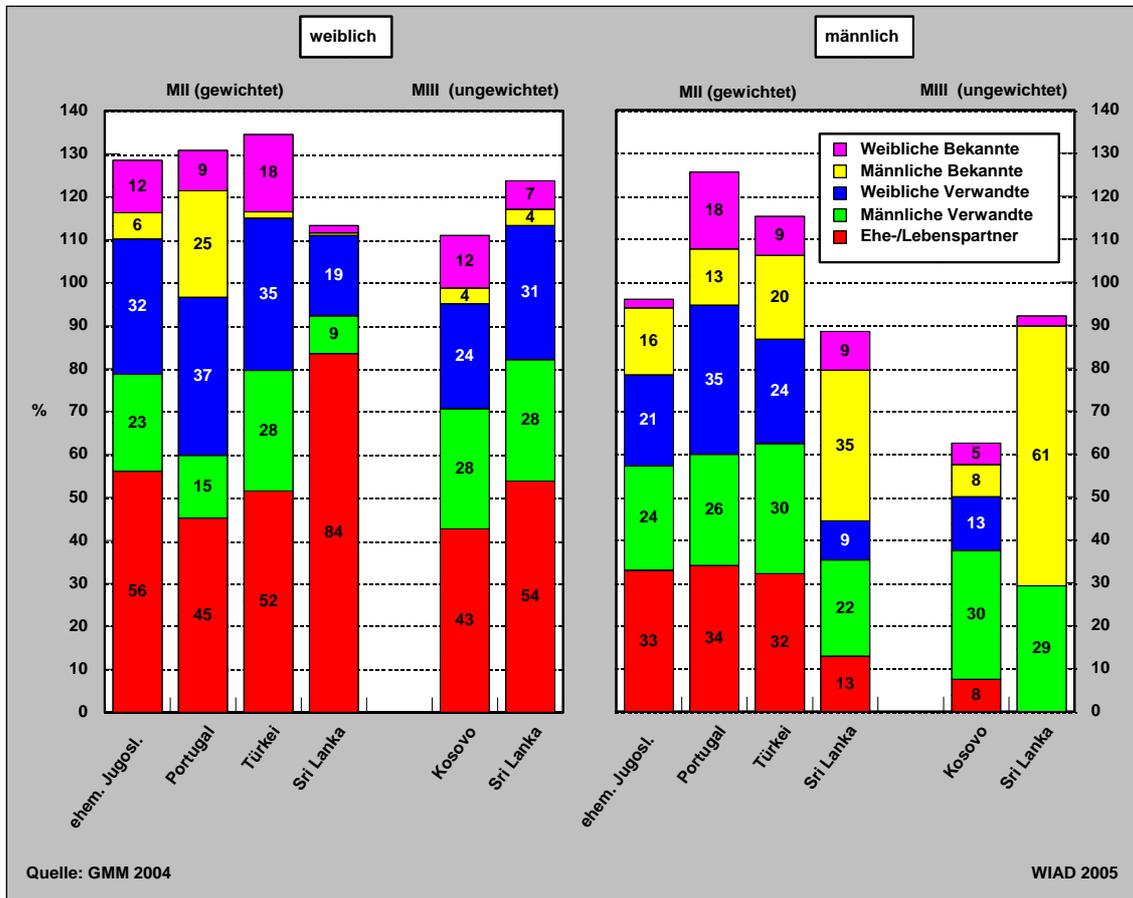
Jene Befragten, die bereits mindestens einmal auf die Hilfe einer übersetzenden Person zurückgegriffen haben, wurden auch gefragt, welche Personengruppe bereits mindestens einmal als **Sprachmittler** für sie aktiv war. Wie Übersicht 6.16 aufzeigt, spielen hierbei Verwandte eine herausragende Rolle. Zwischen 40 und 66% der Befragten der ständigen Wohnbevölkerung, die bereits mindestens einmal Übersetzungshilfen in Anspruch genommen haben, haben dabei schon auf ihren Ehe- oder Lebenspartner zurückgegriffen. Bei weiteren 12 bis 36% waren dies auch die eigenen Kinder und bei weiteren 11 bis 34% auch andere Verwandte. Auffällig ist, dass die eigenen Kinder unter portugiesischen und tamilischen Befragten der ständigen Wohnbevölkerung eine deutlich geringere Bedeutung haben als in den anderen Gruppen. Darüber hinaus spielen professionelle Übersetzer insgesamt eine untergeordnete Rolle. Nur bei den türkischen und portugiesischen Befragten wie auch den Asylsuchenden aus dem Kosovo sind sie mit 10, 6 bzw. 14% von einer nennenswerten Fraktion bereits einmal als Sprachmittler in Anspruch genommen worden.

Übersicht 6.16: Sprachmittler (ausgeschlossen: Personen ohne Übersetzungsbedarf; Mehrfachantworten)



Im Zusammenhang mit den verschiedenen Formen der Sprachmittlung wird in der Gesundheitsforschung häufig die Frage aufgeworfen, inwieweit die Übersetzungsleistung von Verwandten und Bekannten ein adäquates Mittel darstellen kann, die gegebenen Probleme zu überwinden. Vor dem Hintergrund zumeist nicht vorhandener Fachkenntnisse auf Seiten der Übersetzer und Übersetzerinnen wie auch aufgrund der Tatsache, dass intime medizinische Sachverhalte zunächst zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patient oder Patientin zu klären sind und nicht a priori für Verwandte oder Bekannte bestimmt sind, wird diese Praxis häufig als stark suboptimal bewertet. Hinzu tritt der Tatbestand, dass Sprachmittler oftmals dem anderen Geschlecht angehören, was das Problem zusätzlich verschärft, da so auch zwischengeschlechtliche Schamgrenzen verletzt werden können. Aufgrund dieser Problemstellung sind in der folgenden Übersicht **männliche und weibliche sprachmittelnde Verwandte und Bekannte** gesondert voneinander ausgewiesen und **nach dem Geschlecht** der Befragten differenziert aufgeführt.

Übersicht 6.17: Männliche und weibliche Sprachmittler (Verwandte und Bekannte) nach Geschlecht (ausgeschlossen: Personen ohne Übersetzungsbedarf; Mehrfachantworten)



Die Problematik zeigt sich mit geschlechtsspezifischer Schlagseite und tritt bei den tamilischen Befragten besonders deutlich zutage. Frauen geben erheblich häufiger an, bereits auf männliche Verwandte als Sprachmittler zurückgegriffen zu haben als andersherum Männer auf verwandte Frauen. Bezieht man die jeweiligen Ehepartner mit ein, so sind dies am Extrembeispiel der tamilischen Befragten über 90% der tamilischen Frauen aber nur 22% der tamilischen Männer. Bei den türkischen Befragten sind dies entsprechend etwa 80% der türkischen Frauen gegenüber 56% der türkischen Männer. In den verbleibenden Gruppen liegen diese Werte zu meist niedriger, die Tendenz bleibt jedoch erhalten. Hinzu tritt, dass Frauen seltener auf weibliche Bekannte oder Freundinnen zurückgreifen als Männer auf männliche Bekannte oder Freunde. Insbesondere bei den tamilischen Frauen bleibt die Gesundheit 'in der Familie' und stellt deutlich häufiger als in anderen Gruppen einen Themenkomplex dar, der mit männlichen Verwandten geteilt wird.

Insofern kann resümierend festgehalten werden, dass die vorliegenden Daten zum einen die generelle These einer bei vielen Migrantinnen und Migranten eingeschränkten Arzt-Patient-Kommunikation stützen. Zum anderen laufen die Versuche, diesem Umstand im Rahmen des Laiensystems entgegenzuwirken bei vielen Migranten und besonders Migrantinnen auf eine ungenügende Lösung hinaus, bei der die Arzt-Patient-Kommunikation als vertrauensvolle Dyade aufgelöst wird, indem die Intimsphären und Schamgrenzen der betreffenden Personen durch den Einbezug andersgeschlechtlicher Sprachmittler und -mittlerinnen eingegrenzt werden. Dem Vermitteln der Landessprachen aber auch dem Aufbau neutraler und professioneller Strukturen der Sprachmittlung im Gesundheitswesen kommt deshalb in Hinblick auf eine Verbesserung der Versorgung und eine intakte Arzt-Patient-Beziehung zentrale Bedeutung zu.

Migrationspezifische Aspekte der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ergeben sich vor allem auch in Bezug auf die Komminaktionsstrukturen und -probleme, die im Kontakt mit dem medizinischen System virulent werden. Ein hoher Anteil der Befragten bewältigt die Kommunikation beim Arztbesuch in einer der schweizerischen Landessprachen. Diese *Form der Arzt-Patient-Kommunikation* harmoniert zumeist nicht mit den subjektiv deutlich häufiger als mittelmäßig bis schlecht eingeschätzten Sprachkenntnissen. Die Inanspruchnahme von Übersetzungshilfen variiert stark mit den Sprachkenntnissen in den jeweiligen Gruppen und ist unter Personen aus Sri Lanka und der Türkei wie auch unter Asylsuchenden am weitesten verbreitet. Deutlich häufiger nutzen Frauen die Möglichkeit der einen oder anderen Art der Sprachmittlung.

Als *Sprachmittler* kommen professionelle Übersetzer nach Angaben der Befragten bisher nicht in nennenswertem Umfang zum Einsatz. Überrasgender Bedeutung kommt hingegen Verwandten zu und unter diesen vor allem den Ehe- bzw. Lebenspartnern und je nach Gruppe auch den eigenen Kindern. Problematisch erscheint in diesem Zusammenhang, dass Frauen hierbei deutlich häufiger auf männliche Verwandte zurückgreifen als andersherum Männer auf weibliche Verwandte. Besonders deutlich tritt dies unter tamilischen und türkischen Befragten zutage. Diese Strukturen können generell, besonders jedoch in der weiblichen Migrationsbevölkerung als potenzielle Gefährdung des dyadisch angelegten Arzt-Patient-Verhältnisses angesehen werden.

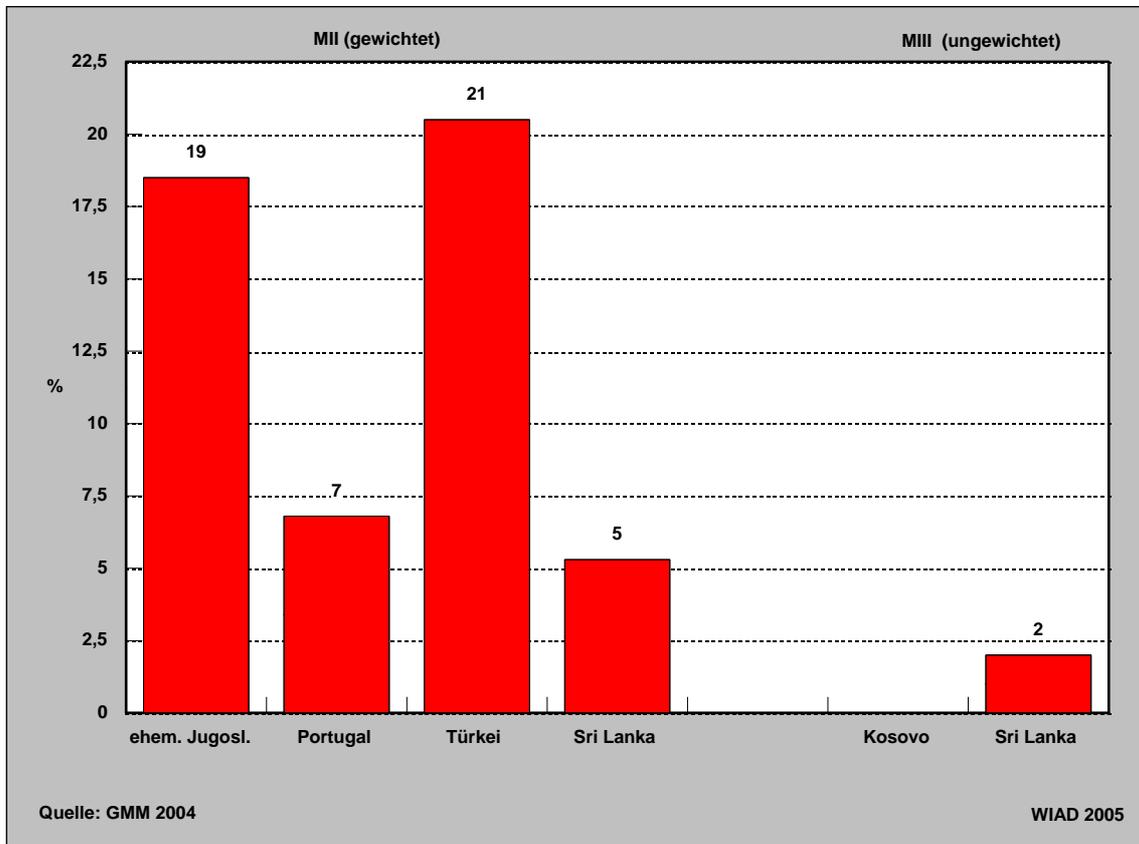
6.1.4.2 *Inanspruchnahme medizinischer und gesundheitsbezogener Leistungen im Herkunftsland*

Häufig wird darüber spekuliert, in welchem Ausmaß Migrantinnen und Migranten in ihre Herkunftsländer reisen, um medizinische oder andere gesundheitsbezogene Leistungen in Anspruch zu nehmen. Neben ökonomischen Argumenten steht dabei häufig auch die Vorstellung im Raum, die betreffenden Personen würden sich im Gesundheitswesen ihres Herkunftslandes besser zurecht finden oder vom medizinischen Personal adäquater behandelt fühlen. Medizinisch problematisch erscheint ein solcher Medizintourismus, weil eine laufende Behandlung

möglicherweise unterbrochen wird, ohne dass die verschiedenen behandelnden Ärztinnen und Ärzte davon Kenntnis erhalten oder Informationen austauschen könnten.

Bei der Erhebung dieser Fragestellung wurde nicht nur auf die Befragungsperson selbst, sondern auch auf deren Familienmitglieder Bezug genommen. Entsprechend enthält Übersicht 6.18 den jeweiligen Anteil an Befragten, die angegeben haben, dass sie selbst oder ein Mitglied ihrer Familie bereits einmal aus gesundheitlichen Gründen in ihr Herkunftsland gereist sind.

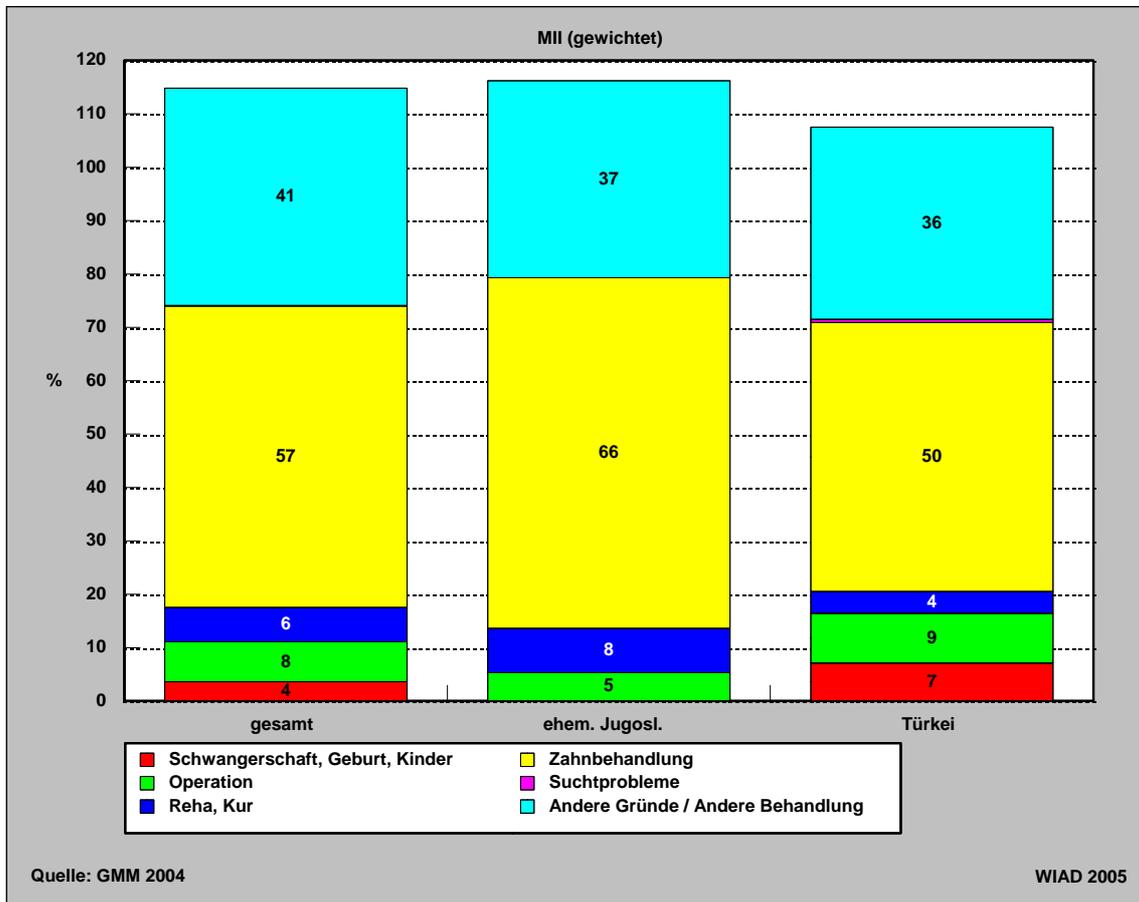
Übersicht 6.18: Medizintourismus von Befragten und Familienmitgliedern



Die Anteile schwanken zwischen den Migrantengruppen sehr stark. In einem nennenswerten Ausmaß von 19 bzw. 21% haben Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei angegeben, dass sie selbst oder ein Familienmitglied aus gesundheitlichen Gründen bereits einmal ihr Herkunftsland besucht hätten. In den anderen Gruppen liegen die entsprechenden Anteile deutlich niedriger, im Asylbereich spielen sie praktisch keine Rolle.

In der folgenden Übersicht sind die **Anlässe des Medizintourismus** für alle Befragten zusammen und für die beiden wichtigsten Gruppen gesondert wiedergegeben. In den verbleibenden Migrantengruppen sind die Fallzahlen für eine differenzierte Auswertung zu gering.

Übersicht 6.19: Anlässe des Medizintourismus (Mehrfachantworten)

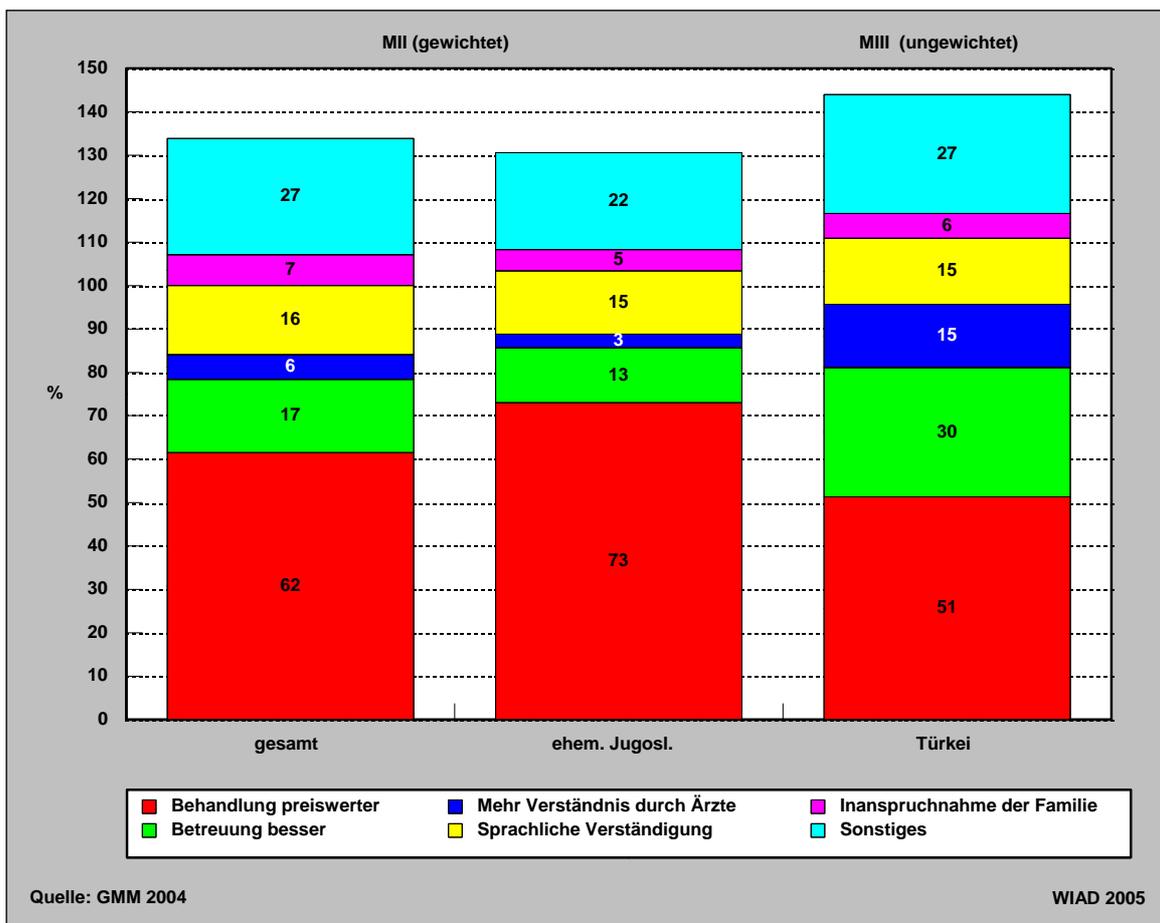


Von allen Personen, die von Medizintourismus in ihrer Familie berichten, haben als Grund mehr als die Hälfte zahnmedizinische Probleme angegeben. Dies hat nicht zuletzt auch damit zu tun, dass die entsprechenden Leistungen im Basiskatalog der schweizerischen Krankenversicherung nicht versichert sind. Auch andere, genauer spezifizierte Gründe wie Schwangerschaft, Geburt oder Kinder, Operationen sowie Rehabilitation oder Kur sind genannt worden, bewegen sich jedoch im einstelligen Prozentbereich. Die Tatsache, dass 35 bis 40% der entsprechenden Befragten ausschließlich oder zusätzlich auch aus anderen gesundheitlichen Anlässen in ihr Herkunftsland gereist sind, zeigt jedoch, dass die Spezifizierung dieser Fragestellung noch nicht ausreichend differenziert erfolgt ist.

Die **Gründe für Medizintourismus** scheinen, wie es die große Bedeutung der Zahnbehandlung nahe legt, vor allem im ökonomischen Bereich zu liegen. In Übersicht 6.20 geben insgesamt 62% derjenigen Befragten, die von Medizintourismus berichtet haben, an, deshalb ins Herkunftsland gereist zu sein, weil die Behandlung dort preiswerter sei. Bei den Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien liegt dieser Anteil bei nahezu drei Vierteln, bei Personen aus der Türkei nur bei etwa der Hälfte. Allerdings spielen aus subjektiver Sicht auch qualitative Aspekte

ausschließlich oder zusätzlich eine gewisse Rolle. So gibt bspw. ein knappes Drittel der türkischen Befragten an, die Behandlung im Herkunftsland sei besser, jeweils weitere 15% der Antworten entfallen bei Türcinnen und Türcen auf die Aspekte eines besseren Verständnisses auf Seiten der Ärzte und Ärztinnen wie auch einer besseren sprachlichen Verständigung. Damit haben etwa 60% der türkischen Befragten ausschließlich oder zusätzlich qualitative Aspekte ins Feld geführt. Insgesamt und bei den Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien spielen diese Gründe zwar auch eine Rolle, fallen jedoch deutlich schwächer ins Gewicht. Lediglich die sprachliche Verständigung wird durchgehend von 15% der Befragten, die Medizintourismus im Familienkreis angegeben haben, als Grund für gesundheitsbedingte Reisen genannt. Auch hier verweist ein Anteil von einem Viertel der Befragten, die ausschließlich oder zusätzlich andere, nicht genauer spezifizierte Gründe, dass perspektivisch eine noch stärkere Ausdifferenzierung der Antwortvorgaben angezeigt ist.

Übersicht 6.20: Gründe für Medizintourismus (Mehrfachantworten)



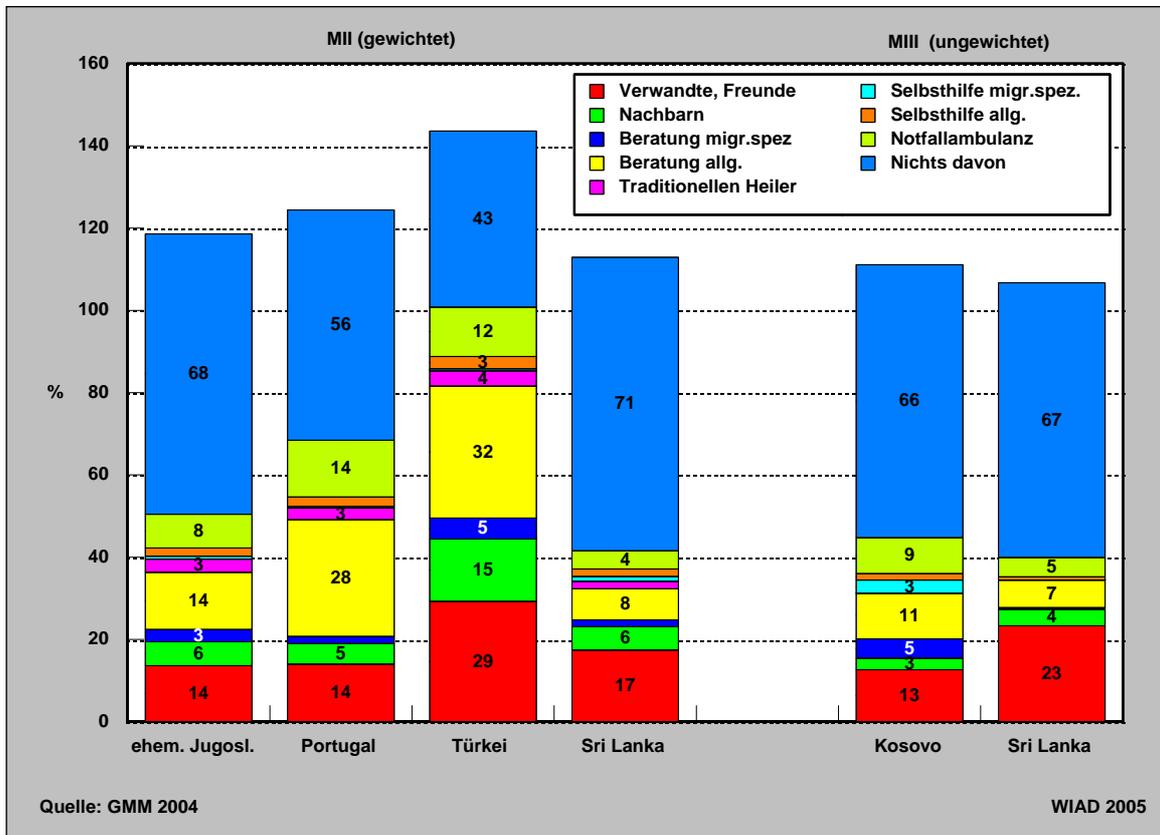
In Bezug auf *Medizintourismus* fällt ins Auge, dass dieser nur von einem Fünftel der türkischen und ehemaligen jugoslawischen Befragten in einem nennenswerten Ausmaß berichtet wird. In den verbleibenden Gruppen spielt dieses Phänomen praktisch keine Rolle. Der *Anlass* für Medizintourismus liegt überwiegend im Bereich der Zahnmedizin.

Die *Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Hilfen* außerhalb des eigentlichen medizinischen Systems fällt unter türkischen Befragten am höchsten und unter tamilischen Befragten am geringsten aus. Von herausragender Bedeutung sind hierbei Verwandte und Freunde aber auch Nachbarn. Allgemeine Beratungsstellen, die nach Wahrnehmung der Befragten nicht nur speziell auf die Probleme von Migrantinnen und Migranten eingestellt sind, nehmen vor allem unter türkischen, portugiesischen und eingeschränkt auch ehemaligen jugoslawischen Befragten eine herausragende Rolle ein. Von geringer Bedeutung sind demgegenüber migrationspezifische Beratungsstellen und allgemein Selbsthilfegruppen. Auch die Inanspruchnahme traditioneller Heilmethoden der Herkunftsländer, ein Phänomen, das vor allem in Person von Ayurveda-Heilern bzw. muslimischen Hodschas unter tamilischen oder türkischen Befragten relevant werden kann, wird nicht von einem nennenswerten Anteil der Befragten berichtet.

6.1.4.3 Spezifische Gesundheitsdienstleistungen - Inanspruchnahme und Bedarfe

Migrationspezifische Aspekte der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen ergeben sich zum einen daraus, dass bestimmte formelle und informelle Infrastrukturen existieren, die speziell auf die Bedarfe von Migranten und Migrantinnen ausgerichtet sind. Zum anderen wird häufig angenommen, dass der Familien- und Bekanntenkreis oder auch andere Institutionen des Laiensystems verstärkt in Anspruch genommen werden, eine Annahme, die auf Basis der vorliegenden Daten jedoch nicht anhand eines Vergleiches mit der schweizerischen Bevölkerung verifiziert werden kann. Übersicht 6.21 gibt wieder, ob die befragte Person bzw. eine andere Person aus ihrem Haushalt in den 12 Monaten vor der Befragung aus gesundheitlichen Gründen eine Reihe von **gesundheitsbezogenen Diensten in Anspruch genommen** haben, die außerhalb des eigentlichen medizinischen Systems anzusiedeln sind.

Übersicht 6.21: Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Hilfen (Mehrfachantworten)



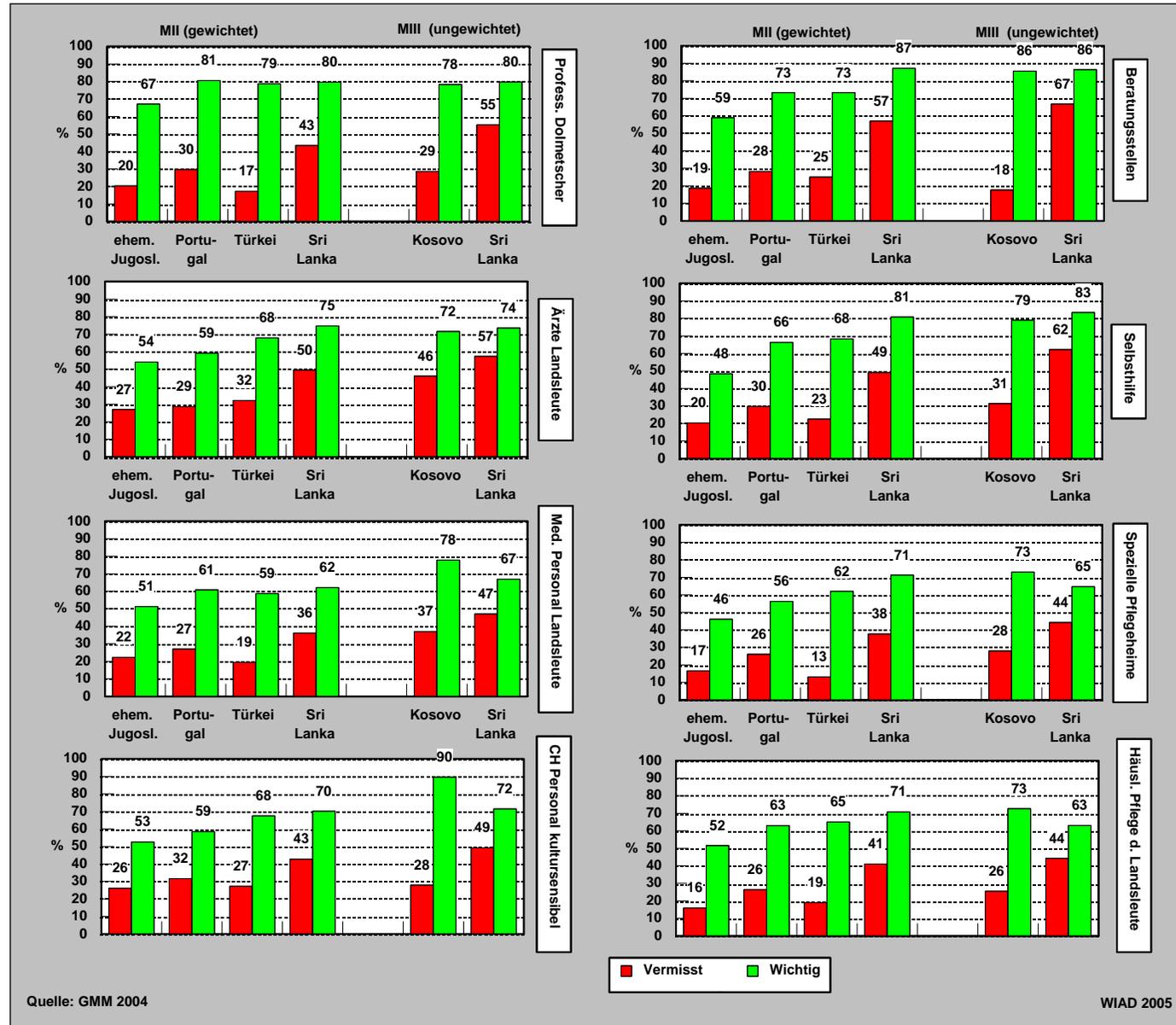
Insgesamt ist diese Inanspruchnahme unter türkischen Befragten am höchsten und unter familiären Befragten am geringsten. Nur 43% der Türcinnen und Türken aber 71% der Tamilinnen und Tamilen der ständigen Wohnbevölkerung geben an, dass keiner der angeführten Dienste in Anspruch genommen worden sei. Die verbleibenden Gruppen geben zu deutlich mehr als der Hälfte der Befragten an, nicht auf diese Dienste zurückgegriffen zu haben. Freunde, Verwandte oder auch Nachbarn sind nach Angaben von 20 bis 25% der Befragten zu Rate gezogen worden. Ausnahme bilden Türcinnen und Türken, die in den 12 Monaten vor der Befragung zu nahezu 45% die Inanspruchnahme der Hilfe von Freunden, Verwandten oder Nachbarn berichten. Damit scheint das Laiensystem des Familien- und Bekanntenkreises als Hilfe bei gesundheitlichen Problemen verstärkt unter den türkischen Befragten eine herausragende Bedeutung zu besitzen.

Ebenso wurden allgemeine gesundheitsbezogene Beratungen nachgefragt, wobei auch hier die türkischen aber auch die portugiesischen Befragten mit je etwa einem Drittel besonders hervorstechen. Ein ähnliches Muster gilt auch für die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen. Auch hier liegen portugiesische und türkische Befragte mit einer 14- bzw. 12%-igen Inanspruchnahme höher als die verbleibenden Gruppen. Von vergleichsweise nachgeordneter Bedeutung ist

hingegen die Inanspruchnahme migrationsspezifischer Beratungsstellen, migrationsspezifischer oder allgemeiner Angebote zur Selbsthilfe und letztendlich auch die Inanspruchnahme traditioneller Heilmethoden der Herkunftskulturen. Die Inanspruchnahme traditioneller Heiler ist vor allem auch deshalb von Bedeutung, da deren Rolle in der medizinischen Versorgung in Bezug auf bestimmte Migrantengruppen (v.a. Türkei und Sri Lanka) gelegentlich diskutiert wird. Hintergrund ist die parallele Behandlung bspw. psychischer Erkrankungen sowohl durch das Medizinsystem der Einwanderungsländer als auch durch Vertreter traditioneller Heilmethoden der Herkunftsländer (z.B. muslimische Hodschas, Ayurveda-Heiler). Bevölkerungsrepräsentativ schlägt sich diese Praxis zwar kaum nieder, wird jedoch von einer Minderheit von unter 5% der Befragten durchaus angegeben. Daher ist nicht auszuschließen, dass die Problematik in jenen Teilsystemen der medizinischen Versorgung, wie der psychiatrischen bzw. psychologischen Versorgung, in denen dieses Thema verstärkt problematisiert wird, durchaus von größerer Bedeutung sein kann.

Mit Ausnahme einiger speziell auf Migranten und Migrantinnen ausgerichteten Diensten ist die Regelversorgung in aller Regel noch wenig auf die Bedarfe von Zuwanderern eingestellt. Um die Sichtweise der Betroffenen einzubeziehen, wurde den Befragten eine Liste von Strukturelementen einer migrationsspezifischen Versorgung vorgelegt, die daraufhin bewertet werden konnten, ob sie bereits einmal konkret vermisst worden sind oder ob sie generell für wichtig befunden werden. Übersicht 6.22 gibt dieso ermittelten **Bedarfe an migrationsspezifischen Versorgungsstrukturen** wieder.

Übersicht 6.22: Bedarfe an migrationsspezifischen Versorgungsstrukturen



Die Ergebnisse sind vor dem Hintergrund einer stark positiven Zustimmungstendenz zu bewerten. Generell befinden nahezu durchgehend über die Hälfte der Befragten aller Gruppen die vorgelegten Versorgungsmöglichkeiten für wichtig. Die einzelnen Gruppen setzen dabei keine eigenen Schwerpunkte, die Antwortmuster ähneln sich größtenteils. Die größten Anteile an Personen, die bestimmte Strukturelemente für wichtig befinden, weist die Gruppe der familiären Befragten auf. Am wenigsten Bedarfe werden von den Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien in der ständigen Wohnbevölkerung artikuliert.

An erster Stelle stehen innerhalb des Bedarfsspektrums nicht Ärzte und Ärztinnen aus der Gruppe der eigenen Landsleute sondern professionelle Dolmetscher. Abgesehen von den Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien befinden etwa 80% der Befragten eine solche Dienstleistung für wichtig. Die entsprechenden Werte für Ärztinnen und Ärzte wie auch anderes medizinisches Personal aus der Gruppe der eigenen Landsleute wie auch für kultursensibel geschultes schweizerisches Personal fallen geringer aus. Dabei geben die Befragten an, Ärztinnen und Ärzte aus dem Herkunftsland vergleichsweise häufig schon einmal vermisst zu haben. Bei den Personen aus Sri Lanka sind dies sogar 50% in der ständigen Wohnbevölkerung und 57% unter den Asylsuchenden. In allen anderen Gruppen liegen diese Werte niedriger.

Von großer Wichtigkeit sind aus Sicht der Befragten zudem auch Beratungsstellen. Sie stellen nach professionellen Dolmetschern das Strukturelement dar, welches vom größten Anteil an Befragten für wichtig befunden wird. Von einem geringeren Anteil werden Selbsthilfegruppen und vor allem Pflegeangebote als wichtig angesehen, ein Phänomen welches sich auch in der Artikulation von muttersprachlichen Informationsbedarfen in Kapitel 6.1.4.4 wiederfindet. Damit lässt sich festhalten, dass am stärksten die Strukturelemente professioneller Dolmetscher- und Beratungsdienste befürwortet werden. Die Priorität wird somit von den Befragten auf Orientierung im Gesundheitswesen und eine Verbesserung der Kommunikationsmöglichkeiten gelegt. Generell werden jedoch auch alle anderen Angebote befürwortet. Dies hat seinen Grund u.a. auch darin, dass eine große Minderheit angegeben hat, die jeweiligen Versorgungsstrukturen bereits konkret vermisst zu haben und somit bei vielen Befragten die Artikulation dieser Bedarfe durch eigene Erfahrungen gedeckt ist.

Professionelle Dolmetscherdienste finden unter den Befragten die deutlich größte Zustimmung. Auch Beratungsdienste werden eingefordert. Von vergleichsweise geringerer Bedeutung sind in der Bewertung der Befragten hingegen spezifische Pflegedienste und Selbsthilfegruppen. Gruppenspezifische Muster lassen sich kaum ausmachen.

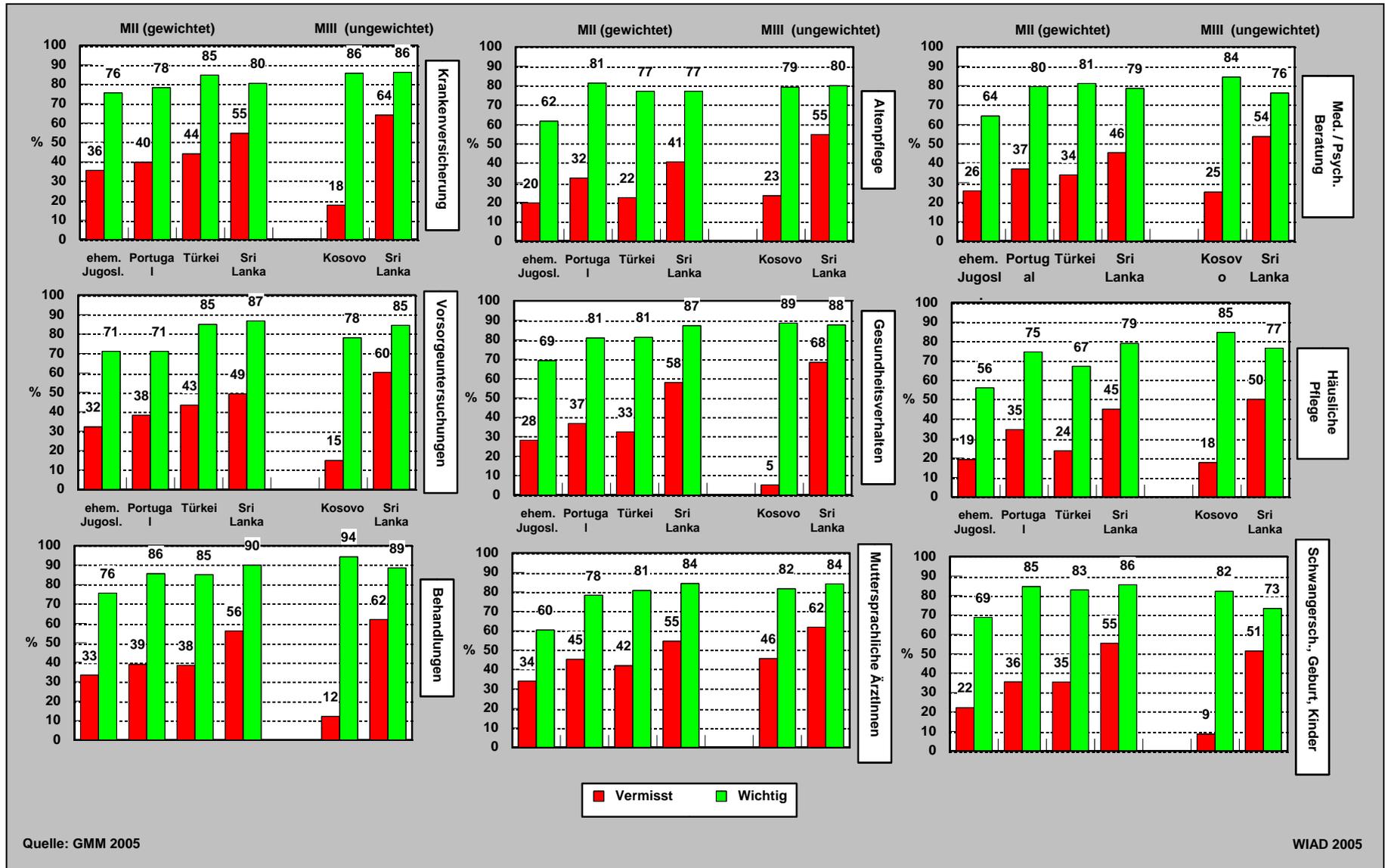
Ein ähnliches Bild zeigt sich in Bezug auf *muttersprachlichen Informationen*. Grundsätzlich werden solche Informationsquellen sehr stark befürwortet. Ein Viertel bis die Hälfte der Befragten haben solche Informationen schon konkret vermisst. Am stärksten eingefordert werden Informationen zu Strukturen der Krankenversicherung, medizinischen Behandlungen, muttersprachlichen Ärztinnen und Ärzten und Vorsorgeuntersuchungen. Vergleichsweise geringes Echo finden Informationen zu Aspekten der Pflege.

6.1.4.4 *Information und Orientierung im Gesundheitswesen*

Muttersprachliche Informationen gelten als probates Mittel, um Zuwanderern die Orientierung im Gesundheitswesen der Einwanderungsländer zu erleichtern. Dabei sind neben den Versorgungsbereichen, zu denen Informationen verfügbar gemacht werden können, auch die Medienpräferenzen der Adressatengruppen von Belang, mittels derer Informationen zielgerichtet verbreitet werden können. Um herauszufinden, wo aus subjektiver Sicht der Befragten Defizite an muttersprachlichen Informationen bestehen, wurden bestimmte Versorgungsbereiche herausgegriffen. Die Befragten konnten dabei **Bedarfe** artikulieren, welche Art **muttersprachlicher Informationen** sie selbst bereits vermisst haben und ob sie derartige Informationen für wichtig befinden. Übersicht 6.23 gibt die Antworthäufigkeiten in diesen Bereichen überblicksartig wieder. Dabei fällt als Strukturmuster besonders ins Auge, dass muttersprachliche Informationen in allen Gruppen von in der Regel deutlich mehr als 50% der Befragten als wichtig befürwortet werden. Demgegenüber haben jedoch, abgesehen von den tamilischen Befragten, deutlich weniger als die Hälfte der befragten Migranten und Migrantinnen angegeben, derartige Informationen schon einmal konkret vermisst zu haben.

Es zeigt sich damit ein ausgeprägter potenzieller Bedarf an muttersprachlicher Information, in allen abgefragten Versorgungsbereichen. Dieser erklärt sich nicht zuletzt auch daraus, dass im Zuge der Aufzählung möglicher Aspekte der medizinischen Versorgung die eigenen Informationsdefizite erst bewusst werden und auf diese Weise artikuliert werden können. Andererseits ist die konkrete Erfahrung mangelnder Information nur bei einer Minderheit gegeben. Andererseits ist zu konstatieren, dass nur in wenigen Gruppen und in wenigen Versorgungsbereichen der Anteil an Befragten, die angegeben haben muttersprachliche Informationen konkret vermisst zu haben unterhalb von 25% liegt. Von Ausnahmen abgesehen, lässt sich damit festhalten, dass etwa ein Viertel bis die Hälfte der Migrantinnen und Migranten muttersprachliche Informationen zu Versorgungsaspekten nicht nur auf Nachfrage sondern auch aus konkreten Erfahrungen heraus für wichtig befinden.

Übersicht 6.23: Bedarfe muttersprachlicher Informationen in bestimmten Versorgungsbereichen



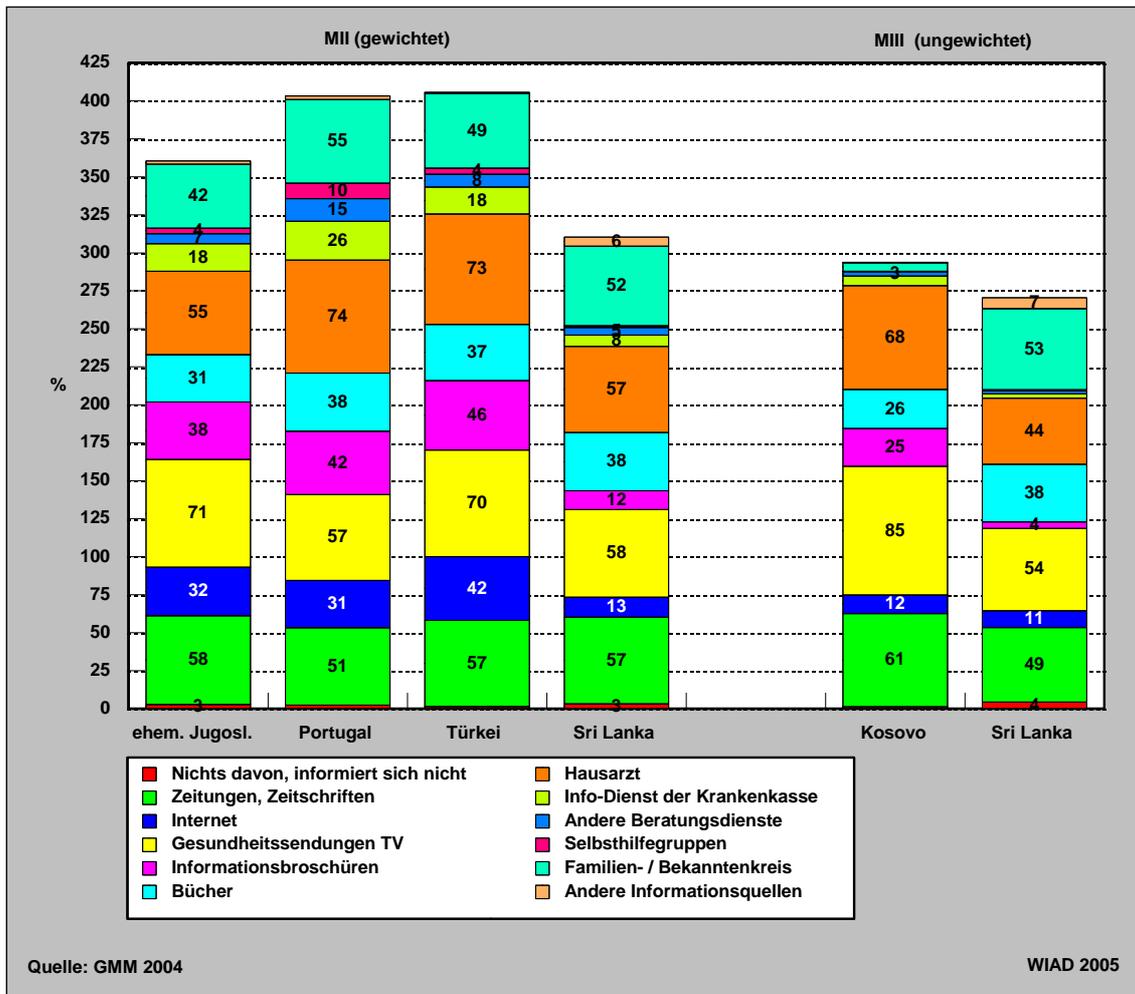
Darüber hinaus fällt ins Auge, dass sich die Antwortmuster zwischen den Gruppen insoweit nicht fundamental voneinander unterscheiden, als keine gruppenspezifischen Informationsprioritäten festzustellen sind. Es gibt keine Bereiche, in denen eine bestimmte Gruppe besonders stark muttersprachliche Informationen nachfragt, während eine andere Gruppe ihren Schwerpunkt in anderen Bereichen aufweist. Die Informationsbedarfe scheinen also grundsätzlich sehr ähnlich gewichtet zu sein. Tendenziell am stärksten vermisst bzw. für wichtig befunden werden Informationen zu Strukturen der Krankenversicherung, zu konkreten medizinischen Behandlungen und zu muttersprachlichen Ärztinnen und Ärzten aber auch zu Möglichkeiten von Vorsorgeuntersuchungen. Auffallend wenig Echo finden Aspekte der Pflege, d.h. in der konkreten Fragestellung muttersprachliche Informationen zu Altenpflege oder häuslicher Pflege. Dies korrespondiert nicht mit der Bedeutung dieser Versorgungsbereiche im migrationspezifischen Diskurs in der Fachöffentlichkeit. Hier rückt die Problematik einer kultursensiblen Altenpflege für eine alternde, teilweise aber schlecht integrierte Migrationsbevölkerung seit einiger Zeit verstärkt in den Vordergrund. Die für die einheimische Bevölkerung etablierten Versorgungsstrukturen gelten bislang als wenig geeignet, um ältere Migrantinnen und Migranten zu integrieren, und diskutiert werden verstärkt Möglichkeiten der transkulturellen Öffnung der entsprechenden Institutionen. Von den betreffenden Personen selbst wird dieser Bedarf demgegenüber vergleichsweise wenig artikuliert. Dies mag sich auch dadurch erklären, dass in vielen Ländern die Delegation der Pflege von Angehörigen an professionelle Institutionen deutlich weniger verbreitet ist als in Einwanderungsländern wie der Schweiz.

Vergleicht man die einzelnen Gruppen von Befragten, so fällt auf, dass sowohl gemessen an muttersprachlichen Informationen, die für wichtig befunden werden, als auch bereits konkret vermisst wurden, Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien, gefolgt von portugiesischen und türkischen Befragten den tendenziell geringsten Bedarf artikulieren. Demgegenüber fühlen sich tamilische Befragte subjektiv deutlich am schlechtesten informiert. Besonders ausgeprägt gilt dies für die tamilischen Asylsuchenden. Der Anteil an Befragten, die angegeben haben, bestimmte muttersprachliche Informationen schon einmal konkret vermisst zu haben, liegt hier in fast allen Bereichen nochmals deutlich höher als unter den Tamilinnen und Tamilen der ständigen Wohnbevölkerung. Dass dies kein generelles Muster des Asylbereiches darstellt, lässt sich an den Asylsuchenden aus dem Kosovo ablesen. Auch sie befürworteten zwar in ähnlichem Maße muttersprachliche Informationen wie andere Gruppen, stützen diesen Bedarf jedoch nach eigenen Angaben deutlich seltener als alle anderen Gruppen auf die Erfahrung, bestimmte Informationen bereits konkret vermisst zu haben.

Insgesamt lässt sich damit ein Antwortverhalten mit deutlich zustimmender Tendenz feststellen. Wenn es darum geht, muttersprachliche Informationen als wichtig einzustufen, stimmt die überwiegende Mehrheit der Befragten zu. Gleichzeitig stützt eine große Minderheit bis die Hälfte der Befragten eine solche Aussage auf konkrete Erfahrungen, aufgrund derer die generelle Zustimmungstendenz in Teilen als substantiell fundiert anzusehen ist. Insofern können muttersprachliche Informationen eine Möglichkeit darstellen, Migrantinnen und Migranten die Orientierung im Versorgungssystem zu erleichtern und die Versorgung selbst effektiver zu gestalten.

Um derartige Informationen zielgerichtet verbreiten zu können, ist es jedoch von Bedeutung zu wissen, welche bevorzugten **Informationsquellen bei gesundheitlichen Fragen** zu Rate gezogen werden (Übersicht 6.24).

Übersicht 6.24: Bevorzugte Informationsquellen bei gesundheitlichen Fragen (Mehrfachantworten)



Vier Informationsquellen für gesundheitsrelevante Informationen werden am häufigsten genannt. Jeweils mehr als die Hälfte der Befragten bezieht relevante Informationen aus Zeitungen oder Zeitschriften, dem Fernsehen, vom Hausarzt oder, mit Ausnahme der Asylsuchenden aus dem Kosovo, aus dem Freundes- und Verwandtenkreis. Seltener genannt werden das Internet, aber auch Informationsbroschüren oder Bücher. Diese Medien stellen quasi Verbreitungsformen mittlerer Reichweite dar. Von marginaler Bedeutung sind nach Angaben der Befragten Selbsthilfegruppen und diverse Beratungs- und Informationsdienste, darunter auch Informationsdienste der Krankenkassen. Face-to-face-Beratung erreicht die betreffenden Personen also bislang offensichtlich kaum, was zum einen an wenig ausgebauten Strukturen liegen mag, zum anderen an Institutionen, die auf Migrantengruppen sprachlich, kulturell oder in ihren Zu-

gangsformen zu wenig spezifisch ausgerichtet sind. Die ebenfalls geringe Bedeutung anderer, nicht genau spezifizierter Informationsquellen deutet darauf hin, dass das Spektrum möglicher Informationsquellen in der Fragestellung hinreichend abgedeckt wurde.

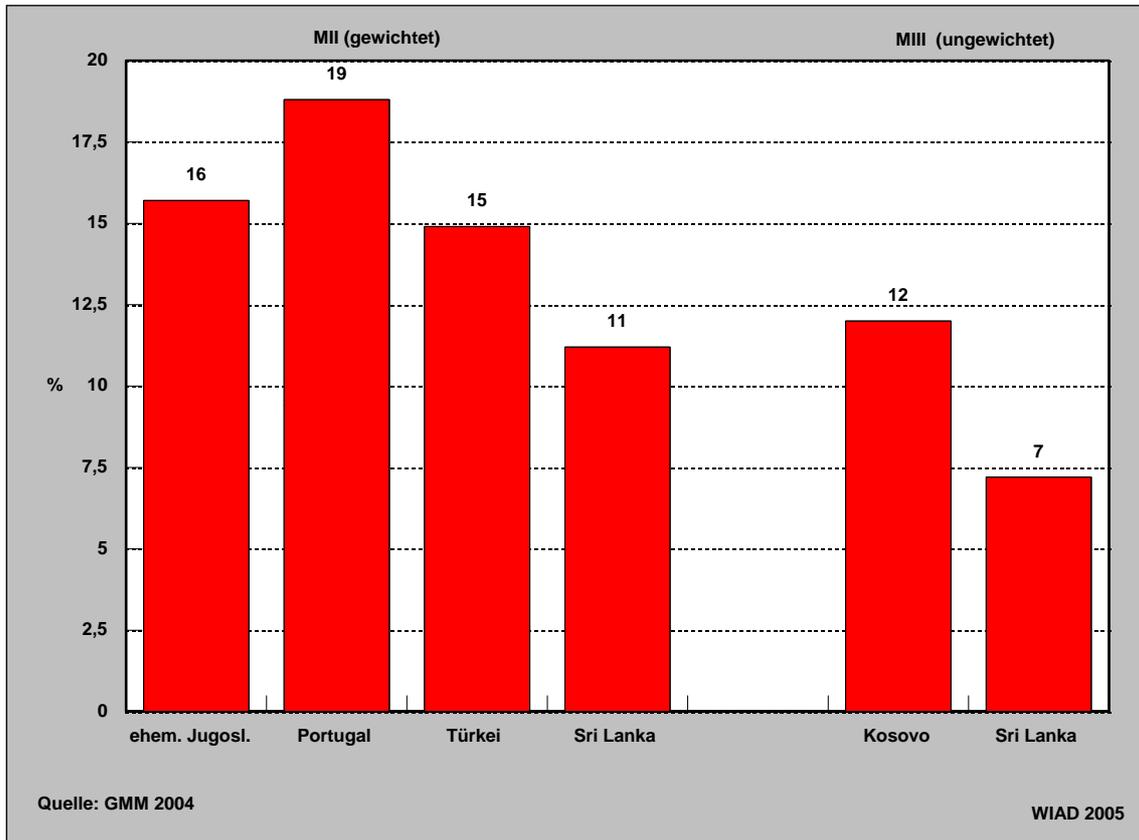
Vergleicht man die Gruppen, so zeigt sich, dass portugiesische und türkische Befragte zu etwa drei Vierteln und damit häufiger als andere Gruppen angeben, den Hausarzt als Informationsquelle zu nutzen. Zudem fällt auf, dass tamilische Personen noch deutlich seltener als andere Befragte angeben, das Internet oder Informationsbroschüren zur Beschaffung gesundheitsrelevanter Informationen in Anspruch zu nehmen. Aber auch das Fernsehen wird von tamilischen Befragten für diese Zwecke seltener genutzt. Grundsätzlich schlägt sich dies in einer insgesamt schwächer diversifizierten Informationsbeschaffung unter tamilischen Befragten aber auch Asylsuchenden aus dem Kosovo nieder. Der Anteil an Befragten, die sechs oder mehr relevante Informationsquellen angegeben haben, liegt in diesen Gruppen deutlich unter 10%, bei Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien, Portugal und der Türkei hingegen bei 18 bis über 25% (nicht dargestellt).

Zu denken gibt insgesamt, dass gerade jene Medien, die sich für die Verbreitung muttersprachlicher Informationen eignen und hierfür bereits genutzt werden, wie das Internet oder Informationsbroschüren, bislang von den Adressaten nicht in ausreichendem Maße wahrgenommen werden. Eine Strategie, die allein auf diese Medien setzt, kann vor dem Hintergrund der Befragungsergebnisse nur von begrenztem Erfolg sein. Demgegenüber werden als Informationsquellen von den Befragten die traditionellen Massenmedien und der Hausarzt bevorzugt, also jene Quellen, die nur bedingt geeignet sind, den beschriebenen Bedarf an muttersprachlichen Informationen zu decken. Um Internetseiten oder Broschüren als die eigentlichen Quellen muttersprachlicher Informationen bekannt zu machen, sollte deshalb zuvorderst auch auf Massenmedien wie das Fernsehen oder Zeitungen und Zeitschriften zurückgegriffen werden. Gleiche Bedeutung kann der Bekanntmachung über den Hausarzt insbesondere dann zukommen, wenn zielgerichtete Informationen über einen konkreten Behandlungsfall benötigt werden. Darüber hinaus kommen Zugangswege in Betracht, die geeignet sind, Informationen in das direkte Umfeld der betreffenden Personen zu tragen, um sie über den Freundes- und Bekanntenkreis weiterzuverbreiten. Zu nennen sind hier Migrantenorganisationen und kulturelle oder auch religiöse Begegnungsstätten, in denen Migrantinnen und Migranten häufig verkehren. Was die Face-to-face-Beratung angeht, erscheinen zumindest die Beratungsstrukturen der Krankenversicherung als Informationsquellen der Regelversorgung in ihrem Wirkungsgrad ausbaufähig. Hier ist davon auszugehen, dass ausdifferenzierte Informationsstrukturen grundsätzlich zwar flächendeckend gegeben sind, jedoch nur von einer Minderheit der befragten Migranten und Migrantinnen subjektiv als informativ wahrgenommen werden.

Zusätzlich zu diesen allgemeinen Informationen wurde darüber hinaus auch der **Bekanntheitsgrad** des so genannten '**Gesundheitswegweiser Schweiz**' erfasst (Übersicht 6.25), der als umfassende Informationsbroschüre vom Schweizerischen Roten Kreuz und der Caritas

Schweiz im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) in mehreren Sprachen erarbeitet wurde und seit einigen Jahren über verschiedene Kanäle vertrieben wird.

Übersicht 6.25: Bekanntheitsgrad 'Gesundheitswegweiser Schweiz'



Die betreffende Broschüre ist generell weniger als 20% der Befragten bekannt. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind durchaus erwähnenswert. So kennen nahezu 20% der portugiesischen Befragten diese Broschüre, wohingegen nur 11% der tamilischen Befragten der ständigen Wohnbevölkerung und sogar nur 7% der tamilischen Asylsuchenden von diesem Angebot Kenntnis genommen haben. Der vergleichsweise niedrige Bekanntheitsgrad unter Tamilinnen und TAMILen korrespondiert mit der geringeren Bedeutung, die gesundheitsbezogene Informationsbroschüren in dieser Gruppe generell haben. Angesichts der insgesamt eher mittleren Reichweite von Informationsbroschüren als Medien der Gesundheitsinformation ist der Bekanntheitsgrad dieser Broschüre jedoch nicht gering zu schätzen und stellt eine gute Basis für eine sukzessive Ausweitung des Nutzerkreises dieses Angebotes dar.

Die Nutzung von *Informationsquellen bei gesundheitlichen Fragen* wird von Zeitungen und Zeitschriften, dem Fernsehen sowie durch den Hausarzt und den Freundes- und Verwandtenkreis dominiert. Internet und Informationsbroschüren sind von sekundärer Bedeutung und stellen allenfalls Medien mittlerer Reichweite dar. Von nachrangiger Bedeutung sind Selbsthilfegruppen

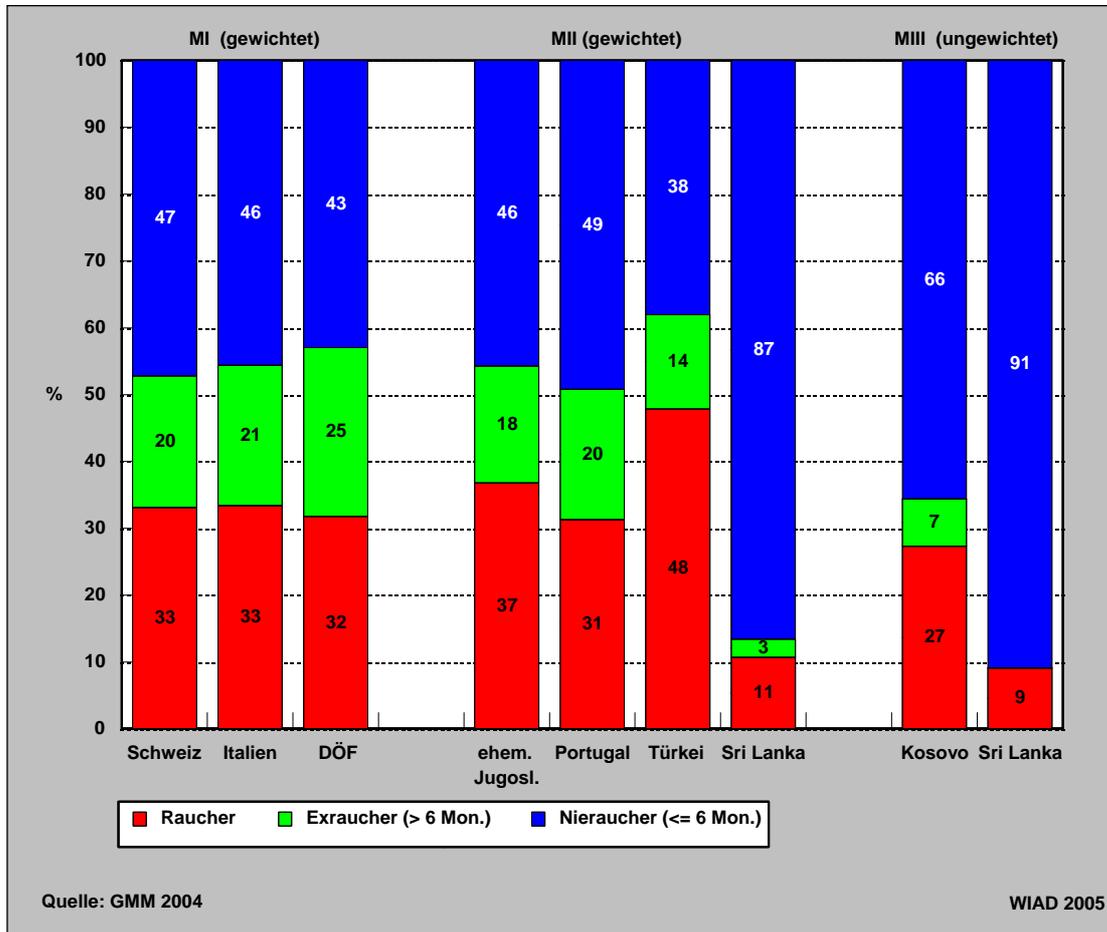
wie auch Face-To-Face-Information oder -Beratung. Damit erscheinen gerade institutionalisierte Beratungsstrukturen ausbaufähig. Internet und Broschüren als jene Medien, mit denen ausführliche Informationen differenziert dargestellt werden können, sollten über die Leitmedien wie auch medizinische und Laienstrukturen stark beworben werden.

6.2 Gesundheitsförderliche und riskante Verhaltensweisen

6.2.1 *Tabakkonsum*

Betrachtet man, wie sich **Raucher, Exraucher und Nieraucher** in den einzelnen Migrantengruppen verteilen, so fallen vor allem die Personen aus der Türkei wie auch aus Sri Lanka ins Auge. Während erstere mit 48% die mit Abstand höchste Quote aktueller Raucher und mit 14% die kleinste Quote an Exrauchern unter den untersuchten Gruppen aufweisen, spielt Rauchen in der Gruppe der Personen aus Sri Lanka nur eine untergeordnete Rolle. Nur ganze 11% der betreffenden Personen aus der ständigen Wohnbevölkerung haben nach eigenen Angaben zum Zeitpunkt der Befragung geraucht (Asylbereich: 9%). Der ganz überwiegende Teil, nämlich 87% der tamilischen Befragten der ständigen Wohnbevölkerung (Asylbereich: 91%) hat hingegen angegeben, noch nie im Leben geraucht zu haben.

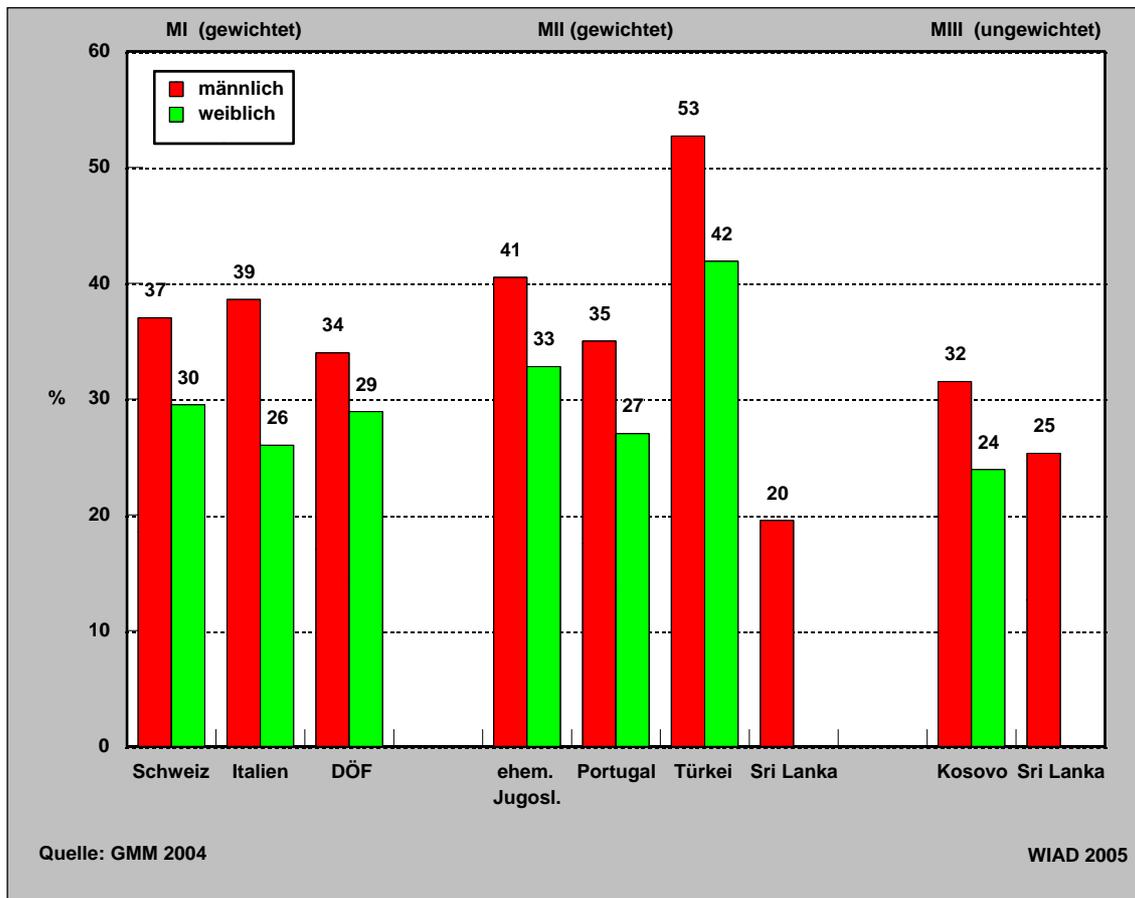
Übersicht 6.26: Status des Tabakkonsums



Die übrigen Gruppen weisen im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung deutlich unauffälliger Werte auf. Schweizerinnen und Schweizer haben zu 33% angegeben, zum Zeitpunkt der Befragung geraucht zu haben. Die Werte der übrigen Gruppen befinden sich auf einem ähnlichen Niveau. Als vergleichsweise leicht erhöht lässt sich mit 37% allenfalls noch die Raucherquote der Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien bezeichnen, während die Kosovo-Albaner aus dem Asylbereich hier mit 27% deutlich unterhalb der Quote der schweizerischen Bevölkerung liegen.

Auch die **geschlechtsspezifische Betrachtung des Tabakkonsums** bestätigt dieses Bild weitgehend (Übersicht 6.27). In allen Gruppen rauchen Männer deutlich häufiger als Frauen. Ansonsten bleibt auch bei geschlechtsspezifischer Betrachtung die grundsätzliche Verteilungsstruktur erhalten, d.h. in beiden Geschlechtern unterscheiden sich die Raucherquoten der Migrantengruppen nicht grundlegend von denen der Schweizer und Schweizerinnen.

Übersicht 6.27: Tabakkonsum nach Geschlecht (Raucher)



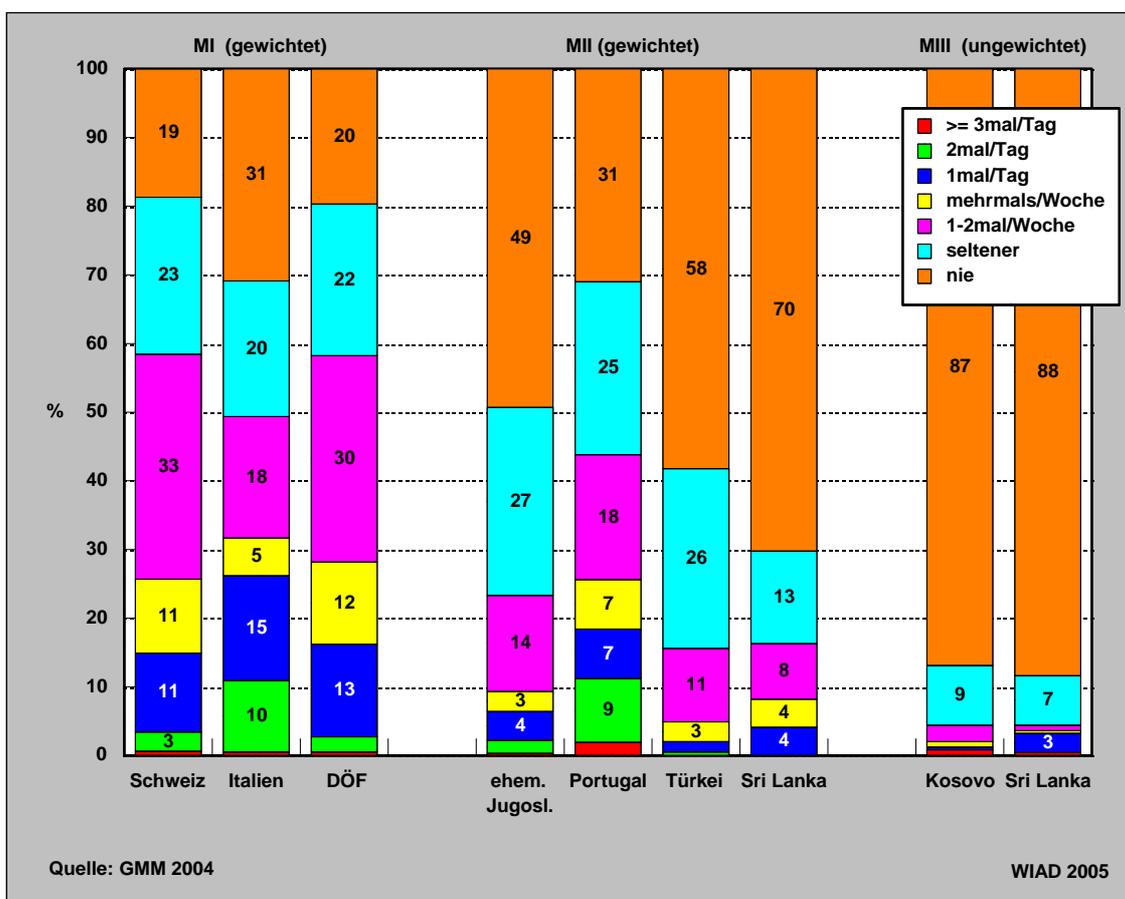
Ausnahme sind wiederum die türkischen und tamilischen Personen. Unter den tamilischen Frauen spielt Rauchen überhaupt keine Rolle, sie sind sowohl in der ständigen Wohnbevölkerung als auch im Asylbereich zu 100% Nieraucherinnen. Bei den Türkinnen bestätigt sich das Gesamtbild. Mit 42% weisen die Türkinnen die höchste Raucherinnenquote aller weiblichen Befragten auf. Bei den Männern liegt die Quote aktueller Raucher sogar bei 53%, sodass die türkischen Männer die einzige Gruppe überhaupt darstellen, in der die Mehrheit der Befragten angegeben hat, zum Zeitpunkt der Erhebung zu rauchen.

Im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung fallen beim Tabakkonsum nur zwei Migrantengruppen besonders ins Auge. Eine stark erhöhte Raucherquote weisen die türkischen, eine sehr niedrige hingegen die tamilischen Befragten auf. Der Tabakkonsum der verbleibenden Gruppen unterscheidet sich nur wenig von der der schweizerischen Bevölkerung. Geschlechtsspezifisch zeigt sich, dass Frauen seltener rauchen als Männer. Die Unterschiede unter den Gruppen bleiben jedoch davon unbesehen erhalten.

6.2.2 Alkoholkonsum

Beim **Konsum alkoholischer Getränke** zeigt sich zunächst ein eindeutiges Bild. Alle Migrantengruppen weisen höhere Abstinenzquoten auf als die schweizerische Bevölkerung. Allerdings sind die Unterschiede zwischen den Migrantengruppen teilweise bedeutsamer als die prinzipielle Unterscheidung zwischen schweizerischer und nicht schweizerischer Bevölkerung.

Übersicht 6.28: Alkoholkonsum

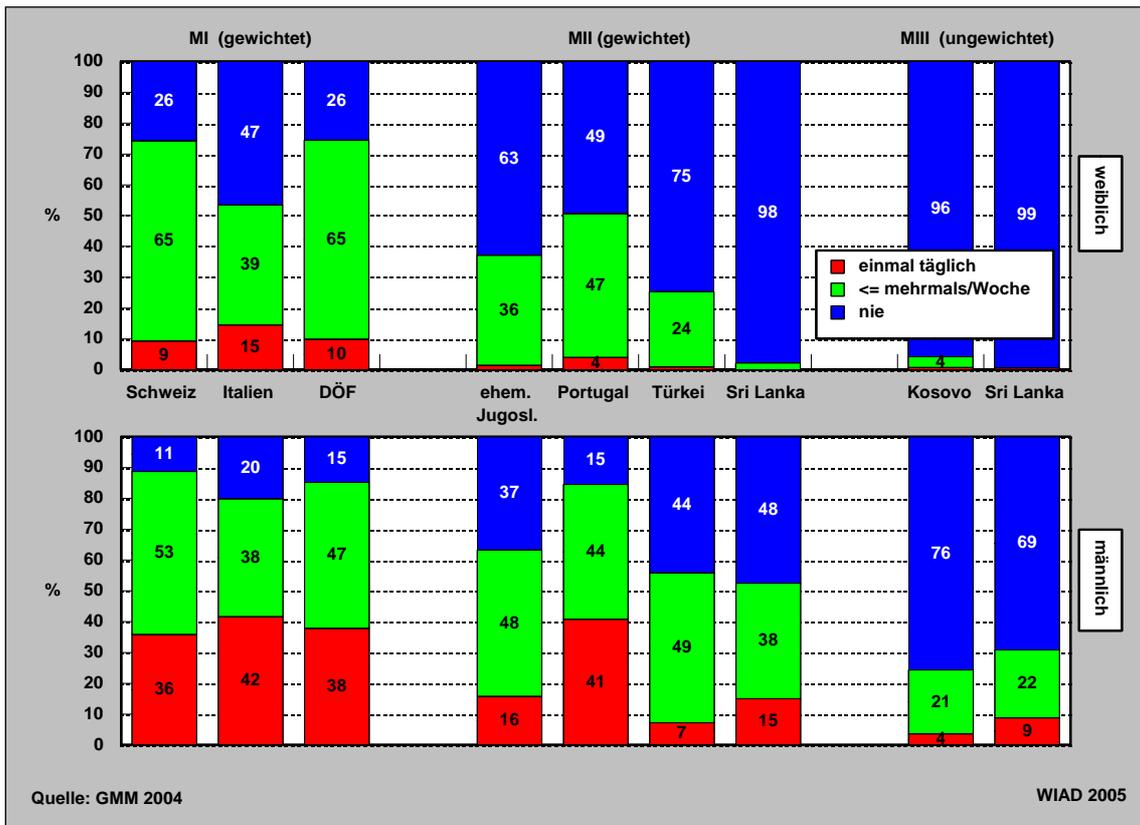


Betrachtet man ausschließlich die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz, so lassen sich grob drei Gruppen unterscheiden. Schweizerinnen und Schweizer sowie Personen aus Österreich, Frankreich und Deutschland weisen mit etwa 20% die geringsten Anteile an Personen auf, die angegeben haben, generell keinen Alkohol zu trinken. Die Quote derjenigen, die jeden Tag Alkohol trinken, liegt hier bei etwa 15%. Italiener und Portugiesen als zweite Gruppe weisen mit gut 30% deutlich höhere Anteile abstinenter Personen auf. Andererseits ist in dieser Gruppe auch der Anteil jener am höchsten, die nach eigenen Angaben täglich einmal oder mehrmals Alkohol konsumieren. Er liegt bei einem Viertel bei den Italienern und Italienerinnen und bei etwa 18% unter den portugiesischen Befragten. Die dritte Gruppe umfasst jene Befragten mit

vergleichsweise hohen Anteilen abstinenten Personen und niedrigen Anteilen an Befragten, die täglich Alkohol trinken. Hierzu gehören mit Einschränkung die Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien, besonders jedoch aus der Türkei sowie die tamilischen Befragten. Die Quote der Abstinente liegt bei den Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien bei immerhin fast 50%, bei den Türcinnen und Türken bei 58% und bei 70% unter den Tamilen und Tamilinnen. Gleichzeitig ist der Anteil derer, die täglich Alkohol konsumieren in allen drei Gruppen vergleichsweise sehr gering und liegt zwischen 2% und 6%. Am höchsten sind die Abstinenzanteile über diese drei Gruppen hinaus unter den Personen aus dem Asylbereich. Beide Gruppen, Albaner und Tamilen, haben zu 87% bzw. zu 88% angegeben, nie Alkohol zu trinken.

In Übersicht 6.29 sind die Häufigkeitskategorien des **Alkoholkonsums** stärker aggregiert und **geschlechtsspezifisch** dargestellt. Wie beim Tabakkonsum auch neigen Frauen generell in deutlich geringerem Ausmaß zum Alkoholkonsum als Männer. Der Anteil alkoholabstinenten Frauen ist deutlich höher als jener alkoholabstinenten Männer und damit korrespondierend ist der Prozentsatz an Männern, die angegeben haben, täglich einmal oder häufiger Alkohol zu konsumieren um mindestens das Dreifache erhöht.

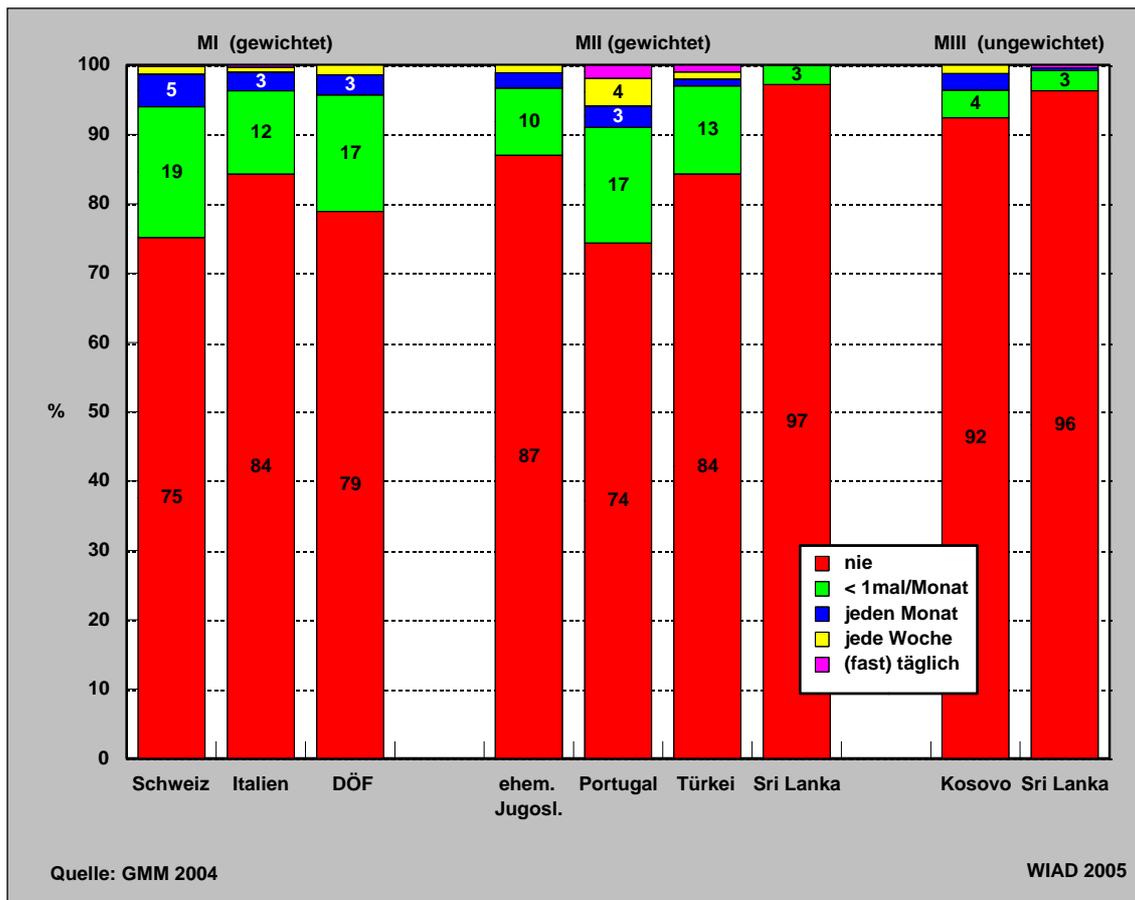
Übersicht 6.29: Alkoholkonsum nach Geschlecht



Ansonsten zeigen sich geschlechtsspezifisch weitgehend die gleichen Muster wie in Übersicht 6.30. Aus dem Rahmen fallen vor allem die Portugiesinnen, bei denen der Anteil an täglich alkoholtrinkenden Frauen mit 4% sehr niedrig liegt und bei weitem nicht, wie bei den Männern, das Niveau der italienischen Befragten erreicht. Zudem fällt auf, dass die Tamilinnen generell fast überhaupt keinen Alkohol trinken. Im Asylbereich hat nur ein knappes Prozent der Tamilinnen angegeben, überhaupt gelegentlich Alkohol zu konsumieren, in der ständigen Wohnbevölkerung waren dies gut 2%. Auch bei den Personen des Asylbereiches, die aus dem Kosovo stammen, liegt die Abstinenzquote nach Angaben der Befragten sehr hoch. Bei den Frauen liegt sie bei 96%, bei den Männern bei 76% und damit auch deutlich über jener der Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien, die der ständigen Wohnbevölkerung zuzurechnen sind.

Betrachtet man die Häufigkeit, in der die Befragten nach eigenen Angaben deutlich über ein Normalmaß hinaus trinken, d.h. mehr als 8 (Männer) bzw. 6 (Frauen) Gläser Alkohol auf einmal (**Rauschtrinken**), so bestätigt sich das gewonnene Bild (Übersicht 6.30).

Übersicht 6.30: Rauschtrinken (>= 6 Gläser/Frauen, >= 8 Gläser/Männer)



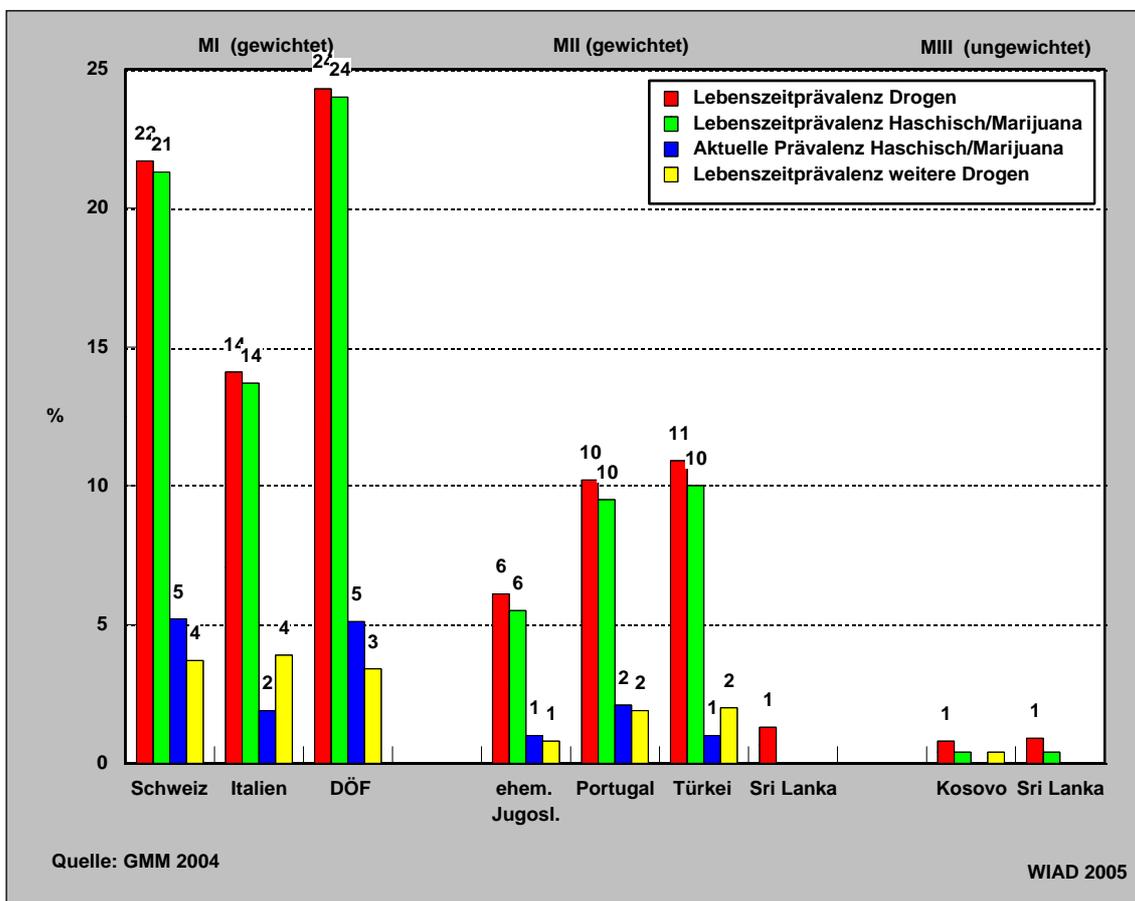
Der Anteil derjenigen, die überhaupt zum Rauschtrinken neigen, liegt in fast allen Migrantengruppen deutlich unterhalb von 20% und damit auch unterhalb der Quote der Schweizerinnen und Schweizer, bei denen etwa 25% der Befragten zumindest gelegentlich zum Rauschtrinken neigen. Ausnahmen sind vor allem die portugiesischen Befragten, bei denen der entsprechende Anteil bei gut einem Viertel und damit so hoch wie bei den Schweizerinnen und Schweizern liegt. Als einzige aller Gruppen weisen diese Personen mit etwa 6% auch einen nennenswerten Anteil an Befragten auf, die dies mindestens einmal in der Woche tun, während dieser Anteil ansonsten deutlich darunter liegt. Zudem unterscheiden sich die Portugiesinnen in Bezug auf das Rauschtrinken nicht von ihren Landsmännern. Zwar kommt ein solcherart definierter Alkoholkonsum bei ihnen, wie in allen anderen Gruppen auch, deutlich seltener vor als bei den Männern, aber die Portugiesinnen weisen ansonsten mit einem Anteil von knapp 3% den im Vergleich zu allen anderen Gruppen mit Abstand höchsten Anteil an Frauen auf, die mindestens einmal in der Woche sechs Gläser Alkohol oder mehr trinken.

Beim *Alkoholkonsum* fallen unter Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung höhere Abstinenzquoten ins Auge. Allerdings sind die Unterschiede zwischen den Migrantengruppen ebenso relevant. Italienische und portugiesische Befragte weisen zwar höhere Abstinenzquoten als schweizerische Befragte auf, unter ihnen finden sich aber gleichzeitig die höchsten Anteile an Personen die täglich Alkohol konsumieren. Hohe Abstinenzanteile und vergleichsweise geringe Anteile täglich bzw. überhaupt Alkohol trinkender Personen weisen demgegenüber Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien, der Türkei und ganz besonders aus Sri Lanka auf. Frauen neigen generell in deutlich geringerem Ausmaß zum Alkoholkonsum.

6.2.3 Drogenkonsum

Der **Drogenkonsum** der Befragten wird im Folgenden eingeteilt in den unspezifischen Konsum von Drogen im Allgemeinen und den Cannabiskonsum wie auch den Konsum weiterer Drogen im Besonderen. Grundsätzlich wird die Lebenszeitprävalenz berichtet, d.h. der Anteil derjenigen Befragten, die nach eigenen Angaben jemals Drogen im Allgemeinen bzw. Cannabis oder weitere Drogen konsumiert haben. Des Weiteren wird für Cannabis auch die aktuelle Prävalenz berichtet, mit Hilfe derer gegenwärtig konsumierende Personen von ehemaligen Konsumenten getrennt werden.

Übersicht 6.31: Drogenkonsum



Gemäß den Angaben der Befragten liegen die Prävalenzen des Drogenkonsums in allen nahezu Migrantengruppen durchweg unter denen der schweizerischen Bevölkerung. Eine Ausnahme bilden die Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich, die bei der Lebenszeitprävalenz des Drogenkonsums im Allgemeinen und von Cannabis mit knapp einem Viertel der Befragten die höchsten Werte aufweisen. Die entsprechenden Prävalenzen der Italiener und Italienerinnen liegen um mehr als fünf Prozentpunkte unterhalb der Werte in der schweizerischen

Bevölkerung und um etwa 10 Prozentpunkte unterhalb jener der Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich. Alle weiteren Migrantengruppen liegen mit ihren Quoten nochmals deutlich darunter.

Insgesamt fällt auf, dass die Lebenszeitprävalenz für Drogen im Allgemeinen kaum höher liegt als die Lebenszeitprävalenz für Cannabis. Dies ist ein Zeichen dafür, dass es kaum Drogenkonsumenten gibt, die noch nie Cannabis, dafür aber andere Drogen konsumiert haben. Die aktuelle Cannabisprävalenz fällt jedoch deutlich geringer aus als die Lebenszeitprävalenz. Sie liegt nach Angaben der Befragten bei 5% in der schweizerischen Bevölkerung und bei den Personen aus Österreich, Frankreich und Deutschland und in den übrigen Migrantengruppen bei maximal 2%. Ähnlich ist das Bild in Bezug auf die Lebenszeitprävalenz weiterer Drogen. Auch hier liegen die meisten Migrantengruppen mit wiederum allenfalls 2% deutlich unterhalb der schweizerischen Bevölkerung. Ausnahme sind wiederum die Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich und diesmal auch die italienischen Befragten, die mit etwa 4% die gleiche Lebenszeitprävalenz aufweisen wie die Schweizerinnen und Schweizer.

Keine Rolle spielt der Drogenkonsum bei den Personen aus dem Asylbereich und den familiären Befragten der ständigen Wohnbevölkerung. Zu beachten ist hier jedoch, dass das Erfassen justiziabler Praktiken unter Personen, die einen gesicherten Aufenthalt in der Schweiz anstreben, keine verlässlichen Ergebnisse erbringen kann. Dies gilt mit Einschränkungen auch für die Personen der ständigen Wohnbevölkerung die, ob begründet oder nicht, in Bezug auf kriminelle Handlungen häufig um ihre Aufenthaltsberechtigung fürchten.

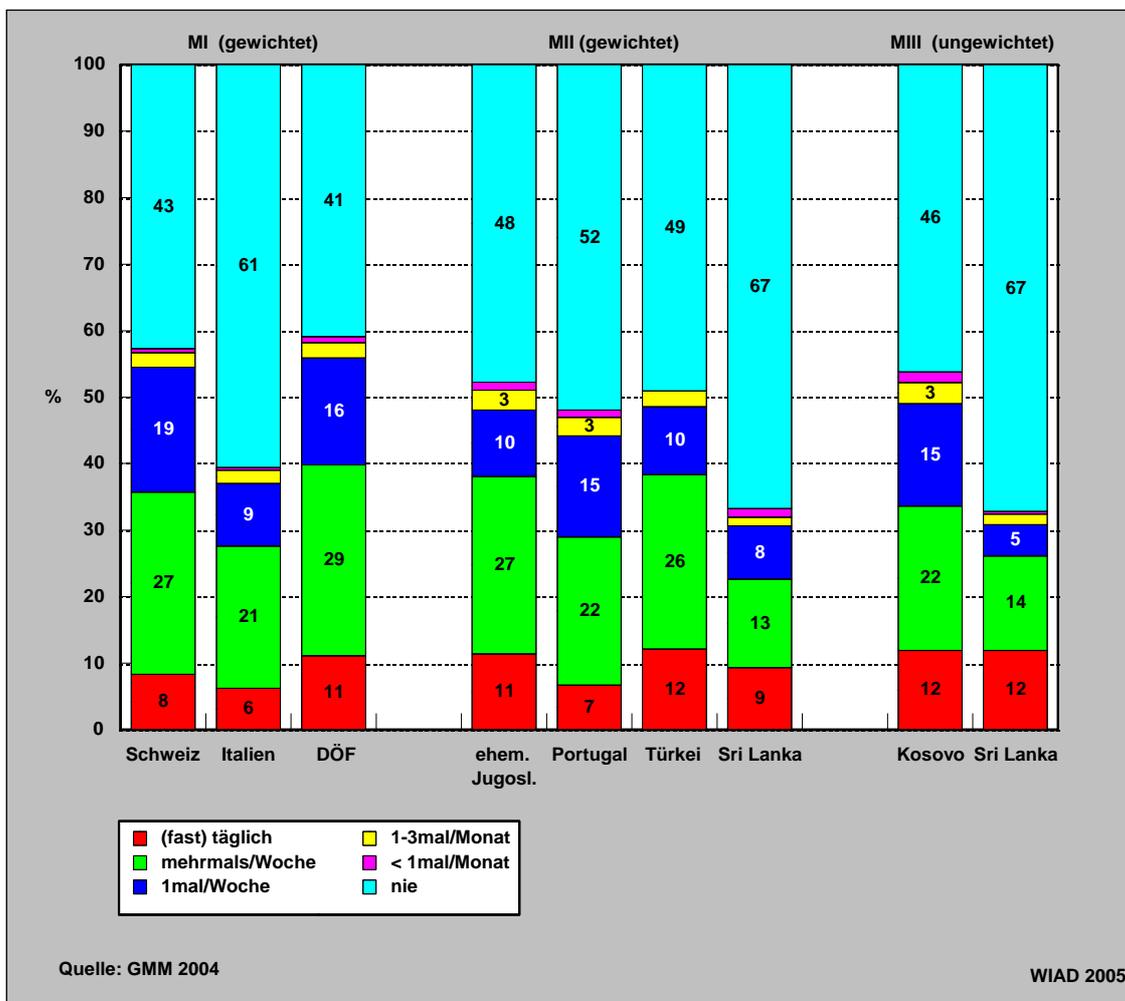
Gemessen an den Angaben der Befragten weisen schweizerische sowie deutsche, österreichische und französische Befragte die höchsten Quoten an Personen auf, die schon einmal *Drogen* konsumiert haben. Unter den italienischen Befragten findet sich in den verbleibenden Gruppen der höchste Anteil an Drogenkonsumenten. Befragte aus Sri Lanka können quasi als drogenabstinent eingestuft werden. Allerdings ist generell zu konstatieren, dass die Daten zum Drogenkonsum unter den Vorbehalt mangelnder Verlässlichkeit zu stellen sind.

6.2.4 Sport

Beim **Sporttreiben** fällt ins Auge, dass die Befragten generell entweder regelmäßig einmal in der Woche oder häufiger Sport treiben oder sich überhaupt nicht sportlich betätigen. Unregelmäßiges Sporttreiben, also maximal dreimal im Monat oder seltener, spielt in allen Gruppen eine untergeordnete Rolle. Betrachtet man in Übersicht 6.32 zunächst die Anteile der sportabstinenten Personen, so fällt auf, dass der entsprechende Anteil bei Migrantinnen und Migranten grundsätzlich höher liegt als mit 43% in der schweizerischen Bevölkerung. Ausnahme sind die Personen aus Österreich, Frankreich und Deutschland, bei denen die entsprechende Quote sogar nur bei etwa 41% liegt. Auffallend hoch ist der Anteil von Personen, die keinen Sport treiben mit über 60% vor allem bei den italienischen und tamilischen Befragten. Aber auch in den

übrigen Gruppen liegt der entsprechende Wert um 5 bis 10 Prozentpunkte über dem Ergebnis der Schweizerinnen und Schweizer.

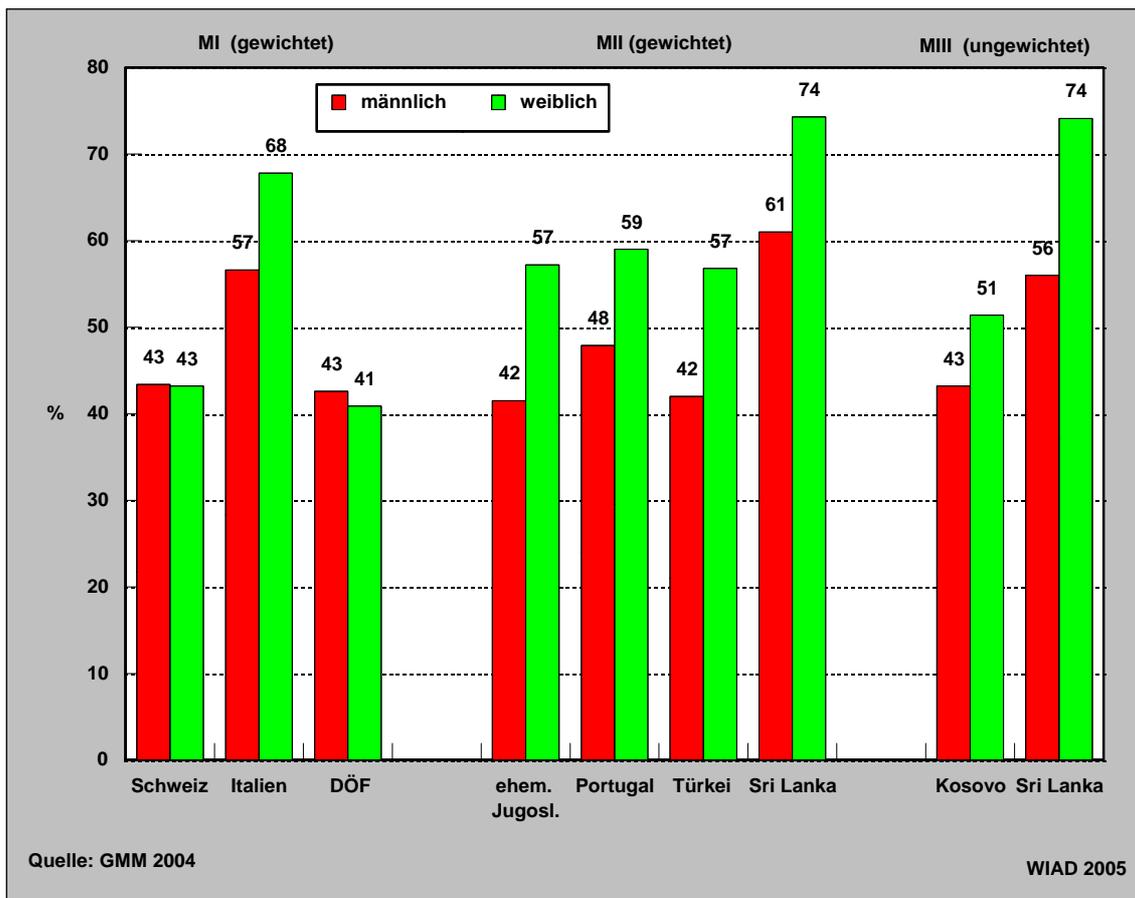
Übersicht 6.32: Gymnastik, Fitness oder Sport



Weiterhin ist auffällig, dass insbesondere bei den Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und den türkischen Befragten die höhere Quote Sportabstinenten vor allem auf Kosten derjenigen Personen zu Buche schlägt, die regelmäßig einmal in der Woche Sport treiben. Diese Gruppe fällt unter den genannten Staatsangehörigkeiten deutlich geringer aus als in der schweizerischen Bevölkerung oder bei den Personen aus Österreich, Frankreich und Deutschland. Demgegenüber liegt die Quote derjenigen, die mehrmals die Woche oder sogar täglich Sport treiben, bei den Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei sogar um einige Prozentpunkte über jener in der schweizerischen Bevölkerung.

In Übersicht 6.33 zeigt sich anhand der **geschlechtsspezifischen sportlichen Inaktivität** zudem, dass sportliche Aktivitäten häufiger von Männern als von Frauen ausgeübt werden und ebenso, dass die Unterschiede zwischen der schweizerischen Bevölkerung und den Migranten in einigen Gruppen vor allem einem geringeren Sportengagement der Migrantinnen im Vergleich zu den Schweizerinnen geschuldet sind.

Übersicht 6.33: Sportabstinenz nach Geschlecht



Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus der Türkei weisen gegenüber Männern mit schweizerischer Staatsangehörigkeit mit 42% sogar geringfügig niedrigere Anteile an Personen auf, die nie Sport treiben. Auch Portugiesen liegen mit 5 Prozentpunkten nur maßvoll über den Werten der schweizerischen Männer. Dabei zeigen die Auswertungen über Übersicht 6.33 hinaus auch, dass Sport unter nicht schweizerischen Männern stärker ein Phänomen jüngerer Altersgruppen ist. Besonders in den genannten Migrantengruppen treiben vor allem die Männer zwischen fünfzehn und Mitte zwanzig deutlich häufiger Sport als die schweizerischen Männer. In den höheren Altersgruppen verkehrt sich dieses Verhältnis jedoch ins Gegenteil. Insgesamt aus dem Rahmen fallen in Übersicht 6.33 vor allem die tamilischen Männer, unter denen in

beiden Gruppen, also in der ständigen Wohnbevölkerung wie auch im Asylbereich, weit mehr als die Hälfte angeben, keinen Sport zu treiben.

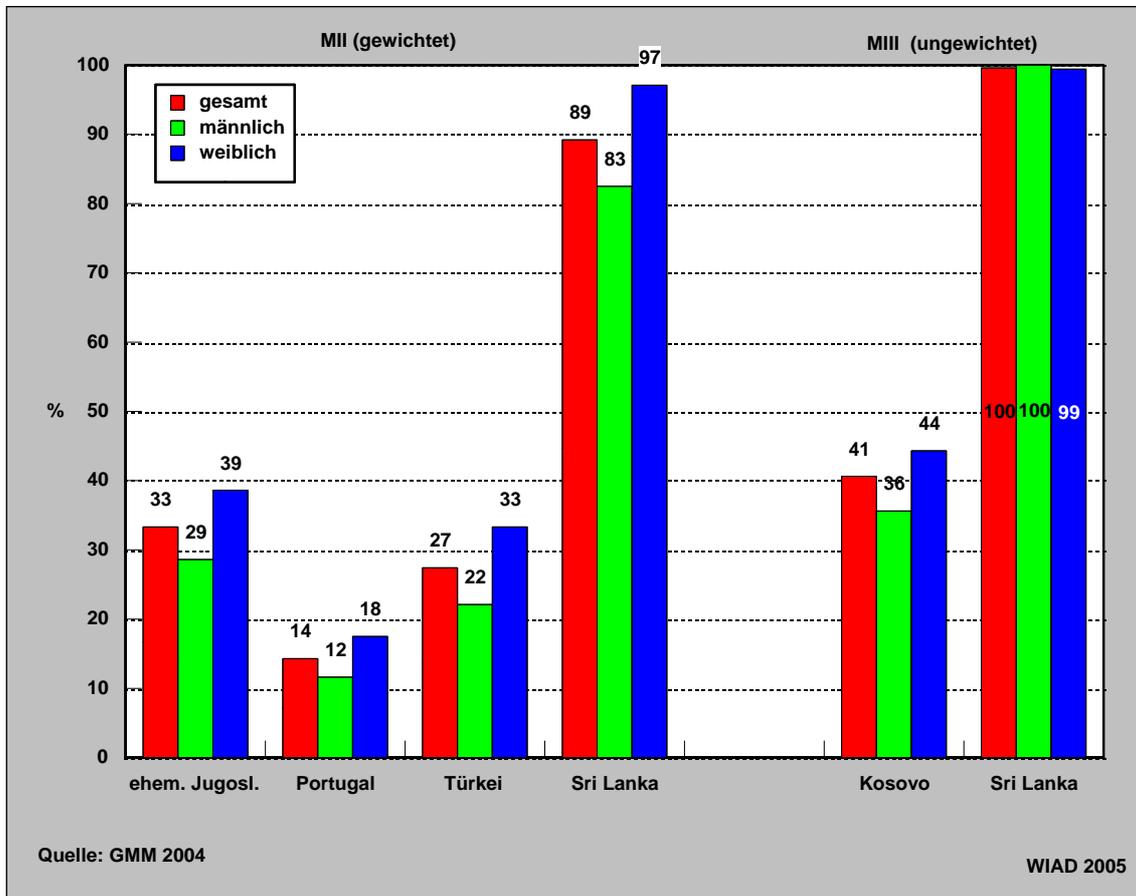
Bei den Frauen fällt das Bild dagegen weitaus deutlicher aus. Schweizerische Frauen weisen nahezu dieselbe Quote an sportabstinenten Personen auf wie ihre Landsmänner, eine Gleichverteilung, die man sonst nur noch bei den Personen aus Österreich, Frankreich und Deutschland findet. In allen anderen Migrantengruppen treiben deutlich mehr als die Hälfte der befragten Frauen überhaupt keinen Sport. Unter den Tamilinnen sind dies fast drei Viertel aller Frauen, bei den Italienerinnen immerhin 68% und alle übrigen Migrantinnen liegen etwa 10 bis 15 Prozentpunkte darunter.

Was das *Sporttreiben* angeht, so sind die Quoten sportabstinenten Personen in der Migrationsbevölkerung höher als unter Schweizerinnen und Schweizern. Einzige Ausnahme bilden die Personen aus Österreich, Frankreich und Deutschland. Allerdings geht die höhere Sportabstinentenz besonders unter türkischen und ehemaligen jugoslawischen Befragten vor allem auf Kosten des Anteils mäßig viel Sport treibender Personen. Die Anteile täglich oder mehrmals in der Woche Sport treibender Personen liegen in diesen Gruppen dagegen sogar etwas höher als in der schweizerischen Bevölkerung. Migrantinnen treiben deutlich seltener Sport als Migranten. Während Migranten mit Ausnahme der italienischen und tamilischen Männer in etwa so häufig sportlich abstinent sind wie Schweizer, trifft dies bei den Frauen nicht zu.

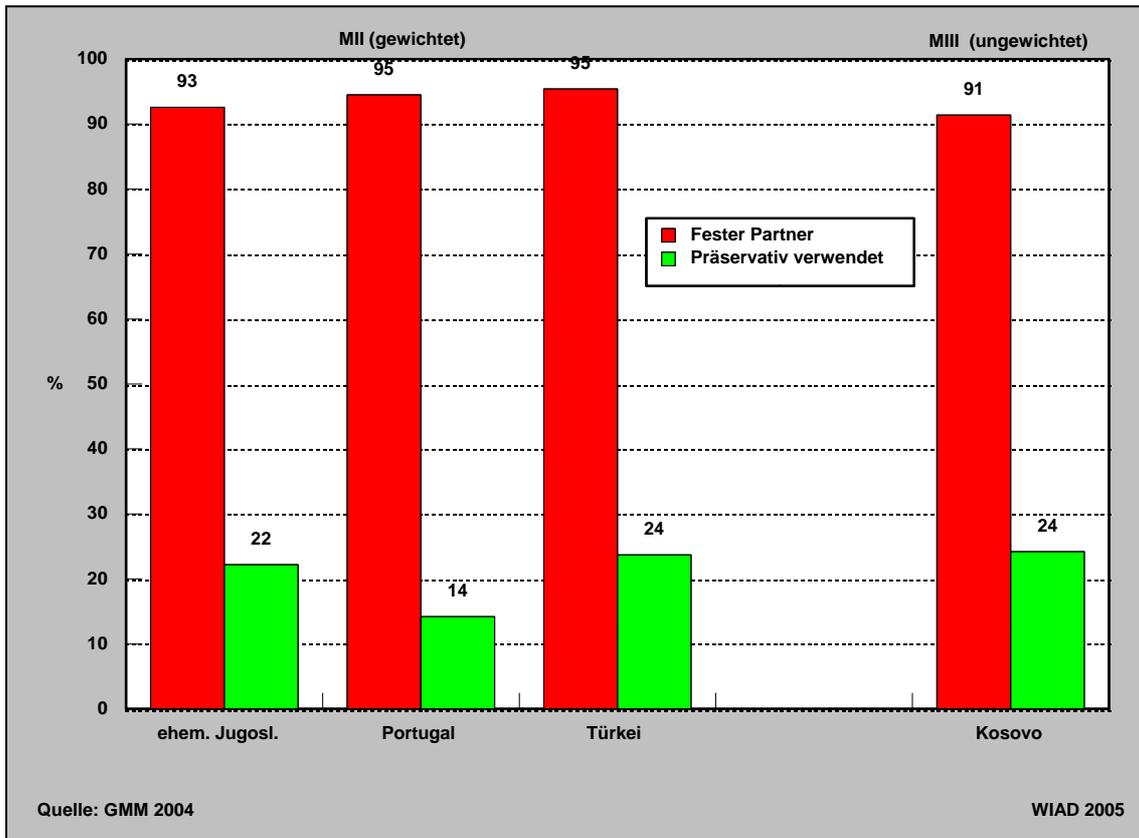
6.2.5 Sexualverhalten

Fragen zum Sexualverhalten waren in der vorliegenden Untersuchung ein Zusatzblock, der in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2002 nicht erhoben wurde. Deshalb liegen für Personen aus der Schweiz und Italien sowie aus Deutschland, Österreich und Frankreich keine vergleichbaren Informationen vor. Da Sexualität zumindest in einigen Migrantengruppen ein stark tabuisiertes Thema darstellt, wurde unter anderem auch auf anraten externer Experten eine Frage vorgeschaltet, die erfasst, ob die befragten Personen überhaupt bereit wären, Fragen zu diesem Themenkomplex zu beantworten. Damit sollte vor allem auch ein übermäßiger Abbruch von Interviews vermieden werden, der die Repräsentativität zumindest einiger Substichproben stark gefährdet hätte. Die **Verweigerungsquoten** in Bezug auf **Fragen zur Sexualität**, die insgesamt, besonders jedoch in der tamilischen Bevölkerung zu verzeichnen sind, bestätigen das gewählte Vorgehen und die ursprünglichen Befürchtungen (Übersicht 6.34)

Übersicht 6.34: Verweigerung von Fragen zur Sexualität nach Geschlecht



Übersicht 6.35: Verhalten beim letzten Sexuakontakt



Die ganz überwiegende Mehrheit der Befragten, welche die Fragen zur Sexualität beantwortet haben, hatten ihren letzten Sexuakontakt mit einem festen Lebenspartner. Bei allen Gruppen sind dies über 90% der Befragten. Nicht dargestellt ist in Übersicht 6.35, dass dieser Anteil bei den Frauen gegen 100% tendiert und bei den Männern um die 90% pendelt. Angesichts dieser hohen Werte ist es nicht anders zu erwarten, als dass nur eine Minderheit der antwortenden Personen beim letzten Sexuakontakt ein Präservativ verwendet hat. In allen Gruppen liegen die entsprechenden Anteile unterhalb von 25%. Die dargelegten Ergebnisse ziehen den Versuch, ein Thema wie Sexualität in einer telefonischen Umfrage zum Forschungsgegenstand zu machen insgesamt stark in Zweifel.

Die Ergebnisse zum *Sexualverhalten* sind aufgrund hoher gruppenspezifischer Verweigerungsquoten stark verzerrt bzw. im Falle der tamilischen Befragten nicht verwertbar. Es wird jedoch deutlich, dass die ganz überwiegende Mehrheit der Befragten den letzten Sexuakontakt mit einem festen Partner vollzogen hat und aus diesem Grund nur von einer Minderheit die Notwendigkeit gesehen wurde, ein Präservativ zu verwenden.

7. Zusammenfassung

Soziale Lage und Soziodemographie

Die Ergebnisse zu **allgemeinen Aspekten der sozialen Lage** zeigen zunächst bei der Verteilung nach *Geschlecht* für die Migrantinnen und Migranten der ständigen Wohnbevölkerung erwartungsgemäß einen Männerüberschuss, vor allem bei der italienischen Wohnbevölkerung, während unter den befragten Asylsuchenden der Frauenanteil höher ist. Hinsichtlich des *Alters* der schweizerischen Bevölkerung am ähnlichsten, d.h. im Mittel relativ alt, ist die italienische Wohnbevölkerung, gefolgt von der französischen, deutschen und österreichischen Bevölkerung. Bei allen übrigen Gruppen dominieren deutlich die Jüngeren, d.h. die 15 bis 38-Jährigen. Mit größeren Minderheiten Älterer, d.h. 51 bis 74-Jähriger, ist die Altersverteilung in der ehemaligen jugoslawischen bzw. türkischen Bevölkerung breiter gestreut als in der portugiesischen und tamilischen Wohnbevölkerung, wo nur kleine Gruppen in dieser Kategorie vertreten sind. Die Asylsuchenden sind differenziert. Während die albanische Gruppe der portugiesischen und der tamilischen Wohnbevölkerung ähnelt, ist die Gruppe der Älteren bei tamilischen Asylsuchenden noch höher als bei der ehemaligen jugoslawischen bzw. türkischen Wohnbevölkerung und somit die gesamte Gruppe sehr breit, beinahe polarisiert strukturiert.

Die Migrantinnen und Migranten sind ganz überwiegend zumindest teilweise durch *Schulbesuch außerhalb der Schweiz* geprägt. Die Sozialisationsprozesse dort waren für die portugiesische und die türkische Gruppe vergleichsweise kurz und für die beiden tamilischen eher lang, während die *Jahre dieses Schulbesuchs* in der ehemaligen jugoslawischen und der albanischen Gruppe breiter streuen. Im Hinblick auf *Schulabschlüsse außerhalb der Schweiz* relativ gut vergleichbar sind die Migranten und Migrantinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien, der Türkei und Portugal. Bei diesen Gruppen steigt der Anteil derer mit maximal Pflichtschulabschluss von etwa der Hälfte über deutlich mehr als die Hälfte auf gut zwei Drittel. Umgekehrt verringert sich die Gruppe der höher Qualifizierten von knapp vier von zehn über knapp ein Viertel auf ein Achtel. Eingeschränkt vergleichbar sind die beiden tamilischen Gruppen, da sie seltener vor dem Schulabschluss das Land verließen. Sie ähneln ansonsten bei der höheren Bildung der türkischen und bei der geringeren der portugiesischen Gruppe. Kaum vergleichbar sind albanische Asylsuchende, da sie umgekehrt sehr häufig vor dem Abschluss das Land verließen.

Große Mehrheiten der Befragten haben keine *Ausbildung bzw. kein Studium außerhalb der Schweiz* abgeschlossen; Zahlen zu der *Art dieser Ausbildung* betreffen also nur jeweils Minoritäten. Innerhalb dieser Gruppen überwiegt bei fast allen die berufliche Bildung, bei türkischen, ehemaligen jugoslawischen und portugiesischen Befragten insbesondere in Form berufsbildender Schulen, bei der tamilischen Wohnbevölkerung in Form überwiegend längerer betrieblicher Ausbildung. Dazu nennen größere Minderheiten der türkischen und ehemaligen jugoslawischen und kleine Minderheiten der portugiesischen Befragten sowie der tamilischen Wohnbevölkerung einen Hochschulabschluss.

Die Bildungsbeteiligung im Hinblick auf eine *Ausbildung oder einen Schulbesuch nach der obligatorischen Schule in der Schweiz* ist bei französischen, deutschen und österreichischen Migranten und Migrantinnen noch höher als bei Autochthonen, liegt aber bei der italienischen Wohnbevölkerung, wo gut die Hälfte eine solche absolvierte, deutlich darunter. Unter der ehemaligen jugoslawischen, portugiesischen und türkischen Bevölkerung, die allerdings zum Großteil keine Schule in der Schweiz besuchte, gilt dies sogar nur für ein Fünftel und für die albanische und die tamilischen Gruppen nur für kleine Minderheiten. Die *Art dieser nachobligatorische Ausbildung* zeigt wieder ein höheres Qualifikationsprofil der französischen, deutschen und österreichischen Bevölkerung gegenüber der schweizerischen. Die zur Hälfte an dieser Ausbildung partizipierende italienische Wohnbevölkerung gleicht in der Berufsausbildung der schweizerischen, ist aber seltener höher qualifiziert. Die Minderheiten der partizipierenden übrigen Gruppen beschränken sich weitestgehend auf berufliche Bildung, mit einer absteigenden Rangfolge von der türkischen über die ehemalige jugoslawische zur portugiesischen.

Die Zusammenfassung der *Bildungsabschlüsse* bestätigt diese Ergebnisse. Danach liegt die deutsche, französische und österreichische Wohnbevölkerung vor der schweizerischen. Klar dahinter folgt die italienische vor der ehemaligen jugoslawischen, portugiesischen, türkischen und tamilischen Wohnbevölkerung. Albanische und tamilische Asylsuchende stehen am Ende. *Geschlechtsspezifisch* ist mit Ausnahme der tamilischen Wohnbevölkerung das Bildungsniveau der Frauen, insbesondere der Albanerinnen, generell geringer als das der Männer.

Die ausländische Wohnbevölkerung ist wie die schweizerische deutlich überwiegend *erwerbstätig*, während dies nur für große Minderheiten der Asylsuchenden gilt. Im Hinblick auf die *soziale Stellung der Erwerbstätigen* ist die Migrationsbevölkerung zu vier Fünfteln bis nahezu ausschließlich angestellt, nennenswerte Minoritäten Selbstständiger umfassen nur italienische sowie deutsche, österreichische und französische Befragte. Bei der *beruflichen Stellung der Angestellten* zeigen sich letztere vor allem wegen ihres größeren Anteils in der obersten Kategorie höher positioniert als die schweizerische Bevölkerung. Die italienische liegt hingegen deutlich darunter, wegen eines stärkeren Anteils unterer und mittlerer Kader aber ihrerseits über den übrigen Migranten und Migrantinnen. Diese sind gemeinsam mit den italienischen in erhöhtem Maße durch einfache Angestellte charakterisiert, welche die tamilischen Gruppen nahezu völlig dominieren. Die gehobene soziale Lage der deutschen, österreichischen und französischen Bevölkerung sowie danach der Autochthonen wird durch erhöhte Anteile in den *Branchen* Gesundheit, Lehre, Kultur und Wissenschaft bzw. Management, Administration, Banken, Versicherungen, Justiz deutlich. Eine beachtliche Minorität italienischer Befragter im letztgenannten Bereich zeigt die Sonderstellung dieser Gruppe, welche ihren Schwerpunkt in Produktion in Industrie und Gewerbe (ohne Bau) hat, ebenso wie die ehemalige jugoslawische und vor allem die türkische. Schwerpunkte bei Gastgewerbe und persönlichen Dienstleistungen nennen albanische und portugiesische Befragte, vor allem aber mit deutlichen Mehrheiten beide tamilischen Gruppen. Die *Arbeitszeit* ausländischer *Angestellter* liegt etwa zwischen 34 und 38 Stunden pro Woche, ähnlich wie die der schweizerischen.

Nicht-Erwerbstätige geben, sofern sie *früher* beschäftigt waren, als *soziale Stellung* in der Regel deutlich überwiegend an, angestellt gewesen zu sein. Jedoch waren unter ex-jugoslawischen, portugiesischen und türkischen Befragten größere Minderheiten nie erwerbstätig, in der famili-schen Wohnbevölkerung gilt dies für mehr als die Hälfte und bei Asylsuchenden insgesamt ganz überwiegend.

Im Hinblick auf die *Haushaltsgröße* leben schweizerische sowie deutsche, österreichische und französische Befragte vorwiegend in Ein- und Zwei-Personen-Haushalten. Italiener und Italiene-rinnen geben als Schwerpunkt Zwei-Personen-Haushalte, dazu Ein-Personen- und, wie die übrigen ausländischen Gruppen, auch vermehrt Drei- und Vier-Personen-Haushalte an. Letzte-re sind, in unterschiedlicher Gewichtung, die wichtigste Haushaltsgröße für alle weiteren aus-ländischen Gruppen, wobei tamilische Asylsuchende sehr heterogen strukturiert sind. Eine Ausnahme bilden albanische Asylsuchende, welche in erhöhtem Maße in Fünf-Personen- und noch größeren Haushalten leben.

Gruppiertes wie durchschnittliches Äquivalenzeinkommen zeigen ein klares Gefälle von der deutschen, österreichischen und französischen Bevölkerung über die schweizerische zu allen übrigen ausländischen Gruppen, die deutlich niedriger positioniert sind. Hier rangieren italien-ische Befragte vor portugiesischen und ehemaligen jugoslawischen, diese vor türkischen und letztere vor tamilischen. Nochmals darunter finden sich albanische Asylsuchende.

Gemessen über einen *zusammenfassenden Schichtindikator* wird eine sozialstrukturelle Positi-on der deutschen, österreichischen und französischen Bevölkerung sichtbar, die über der der Autochthonen liegt. Demgegenüber sind alle übrigen Migranten darunter positioniert, mit mehr oder weniger großen Schwerpunkten in den unteren Schichten, dabei die italienische Bevölke-rung gefolgt von der ehemaligen jugoslawischen an der Spitze der Skala, daran anschließend die portugiesische und türkische Gruppe, an vorletzter Position tamilische Wohnbevölkerung und albanische Asylsuchende und zuletzt tamilische Asylsuchende.

Während im Hinblick auf den *Zivilstand* über die Hälfte der Befragten verheiratet ist, sind, mit Ausnahme der der schweizerischen Bevölkerung ähnlichen deutschen, österreichischen und französischen Wohnbevölkerung, Migrantinnen und Migranten häufiger verheiratet und seltener ledig. Abgesehen von der deutschen, österreichischen und französischen Bevölkerung, bei der die Hälfte *Kinder* hat, gibt klar die Mehrheit der Befragten an, Kinder zu haben, dabei die übr-igen Ausländer überwiegend – mit Ausnahme tamilischer Asylsuchender – in deutlich höherem Maße im Vergleich zu Autochthonen. Die *Zahl der Kinder* liegt überwiegend bei zwei, unter albanischen Asylsuchenden bei drei; die *durchschnittliche Kinderzahl* der portugiesischen Be-fragten beträgt 1,8, der tamilischen Wohnbevölkerung 2,0, der türkischen und ehemaligen ju-goslawischen Befragten 2,2 bzw. 2,3, der tamilischen Asylsuchenden 2,5 und der albanischen Asylsuchenden schließlich 3,2. Diese Gruppen haben mit sehr großen Mehrheiten *Kontakt zu* ihren *Kindern*, indem sie diese täglich mindestens einmal sehen.

Frauen geben zwei bis drei Mal längere *Zeiten der Kinderbetreuung* pro Woche an als Männer, die jedoch sehr unterschiedlich sind und von 53,6 Stunden bei Deutschen, Österreicherinnen und Französischen über 48,1 bei Italienerinnen, 40,9 bei Schweizerinnen, 36,5 (Wohnbevölkerung) und 33,0 (Asylsuchende) bei Tamilinnen bis zu 29,8 bei Personen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien, 27,1 bei Portugiesinnen, 26,8 bei Albanerinnen und schließlich 24,9 Stunden bei Türkinnen reichen. Ebenfalls geben Frauen etwa knapp drei Mal so viele *Stunden Hausarbeit* pro Woche an als Männer, d.h. zwischen 14,7 und 45,9. Dabei verzeichnen Tamilinnen die höchsten, Personen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien und Albanerinnen mittlere und alle Übrigen geringere Werte.

Über soziale Verflechtungen mit *nahe stehenden Personen für ganz persönliche Probleme* verfügen schweizerische Befragte sowie die sozialstrukturell arrivierteste Gruppe der deutschen, österreichischen und französischen Zuwanderinnen und Zuwanderer im größten Maße, während umgekehrt die Werte für die tamilischen Gruppen bzw. die Asylsuchenden insgesamt am geringsten sind. *Geschlechtsspezifisch* haben – mit Ausnahme türkischer sowie portugiesischer Befragter – Frauen im Allgemeinen häufiger mehrere, hingegen Männer öfter nur eine oder keine vertraute Person.

Die Daten zu **migrationsspezifischen Aspekten der sozialen Lage** zeigen im Hinblick auf den *Aufenthaltsstatus* zunächst, dass die Asylsuchenden ganz überwiegend vorläufig Aufnahme gefunden haben (F). Ständig Ansässige verfügen weit überwiegend über den Status des Aufenthalts (B), die tamilischen jedoch weit überwiegend über den der Niederlassung (C). Bei der *Aufenthaltsdauer aller Migrantinnen und Migranten sowie der nicht in der Schweiz geborenen* zeigen sich deutlich unterschiedlich strukturierte Gruppen, welche differente Migrationsmuster und -geschichten spiegeln. Danach erweist sich die italienische als die eindeutig am längsten ansässige Gruppe, mit einem starken Anteil in der Schweiz Geborener. Zwar folgen hinsichtlich der Aufenthaltsdauer an zweiter Stelle die französischen, deutschen und österreichischen Befragten, jedoch sind hier auffällig wenige im Land geboren. Drittälteste Gruppe ist die türkischen Wohnbevölkerung, von der relativ viele in der Schweiz geboren sind; ihr folgen die portugiesische und die ehemalige jugoslawische Gruppe als weitere klassische Arbeitsmigranten und Arbeitsmigrantinnen der ehemaligen Anwerbeländer. Merklich kürzer und kaum seit Geburt lebt die ständig ansässige tamilische Bevölkerung in der Schweiz. Deutlich abweichend ist die erheblich kürzere Präsenz albanischer und tamilischer Asylsuchender, die sich intern kaum nach Alter spezifizieren.

Die Zahlen zur Strukturierung der Migrationsprozesse nach *Generationen* verhalten sich zu diesen Ergebnissen tendenziell komplementär und differenzieren sie zugleich. Zeigt sich für die besonders lang ansässige italienische Gruppe eine starke Prägung durch die zweite Generation, so dominiert in der ebenfalls langansässigen deutschen, französischen und österreichischen Wohnbevölkerung die erste Generation: Einwanderung ist hier in erster Linie Einwanderung Erwachsener. Demgegenüber ist die nach Langansässigkeit nachfolgende türkische Gruppe wieder durch einen starken Anteil der zweiten Generation gekennzeichnet, dieser wird

geringer bei den darauf folgenden, nach Generationen etwa gleich strukturierten portugiesischen und ehemaligen jugoslawischen Befragten. Sichtlich abweichend dominiert bei den albanischen Asylsuchenden die erste Generation, welche die tamilischen Gruppen insgesamt nahezu völlig bestimmt.

Im Hinblick auf die *Gründe für die Migration* repräsentiert die portugiesische Gruppe in dieser Untersuchung gewissermaßen „in Reinkultur“ die klassische Arbeitsmigration, bei der ausschließlich ökonomische und persönliche Aspekte im Vordergrund stehen. Auch für türkische Zuwanderinnen und Zuwanderer und solche aus dem ehemaligen Jugoslawien trifft dies ganz überwiegend zu, jedoch betreffen hier die politisch-kriegerischen Zwangslagen schon nennenswerte Teilgruppen, insbesondere bei letzteren. Vollends dominieren Flucht und Verfolgung die Migrationsmotive von albanischen Asylsuchenden aus dem Kosovo sowie, nochmals verschärft, von tamilischen Befragten insgesamt. Dies entspricht der Verteilung derer, die persönlich *Opfer politischer Verfolgung oder Gewalt* waren.

Pendelmigration spielt für die Befragten mit überwältigender Mehrheit keine Rolle, lediglich bei der tamilischen Bevölkerung mit ständigem Wohnsitz kommt sie bei einer Minderheit vor. Dennoch bestehen ganz überwiegend *Kontakte zu Freunden und Familie im Herkunftsland*: Abgesehen von größeren Minoritäten unter den Asylsuchenden, welche gar keine sozialen Verflechtungen pflegen, finden sich diese für sehr große Mehrheiten, allerdings in qualitativ differenzierter Form. Große Mehrheiten der portugiesischen und ehemaligen jugoslawischen Befragten haben Kontakte sowohl zu Freunden als auch zur Familie, dazu größere Minderheiten allein zur Verwandtschaft. Türkische Befragte unterhalten etwas seltener, aber immer noch klar mehrheitlich beide Formen sozialer Verflechtung und darüber hinaus eine große Minderheit bereits nur Beziehungen zur Familie. Familiäre und freundschaftliche Beziehungen nennt noch die Hälfte der tamilischen Bevölkerung mit ständigem Wohnsitz und die Hälfte der albanischen Asylsuchenden, jedoch nur noch eine knappe relative Mehrheit der tamilischen Asylsuchenden. Entsprechend ist für alle drei genannten Gruppen der Anteil derer mit allein familialen Beziehungen mit sehr großen Minderheiten deutlich höher als bei den anderen Gruppen.

Während portugiesische und ehemalige jugoslawische Befragte am wenigsten *Fernsehprogramme in der Sprache der Herkunftsländer* sehen, konsumieren türkische und albanische diese am häufigsten, die Hälfte von ihnen ausschließlich oder überwiegend. Gleichwohl zeigen alle Gruppen ein weites Spektrum, indem alle Verhaltensmuster von jeweils mindestens beachtlichen Minoritäten repräsentiert werden, wobei die tamilischen Gruppen besonders heterogen erscheinen.

Die einzelnen Gruppen pflegen ganz überwiegend *Kontakte zu Verwandten in der Schweiz*. Differenziert man die *Kontakte nach Verwandtschaftsformen*, wird eine hohe Bedeutung von Beziehungen außerhalb der Kernfamilie sichtbar, d.h. zu Geschwistern und sonstigen Verwandten, und danach die Rolle der eigenen Kernfamilie und der Herkunftsfamilie für alle Befragten. Weiterhin zeigen sich eine größere Bedeutung der Eltern für türkische Befragte und

umgekehrt geringere Kontakte zu den Eltern bei tamilischen und albanischen Befragten sowie bei letzteren auch zu eigenen Kindern. Ganz überwiegend haben die befragten Migrantinnen und Migranten eine feste *Lebens- oder Ehepartnerschaft in der Schweiz*. Als *Nationalität* ihres *Partners* oder ihrer *Partnerin* geben sie wiederum ganz überwiegend die eigene nationale Gruppe an. Eine ausgeprägte Rolle bi-nationaler Verbindungen in den Migrationsprozessen in der Schweiz zeichnet sich nicht ab.

Zwar hat abgesehen von einer kleinen Gruppe türkischer Religionsloser im Hinblick auf die *Glaubensgemeinschaft* die religiöse Struktur der Herkunftsländer ihre Bedeutung für die Selbstdefinition der Migrantinnen und Migranten bewahrt, dahinter verbergen sich aber ganz unterschiedliche Qualitäten der *Religiosität*. Erscheinen auf dem einen Ende des Spektrums die tamilischen Befragten, speziell die Asylsuchenden, als ausgesprochen religiös, so ist Religiosität in der ehemaligen jugoslawischen und vor allem in der portugiesischen und türkischen Gruppe schwächer ausgeprägt: die beiden letztgenannten verzeichnen nur wenig sehr Religiöse und die höchsten Anteile wenig oder gar nicht Religiöser. Insgesamt zeigen damit ehemalige jugoslawische und verstärkt portugiesische Befragte eine heterogene, türkische sogar eine polarisierte Struktur, wobei die beachtliche Minorität gar nicht religiös orientierter Türcinnen und Türken, die erheblich größer ist als die Gruppe der Religionslosen und türkische Befragte als die Migrationsbevölkerung mit der geringsten Religiosität kennzeichnet, besonders heraus sticht.

Die Selbsteinordnung zu *Volksgruppen*, denen man sich *zugehörig fühlt*, reflektiert im Wesentlichen die ethnische Homogenität bzw. Heterogenität der Herkunftsländer mit der größten Vielfalt unter ehemaligen jugoslawischen Befragten und einer kurdischen Minderheit unter denen türkischer Nationalität. Dazu treten relativ kleine Minderheiten ohne Zuordnung bzw. „sonstige“ in der albanischen Gruppe sowie in den portugiesischen, türkischen, albanischen und ehemaligen jugoslawischen Gruppen, also den europäischen, größere Minoritäten, die sich als Schweizer sehen.

Im Hinblick auf ein *Gefühl der Heimatlosigkeit* strukturiert sich die Migrationsbevölkerung klar in türkische, portugiesische und ehemalige jugoslawische Befragte einerseits und tamilische und albanische andererseits. Während mehr als die Hälfte der ersteren dieses Gefühl nie oder selten verspürt, sind die letztgenannten davon deutlich stärker betroffen; allerdings zeigt sich die tamilische Bevölkerung, speziell die mit ständigem Wohnsitz, hier insgesamt als polarisierte Gruppe.

Befragt, wem man sich *am ehesten zugehörig fühlt*, nennen *in der Orientierung auf Eigenes und Fremdes* ehemalige jugoslawische und portugiesische Befragte vergleichsweise häufiger eine Affinität zu den Schweizern. Während erstere darüber hinaus jedoch nicht ausgeprägt an der eigenen Gruppe orientiert sind, gilt dies für die polarisiert erscheinende portugiesische Gruppe nur zum Teil: hier wird eine starke, sich mit den Menschen des Herkunftslandes identifizierende Minderheit sichtbar. Demgegenüber identifizieren sich tamilische Befragte insgesamt insbesondere mit der eigenen Kolonie in der Schweiz, wobei diejenigen mit ständigem Wohnsitz jedoch

auch ethnientranszendierende Orientierungen zeigen und so insgesamt heterogen erscheinen. Derartige post- oder transnationale bzw. post- oder transethnische, also ausgesprochen klassisch-moderne Orientierungen finden sich am stärksten ausgeprägt unter den beiden ganz überwiegend muslimischen Gruppen, den türkischen und albanischen Zuwanderern und Zuwanderinnen. Für die häufig behauptete Inkompatibilität von Islam und Moderne sprechen diese Ergebnisse nicht.

Bei der Frage nach der *Muttersprache* zeigt sich entsprechend der Herkunftsländer ein ähnlich strukturiertes Bild wie bei der nach der Volkszugehörigkeit mit einer heterogenen ehemaligen jugoslawischen Gruppe und einer kurdischsprachigen Minderheit unter den Befragten aus der Türkei. In den europäischen Gruppen nennen beachtenswerte Minderheiten Französisch und vor allem Deutsch als Muttersprache, besonders ausgeprägt in der türkischen.

Mit Ausnahme eines Sechstels der tamilischen Asylsuchenden geben jeweils fast alle Befragten an, eine der *Landessprachen* zu *beherrschen*; abgesehen von den meist frankophonen portugiesischen Befragten ist dies ganz überwiegend die deutsche Sprache. Bei der Fähigkeit, die *Sprache* zu *verstehen* bzw. sie zu *sprechen* ergibt sich jeweils die gleiche Rangfolge, wobei die aktiven Fähigkeiten insgesamt auf geringerem Niveau sind: An der Spitze rangiert die portugiesische gefolgt von der ehemaligen jugoslawischen und sodann der türkischen Gruppe. Im Weiteren folgen albanische Asylsuchende, welche als Gruppe insgesamt polarisiert sind, sowie danach die tamilische Bevölkerung mit ständigem Wohnsitz. Tamilische Asylsuchende zeigen die geringsten Sprachkenntnisse. Generell finden sich unter den Asylsuchenden insgesamt beachtliche Minderheiten mit schlechten oder sehr schlechten Kenntnissen.

Neben im Vergleich zum Geschlecht allgemein erhöhten *Diskriminierungserfahrungen* aufgrund der Herkunft geben insbesondere tamilische Befragte verstärkt Gefühle der Diskriminierung wegen ihrer Hautfarbe und türkische Befragte aufgrund ihrer Religion sowie ihrer Herkunft an. *Benachteiligungen* erleben alle Gruppen am ehesten im Bereich von Schule und Arbeitsplatz. Ebenfalls wird deutlich, dass die Erfahrungen der türkischen Gruppe dort sowie in der Wohngegend, beim Einkauf, auf Ämtern, in Bars bzw. Restaurants sowie in Freizeiteinrichtungen durchweg ungünstiger sind, wobei die Unterschiede in Bars und Restaurants sowie vor allem im Freizeitbereich noch am geringsten, hingegen auf Ämtern und insbesondere in der Schule bzw. am Arbeitsplatz am stärksten ausgeprägt sind. Bezüglich *räumlicher Segregation* leben die meisten Befragten vorwiegend in stark von Zuwanderung geprägten Nachbarschaften, bei den albanischen gilt dies jedoch nur für eine starke Minderheit.

Gesundheitliche Lage

Hinsichtlich der *subjektiven Einschätzung der momentanen eigenen Gesundheit* weisen die Migrantinnen und Migranten und hier vor allem ganz deutlich die Asylsuchenden im Schnitt schlechtere Werte auf als die schweizer Bevölkerung. Knapp 90% der Schweizer und Schweizerinnen fühlen sich gesundheitlich gut oder sehr gut, die in der Schweiz lebenden Deutschen,

Österreichern und Franzosen liegen im gleichen Bereich gefolgt von den Italienern mit knapp 80% guter oder sehr guter subjektiver Gesundheit. Migranten und Migrantinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien, Portugal, Sri Lanka und der Türkei fühlen sich demgegenüber gesundheitlich weniger gut (jeder 10. fühlt sich momentan gesundheitlich schlecht oder gar sehr schlecht), wobei die Türken hier besonders häufig negative Bewertungen abgeben. Die Asylsuchenden haben den höchsten Anteil derjenigen, die sich gesundheitlich schlecht oder sehr schlecht fühlen. Generell geben Frauen an, sich gesundheitlich etwas weniger gut zu fühlen, die Differenzen sind aber mit Ausnahme der italienischen, tamilischen und türkischen Migrantinnen nicht bedeutsam.

Die schweizer Bevölkerung weist die günstigsten Werte auf mit 80% mittlerer oder guter psychischer Ausgeglichenheit knapp gefolgt von der Gruppe der Deutschen, Österreicher und Franzosen und den Italienern. Die türkischen Migrantinnen und Migranten fallen auch hier durch besonders schlechte Ergebnisse auf: mehr als die Hälfte haben bei diesem Indikator schlechte Werte und weniger als ein Viertel liegen hier „gut“. Die portugiesische und ehemalige jugoslawische Wohnbevölkerung hat im Vergleich dazu relativ günstige Werte. Verglichen mit den Asylbewerberinnen und Asylbewerbern aus Sri Lanka hat die tamilische Wohnbevölkerung deutlich günstigere Werte: unter den Asylsuchenden haben knapp die Hälfte schlechte Werte hinsichtlich der psychischen Ausgeglichenheit, wobei dies bei der ständigen Wohnbevölkerung nur ca. ein Drittel der Fall ist. Die Gruppe mit den ungünstigsten Ergebnissen hinsichtlich psychischer Ausgeglichenheit sind die Asylsuchenden aus dem Kosovo: zwei Drittel dieser Gruppe weisen hier schlechte Werte auf. Bei der geschlechtsspezifischen Verteilung wird deutlich, dass die Frauen in fast allen Gruppen tendenziell leicht ungünstigere Werte aufweisen als die Männer, jedoch sind diese Differenzen bis auf wenige Ausnahmen zu vernachlässigen. Lediglich türkische und tamilische Frauen sowie Asylbewerberinnen aus dem Kosovo und haben deutlich schlechte Werte bezüglich der psychischen Ausgeglichenheit im Vergleich zu den Männern derselben Herkunftsgruppe.

Normalerweise entwickelt sich die psychische Ausgeglichenheit mit dem Alter positiv, wie dies auch bei der schweizer Bevölkerung sowie den in der Schweiz lebenden Deutschen, Österreichern und Franzosen der Fall ist. Auch bei den italienischen Migrantinnen und Migranten gibt es eine kontinuierliche positive Entwicklung, die lediglich in der letzten Altersgruppe gleichsam bei Frauen und Männern leicht abknickt. Bei den übrigen Migrantengruppen befindet sich die psychische Ausgeglichenheit zum einen generell auf niedrigerem Niveau und folgt in dem meisten Migrantengruppen im Laufe des Lebens einem negativen Trend und steigt erst mit Beginn des Rentenalters wieder an. Bei Frauen aus Sri Lanka bleibt auch der positive Knick am Ende des Lebens hin zu mehr psychischer Ausgeglichenheit aus, hier gibt es ab dem mittleren Erwerbsalter einen andauernden Abwärtstrend. Türkische Frauen fallen durch sehr negative Angaben zur psychischen Kondition auf, sie befinden sich verglichen mit den anderen Frauen auf dem niedrigsten Niveau und liegen in allen Altersgruppen auch unter den entsprechenden Werten der türkischen Männer.

Gefühle von Einsamkeit sind hauptsächlich ein Problem von Asylsuchenden: jeder Dritte fühlt sich sehr häufig oder ziemlich häufig einsam. Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, der Türkei und Sri Lanka fühlen sich doppelt bis dreimal so häufig einsam wie Schweizer, Italiener und Portugiesen. Zudem wird deutlich, dass starke Gefühle von Einsamkeit Frauen häufiger betreffen als Männer. Frauen fühlen sich in den meisten Gruppen doppelt so häufig sehr bzw. ziemlich oft einsam.

Den mit Abstand höchsten Anteil (ein Fünftel) von Befragten, die im vergangenen Jahr *wegen eines psychischen Problems in Behandlung* waren findet sich in der Gruppe der Asylsuchenden aus dem Kosovo, knapp gefolgt von türkischen Migrantinnen und Migranten. Demgegenüber ist der entsprechende Anteil bei den Asylsuchenden aus Sri Lanka relativ gering und liegt nur einen Prozentpunkt über dem der schweizer Bevölkerung. Migrantinnen und Migranten aus Italien bzw. Sri Lanka haben noch geringere Behandlungsraten aufgrund psychischer Probleme als die schweizer Bevölkerung. Zwar sind in fast allen Gruppen Frauen häufiger wegen psychischer Probleme in Behandlung als Männer, aber die Geschlechterdifferenz ist der türkischen Wohnbevölkerung extrem auffällig. Türkische Frauen haben mit einem Anteil von knapp einem Viertel die deutlich höchste Rate derer, die sich wegen psychischer Probleme behandeln ließen.

Bei Migranten und Migrantinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien und Portugal liegt der Anteil derjenigen, die sich *länger als ein Jahr durch körperliche oder psychische Probleme eingeschränkt fühlen* nur wenige Prozentpunkte, jedoch bei denen aus der Türkei mit knapp einem Drittel und vor allem Asylsuchenden aus dem Kosovo mit etwa einem Viertel ganz deutlich über dem entsprechenden Anteil der schweizer Bevölkerung. Die übrigen Gruppen haben gleiche oder gar niedrigere Raten als die schweizer Bevölkerung hinsichtlich dieser Variable.

Eine ähnliche Verteilung zeigt sich hinsichtlich der *Behinderungen der Tätigkeiten des täglichen Lebens*: Italiener, Portugiesen, Deutsche, Österreicher und Franzosen sowie die tamilische Wohnbevölkerung weisen ähnlich niedrige Werte auf wie die schweizer Bevölkerung, deutlich höhere Raten sind bei Asylsuchenden sowie Migrantinnen und Migranten aus dem ehemalige Jugoslawien und der Türkei beobachtbar.

Migranten und Migrantinnen weisen hinsichtlich der subjektiven *Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit innerhalb der letzten vier Wochen* insgesamt ungünstigere Werte auf als die schweizer Bevölkerung. Den mit deutlichem Abstand höchsten Anteil derjenigen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit weisen die türkischen Frauen und Männer auf, gefolgt von den ehemaligen Jugoslawen. Die Portugiesen liegen hier im gleichen Bereich wie die italienischen Migrantinnen und Migranten. Bei den tamilischen Migranten der ständigen Wohnbevölkerung fällt die große Differenz zwischen den beiden Geschlechtern auf: jede vierte Frauen klagt über eingeschränkte Leistungsfähigkeit und lediglich jeder 10. Mann, wobei deren Anteil noch unter dem der schweizer Männer liegt. In der Gruppe der Asylsuchenden aus Sri Lanka ist der Anteil derjenigen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit dagegen deutlich höher.

Bei den Migranten und Migrantinnen der ständigen Wohnbevölkerung fällt der relativ geringe Anteil der *Arbeitsunfähigen* unter den eingeschränkt Leistungsfähigen auf, anders formuliert, der hoher Anteil derjenigen, die sich trotz eingeschränkter Leistungsfähigkeit nicht arbeitsunfähig melden. Mit Ausnahme der Portugiesinnen und Portugiesen und der Männer aus Italien und Sri Lanka ist bei den Migrantinnen und Migranten der ständigen Wohnbevölkerung der Anteil der Arbeitsunfähigen deutlich geringer als der Anteil derjenigen, die sich nur eingeschränkt leistungsfähig gefühlt haben.

Hinsichtlich der *Arbeitsunfähigkeitstage* wird generell deutlich, dass Männer, wenn sie eingeschränkt leistungsfähig bzw. arbeitsunfähig sind, dies im Schnitt etwas längere Zeit sind als die Frauen. Die arbeitsunfähigen schweizer, italienischen, deutschen, österreichischen und französischen Frauen gaben zwischen 7 und 9 Tage an, dagegen die Männer dieser Gruppen im Schnitt zwischen 8 und 11 Tage. Die durchschnittlich längsten Phasen von Arbeitsunfähigkeit gaben die portugiesischen, türkischen, jugoslawischen und italienischen Männer an. Auffällig kurz sind sowohl die Phasen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit als auch die von Arbeitsunfähigkeit bei den Tamilinnen und Tamilen der ständigen Wohnbevölkerung. Relativ kurz sind auch die Phasen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit in der Gruppe der Asylsuchenden.

Betrachtet man den *Medikamentengebrauch substanzunabhängig*, so unterscheiden sich die Befragten aus der Schweiz, Italien, dem ehemaligen Jugoslawien sowie Deutschland, Österreich und Frankreich nicht bzw. nur minimal. Der Anteil derjenigen, die innerhalb der Woche vor der Befragung irgendein Medikament eingenommen hatten, liegt hier um die 40 %. Auffällig hoch ist jedoch mit über 50% der Medikamenteneinnahme der Türkinnen und Türken. Demgegenüber vergleichsweise niedrig mit ca. einem Viertel ist dieser Anteil bei portugiesischen und tamilischen Befragten. Bei Asylsuchenden sind, was den allgemeinen Medikamentengebrauch betrifft, keine auffällig hohen Gebrauchsdaten (um die 40%) zu beobachten. Frauen nehmen im Allgemeinen mehr Medikamente ein als Männer, eine augenfällige Differenz zwischen den Einnahmeraten beider Geschlechter zeigt sich vor allem bei den türkischen Befragten: Frauen liegen hier 14 Prozentpunkte über den entsprechenden Raten der Männer. Sowohl türkische Männer als auch Frauen weisen verglichen mit ihren Geschlechtsgenossen die höchsten Medikamenteneinnahmeraten auf.

Eigenmedikation ist ein Phänomen, das bei Asylsuchenden kaum vorkommt, hier wurden fast alle eingenommenen Medikamente ärztlich verordnet. Demgegenüber ist der Anteil derjenigen, die selbst gekaufte Medikamente einnahmen bei der tamilischen Wohnbevölkerung mit einem Drittel am höchsten und liegt damit noch 8 Prozentpunkte über dem entsprechenden Anteil der Schweizer. Bei den übrigen Gruppen liegt der entsprechende Anteil im ähnlichen Bereich oder knapp über den Raten der schweizer Bevölkerung. Geschlechtsspezifisch fällt auf, dass der Anteil derjenigen, die selbst gekaufte Medikamente einnehmen, bei den Männern (mit Ausnahme der schweizer und italienischen Befragten) generell etwas höher ist als bei den Frauen, vergleichsweise große Differenzen zwischen Frauen und Männern gibt es bei der tamilischen Wohnbevölkerung sowie den türkischen und portugiesischen Befragten.

Bei dem nach Substanzgruppen aufgeschlüsselten Medikamentengebrauch fallen vor allem die sehr hohen Einnahmeraten von *Beruhigungsmitteln* bei den Asylsuchenden aus dem Kosovo und türkischen Migrantinnen und Migranten auf: ca. jeder bzw. jede 10. Befragte dieser Gruppe nimmt täglich Beruhigungsmittel ein, die fast ausschließlich ärztlich verordnet wurden. Bei den übrigen Migrantinnen und Migranten der festen Wohnbevölkerung mit Ausnahme der Gruppe der Deutschen, Österreicher und Franzosen sowie der italienischen Wohnbevölkerung liegt der Gebrauch von Beruhigungsmitteln auch über den entsprechenden Raten der schweizer Bevölkerung, jedoch sind die Abstände hier nicht so gravierend. Bei der differenzierten Betrachtung des Medikamentengebrauchs fallen Asylsuchende aus Sri Lanka hinsichtlich aller Substanzgruppen durch niedrige Einnahmeraten positiv auf, die kaum über denen der schweizer Bevölkerung liegt.

Ebenfalls *Schlafmittel* werden von Asylsuchenden aus dem Kosovo auffällig häufig eingenommen (über 10% täglicher Einnahme). Die übrigen Migrantengruppen liegen mit ihren dementsprechenden Mustern nur leicht über dem der schweizer Bevölkerung. Bei den meisten Migrantengruppen sind auch die eingenommenen Schlafmittel fast ausschließlich ärztlich verordnet worden.

Schmerzmittel werden von allen Gruppen im Vergleich zu den oben erwähnten Substanzen weitaus häufiger eingenommen und auch die Gebrauchsmuster sind in den einzelnen Migrantengruppen anders verteilt. Hier fallen wiederum die hohen Einnahmeraten von Schmerzmitteln bei türkischen Migranten und Migrantinnen, der ehemals jugoslawischen Wohnbevölkerung und Asylsuchenden aus dem Kosovo auf (ca. 15% täglicher Gebrauch). Bei der Schmerzmitteleinnahme gibt es auch, verglichen mit den übrigen Medikamenten, einen deutlich höheren Anteil von Selbstmedikationen (mit Ausnahme der Asylsuchenden).

Bei der Betrachtung des *Medikamentenindex* (gebildet aus den drei o.a. Substanzgruppen und den entsprechenden Einnahmefrequenzen) wird deutlich, dass es bei Schweizern, in der Schweiz lebenden Deutschen, Österreichern, Franzosen und Italienern zwar mit dem Alter einen leichten Aufwärtstrend beim Gebrauch der drei Substanzgruppen gibt, dieser Aufwärtstrend aber in allen anderen Migrantengruppen bei Frauen und Männern gleichsam sehr viel steiler ausfällt, d.h. es werden mit steigendem Lebensalter kontinuierlich mehr Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmitteln eingenommen, wobei die höchsten Gebrauchsdaten in der Altersgruppe zwischen 51 und 62 Jahren erreicht werden und danach (mit Ausnahme der tamilischen Migrantinnen und Migranten) wieder absinken. Die Gruppe der türkischen Frauen hebt sich ganz deutlich von allen anderen Gruppen ab, in dem Sinne, dass sie in allen Altersgruppen deutlich höhere Einnahmeraten aufweisen und diese zudem extrem hoch sind in der letzten Altersgruppe vor dem Rentanalter.

Bei dem Verhältnis des Gewichtes zur Körpergröße (*BMI - Body Mass Index*) zeigt sich, dass über alle Altersklassen hinweg der Anteil der normalgewichtigen Personen mit jeweils weniger

als einem Drittel am geringsten in der Gruppe der italienischen Migrantinnen und Migranten und bei den Asylsuchenden aus dem Kosovo ist, dicht gefolgt von den Türkinnen und Türken. Demgegenüber wird die Hälfte der Schweizer als normalgewichtig klassifiziert. Noch günstigere Werte weisen die Gruppe der Deutsche, Österreicher und Franzosen sowie die Asylsuchenden aus Sri Lanka auf. Betrachtet man die als adipös klassifizierten Befragten, so zeigt sich auch hier eine ähnliche Rangfolge: die höchsten Raten sind bei den Asylsuchenden aus dem Kosovo mit über 20% beobachtbar, gefolgt von den italienischen, türkischen und ehemals jugoslawischen Migrantinnen und Migranten mit jeweils einem Anteil leicht unter 20%. Portugiesische Migrantinnen und Migranten weisen hinsichtlich der BMI-Klassen eine annähernd gleiche Verteilung auf wie die schweizer Bevölkerung. Asylsuchende aus Sri-Lanka haben im Vergleich zur schweizer Bevölkerung eine günstigere Verteilung der BMI-Klassen, die jedoch bei der famili-schen Wohnbevölkerung nicht mehr feststellbar ist. Die altersspezifische Darstellung des BMI verdeutlicht vor allem, dass der Anteil der als übergewichtig klassifiziert Türkinnen und Türken in der Altersgruppe zwischen 51 und 60 Jahren mit jeweils über 90% extrem hoch ist und auch die Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, Italien und Portugal mit eine Anteil von um die 80% Übergewichtige oder Adipöse (gleichsam bei Männern und Frauen) in dieser Altersgruppe sehr ungünstige Werte aufweisen.

Hinsichtlich der Angaben zu *körperlichen Beschwerden* zeigt insgesamt sich ein recht konsistentes Bild in dem Sinne, dass hinsichtlich aller abgefragter Symptomen die schweizer Bevölkerung gemeinsam mit den in der Schweiz lebenden Deutschen, Österreichern und Franzosen die niedrigsten Prävalenzen aufweisen. Die Migrantinnen und Migranten der festen Wohnbevölkerung fühlen sich demgegenüber hinsichtlich aller Symptome etwas stärker belastet, wobei die Migrantinnen aus Italien, Portugal und dem ehemaligen Jugoslawien recht ähnliche Verteilungen aufweisen. Deutlich wird weiterhin, dass die türkischen Migranten und Migrantinnen durch besonders hohe Anteile bei den Symptombelastungen auffallen. Diese hohen Raten werden nur noch übertroffen von den Asylsuchenden, die bei den meisten Symptomen noch höhere Belastungsraten aufweisen als die türkischen Migrantinnen und Migranten. Bei den Angaben zu einzelnen Symptomen fallen vor allem die hohen Prävalenzen (jeweils über 20%) von starken Rücken- sowie starken Kopfschmerzen in der Gruppe der Asylsuchenden und der türkischen Wohnbevölkerung auf. Auch starke Schlafstörungen sind mit um die 20% in denselben Gruppen hochprävalent. Bei den türkischen Migranten und Migrantinnen ist mit einem Viertel der Anteil derjenigen, die stark unter Energielosigkeit leiden ebenfalls auffällig hoch im Vergleich zu den übrigen Migrantengruppen.

Die alters- und geschlechtsspezifische Verteilung der Symptombelastung (*Beschwerdeindex*) verdeutlicht, dass Frauen in allen Alters- und Nationalitätsgruppen eine höhere subjektive Symptombelastung aufweisen als Männer. Auch zeigt sich bei der Gesamtbelastung, dass die schweizer Bevölkerung gemeinsam mit der Gruppe der in der Schweiz lebenden Deutschen, Franzosen und Österreicher in allen Altersgruppen die geringsten Beschwerden aufweisen. Bei den schweizer Frauen ist bezüglich des Beschwerdeindex über die Jahre ein Anstieg zu beobachten, der aber recht moderat ausfällt. Die Migrantinnen aus Deutschland, Österreich und der

Schweiz liegen hinsichtlich der Symptombelastung im gleichen Bereich wie die schweizer Frauen und in den mittleren und oberen Altersklassen sogar noch darunter. Ein grundsätzlich anderer Verlauf zeigt sich bei den übrigen Migrantinnen der festen Wohnbevölkerung. Bei Frauen aus Portugal, dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei steigt die Symptombelastung mit dem Alter immer weiter an und sinkt erst im Rentenalter wieder ab. Ganz deutlich wird hier auch, dass die türkischen Frauen in allen Altersgruppen mit Ausnahme der letzten hinsichtlich der Symptombelastung deutlich über allen anderen Gruppen liegen. Bei den Männern zeigt sich ein ähnlicher Verlauf, nur auf etwas niedrigerem Belastungsniveau.

Gesundheitsverhalten

Unter dem Stichwort Gesundheitsverhalten wird zunächst die **Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen** thematisiert. Was die *Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte* angeht, so lässt sich zunächst feststellen, dass mit Ausnahme der Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich alle Migrantengruppen höhere Hausarztquoten aufweisen als Personen mit schweizerischer Staatsangehörigkeit. Dies gilt vor allem für Befragte der ständigen Wohnbevölkerung aus der Türkei und Sri Lanka. Kein eindeutiges Bild ergibt sich hingegen beim Anteil der Befragten, die in den 12 Monaten vor der Befragung bei einem niedergelassenen Arzt waren. Migrantinnen und Migranten unterscheiden sich hier nicht allzu stark von der einheimischen Bevölkerung. Eine im Vergleich niedrigere Inanspruchnahme weisen Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien auf, eine leicht höhere hingegen Befragte aus der Türkei und Asylsuchende aus Sri Lanka. Ähnlich uneinheitlich stellt sich das Bild beim Anteil an Frauen mit Frauenarztbesuchen in den 12 Monaten vor der Erhebung dar. Eine im Vergleich mit den Schweizerinnen erhöhte Inanspruchnahme weisen hier Portugiesinnen, aber auch Österreicherinnen, Französinen und Deutsche auf. Auffällig niedrig, da deutlich geringer als in allen anderen Gruppen, fällt der Anteil an Frauen mit Frauenarztbesuch unter den Tamilinnen ins Auge.

In Bezug auf den generellen Besuch bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verändert sich das Bild bei Betrachtung der mittleren *Zahl an Arztbesuchen*. Unter den Personen, die in 12 Monaten vor der Befragung beim Arzt waren, liegen die Werte abgesehen von den Tamilinnen und Tamilen der ständigen Wohnbevölkerung und den österreichischen, französischen und deutschen Befragten in allen Gruppen höher als in der schweizerischen Bevölkerung. Alters- und geschlechtsspezifisch weisen Frauen tendenziell eine höhere Zahl an Arztbesuchen auf. Darüber hinaus weisen besonders Migranten und Migrantinnen der höheren Altersgruppen eine spürbar höhere Zahl an Arztkontakten auf als Personen der schweizerischen Bevölkerung. Besonders deutlich wird dies in den mittleren Altersgruppen, vor allem bei Türkinnen und Türken und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien.

Betrachtet man den Anteil der *Spitalinanspruchnahme* in den 12 Monaten vor der Befragung ist das Bild eindeutig. Besonders die ambulante Spitalinanspruchnahme ist unter Migrantinnen und Migranten teilweise stark erhöht. Dies gilt vor allem für Personen aus Portugal und der Türkei, sowie für Asylsuchende. Türkische Befragte und Asylsuchende weisen zudem auch einen stark erhöhten Anteil an Personen mit stationärer Inanspruchnahme auf. Allerdings verkehrt sich das

Bild bei Betrachtung der mittleren *Anzahl an Spitaltagen* in den vergangenen 12 Monaten. Hier weist die schweizerische Bevölkerung und mit den italienischen sowie den österreichischen, deutschen und französischen Befragten tendenziell besser integrierte Gruppen der Migrationsbevölkerung höhere Werte auf als die übrigen Gruppen. Die Verweilzeiten im Krankenhaus sind unter Migranten und Migrantinnen damit tendenziell geringer als in der schweizerischen Bevölkerung. Gleichzeitig ist die *Zufriedenheit mit dem letzten Spitalaufenthalt* bei den betreffenden Personen einiger Migrantengruppen geringer als in der schweizerischen Bevölkerung. Dies gilt besonders für italienische, portugiesische und türkische Befragte.

Das Vorsorgeverhalten der Befragten variiert stark mit den in den Blick genommenen Indikatoren. Die Anteile an Befragten, die in den 12 Monaten vor der Erhebung eine *Blutdruck-, Blutzucker- oder Cholesterinmessung* vorgenommen haben, liegen unter den schweizerischen, italienischen sowie den deutschen, österreichischen und französischen Befragten deutlich höher als in den verbleibenden Gruppen. Allerdings erweisen sich diese stark unterschiedlichen Vorsorgequoten als Funktion eines deutlich geringeren Altersmittels in den Populationen der Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien, der Türkei, Portugal, und Sri Lanka. Altersspezifisch nähern sich die Vorsorgequoten in den höheren und damit vorsorgebedürftigeren Altersgruppen stark an.

Bei den Indikatoren zur Krebsvorsorge ist das Bild uneinheitlich. Eine vergleichsweise sehr niedrige Quote an *Prostatauntersuchungen* in den 12 Monaten vor der Befragung weisen vor allem tamilische und eingeschränkt auch Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien auf. Dieses Bild setzt sich in Bezug auf den *Krebsabstrich am Gebärmutterhals* fort. Auch hier weisen tamilische Frauen noch nicht einmal halb so hohe Quoten auf, wie sie sich in anderen Gruppen finden. Auch Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien fallen hier etwas aus dem Rahmen. Dieses Bild bestätigt sich auch in Bezug auf ärztliche *Brustuntersuchungen* in den 12 Monaten vor der Erhebung. Extrem niedrige Anteile finden sich wiederum unter tamilischen Frauen und mit Abstrichen kann auch das Vorsorgeverhalten der ehemaligen Jugoslawinnen und der Türkinnen als vergleichsweise zurückhaltend bewertet werden. Auffällig hohe Anteile, auch im Vergleich zu den Schweizerinnen, weisen hingegen Portugiesinnen auf, ein Phänomen, das mit der ebenfalls hohen Frauenarztinanspruchnahme in dieser Gruppe korrespondiert. Deutlich geringer als unter Schweizerinnen ist unter Migrantinnen generell der Anteil an Frauen, die angegeben haben, von ihrem Frauenarzt praktische *Anleitungen* oder anderweitige *Informationen zur Brustuntersuchung* erhalten zu haben. Die Kompetenz zur Selbstvorsorge ist gemessen an diesen Indikatoren also unter Migrantinnen schwächer ausgeprägt.

Weniger verbreitet ist in der Migrationsbevölkerung darüber hinaus auch die Durchführung von HIV-Tests. Besonders deutlich trifft dies wiederum auf tamilische Befragte zu, die zu einem ganz überwiegenden Teil noch nie einen *HIV-Test* durchgeführt haben. Deutlich geringer als in der schweizerischen Bevölkerung sind die Anteile darüber hinaus auch unter den Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei. Betrachtet man die Inanspruchnahme von HIV-Tests in ihrer Entwicklung in den jüngeren Altersgruppen, so fällt auf, dass die hohe Testabsti-

nenz unter tamilischen, ehemaligen jugoslawischen und in Abstrichen türkischen Befragten vor allem in den jüngeren Altersgruppen begründet ist. Im Vergleich zur jüngsten Altersgruppe bleibt die Testenthaltung vor allem unter den Migrantinnen in der nächst höheren Altersstufe erhalten. In den anderen Migrantengruppen nimmt der Anteil an Personen, die noch nie einen HIV-Test durchgeführt haben, dagegen deutlich ab.

Nicht-erwerbstätige Personen sind generell nur in der Minderheit *aus gesundheitlichen Gründen nicht erwerbstätig*. Jedoch geben im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung insbesondere türkische Migrantinnen und Migranten deutlich häufiger gesundheitliche Gründe für ihre Nicht-erwerbstätigkeit an. Zudem erhalten portugiesische, italienische, ehemalige jugoslawische und türkische Bezieher und Bezieherinnen von *Renten im Erwerbsalter* diese ebenfalls deutlich häufiger *aus gesundheitlichen Gründen* als autochthone Befragte.

Migrationsspezifische Aspekte der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ergeben sich vor allem auch in Bezug auf die Kommunikationsstrukturen und -probleme, die im Kontakt mit dem medizinischen System virulent werden. Ein hoher Anteil der Befragten bewältigt die Kommunikation beim Arztbesuch in einer der schweizerischen Landessprachen. Diese *Form der Arzt-Patient-Kommunikation* harmonisiert zumeist nicht mit den subjektiv deutlich häufiger als mittelmäßig bis schlecht eingeschätzten Sprachkenntnissen. Die Inanspruchnahme von Übersetzungshilfen variiert stark mit den Sprachkenntnissen in den jeweiligen Gruppen und ist unter Personen aus Sri Lanka und der Türkei wie auch unter Asylsuchenden am weitesten verbreitet. Deutlich häufiger nutzen Frauen die Möglichkeit der ein oder anderen Art der Sprachmittlung. Ärzte oder Ärztinnen aus der Gruppe der Landsleute spielen hingegen vor allem unter Befragten aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien eine nennenswerte Rolle für die Gestaltung der Arzt-Patient-Kommunikation.

Als *Sprachmittler* kommen professionelle Übersetzer nach Angaben der Befragten bisher nicht in nennenswertem Umfang zum Einsatz. Übertroffene Bedeutung kommt hingegen Verwandten zu und unter diesen vor allem den Ehe- bzw. Lebenspartnern und je nach Gruppe auch den eigenen Kindern. Problematisch erscheint in diesem Zusammenhang, dass Frauen hierbei deutlich häufiger auf männliche Verwandte zurückgreifen als andersherum Männer auf weibliche Verwandte. Besonders deutlich tritt dies unter tamilischen und türkischen Befragten zutage. Damit korrespondierend kommen unter Migrantinnen zudem auch deutlich seltener weibliche Bekannte zum Einsatz, wohingegen der Rückgriff auf männliche Bekannte unter Männern deutlich weiter verbreitet ist. Diese Strukturen können generell, besonders jedoch in der weiblichen Migrationsbevölkerung als potenzielle Gefährdung des dyadisch angelegten Arzt-Patient-Verhältnisses angesehen werden.

In Bezug auf *Medizintourismus* fällt ins Auge, dass dieser nur von einem Fünftel der türkischen und ehemaligen jugoslawischen Befragten in einem nennenswerten Ausmaß berichtet wird. In den verbleibenden Gruppen spielt dieses Phänomen praktisch keine Rolle. Der *Anlass* für Me-

dizintourismus liegt überwiegend im Bereich der Zahnmedizin, als *Grund* werden vor allem geringere Kosten aber auch das Gefühl einer besseren Versorgung genannt.

Die *Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Hilfen* außerhalb des eigentlichen medizinischen Systems fällt unter türkischen Befragten am höchsten und unter tamilischen Befragten am geringsten aus. Von herausragender Bedeutung sind hierbei Verwandte und Freunde aber auch Nachbarn, wobei diese Form der gewissermaßen 'naheliegendsten' Hilfe wiederum unter Türiinnen und Türken am stärksten genutzt wird. Allgemeine Beratungsstellen, die nach Wahrnehmung der Befragten nicht nur speziell auf die Probleme von Migrantinnen und Migranten eingestellt sind, nehmen vor allem unter türkischen, portugiesischen und eingeschränkt auch ehemaligen jugoslawischen Befragten eine herausragende Rolle ein. Von geringer Bedeutung sind demgegenüber migrationsspezifische Beratungsstellen und allgemein Selbsthilfegruppen. Auch die Inanspruchnahme traditioneller Heilmethoden der Herkunftsländer, ein Phänomen, das vor allem in Person von Ayurveda-Heilern bzw. muslimischen Hodschas unter tamilischen oder türkischen Befragten relevant werden kann, wird nicht von einem nennenswerten Anteil der Befragten berichtet.

Unter den denkbaren *Bedarfen migrationsspezifischer Versorgungsstrukturen*, die unter dem Aspekt einer kulturellen Öffnung des Gesundheitssystems diskutiert werden, finden professionelle Dolmetscherdienste unter den Befragten die deutlich größte Zustimmung. Obwohl Ärztinnen und Ärzte aus der Gruppe der eigenen Landsleute vergleichsweise häufig bereits einmal von den Befragten vermisst wurden, finden diese als denkbares Angebot keine vergleichbar hohe Zustimmung. Möglicherweise wird die Schaffung eines flächendeckenden Angebotes von Befragten nicht als realistisch angesehen. Auch Beratungsdienste werden neben Übersetzungsdiensten sehr stark eingefordert. Von vergleichsweise geringerer Bedeutung sind in der Bewertung der Befragten hingegen spezifische Pflegedienste und Selbsthilfegruppen und damit Strukturelemente, die in den Herkunftskulturen vieler Migrantengruppen nicht in gleicher Weise verankert sind wie in der Schweiz. Gruppenspezifische Muster lassen sich kaum ausmachen, allerdings ist der generelle Bedarf an solchen Strukturen unter tamilischen Befragten am größten.

Ein ähnliches Bild zeigt sich in Bezug auf *Bedarfe an muttersprachlichen Informationen*. Grundsätzlich werden solche Informationsquellen sehr stark befürwortet. Ein Viertel bis die Hälfte der Befragten artikuliert diese Bedarfe aus der Erfahrung heraus, solche Informationen schon konkret vermisst zu haben. Auch hier ist der Bedarf unter tamilischen Befragten am größten und unter ehemaligen jugoslawischen Befragten am geringsten. Gruppenspezifische Bedarfsprofile finden sich darüber hinaus wiederum kaum. Am stärksten eingefordert werden Informationen zu Strukturen der Krankenversicherung, medizinischen Behandlungen, muttersprachlichen Ärztinnen und Ärzten und Vorsorgeuntersuchungen. Vergleichsweise geringes Echo finden Informationen zu Aspekten der Pflege.

Die Nutzung von *Informationsquellen bei gesundheitlichen Fragen* wird von Zeitungen und Zeitschriften, dem Fernsehen sowie durch den Hausarzt und den Freundes- und Verwandtenkreis dominiert. Internet und Informationsbroschüren sind von sekundärer Bedeutung und stellen allenfalls Medien mittlerer Reichweite dar. Von nachrangiger Bedeutung sind Selbsthilfegruppen wie auch Face-To-Face-Information oder -Beratung. Damit erscheinen gerade institutionalisierte Beratungsstrukturen ausbaufähig. Internet und Broschüren als jene Medien, mit denen ausführliche Informationen differenziert dargestellt werden können, sollten über die Leitmedien wie auch medizinische und Laienstrukturen stark beworben werden. Dass migrationspezifische Broschüren Bekanntheit erlangen können, zeigt ansatzweise der so genannte *Gesundheitswegweiser Schweiz*, der im Mittel bislang immerhin von etwa einem Siebtel der Befragten wahrgenommen worden ist.

In Bezug auf **gesundheitsförderliche und -riskante Verhaltensweisen** soll zunächst der *Tabakkonsum* in den Blick genommen werden. Im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung fallen nur zwei Migrantengruppen besonders ins Auge. Eine stark erhöhte Raucherquote weisen die türkischen, eine sehr niedrige hingegen die tamilischen Befragten auf. Der Tabakkonsum der verbleibenden Gruppen unterscheidet sich nur wenig von dem der schweizerischen Bevölkerung. Geschlechtsspezifisch zeigt sich, dass Frauen seltener rauchen als Männer. Die Unterschiede unter den Gruppen bleiben jedoch davon unbesehen erhalten. Auch unter den Frauen rauchen die Türkinnen am häufigsten, Tamilinnen rauchen hingegen grundsätzlich quasi nie.

Beim *Alkoholkonsum* fallen unter Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung höhere Abstinenzquoten ins Auge. Allerdings sind die Unterschiede zwischen den Migrantengruppen ebenso relevant. Italienische und portugiesische Befragte weisen zwar höhere Abstinenzquoten als schweizerische aber auch österreichische, deutsche und französische Befragte auf, unter ihnen finden sich aber gleichzeitig die höchsten Anteile an Personen die täglich Alkohol konsumieren. Hohe Abstinenzanteile und vergleichsweise geringe Anteile täglich bzw. überhaupt Alkohol trinkender Personen weisen demgegenüber Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien, der Türkei und ganz besonders aus Sri Lanka auf. Frauen neigen generell in deutlich geringerem Ausmaß zum Alkoholkonsum. Am deutlichsten zeigt sich dies wiederum bei den Tamilinnen, nur ein verschwindend geringer Anteil von ihnen trinkt überhaupt Alkohol. Zum *Rauschtrinken* neigen Migrantinnen und Migranten mit Ausnahme der portugiesischen Befragten generell weniger als die schweizerische Bevölkerung.

Gemessen an den Angaben der Befragten weisen schweizerische sowie deutsche, österreichische und französische Befragte die höchsten Quoten an Personen auf, die schon einmal *Drogen* konsumiert haben. Unter den italienischen Befragten findet sich in den verbleibenden Gruppen der höchste Anteil an Drogenkonsumenten. Befragte aus Sri Lanka können quasi als drogenabstinent eingestuft werden. Allerdings ist generell zu konstatieren, dass die Daten zum Drogenkonsum unter den Vorbehalt mangelnder Verlässlichkeit zu stellen sind. Besonders un-

ter Personen mit unsicherem oder als unsicher empfundenem Aufenthaltstitel sind justiziable Praktiken kaum verlässlich zu erfassen.

Was das *Sporttreiben* angeht, so sind die Quoten sportabstinenten Personen in der Migrationsbevölkerung höher als unter Schweizerinnen und Schweizern. Am ausgeprägtesten ist dies bei tamilischen und italienischen Befragten zu konstatieren. Einzige Ausnahme bilden die Personen aus Österreich, Frankreich und Deutschland. Allerdings geht die höhere Sportabstinenz besonders unter türkischen und ehemaligen jugoslawischen Befragten vor allem auf Kosten des Anteils mäßig viel Sport treibender Personen. Die Anteile täglich oder mehrmals in der Woche Sport treibender Personen liegen in diesen Gruppen dagegen sogar etwas höher als in der schweizerischen Bevölkerung. Allerdings ist dieses Phänomen vor allem dem hohen Sportpensum jüngerer Männer in diesen Gruppen geschuldet. Migrantinnen treiben deutlich seltener Sport als Migranten. Während Migranten mit Ausnahme der italienischen und tamilischen Männer in etwa so häufig sportlich abstinent sind wie Schweizer, trifft dies bei den Frauen nicht zu. Deutlich häufiger als ihre Landmänner und auch deutlich häufiger als Schweizerinnen treiben Migrantinnen überhaupt keinen Sport.

Die Ergebnisse zum *Sexualverhalten* sind aufgrund hoher gruppenspezifischer Verweigerungsquoten stark verzerrt bzw. im Falle der tamilischen Befragten nicht verwertbar. Es wird jedoch deutlich, dass die ganz überwiegende Mehrheit der Befragten den letzten Sexualkontakt mit einem festen Partner vollzogen hat und aus diesem Grund nur von einer Minderheit die Notwendigkeit gesehen wurde, ein Präservativ zu verwenden.

8. Schluss

Abschließend sollen die in der Einleitung aufgeworfenen Fragen zusammenfassend beantwortet und in Hinblick auf weitere Forschungen sowie sozialpolitische Implikationen ein kurzer Ausblick gegeben werden. Vergleicht man Aspekte der *sozialen Lage* zwischen schweizerischer und nicht schweizerischer Bevölkerung, so berührt dies vor allem auch Aspekte der Integration von Migrantinnen und Migranten. Nicht zuletzt im sozioökonomischen Bereich zeigen die erhobenen Daten, dass sich in den einzelnen Migrantengruppen in unterschiedlich ausgeprägter Weise häufiger Personen in benachteiligten Positionen finden als in der schweizerischen Bevölkerung. Einzige Ausnahme – und dies dürfte im Wesentlichen auch für andere Integrationsbereiche gelten – bilden Personen aus Österreich, Frankreich und Deutschland, die einen spezifischen Migrationstypus besser gestellter Personen repräsentieren. Darüber hinaus zeigt sich an den sozioökonomischen Indikatoren wie Bildung bzw. Ausbildung berufliche Stellung und Einkommen, dass Migrantinnen und Migranten die schweizerische Gesellschaft sozioökonomisch unterschiedlich stark unterschichten. Die Rangfolge ist dabei recht eindeutig. Bereits deutlich schlechter gestellt als Schweizerinnen und Schweizer zeigen sich die italienischen Befragten gefolgt von Personen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien. Es folgen in vergleichbarer Position türkische und portugiesische Befragte und wiederum etwas schlechter positioniert zeigt sich die tamilische Gruppe. Unter den Asylsuchenden determiniert vor allem die Einkommenslage eine besonders benachteiligte Situation.

Über sozioökonomische Variablen hinaus setzt sich dieses Bild bei anderen *Integrationsindikatoren* in ähnlicher Weise fort. Was den Erwerb einer schweizerischen Landessprache angeht, weisen türkische und vor allem tamilische Befragte die größten Defizite auf. Deutlich seltener finden sich schlechte Sprachkenntnisse unter Personen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien und vor allem aus Portugal. Letztere Gruppen weisen auch die ausgeprägteste Tendenz auf, sich selbst mit der Schweiz und ihren Bewohnern zu identifizieren. In den anderen Gruppen, finden sich – ohne damit eine wertende Aussage zu verbinden – häufiger Personen, die sich vor allem mit der Gemeinschaft der Menschen aus ihrem Herkunftsland identifizieren (stärker TamillInnen) oder zwei oder mehrere geographische bzw. kulturelle Bezugspunkte angeben (stärker ehemaliges Jugoslawien, Türkei). Ein Gefühl der Heimatlosigkeit findet sich vor allem bei tamilischen Befragten und erwartungsgemäß unter Asylsuchenden. Damit korrespondieren auch Informationen über die *Migrationsgeschichte* der Befragten. In der tamilischen Gruppe dominieren Flucht und Verfolgung als Wanderungsgründe, die Personen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien weisen gemischte Motive auf. Neben ökonomischen Gründen, die in allen anderen Gruppen vorherrschen, spielt Flucht hier ebenso eine gewisse Rolle.

In Bezug auf die erhobenen *gesundheitlichen Belastungen* lässt sich generell konstatieren, dass Migrantinnen und Migranten – mit Ausnahme wiederum der deutschen, österreichischen und französischen Befragten – eine schlechtere Gesundheit angeben als Schweizerinnen und Schweizer. Der Schwerpunkt des telefonischen Fragebogens von SGB und GMM lag dabei auf der Erfassung der selbst wahrgenommenen Gesundheit und psychosomatischer Symptome.

Generell lässt sich in der Tendenz feststellen, dass italienische Befragte den schweizerischen Referenzwerten am nächsten kommen und Türkinnen und Türken durch besonders starke Abweichungen auffallen. Alters- und geschlechtsspezifisch zeigt sich ein Muster nach dem sich ein schlechterer Gesundheitszustand vor allem unter Migrantinnen und Migranten mittlerer und höherer Altersklassen herausbildet und in der höchsten Altersgruppe wieder etwas abschwächt. In diesem altersspezifischen Verlauf stechen Türken und vor allem Türkinnen besonders heraus.

Ähnliche alters- und geschlechtsspezifische Muster finden sich auch bei Inanspruchnahmestrukturen und dem Konsum von Medikamenten. So stellt sich die teilweise erhöhte Arztinanspruchnahme in der Migrationsbevölkerung als alters- und geschlechtsspezifisches Phänomen dar und findet sich in am ausgeprägtesten unter türkischen Frauen. Insgesamt zeigt das *Inanspruchnahmeverhalten* jedoch heterogene Ergebnisse. So ist die Spitalinanspruchnahme unter Migrantinnen und Migranten höher als in der schweizerischen Bevölkerung, bei gleichzeitig jedoch geringeren Liegezeiten. Vorsorgeuntersuchungen wie Blutdruck- oder Cholesterinmessungen werden in den höheren Altersgruppen ähnlich häufig wahrgenommen wie in der schweizerischen Bevölkerung, in den jüngeren Altersgruppen findet sich jedoch eine geringere Vorsorgedichte. Und problematisch erscheint auch, dass bei unangenehmen, in die Intimsphäre eingreifenden Untersuchungen der Krebsvorsorge vor allem bei tamilischen Personen und mit Abstrichen auch bei türkischen und Befragten aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien eine ausgeprägte Vorsorgezurückhaltung besteht. Nachteilig erweisen sich in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auch die Kommunikationsweisen mit dem medizinischen Personal. Gemessen an den sprachlichen Defiziten findet sich häufig eine Kommunikation in einer der Landessprachen und selten die Unterstützung durch professionelle Strukturen. Entsprechend werden Übersetzungsleistungen, wenn überhaupt, dann in aller Regel von Laien und hier von Verwandten erbracht. Problematisch erscheint dabei, dass besonders bei Frauen und hier verstärkt in der tamilischen und türkischen Gruppe häufig Männer als Sprachmittler fungieren.

In Bezug auf weiteres Gesundheitsverhalten zeigt sich in allen Gruppen ein heterogener Mix aus *gesundheitsförderlichen und riskanten Verhaltensweisen*. Eine erhöhte Raucherquote findet sich nur unter türkischen Befragten und gleichzeitig weisen nur Tamilinnen und Tamilen deutlich geringere Quoten auf als schweizerische Befragte. Der Alkoholkonsum ist in den meisten Migrantengruppen weniger weit verbreitet als in der schweizerischen Bevölkerung und wird wiederum besonders selten von den Befragten aus Sri Lanka berichtet. Allerdings weisen diese auch die höchste Quote sportabstinenten Personen auf, ein Phänomen, das im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung auch besonders häufig unter italienischen Befragten zu finden ist. Generell gilt, dass Migrantinnen und Migranten seltener Sport treiben als Schweizerinnen und Schweizer. Eine Ausnahme bilden nur junge Männer aus der Türkei und dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien.

Die dargestellten empirischen Befunde bieten einen ersten, keineswegs vollständigen Überblick über die Bandbreite der im Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung

2004 erhobenen Daten. Sie können als Analysen jedoch insbesondere deshalb nicht abschließend sein, weil sie die Gefahr bergen, die in Frage stehende Problematik in einer kulturalistisch verengten Perspektive wahrzunehmen und so zur Konstruktion ethnisierender Stereotype beizutragen. Schon die skizzierte Analyse von sozialer Lage und Soziodemographie hatte zahlreiche Hinweise auf die interne Heterogenität der Migrationsbevölkerung insgesamt und auch der jeweiligen einzelnen Gruppen ergeben. So ist hier zunächst die – neben Alter und Geschlecht – gerade im Hinblick auf Gesundheitsfragen zentrale Dimension der sozioökonomischen Lage für eine weitergehende, differenzierte Analyse zu nennen. Darüber hinaus wären differenzierende Momente von Migrationssituation und -prozess in den Blick zu nehmen. Bislang ist dies nur im Hinblick auf die Unterscheidung zwischen ständig ansässiger Wohnbevölkerung und Asylsuchenden erfolgt. Unterscheidungen nach Aufenthaltsdauer und Generationszugehörigkeit, Migrationshintergrund sowie zu sozialen Beziehungen kämen hier genauso Frage, wie bspw. Indikatoren zur Integration der Befragten. In jedem Fall - das zeigen die Ergebnisse - sind gesundheitliche Belastungen, Ressource oder Versorgungslagen nicht durchgehend analog zu sozialem Status oder Integration verteilt. Es lohnt sich also in Zukunft genauer hinzuschauen, um differenzierte Zusammenhänge zwischen Sozial- und Gesundheitsvariablen aufzudecken.

Erst diese intensive Beschäftigung mit den Bestimmungsfaktoren spezifischer gesundheitlicher oder versorgungstechnischer Problemlagen der Migrationsbevölkerung ermöglicht eine möglichst gut fundierte Formulierung sozialpolitischer Empfehlungen, die sich bisher nur in groben Zügen aus den Daten ableiten lassen. Gewisse *Präventionspotenziale* und *strategische Ansatzpunkte* können jedoch benannt werden. Zuvorderst ist darauf hinzuweisen, dass gerade die in Bezug auf Gesundheit und Versorgung problematisch erscheinenden Resultate auch Folgen der Zuwanderung in nicht hinreichend vorbereitete Aufnahmegesellschaften darstellen. Die vielleicht wichtigste sozialpolitische Empfehlung stellt deshalb jenseits konkret gesundheitspolitischer Maßnahmen die Forderung dar, die Bemühungen um eine bessere sprachliche und ökonomische Integration von Migrantinnen und Migranten voranzutreiben. Denn gerade auch die Bestimmungsfaktoren der sozialen Lage stellen erklärungsmächtige Faktoren für eine bessere oder schlechtere Gesundheit und mangelnde Sprachkenntnisse ein Haupthindernis für sozialen Aufstieg aber auch eine adäquate Gesundheitsversorgung der zugewanderten Bevölkerung dar.

Dennoch bedeutet Sozialpolitik auch, mit den aktuellen Gegebenheiten umzugehen und auf Problemlagen zu reagieren. Zum einen zeigt die Datenlage, dass das Nachdenken über professionelle Sprachmittlung im Gesundheitswesen in die richtige Richtung weist. Die Kommunikationsstrukturen zwischen Ärztinnen und Ärzten und ihrem zugewanderten Klientel weisen offensichtliche Defizite auf, die durchaus zum Gegenstand von Sozialpolitik gemacht werden können. Zum anderen scheint es stellenweise an der notwendigen muttersprachlichen und kulturadäquaten Information aber auch entsprechenden Versorgungsstrukturen zu fehlen. Zu denken gibt u.a. der recht geringe Bekanntheits- und Inanspruchnahmegrad der vorhandenen Beratungs- und Informationsstrukturen von Krankenkassen und Beratungsstellen. Portugiesische und türkische Befragte, mit Abstrichen auch Personen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugos-

lawien greifen auf die hier angebotenen Hilfen noch am ehesten zurück. In den verbleibenden Gruppen tut dies nur eine kleine Minderheit. Dabei zeigen die Daten, dass generell ein großer Bedarf bspw. an muttersprachlichen Informationen und Strukturen gegeben ist und besonders in den weniger gut integrierten Gruppen wie der tamilischen Bevölkerung oder unter Asylsuchenden verstärkt befürwortet wird. Internet und Broschüren als jene Medien, mit denen ausführliche Informationen differenziert dargestellt werden können, aber auch andere Beratungsangebote sollten nach den vorliegenden Ergebnissen über die stärker frequentierten Leitmedien (z.B. Zeitungen, Zeitschriften, Fernsehen) wie auch medizinische und Laienstrukturen beworben werden, um besser in die Wahrnehmung der Adressaten und Adressatinnen vordringen zu können.

Dass nicht alle sich anbietenden Maßnahmen nach dem Gießkannenprinzip zu den betroffenen Personen gelangen sollten, zeigen die Daten ebenfalls. Generell sind die Bedürfnisse in den untersuchten Gruppen teilweise stark nationalitäts-, geschlechts- und altersspezifisch ausgeprägt. Nicht jede Präventionskampagne muss demnach auf jede einzelne Gruppe ausgerichtet werden, sondern die Konzentration auf spezifische Problemlagen kann helfen, Mittel effizienter zu verteilen. Die Staatsangehörigkeit bzw. die entsprechende Muttersprache ist dabei nur ein Kriterium. Es deutet sich bereits in den vorliegenden Ergebnissen an, dass komplexere Kombinationen von Merkmalen bei der Zielgruppendefinition hilfreich sein könnten. Abschließend sei deshalb die Empfehlung zur weiterführenden Forschung dahingehend präzisiert, dass die weitere Arbeit mit den vorliegenden Daten nicht zuletzt auch darauf zielen sollte, spezifische Problemlagen aufzudecken. Denn erst das Erkennen komplexer sozialer, ökonomischer und kultureller Zusammenhänge erlaubt es, sozialpolitische Maßnahmen zielgruppengerecht zuzuschneiden und zu lancieren.

Anhang

Verzeichnis der Übersichten

- 2.1: Staatsangehörigkeitsgruppen in Modul I
- 2.2: Schichtung der Stichproben der Module II und III nach Staatsangehörigkeit
- 2.3: Schichtung der Stichprobe (Modul II) nach Alter und Geschlecht
- 2.4: Stichprobenschichtung und realisierte Interviews
- 2.5: Ausschöpfung nach Modulen
- 2.6: Ausschöpfung nach Nationalität
- 3.1: Von der Roh- zur Endfassung: Übersetzung und Pretesting des Fragebogens
- 3.2: Zeitraum der Feldphase
- 3.3: Interviewsprachen nach Nationalität und durchschnittliche Interviewdauer
- 4.1: Geschlecht
- 4.2: Alter
- 4.3: Schulbesuch außerhalb der Schweiz
- 4.4: Schuljahre außerhalb der Schweiz
- 4.5: Schulabschluss außerhalb der Schweiz
- 4.6: Ausbildung oder Studium außerhalb der Schweiz
- 4.7: Art der Ausbildung außerhalb der Schweiz (Personen mit Ausbildung oder Studium)
- 4.8: Abschluss einer nachobligatorischen Ausbildung in der Schweiz
- 4.9: Art der nachobligatorischen Ausbildung in der Schweiz (Mehrfachantworten)
- 4.10: Bildung nach Geschlecht
- 4.11: Erwerbstätigkeit
- 4.12: Art der Erwerbstätigkeit

- 4.13: Berufliche Stellung im Angestelltenverhältnis
- 4.14: Erwerbstätigkeit nach Branchen
- 4.15: Durchschnittliche Arbeitszeit der Angestellten in Stunden (pro Woche, arithmetisches Mittel)
- 4.16: Art der früheren Erwerbstätigkeit
- 4.17: Haushaltsgröße
- 4.18: Gruppiertes Äquivalenzeinkommen
- 4.19: Durchschnittliches Äquivalenzeinkommen (arithmetisches Mittel)
- 4.20: Soziale Schicht
- 4.21: Zivilstand
- 4.22: Kinder
- 4.23: Zahl lebender Kinder (gruppiert)
- 4.24: Durchschnittliche Zahl der Kinder (arithmetisches Mittel)
- 4.25: Kontakt zu Kindern
- 4.26: Kinderbetreuung pro Woche in Stunden nach Geschlecht (Personen in Haushalten mit Kindern unter 15 Jahren, arithmetisches Mittel)
- 4.27: Haushaltsarbeit pro Woche in Stunden nach Geschlecht (arithmetisches Mittel)
- 4.28: Nahe stehende Personen für persönliche Probleme nach Geschlecht
- 4.29: Aufenthaltsstatus
- 4.30: Aufenthaltsdauer insgesamt in Jahren
- 4.31: Aufenthaltsdauer nicht in der Schweiz Geborener in Jahren (arithmetisches Mittel)
- 4.32: Erste und zweite Generation

- 4.33: Gründe für die Migration (Mehrfachantworten)
- 4.34: Opfer von politischer Verfolgung oder Gewalt
- 4.35: Pendelmigration
- 4.36: Kontakte im Herkunftsland der Familie
- 4.37: Fernsehen in der Sprache der Landsleute
- 4.38: Kontakte mit Verwandten in der Schweiz insgesamt
- 4.39: Kontakte in der Schweiz nach Verwandtschaftsformen (Mehrfachantworten)
- 4.40: Feste Lebens- oder Ehepartnerschaft in der Schweiz
- 4.41: Nationalität der Partnerin oder des Partners in der Schweiz (Mehrfachantworten)
- 4.42: Religionszugehörigkeit
- 4.43: Religiosität
- 4.44: Zugehörigkeit zu Volksgruppen (Mehrfachantworten)
- 4.45: Gefühl der Heimatlosigkeit
- 4.46: Zugehörigkeit zu Eigenem und Fremdem
- 4.47: Muttersprache (Mehrfachantworten)
- 4.48: Beherrschung schweizerischer Landessprachen
- 4.49: Passive Sprachkenntnisse
- 4.50: Aktive Sprachkenntnisse
- 4.51: Gründe für Diskriminierung
- 4.52: Benachteiligung nach sozialem Kontext
- 4.53: Ausländische Zugewanderte in der Nachbarschaft

- 4.54 Soziale Lage und Soziodemographie – Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse
- 5.1: Subjektiver Gesundheitszustand
- 5.2: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht
- 5.3: Psychische Ausgeglichenheit
- 5.4: Psychische Ausgeglichenheit nach Geschlecht
- 5.5: Index Psychische Ausgeglichenheit nach Alter und Geschlecht (arithmetisches Mittel)
- 5.6: Einsamkeit
- 5.7: Einsamkeit nach Geschlecht
- 5.8: Behandlung wegen psychischer Probleme nach Geschlecht
- 5.9: Lang andauernde körperliche und/oder psychische Probleme und Behinderungen der Tätigkeiten des täglichen Lebens
- 5.10: Eingeschränkte Leistungsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit in %
- 5.11: Eingeschränkte Leistungsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit in Tagen (ausgeschlossen nicht eingeschränkt bzw. arbeitsunfähige Personen; arithmetisches Mittel)
- 5.12: Einnahme irgendeines Medikaments innerhalb der letzten 7 Tage nach Geschlecht
- 5.13: Vom Arzt verordnete Medikamente und Eigenmedikation nach Geschlecht
- 5.14: Medikamentengebrauch nach Substanzgruppen
- 5.15: Einnahme von Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmitteln nach Alter und Geschlecht (arithmetisches Mittel)
- 5.16: Body Mass Index
- 5.17: Anteil der Übergewichtigen und Adipösen nach Alter und Geschlecht
- 5.18: Prävalenz von Krankheitssymptomen
- 5.19: Symptombelastung nach Geschlecht und Alter (arithmetisches Mittel)

- 6.1: Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte und Ärztinnen
- 6.2: Spitalinanspruchnahme
- 6.3: Zufriedenheit mit dem letzten Spitalaufenthalt (Anteile 'sehr Zufriedener')
- 6.4: Zahl von Arztbesuchen und Spitaltagen (Nichtinanspruchnahme ausgeschlossen; arithmetisches Mittel)
- 6.5: Zahl von Arztbesuchen nach Alter und Geschlecht (12 Monate; Nichtinanspruchnahme ausgeschlossen; arithmetisches Mittel)
- 6.6: Medizinische Kontrolluntersuchungen
- 6.7: Blutdruckmessung nach Alter
- 6.8: Krebsvorsorge
- 6.9: Brustuntersuchung
- 6.10: HIV-Test
- 6.11: Ohne HIV-Test nach Alter
- 6.12: Nicht-Erwerbstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen
- 6.13: Rentenbezieher im Erwerbsalter
- 6.14: Form der Arzt-Patient-Kommunikation (Mehrfachantworten)
- 6.15: Form der Arzt-Patient-Kommunikation nach Geschlecht (Mehrfachantworten)
- 6.16: Sprachmittler (ausgeschlossen: Personen ohne Übersetzungsbedarf; Mehrfachantworten)
- 6.17: Männliche und weibliche Sprachmittler (Verwandte und Bekannte) nach Geschlecht (ausgeschlossen: Personen ohne Übersetzungsbedarf; Mehrfachantworten)
- 6.18: Medizintourismus von Befragten und Familienmitgliedern
- 6.19: Anlässe des Medizintourismus (Mehrfachantworten)

- 6.20: Gründe für Medizintourismus (Mehrfachantworten)
- 6.21: Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Hilfen (Mehrfachantworten)
- 6.22: Bedarfe an migrationsspezifischen Versorgungsstrukturen
- 6.23: Bedarfe muttersprachlicher Informationen in bestimmten Versorgungsbereichen
- 6.24: Bevorzugte Informationsquellen bei gesundheitlichen Fragen (Mehrfachantworten)
- 6.25: Bekanntheitsgrad 'Gesundheitswegweiser Schweiz'
- 6.26: Status des Tabakkonsums
- 6.27: Tabakkonsum nach Geschlecht (Raucher)
- 6.28: Alkoholkonsum
- 6.29: Alkoholkonsum nach Geschlecht
- 6.30: Rauschtrinken (≥ 6 Gläser/Frauen, ≥ 8 Gläser/Männer)
- 6.31: Drogenkonsum
- 6.32: Gymnastik, Fitness oder Sport
- 6.33: Sportabstinenz nach Geschlecht
- 6.34: Verweigerung von Fragen zur Sexualität nach Geschlecht
- 6.35: Verhalten beim letzten Sexualkontakt

Glossar

AM	Arithmetisches Mittel
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFM	Bundesamt für Migration
DÖF	Deutschland, Österreich, Frankreich
GMM	Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung
MI, MII, MIII	Modul I, Modul II, Modul III
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SGB02	Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002
SAKE	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung
ZAR	Zentrales Ausländerregister

Mitglieder der Expertengruppe

Dr. phil. **Gerhard Gmel** (MSc. in Statistics), Psychologe, Leiter der Sektion Epidemiologie und Statistik, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), Lausanne

Hildegard Hungerbühler (Lic. Phil.), Ethnologin, Leiterin der Abteilung Grundlagen und Entwicklung, Schweizerisches Rotes Kreuz, Departement Migration, Bern

Dr. med. **Regula Weiss**, Psychiaterin in eigener Praxis, Zürich

Dr. med. **Hans Wolff** (MPH), Leitender Arzt der Unité mobile de soins communaires (Umsco), Innere Poliklinik, Universitätsspital Genf

Dr. phil. **Roland Calmonte**, Psychologe, Projektleiter Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) (bis 2006), Sektion Gesundheit, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel