

Gesundheit der Migrationsbevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017

Schlussbericht

Forschungsmandat im Auftrag von
Bundesamt für Gesundheit Direktionsbereich Gesundheitspolitik
Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit

Jürg Guggisberg, Hugo Bodory, Dominic Höglinger, Severin Bischof, Melania Rudin
Bern, September 2020

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Executive Summary	II
1 Einleitung	1
1.1 Arbeitsleitendes Modell	1
1.2 Zweck der Untersuchung und Hauptfragestellungen	2
1.3 Datengrundlagen	3
1.4 Aufbau des Berichts	4
2 Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Überblick	5
3 Gesundheitliche Unterschiede zwischen der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund	9
3.1 Gesundheitszustand	9
3.1.1 Allgemeiner Gesundheitszustand	12
3.1.2 Körperliche Gesundheit	14
3.1.3 Psychische Gesundheit	16
3.1.4 Kurzfazit Gesundheitszustand	18
3.2 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	19
3.2.1 Arztkonsultationen	19
3.2.2 Ambulante und stationäre Spitalleistungen	22
3.2.3 Prävention, Früherkennung und Zahnarztbesuche	23
3.2.4 Kurzfazit Inanspruchnahme	24
3.3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen	26
3.3.1 Bewegung, Ernährung und Übergewicht	27
3.3.2 Risikobehaftetes Verhalten für Suchterkrankungen	29
3.3.3 Kurzfazit gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen	31
4 Ressourcen und gesundheitliche Ungleichheit	32
4.1 Verteilung der Ressourcen	32
4.2 Der Einfluss der Ressourcenausstattung auf die gesundheitlichen Unterschiede	35
4.2.1 Ressourcenausstattung und Unterschiede beim Gesundheitszustand	36
4.2.2 Ressourcenausstattung und Unterschiede bezüglich Inanspruchnahme	39
4.2.3 Ressourcenausstattung und Unterschiede bezüglich gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen	40
4.3 Kurzfazit Ressourcen	42
5 Fazit	43
6 Literaturverzeichnis	48
7 Anhang: Zusätzliche Tabellen und Grafiken	49

Executive Summary

Der Bund engagiert sich für gleiche Gesundheitschancen für alle Bevölkerungsgruppen. Chancengleichheit in Bezug auf die Gesundheit bedeutet, dass alle die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung, Erhaltung und falls nötig Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben ungeachtet ihrer Sprache, Herkunft, sozialem Status und Bildungsniveau. Studien belegen, dass die Gesundheit von in der Schweiz lebenden Migrantinnen und Migranten gefährdeter ist als jene der einheimischen Bevölkerung. Gesundheitliche Unterschiede bestehen aber auch generell zwischen Menschen mit unterschiedlicher Verfügbarkeit von sozialen und ökonomischen Ressourcen. Vor diesem Hintergrund hat die vorliegende, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit verfasste Studie zum Ziel, das **aktuelle Ausmass der gesundheitlichen Ungleichheit bei Personen mit Migrationshintergrund** detailliert darzulegen und auszuleuchten. Weiter untersucht sie, inwiefern sich die im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund festgestellten Unterschiede auf die ungleiche **Ausstattung mit gesundheitsrelevanten Ressourcen** zurückführen lassen.

Daten, Konzepte und Methoden

Die Hauptdatenquelle der Studie bildet die **Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017** des Bundesamtes für Statistik. In deren Rahmen wurde eine Stichprobe der Wohnbevölkerung von insgesamt 22'134 Personen befragt, wobei das Bundesamt für Gesundheit eine Aufstockung um 1'000 Interviews mit Personen ausländischer Staatsbürgerschaft finanzierte, um die Präzision der Aussagen zur Migrationsbevölkerung zu erhöhen. Die migrationspezifisch aufgestockte Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 erlaubt Analysen zur gesundheitlichen Lage von Personen mit Migrationshintergrund in bisher unerreichter Breite. Wie jede gross angelegte, standardisierte Bevölkerungsbefragung weist sie aber auch Limitationen auf. Insbesondere sind Aussagen über **den Asyl- und Flüchtlingsbereich sowie über Sans-Papiers nicht möglich, da diese Personengruppen im verwendeten Stichprobenregister nicht oder nur teilweise enthalten** sind. Weil die SGB ausschliesslich in den drei Landessprachen deutsch, französisch und italienisch durchgeführt wird, fehlen zudem in der Schweiz ansässige Migrantinnen und Migranten, die keine dieser drei Landessprachen hinreichend gut verstehen und sprechen. Dass die Sprachkompetenz in Zusammenhang mit

dem Gesundheitszustand steht, konnte mit dem im Jahr 2010 durchgeführten zweiten Gesundheitsmonitoring gezeigt werden, welches in acht verschiedenen Sprachen durchgeführt wurde (Guggisberg et al. 2011).

Die Befragungsdaten der SGB wurden für die vorliegende Studie mit Informationen aus der Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) und Angaben zu den individuellen Konten der zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) angereichert, um die Erwerbs- und Einkommenssituation der Befragten akkurater abzubilden.

Migration ist ein einschneidendes Lebensereignis, welches nicht nur die Biographie der zugewanderten Personen prägt, sondern indirekt auch jene ihrer Nachkommen. Und ein Migrationshintergrund geht nicht zwingend einher mit einer ausländischen Staatszugehörigkeit. Kommt hinzu, dass die **Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund in sich sehr heterogen** ist und sich diese in vielfältiger Weise unterscheiden. Um dieser komplexen Realität gerecht zu werden, verwendet die Studie die vom BFS entwickelte **Typologie der Bevölkerung nach Migrationsstatus**, die zwischen zugewanderten (**1. Generation**) und in der Schweiz geborenen und aufgewachsenen Personen mit Migrationshintergrund (**2. Generation**) unterscheidet, in Abgrenzung zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Bei Migrant/innen der 1. Generation wird in der Studie weiter nach **Herkunftsregion** differenziert. Dies ermöglicht es, innerhalb der Migrationsbevölkerung der 1. Generation Unterschiede zwischen Personen unterschiedlicher Herkunftsregionen zu identifizieren. Weil die Gruppe der zur 2. Generation zählenden Personen deutlich kleiner als die Gruppe der 1. Generation und weniger heterogen ist, wurde bei dieser auf eine weitere Differenzierung nach Herkunftsregion verzichtet.

Um der unterschiedlichen soziodemographischen Zusammensetzung der einzelnen Personengruppen Rechnung zu tragen (insbesondere ist die Migrationsbevölkerung im Schnitt wesentlich jünger), wurden die in der Studie ausgewiesenen gesundheitlichen Unterschiede der Bevölkerung mit Migrationshintergrund mittels multivariater statistischer Verfahren **alters- und geschlechteradjustiert**.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung erfasst die Gesundheit der Bevölkerung in all ihren Facetten anhand einer Vielzahl an Indikatoren. Für die vorliegende Studie wurden **rund dreissig Schlüsselindikatoren** ausgewählt, welche die drei Dimensionen Gesundheitszustand, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, sowie gesundheitsrelevante

Verhaltensweisen und Einstellungen umfassend abdecken.

Gesundheitliche Ungleichheit bei

Personen mit Migrationshintergrund

Personen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund systematisch sowohl hinsichtlich ihres Gesundheitszustands als auch bezüglich ihrer gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen. Lediglich punktuelle Unterschiede gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund zeigen sich bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Gesundheitszustand

Menschen mit Migrationshintergrund stufen ihren **selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand häufiger als nicht gut ein**. Auch der **Anteil an Personen mit körperlichen wie psychischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist bei den entsprechenden Indikatoren systematisch höher**. Dies betrifft etwa starke körperliche Beschwerden oder das Vorhandensein von mindestens einem Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Diabetes, Cholesterin, Bluthochdruck) sowie krankhafte Schlafstörungen. Bei einer Minderheit von zwei der sechs untersuchten Migrantengruppen sind jeweils der Anteil an Personen mit Arthrose oder Arthritis sowie der Anteil an Personen mit starken Einschränkungen im täglichen Leben erhöht. Die restlichen Gruppen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich diesbezüglich nicht wesentlich von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

Was die psychische Gesundheit betrifft, so weisen Menschen mit Migrationshintergrund häufiger eine hohe psychische Belastung sowie mittlere bis schwere depressive Symptome auf. Dies legt nahe, dass bei einem Teil der Betroffenen die Migration und die damit einhergehenden Lebensumstände während der Migration als auch danach als psychisch belastend erlebt werden.

Einzig der Indikator zu dauerhaften Gesundheitsproblemen widerspricht dem allgemeinen Muster, welches für die Indikatoren zum Gesundheitszustand zu beobachten ist. **Chronische Gesundheitsprobleme sind unter einzelnen Gruppen mit Migrationshintergrund weniger häufig verbreitet** als unter der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Vermutlich spielt hier der Umstand eine Rolle, dass chronische Gesundheitsprobleme auch Folge von Geburtsgebrechen sein können, und davon Betroffene eher von einer Auswande-

rung absehen. Dies stünde im Einklang mit der in der Literatur prominenten These des „healthy migrant“-Effekts, wonach gesunde Personen eher die Migration wagen.

Generell sind die gesundheitlichen Unterschiede zwischen der Bevölkerung mit Migrationshintergrund und der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund bei den **höheren Altersgruppen** stärker ausgeprägt. Zudem verschlechtert sich der Gesundheitszustand der Migrant/innen der 1. Generation mit **zunehmender Aufenthaltsdauer**. Allerdings muss basierend auf den verwendeten Querschnittsdaten offenbleiben, in welchem Ausmass es sich dabei um Lebenslauf- oder Kohorten-Effekte handelt. Lebenslauf-Effekte treten als Folge von im Zeitverlauf sich kumulierenden oder verstärkt auswirkenden gesundheitlichen Belastungen und Risiken auf, etwa als Folge der Ausübung bestimmter Berufe oder gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen. Kohorten-Effekte können sich beispielsweise ergeben, wenn in jüngerer Zeit vermehrt gesündere und resilientere Personen eingewandert sind.

Unabhängig vom Migrationsstatus treten teilweise beträchtliche Unterschiede beim Gesundheitszustand zwischen Männern und Frauen auf. Auch Migrantinnen und Migranten sind von diesen geschlechtsspezifischen gesundheitlichen Ungleichheiten betroffen. Hingegen fanden sich keine Belege dafür, dass die im Fokus stehenden migrationsbedingten gesundheitlichen Unterschiede sich auf jeweils unterschiedliche Art und Weise bei Migrantinnen und Migranten manifestieren.

Einstellungen und Verhaltensweisen

Bei den gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen zeigt sich ein stärker gemischtes Bild als beim Gesundheitszustand: In der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist der Anteil an Personen, welche angeben, ihr Leben unbeeinflusst von gesundheitlichen Überlegungen zu führen, höher. **Menschen mit Migrationshintergrund sind auch häufiger übergewichtig und körperlich inaktiv**. Bemerkenswert ist insbesondere, dass Übergewicht auch bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund der 2. Generation deutlich gehäuft auftritt, während bei zahlreichen anderen Indikatoren sich diese Personengruppen weniger stark von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund abhebt. Zielgruppengerechte Aktionsprogramme mit dem Fokus Ernährung und Bewegung bei Kindern und Jugendlichen dürften sich besonders eignen, um diesbezüglich die gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren.

Der **Cannabiskonsum** ist bei allen Migrantengruppen – mit Ausnahme der Migrant/innen der 1. Generation aus Nordeuropa – weniger verbreitet als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. **Bei Alkohol und Tabak fallen die Ergebnisse uneinheitlich aus:** Je nach Migrantengruppe werden diese Substanzen häufiger oder seltener konsumiert im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Häufiger ist der Tabakkonsum bei Migrant/innen der 1. Generation aus Ost- und Südosteuropa und aus Südwesteuropa sowie bei Personen mit Migrationshintergrund der 2. Generation, seltener bei Migrant/innen der 1. Generation aus nicht-europäischen Staaten. Der tägliche Konsum von Alkohol ist markant häufiger verbreitet bei Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa, wesentlich geringer hingegen fällt er bei Migrant/innen der 1. Generation aus Ost- und Südosteuropa aus. Die anderen Migrantengruppen unterscheiden sich diesbezüglich nicht wesentlich von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

Abhängigkeitsrisiken können auch substanzungebunden bestehen. Der Anteil an Personen mit einem **problematischen Internetkonsum** ist mit Ausnahme der Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa bei allen Migrantengruppen erhöht, am stärksten bei Migrant/innen der 1. Generation aus nicht-europäischen Staaten. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Migrantinnen und Migranten das Internet häufig nutzen, um soziale Kontakte zu Familienangehörigen und Freunden im Herkunftsland aufrechtzuerhalten.

Inanspruchnahme von Leistungen

Der **Zugang zu Haus- und Allgemeinärzten**, den zentralen Gatekeepern des Schweizer Gesundheitssystems, ist für die im Rahmen der SGB abgedeckten Personen mit Migrationshintergrund in **weitgehend gleichem Ausmass wie für die Nicht-Migrationsbevölkerung** gewährleistet: Der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund mit einer entsprechenden Konsultation in den letzten 12 Monaten ist sogar leicht höher als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (und dies unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands).

Hingegen zeigen sich punktuelle Unterschiede bei der Inanspruchnahme der weiteren untersuchten Gesundheitsleistungen, was ein **unterschiedliches Nutzungsverhalten** nahelegt: Tendenziell beanspruchen Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa, aus Ost- und Südosteuropa, sowie aus nicht-europäischen Staaten seltener Leistungen von Spezialärztinnen und –ärzten. Jedoch suchen dieselben Migrantengruppen häufiger Notfall-

stationen in Spitälern auf. Behandlungen in Notfallstationen von Spitälern sind immer wieder Gegenstand politischer Debatten. Im Grundsatz wird angestrebt, dass sogenannte Bagatellfälle möglichst nicht in Notfallstationen erfolgen sollten.

Bei den Massnahmen zur **Prävention und Früherkennung** wird die Gebärmutterhalskrebs-Vorsorgeuntersuchung gemäss den befragten Migrantinnen wesentlich seltener genutzt. Allerdings ist unklar, ob dies nicht lediglich die fehlende Wahrnehmung dieser Massnahmen bei den befragten Frauen widerspiegelt, da sich bei der Inanspruchnahme von frauenärztlichen Konsultationen, in deren Rahmen diese Vorsorgeuntersuchung üblicherweise stattfindet, keine Unterschiede zeigen.

Auf eine **mögliche bestehende Unterversorgung weisen die Ergebnisse bei den zahnärztlichen Leistungen hin**, die in der Regel nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt werden. Diese werden von Migrantinnen und Migranten wesentlich seltener in Anspruch genommen als von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

Abschliessend hinzuweisen ist im Zusammenhang mit den Ergebnissen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, dass aufgrund der Verwendung der Daten der SGB Aussagen für sehr spezifische Migrantengruppen, wie etwa Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich, Sans-Papiers, aber auch Personen, die keine Landessprache sprechen, nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich sind. Gerade von den obengenannten Gruppen ist bekannt, dass für sie wesentliche Zugangshürden zum Gesundheitssystem bestehen können. Ebenfalls nichts ausgesagt werden kann basierend auf den verwendeten Daten über allfällige Qualitätsunterschiede bei den beanspruchten Gesundheitsleistungen, beispielsweise als Folge von Sprachbarrieren, fehlenden Gesundheitskompetenzen bei Patientinnen und Patienten oder fehlenden transkulturellen Kompetenzen des Gesundheitspersonals.

Heterogene Migrationsbevölkerung und vulnerable Gruppen

Menschen mit Migrationshintergrund bilden eine heterogene Bevölkerungsgruppe. Dies schlägt sich auch in je nach Personengruppe innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund stärker oder schwächer ausgeprägten gesundheitlichen Unterschieden gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund nieder. Tendenziell stärker ausgeprägt sind die oben beschriebenen gesundheitlichen Unter-

schiede bei folgenden **besonders vulnerablen Migrantengruppen**: Migrant/innen der 1. Generation mit **Herkunft aus Südwesteuropa** (häufigste Herkunftsländer: Italien, Portugal und Spanien), **aus Ost- und Südosteuropa** (vorwiegend aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens, der Türkei und Polen), sowie **aus nicht-europäischen Staaten** (vorwiegend aus Brasilien, Eritrea und Sri Lanka).

Diese letztgenannte, anteilmässig kleine Gruppe der Migrant/innen der 1. Generation aus nicht-europäischen Staaten ist in sich äusserst heterogen, sie umfasst Arbeitsmigrant/innen mit stark unterschiedlichem Qualifikationsniveau, Personen, die im Rahmen des Familiennachzugs in die Schweiz migrierten als auch anerkannte Flüchtlinge und Vorläufig Aufgenommene. Aufgrund der tiefen Fallzahlen konnte diese Gruppe in der vorliegenden Studie nicht weiter differenziert werden. Frühere Studien haben gezeigt, dass **Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich** als besonders vulnerabel einzustufen sind (vgl. Gugisberg et al. 2011).

Seltener und wenn, dann weniger stark von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen sind Migrant/innen der 1. Generation mit (mehrheitlich erworbener) **Schweizer Staatsangehörigkeit** (häufigste Herkunftsländer sind Deutschland, Italien und Frankreich) sowie Migrant/innen der 1. Generation **aus Nord- und Westeuropa** (vorwiegend aus Deutschland, Frankreich und Österreich). Bei letztgenannter Personengruppe ist die Ähnlichkeit mit der einheimischen Bevölkerung besonders ausgeprägt, sie unterscheiden sich bezüglich ihrer gesundheitlichen Situation kaum und nur bei wenigen einzelnen Indikatoren von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

Eher geringfügig fallen die Unterschiede auch bei Personen mit Migrationshintergrund der **2. Generation** aus, die in der Schweiz geboren und aufgewachsen sind (häufigste Herkunftsländer: Italien, Türkei, Deutschland, Spanien, Portugal).

Ressourcenunterschiede als wesentlicher Erklärungsfaktor

Zur Erklärung der gesundheitlichen Unterschiede wird in bestehenden Studien meist auf die geringere Ressourcenausstattung von Migrantinnen und Migranten verwiesen, insbesondere auch auf den Umstand, dass diese hinsichtlich ihrer sozioökonomischen Lage gegenüber der einheimischen Bevölkerung schlechter gestellt sind. Tatsächlich ist der **Anteil an Personen ohne nachobligatorische Ausbildung als auch an Personen mit tiefem Einkommen bei Personen mit Migra-**

tionshintergrund wesentlich höher. Eine Ausnahme bildet auch hier wieder die Gruppe der Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa, die hinsichtlich ihres sozioökonomischen Status sogar bessergestellt sind als die einheimische Bevölkerung.

Soziale Unterstützung - u.a. praktische Hilfeleistungen, guter Rat und emotionale Unterstützung von Familie, Freundeskreis und Nachbarschaft - ist eine weitere zentrale gesundheitsrelevante Ressource, die bei ausnahmslos allen Migrantengruppen der 1. Generation weniger ausgeprägt vorhanden ist. Weitgehend identisch wie bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund ist das Ausmass an sozialer Unterstützung hingegen bei der 2. Generation. Eine weitere Ressource, welche im Rahmen dieser Studie als potentiell erklärender Faktor berücksichtigt wurde, ist die **Erwerbsintegration**. Der Anteil an Personen mit Bezug von Taggeldern der Arbeitslosenversicherung ist bei allen Migrantengruppen gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund erhöht.

Wie stark sind die beobachteten gesundheitlichen Unterschiede zwischen der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund auf diese unterschiedliche Ressourcenausstattung zurückzuführen? Wie die Ergebnisse der durchgeführten statistischen Modellschätzungen zeigen, weisen die berücksichtigten **Ressourcen gesamthaft eine hohe Erklärungskraft** auf. Bei den Indikatoren zum Gesundheitszustand kann durchschnittlich 40 Prozent der Unterschiede zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund auf Ressourcenunterschiede zurückgeführt werden. Bei den Indikatoren zu den gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen sind es mit rund 15 Prozent immer noch ein beträchtlicher Anteil, aber deutlich weniger. Hingegen ist die Erklärungskraft der Ressourcen bei den Unterschieden bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen eher klein.

Letzteres ist ein Hinweis, dass weitere, auch stärker spezifisch mit dem Migrationskontext in Verbindung stehende Faktoren, die in dieser Studie nicht weiter ausgeleuchtet werden konnten, ebenfalls eine Rolle spielen. Dennoch ist gesamthaft gesehen der **Einfluss der geringeren Ressourcenausstattung auf die gesundheitliche Ungleichheit bei Personen mit Migrationshintergrund gross**. Massnahmen, welche auf die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit sozial Benachteiligter allgemein abzielen, kommen damit auch in hohem Masse den von gesundheitlicher Ungleichheit betroffenen Personen mit Migrationshintergrund zugute.

Wird der Einfluss der Ressourcen einzeln analysiert, so zeigt sich, dass **nicht nur die sozioökonomische Lage in Form von Ausbildungsstand und Einkommen** einen entscheidenden Beitrag zur Erklärung der Ungleichheit im Migrationskontext leistet, sondern ebenfalls - und gerade beim Gesundheitszustand deutlich ausgeprägter - **auch das Ausmass an vorhandener sozialer Unterstützung**. Während der sozioökonomische Status in zahlreichen Studien zu gesundheitlicher Ungleichheit von Migrantinnen und Migranten prominent als zentraler Erklärungsfaktor figuriert, ist dies bei der Ressource soziale Unterstützung bis anhin nur selten der Fall. Hier wäre eine Fokuserweiterung wünschenswert. Bemühungen um die soziale Integration von Personen mit Migrationshintergrund sollten, so lässt sich ebenfalls aus diesem Befund folgern, auch mit Blick auf deren Gesundheit ein hoher Stellenwert eingeräumt werden.

1 Einleitung

Die Wohnbevölkerung in der Schweiz ist vielfältig. Für die Gesellschaft und die Politik stellt sich dabei die Herausforderung, gesundheitliche Chancengleichheit für alle Bevölkerungsgruppen sicherzustellen; d.h., möglichst allen die gleichen Chancen zu bieten, gesund zu sein und ihr Gesundheitspotenzial zu entfalten. Zahlreiche empirische Studien zeigen bedeutsame Unterschiede in der Gesundheit zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen in Abhängigkeit von soziodemografischen, sozioökonomischen und –kulturellen Ungleichheiten auf.

Die vorliegende Studie hat zum Ziel, das Ausmass der gesundheitlichen Ungleichheit von in der Schweiz lebenden Menschen mit Migrationshintergrund aufzuzeigen und zu untersuchen, inwiefern sich die im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund festgestellten Unterschiede auf die unterschiedliche Ausstattung mit gesundheitsrelevanten Ressourcen zurückführen lässt. Als Datengrundlage dient die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 des Bundesamts für Statistik, die punktuell mit weiteren Datenquellen ergänzt wird, namentlich der Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) sowie Angaben zu den Individuellen Konten der Zentrale Ausgleichsstelle ZAS (vgl. dazu Abschnitt 1.3). Im Vergleich zum zweiten Gesundheitsmonitoring (GMM II), bei dem im Herbst 2010 rund 3000 Zugewanderte aus der Türkei, Portugal, Serbien, dem Kosovo, Somalia und Sri Lanka über ihre gesundheitliche Lage und ihre Gesundheitskompetenz befragt wurden, ist die SGB weniger darauf ausgelegt, migrationspezifische Faktoren zu Gegebenheiten herauszuarbeiten. Bezüge zu den damaligen Ergebnissen sind grundsätzlich möglich, da sich GMM II in Bezug auf die Erfassung der gesundheitlichen Lage in weiten Teilen an der SGB 2008 orientiert hat. Konkrete Vergleiche werden jedoch dadurch erschwert, dass die Stichprobe von GMM II nach anderen Kriterien zusammengesetzt wurde als bei der SGB.

1.1 Arbeitsleitendes Modell

Die Frage, weshalb Gesundheit und soziale Lage stark kovariieren, wird theoretisch unterschiedlich beantwortet. Siegrist (2005:182) identifiziert vier Argumentationsfiguren:

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

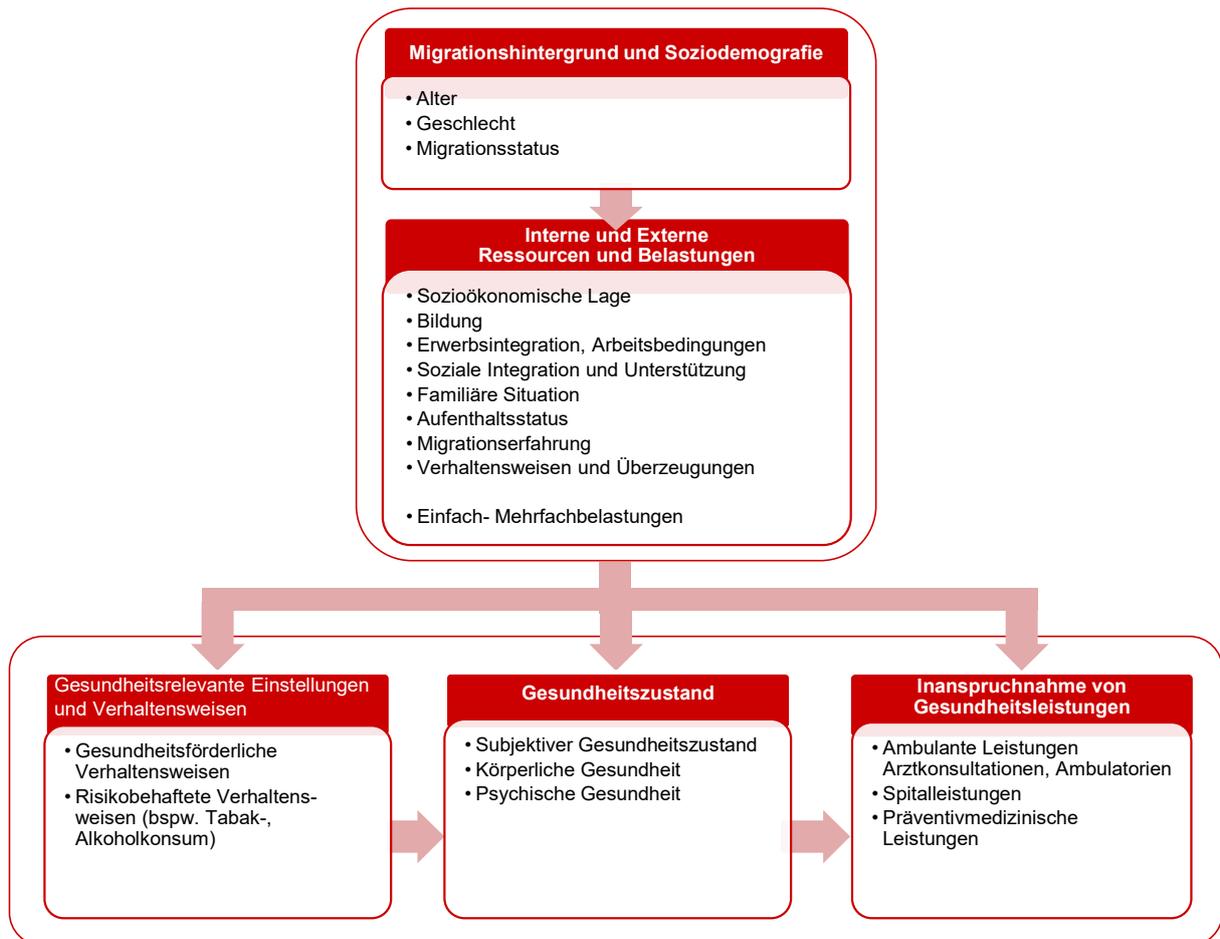
Inzwischen sind von verschiedenen Seiten theoretische Modelle postuliert worden, welche die aufgezeigten Einzelperspektiven integrieren, woran sich unser **Arbeitsmodell (Abbildung 1)** orientiert. Die Gliederung der Indikatoren folgt im Grundsatz den Hauptkomponenten eines Anforderungs-Ressourcen-Modells von Gesundheit (z. B. Lazarus und Folkman 1984; Freidl 1997; Becker 2006).

Die soziale Lage des Individuums hat zentrale Bedeutung, da sie ungleiche Lebenspositionen und eine ungleiche Ressourcenverteilung bedingt. So können etwa eine ungünstige sozioökonomische Lage, belastende Arbeitsbedingungen oder ein unsicherer Aufenthaltsstatus für Teile der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Vergleich mit der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund erhöhte ge-

sundheitliche Belastungen darstellen. Auch die Migrationserfahrung kann unter Umständen die Gesundheit beeinträchtigen.

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

Abbildung 1: Arbeitsleitendes Modell zur Analyse der Gesundheit der Migrationsbevölkerung



Quelle: Darstellung BASS

1.2 Zweck der Untersuchung und Hauptfragestellungen

Mit der vorliegenden Untersuchung soll das Wissen über gesundheitliche Ungleichheiten zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund und deren Entstehung im Kontext der Migration gezielt erweitert werden. Das Wissen soll dazu genutzt werden, den Stellenwert des Migrationshintergrunds als einer von mehreren Faktoren, die gesundheitliche Ungleichheit begründen können, zu eruieren, womit die Identifikation von in gesundheitlicher Hinsicht besonders vulnerablen Gruppen innerhalb der Migrationsbevölkerung in der Schweiz möglich sein soll.

In Bezug auf die Analyse der gesundheitlichen Ungleichheit sollen folgende Hauptfragestellungen beantwortet werden.

1. Welches sind die wichtigsten gesundheitlichen Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund in der Schweiz hinsichtlich
 1. ihres Gesundheitszustands
 2. ihres Gesundheitsverhaltens
 3. ihres Zugangs zum Gesundheitssystem
2. In welchem Ausmass lassen sich gesundheitliche Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen mit und ohne Migrationshintergrund auf eine systematisch unterschiedliche Ausstattung mit gesundheitsrelevanten Ressourcen zurückführen?
3. Welche Gruppen innerhalb der Bevölkerung mit unterschiedlichem Migrationshintergrund in der Schweiz sind in gesundheitlicher Hinsicht am vulnerabelsten?

1.3 Datengrundlagen

Die **Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 (SGB 2017)** und die darin enthaltenen Informationen von insgesamt 22'134 befragten Personen mit und ohne Migrationshintergrund bilden die **Hauptinformationsquelle** für die Untersuchung. Darin enthalten sind die Indikatoren zu Gesundheitszustand, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie die gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen, wie auch die meisten für die weiterführenden Analysen verwendeten Angaben zu Ressourcen und Belastungen (Abbildung 1).

Die Befragung ist Bestandteil des statistischen Mehrjahresprogramms des Bundes und findet seit 1992 alle fünf Jahre statt. Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus der Befragung 2017 stammen demnach aus der sechsten Erhebungswelle der SGB. Die Datenerhebung erfolgt als telefonisches Interview auf Deutsch, Französisch und Italienisch, dem sich ein schriftlicher Fragebogen anschliesst. Befragt wird die ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten.¹ Bezüglich der Erreichbarkeit von Personen mit Migrationshintergrund gilt es zu berücksichtigen, dass gewisse Teile der Migrationsbevölkerung nicht oder nur eingeschränkt an der SGB teilnehmen können. Dazu zählen erstens Personen im Asylprozess, sie werden grundsätzlich nicht befragt. Weil nur Personen an der Befragung teilnehmen können, welche eine der drei Landessprachen genügend gut sprechen, wird zweitens eine Teilnahme an der Befragung für jene Teile der Migrationsbevölkerung stark eingeschränkt, die nicht über die dafür notwendigen Sprachkenntnisse verfügen. Und drittens werden keine Sans-Papiers erreicht, weil diese nicht im Stichprobenregister aufgeführt sind.

Die Anreicherung der SGB mit Angaben aus den individuellen Konten der Zentrale Ausgleichsstelle ZAS² diente dazu, die Erwerbs- und Einkommenssituation der Befragten möglichst präzise abzubilden und mittels statistischer Analyseverfahren in Zusammenhang mit der gesundheitlichen Situation und dem Migrationshintergrund zu bringen, was sich mit den nun gemachten Erfahrungen bewährt hat.

Mit der Verknüpfung der SGB mit Angaben aus der Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) sowie den individuellen Konten der ZAS konnte im Rahmen dieses Forschungsmandats zudem überprüft werden, in wieweit die SGB hinsichtlich der Verteilung der Erwerbseinkommen als repräsentativ betrachtet werden kann. Die durchgeführten Analysen verweisen darauf, dass Personen

¹ Personen, die sich zum Befragungszeitpunkt in einer Institution (Krankenhaus, Alters- und Pflegeheim, Gefängnis, Kloster, Kaserne) aufhalten, sowie Personen unter 15 Jahren werden durch die Befragung nicht erfasst.

² Auf dem individuellen Konto (IK) werden für jede Person jährlich die beitragspflichtigen Einkommen, die Beitragszeiten und die Betreuungsgutschriften aufgezeichnet. Das IK bildet die Grundlage für die spätere Berechnung einer Alters-, Hinterlassenen- oder Invalidenrente.

mit Erwerbseinkommen unter 60'000 Franken leicht untervertreten (-3%) und Personen mit Erwerbseinkommen zwischen 80'000 und 140'000 (+2%) leicht übervertreten sind. Bei den Ausländer/innen ist dies ausgeprägter als bei den Schweizer/innen. Dies hat zur Folge, dass das Ausmass der gesundheitlichen Ungleichheit tendenziell leicht unterschätzt wird.

1.4 Aufbau des Berichts

Das folgende **Kapitel 2** gibt eine Übersicht zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund und deren strukturellen Zusammensetzung, und stellt diese der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund gegenüber. Zu Beginn wird das in der Studie verwendete Konzept der Bevölkerung mit Migrationshintergrund erläutert, um anschliessend die absolute und relative Relevanz der verschiedenen Gruppen und Subgruppen darzustellen. Den Abschluss zu diesem Kapitel bilden Informationen zu Herkunft, Alter und Geschlechterverteilung der Personen mit Migrationshintergrund. Da sowohl das Alter als auch das Geschlecht einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit ausüben, gilt es die soziodemographische Heterogenität der verschiedenen Gruppen innerhalb der Migrationsbevölkerung zu berücksichtigen. Im Fokus von **Kapitel 3** steht die Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Migrationsbevölkerung und diesbezüglicher Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund. Die entsprechenden Unterkapitel beschäftigen sich zuerst eingehend mit ausgewählten Indikatoren zum Gesundheitszustand, gefolgt von der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und abschliessend den wichtigsten gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen. Damit lässt sich u.a. auch die Frage beantworten, welche untersuchten Gruppen innerhalb der Migrationsbevölkerung in der Schweiz in gesundheitlicher Hinsicht am vulnerabelsten sind. Nach der Beschreibung und Quantifizierung der gesundheitlichen Unterschiede geht **Kapitel 4** der zentralen Frage nach, welche Rolle der Zugang zu sozialen und ökonomischen Ressourcen für die Gesundheit spielt. Es wird untersucht, in welchem Ausmass die beobachteten gesundheitlichen Unterschiede zwischen der Migrationsbevölkerung und der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund auf eine unterschiedliche Ressourcenausstattung zurückzuführen sind. Abgeschlossen wird der Bericht mit einem Fazit in **Kapitel 5**, in dem die Hauptfragestellungen zusammenfassend beantwortet werden.

2 Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Überblick

Die vorliegende Studie untersucht, inwiefern sich die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund von jener der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund unterscheidet. Das Konzept **Bevölkerung mit Migrationshintergrund** ersetzt zunehmend die ältere Unterscheidung zwischen in- und ausländischen Staatsangehörigen, da dieses rechtliche Kriterium allein nicht mehr der vielfältigen Realität der zugewanderten Bevölkerung entspricht. Zu berücksichtigen ist vielmehr, ob eine Person über Migrationserfahrung verfügt, sei dies, weil sie selbst eingewandert ist, oder weil ein indirekter familiärer Bezug aufgrund der Migrationserfahrung der zugewanderten Eltern besteht. Migration ist ein einschneidendes Lebensereignis, welches nicht nur die Biographie der zugewanderten Person prägt, sondern auch jene ihrer Nachkommen. Die vom Bundesamt für Statistik (BFS) nach Empfehlungen der UNECE (2006, revidiert in 2015) entwickelte Typologie der Bevölkerung nach Migrationsstatus unterscheidet deshalb zwischen Personen ohne Migrationshintergrund und Personen mit Migrationshintergrund, und sie differenziert innerhalb letzterer Gruppe zwischen im Ausland geborenen Personen (Migrant/innen der 1. Generation) und im Inland geborenen Personen (2. Generation). Zur konkreten Klassifikation einer Person werden dabei der Geburtsort, die Staatsangehörigkeit bei Geburt, eine allfällige Einbürgerung sowie der Geburtsort der Eltern herangezogen (BFS 2009; BFS 2017, 20-23). Als Basis für die Klassifizierung der ständigen Wohnbevölkerung gemäss der Typologie der Bevölkerung nach Migrationshintergrund dient üblicherweise die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE).³ Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung erfolgt die Klassifizierung basierend auf der Stichprobe der SGB. Dabei zeigt sich, dass die entsprechenden Anteilswerte der beiden Datengrundlagen nur marginal voneinander abweichen und im Rahmen der stichprobenbedingten Unsicherheit liegen.

Die **Bevölkerung mit Migrationshintergrund der 1. Generation** macht 29 Prozent der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten aus (vgl. **Abbildung 2**).⁴ Sie umfasst, von wenigen Ausnahmen abgesehen, alle **im Ausland geborenen Personen**. Davon ausgenommen sind nur im Ausland geborene gebürtige Schweizer/-innen, die mindestens einen in der Schweiz geborenen Elternteil haben. Da die Analysen aufzeigten, dass hinsichtlich gesundheitlicher Unterschiede bei Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation die **Herkunftsregion** (operationalisiert über die Nationalität) eine wichtige Rolle spielt, wurde innerhalb dieser Personengruppe eine weitere Differenzierung vorgenommen. Unterschieden werden Migrant/innen der 1. Generation mit Staatsangehörigkeit **Nord- und Westeuropa** (7% der ständigen Wohnbevölkerung), **Südwesteuropa** (6%), **Ost- und Südosteuropa** (4%), **nicht-europäischer Staatsangehörigkeit** (2%) sowie, als anteilmässig grösste Gruppe, Migrant/innen mit (mehrheitlich erworbener) **Schweizer Staatsangehörigkeit** (9%).

Die **Migrationsbevölkerung der 2. Generation** umfasst 8% und setzt sich aus **in der Schweiz geborenen Eingebürgerten und Ausländer/innen** zusammen, deren Eltern (oder mindestens ein Elternteil) im Ausland geboren sind. Auch gebürtige Schweizer/-innen mit im Ausland geborenen Eltern werden der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund der zweiten Generation zugerechnet. Wie stark und auf welche Weise diese Gruppe von in der Schweiz geborenen und aufgewachsenen Personen durch die (lediglich indirekte) Migrationserfahrung geprägt ist und ob sich dies in gesundheitli-

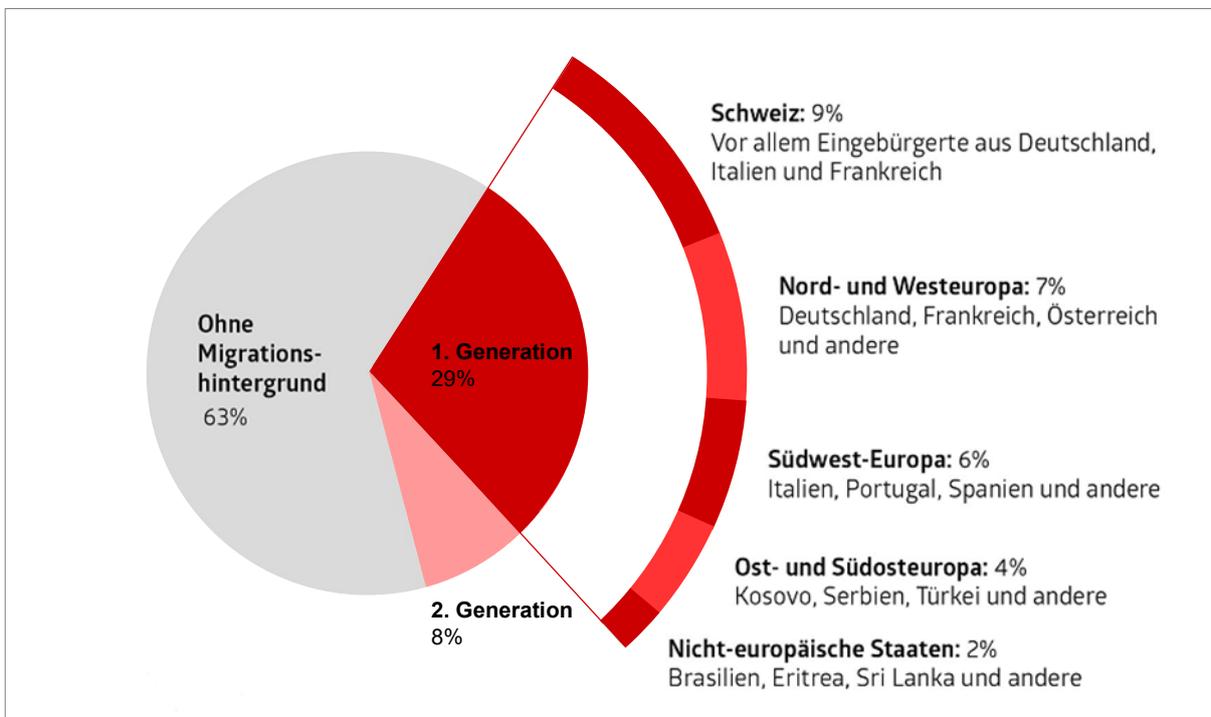
³ Vgl. die Ergebnisse auf <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/nach-migrationsstatuts.html>.

⁴ Als Datenbasis für die soziodemographischen Angaben in diesem Kapitel dient, wie auch für die weiteren Analysen in dieser Studie, die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Die Daten wurden gewichtet auf Grundlage der soziodemographischen Merkmale der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten.

chen Unterschieden niederschlägt, ist eine offene und letztlich empirisch zu klärende Frage. Es ist jedoch zu erwarten, dass die Migrationsbevölkerung der 2. Generation bezüglich ihrer gesundheitlichen Lage irgendwo zwischen der Bevölkerung mit Migrationshintergrund der 1. Generation und der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund einzuordnen ist.

Die Verbleibenden knapp zwei Drittel (63%) der Wohnbevölkerung gehören zu den **Personen ohne Migrationshintergrund**. Diese Gruppe setzt sich fast ausschliesslich aus in der Schweiz geborenen und gebürtigen Schweizer/innen zusammen. Personen, die bei ihrer Geburt eine ausländische Staatsbürgerschaft besessen haben, sind nur in einzelnen Ausnahmefällen der Gruppe der Personen ohne Migrationshintergrund zugehörig.

Abbildung 2: Ständige Wohnbevölkerung nach Migrationshintergrund. 1. Generation nach Staatsangehörigkeit und Herkunft



Basis: Stichprobe Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 (N=22'134). Nicht enthalten in der Stichprobe sind Personen im Asylprozess, Personen ohne genügende Kenntnisse einer Landessprache und Sans Papier. Ergebnisse gewichtet. Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Berechnungen BASS AG

Zur genaueren Charakterisierung der einzelnen Gruppen innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund werden in **Tabelle 1** die jeweils **häufigsten Herkunftsländer** (Anteile von über 5% an der jeweiligen Kategorie) ausgewiesen.⁵ Die Herkunft verweist dabei auf weit mehr als die Herkunftskultur, wie z.B. die im Herkunftsland verbreiteten Muster der Lebensführung und Ernährungsgewohnheiten. Mit der jeweiligen Herkunft verbunden sind u.a. auch die konkreten Aufnahmebedingungen, die eine Zuwanderungsgruppe bei und nach der Migration vorfindet, ihre spezifische soziostrukturelle Zusammensetzung (wer migriert?) sowie der Grad der Akzeptanz durch die Mehrheitsbevölkerung (Schenk et al. 2008, 19). Bei Migrant/innen der 1. Generation mit Schweizer Staatsangehörigkeit dominieren als Herkunftsland die Nachbarländer Deutschland, Italien und Frankreich. Bei Migrant/innen der 1. Generation mit nord- und westeuropäischer Staatsangehörigkeit sind Deutschland, Frankreich und

⁵ Das Herkunftsland wird dazu bestimmt über die aktuelle Staatsbürgerschaft; bei Schweizer/innen mit Migrationshintergrund mittels der Nationalität bei Geburt, dem Geburtsland oder dem Geburtsland des Vaters (in dieser Reihenfolge).

Österreich die häufigsten Herkunftsländer, bei jenen mit südwesteuropäischer Staatsangehörigkeit sind es Italien, Portugal und Spanien. Migrant/innen der 1. Generation mit einer ost- und südosteuropäischen Staatsangehörigkeit stammen überwiegend aus einem der Nachfolgestaaten Jugoslawiens, aus der Türkei oder aus Polen. Bei Migrant/innen der 1. Generation mit einer nicht-europäischen Staatsangehörigkeit sind die häufigsten Herkunftsländer Brasilien, Eritrea und Sri Lanka. Diese anteilmässig relativ kleine Gruppe ist in sich äusserst heterogen, sie umfasst Arbeitsmigrant/innen mit stark unterschiedlichem Qualifikationsniveau als auch Personen aus dem Flüchtlingsbereich sowie Personen, die im Rahmen des Familiennachzugs in die Schweiz migrierten. Aufgrund der tiefen Fallzahlen kann diese Gruppe in der vorliegenden Studie nicht mehr weiter differenziert werden. Bei Personen der 2. Generation schliesslich migrierten deren Eltern überwiegend aus Italien, der Türkei, Deutschland, Spanien und Portugal.

In soziodemographischer Hinsicht unterscheiden sich die einzelnen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund sowohl untereinander als auch gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (vgl. ebenfalls Tabelle 1).⁶ **Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist insgesamt deutlich jünger** als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, welche ein durchschnittliches Alter von 49 Jahren aufweist. In besonders starkem Ausmass trifft dies auf die Gruppe mit Migrationshintergrund der 2. Generation zu, mit einem Durchschnittsalter von lediglich 35 Jahren. Das Durchschnittsalter der Migrant/innen der 1. Generation bewegt sich je nach Herkunftsregion zwischen 37 Jahren (nicht-europäische Staaten) und 46 Jahren (Südwesteuropa). Eine Ausnahme bezüglich des Alters bilden Migrant/innen der 1. Generation mit Schweizer Staatsangehörigkeit, sie weisen mit 54 Jahren ein höheres Durchschnittsalter als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund auf.

Das unterschiedliche Durchschnittsalter zwischen den Migrantengruppen widerspiegelt sich in deutlich unterschiedlichen Anteilswerten in bestimmten Altersklassen. So sind mit jeweils 3% nur sehr wenige Personen der 1. Generation aus Ost- und Südosteuropa oder aus nicht-europäischen Staaten 65 Jahre oder älter. Hingegen hat bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund rund ein Viertel das ordentliche Rentenalter bereits erreicht. Demgegenüber ist der Anteil an Personen zwischen 15 und 34 Jahren in den beiden erwähnten Migrantengruppen der 1. Generation mit 36% bzw. 42% besonders hoch.

Hinsichtlich des **Geschlechterverhältnisses** zeigen sich bei einzelnen Gruppen innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund Unterschiede. So ist der Anteil Frauen bei den Migrant/innen der 1. Generation mit Schweizer Staatsangehörigkeit mit 60% deutlich erhöht. Ein Grund hierfür ist die längere Lebenserwartung von Frauen, welche bei dieser Personengruppe mit höherem Durchschnittsalter stärker zum Tragen kommt. Über einen deutlich höheren Anteil an Männern (57%) verfügt die Gruppe der Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa. Da sowohl das Alter als auch das Geschlecht entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit ausüben, gilt es diese soziodemographische Heterogenität bei der folgenden Analyse der gesundheitlichen Ungleichheit der Migrationsbevölkerung zu berücksichtigen.

⁶ Es ist bei dieser und den folgenden soziodemographischen Angaben zu beachten, dass nur die ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten befragt wurde und Kinder unter 15 Jahren somit nicht berücksichtigt sind.

Tabelle 1: Soziodemographische Angaben der Befragten nach Migrationshintergrund

	Ohne Migrations- hintergrund	Migrantinnen und Migranten der 1. Generation					2. Generation
		nach aktueller Staatsangehörigkeit					
		Schweiz	Nord- und Westeuropa	Südwest- europa	Ost- und Südost- europa	Nicht- europäische Staaten	
Häufigste Herkunftsländer	-	Deutschland	Deutschland	Italien	Kosovo	Brasilien	Italien
		Italien	Frankreich	Portugal	Serbien	Eritrea	Türkei
		Frankreich	Österreich	Spanien	Mazedonien	Sri Lanka	Deutschland
					Türkei		Spanien
					Polen		Portugal
					Kroatien		
					Bosnien BIH		
Durchschnittsalter (Jahre)	49	54	45	46	40	37	35
Altersgruppen							
15-34	28%	15%	28%	29%	36%	42%	53%
35-64	47%	59%	59%	57%	61%	55%	44%
65+	25%	27%	13%	14%	3%	3%	3%
Geschlecht							
Männer	49%	40%	53%	57%	52%	50%	53%
Frauen	51%	60%	47%	43%	48%	50%	47%
Anteil an der Grundgesamtheit	63%	9%	7%	6%	4%	2%	8%
N _(ungewichtet)	13'962	1'888	1'138	1'303	956	318	1'597

Anmerkungen: Ausgewiesen werden Herkunftsländer mit einem Anteil über 5% (in absteigender Reihenfolge). Das Herkunftsland wird bestimmt über die aktuelle Staatsbürgerschaft; bei Schweizer/innen mit Migrationshintergrund mittels der Nationalität bei Geburt, dem Geburtsland oder dem Geburtsland des Vaters (in dieser Reihenfolge). Alle Anteilswerte gewichtet.

Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Berechnungen BASS AG

3 Gesundheitliche Unterschiede zwischen der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund

Wie ist die gesundheitliche Lage der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund? Zur Beantwortung dieser Frage werden in den folgenden drei Teilkapiteln die Ergebnisse zu den Unterschieden zwischen der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund beim Gesundheitszustand, aber auch bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und schliesslich beim Gesundheitsverhalten und den gesundheitsrelevanten Einstellungen ausgeführt. Die drei Dimensionen stehen dabei in Wechselwirkung zueinander. So kann ein allfälliger erschwerter Zugang zu Dienstleistungen des Gesundheitssystems den Gesundheitszustand negativ beeinflussen. Umgekehrt ist zu erwarten, dass Personen mit einem schlechteren Gesundheitszustand Gesundheitsleistungen häufiger beanspruchen – dies wird bei der Analyse der Unterschiede zwischen den Migrationsgruppen bei der Inanspruchnahme denn auch explizit berücksichtigt. Schliesslich wirken sich auch risikobehaftete gesundheitsrelevante Verhaltensweisen mittel- und längerfristig nachteilig auf den Gesundheitszustand aus.

Erläuterung zu den adjustierten Risikodifferenzen

Die gesundheitlichen Unterschiede werden in Form von sogenannten adjustierten Risikodifferenzen (RD) für jeden Indikator und für die verschiedenen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund dargestellt (vgl. Tabellen). Die Risikodifferenz ist der **Unterschied in der Wahrscheinlichkeit eines bestimmten Gesundheitsindikators bei der jeweiligen Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund gegenüber Personen ohne Migrationshintergrund**. Alternativ lässt sich die Risikodifferenz auch als **Unterschied des Anteilswerts** der jeweiligen Bevölkerungsgruppe gegenüber Personen ohne Migrationshintergrund interpretieren. Um aussagekräftige Werte zu erhalten, welche die unterschiedliche soziodemographische Zusammensetzung der einzelnen Gruppen berücksichtigen, kontrollieren die multivariaten Schätzmodelle zur Berechnung der Risikodifferenzen auf Alter und Geschlecht. Bei den Indikatoren der Inanspruchnahme wird zusätzlich auf den Gesundheitszustand kontrolliert (Indikatoren körperliche Beschwerden, Risikofaktoren Herz-Kreislauf, depressive Symptome). Die Risikodifferenzen sind entsprechend **adjustiert**, d.h. sie weisen Werte aus, die sich ergeben, wenn die soziodemographische Zusammensetzung der einzelnen Gruppen identisch wäre und jener der Gesamtbevölkerung entsprechen würde. Aus diesem Grund können die so adjustierten Risikodifferenzen von den rein deskriptiven Anteilswerten abweichen und dürfen deshalb auch nicht einfach von letzteren addiert oder subtrahiert werden.

Farbgebung in den Tabellen: Rot eingefärbte Werte signalisieren jeweils eine positive Risikodifferenz (erhöhtes Risiko) für die entsprechende Bevölkerungsgruppe – je satter desto stärker ausgeprägt. Grün eingefärbte Werte signalisieren eine negative Risikodifferenz (vermindertes Risiko) – je satter desto stärker ausgeprägt. Nicht statistisch signifikante Risikodifferenzen, die innerhalb des stichprobenbedingten Unschärfebereichs liegen, werden nicht ausgewiesen.

3.1 Gesundheitszustand

Zentral zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung mit Migrationshintergrund sind die Indikatoren zum Gesundheitszustand. In der Literatur zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten

spielt zur Erklärung der gesundheitlichen Unterschiede der sogenannte «**healthy migrant**»-Effekt eine prominente Rolle. Mit diesem Konzept ist die von zahlreichen Studien gestützte Beobachtung gemeint, dass Migrantinnen und Migranten zum Zeitpunkt der Migration tendenziell über eine überdurchschnittlich gute Gesundheit verfügen – sowohl gegenüber der Bevölkerung im Herkunftsland als auch in einem gewissen Ausmass im Zielland. Erklärt wird dies mit der vermuteten (Selbst-)Selektion von besonders gesunden Menschen bei der Migration. Dabei liegt der Fokus auf der Arbeitsmigration, bei der Migration von Flüchtlingen aus Krisengebieten ist diese Annahme weniger plausibel.

Allerdings ist dieser Gesundheitsvorteil meist zeitlich limitiert. Er verringert sich gemäss einigen Studien in der Regel mit zunehmender Aufenthaltsdauer und wird von negativen Effekten überlagert. Dies sind etwa die psychosoziale Belastung durch die Migration (u.a. wegen der Trennung von der Familie und dem Verlust vertrauter Beziehungen), die gegenüber der Mehrheitsbevölkerung meist schlechtere sozioökonomische Lage von Migrantinnen und Migranten, als auch ein schlechterer Zugang zu Gesundheitsleistungen (vgl. Razum 2009, S. 268-269; Spallek und Razum 2008; Sardadvar 2015, S. 847-848). Vor diesem Hintergrund wäre zu erwarten, dass die gesundheitlichen Unterschiede von Personen mit und ohne Migrationshintergrund zwischen den Alterskohorten mit zunehmendem Alter grösser werden. Wie stark das Ausmass der Ungleichheit letztlich ausfällt und insbesondere wie sich diesbezüglich die einzelnen Bevölkerungskategorien mit Migrationshintergrund voneinander unterscheiden, bleibt eine offene empirische Frage und soll im Rahmen dieses Kapitels beantwortet werden.

Tabelle 2: Unterschiede beim Gesundheitszustand: Adjustierte Risikodifferenzen der verschiedenen Gruppen mit Migrationshintergrund.

	Adjustierte Risikodifferenzen (RD) in Prozentpunkten					2. Generation	Gesamte Bevölkerung Anteil in Prozent (deskriptiv)
	Migrantinnen und Migranten 1. Generation nach aktueller Staatsangehörigkeit						
	Schweiz	Nord-/ West- europa	Südwest- europa	Ost-/ Südost- europa	Nicht- europäische Staaten		
Subjektiver Gesundheitszustand							
Selbst wahrgenommene Gesundheit nicht gut	6%pt		16%pt	15%pt	9%pt	3%pt	15%
Körperliche Gesundheit							
Lang andauernde Gesundheitsprobleme			-5%pt		-6%pt		33%
Körperliche Beschwerden (stark)	5%pt	-3%pt	8%pt	5%pt		7%pt	22%
Einschränkungen im täglichen Leben (stark)			2%pt	6%pt			5%
Arthrose oder Arthritis	2%pt		7%pt				14%
Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen	3%pt		3%pt	6%pt			27%
Psychische Gesundheit							
Energie und Vitalität (mittel bis schwach)	7%pt		10%pt	7%pt		12%pt	51%
Krankhafte Schlafstörungen	2%pt	2%pt		3%pt		2%pt	6%
Psychische Belastung (hoch)	3%pt		9%pt	6%pt	4%pt	3%pt	4%
Depressive Symptome (mittel bis schwer)	5%pt	2%pt	8%pt	5%pt	8%pt	5%pt	8%
Emotionale Erschöpfung bei der Arbeit		3%pt		4%pt	6%pt		19%

Lesbeispiel: Das durchschnittliche Risiko für starke körperliche Beschwerden ist bei Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa um 8 Prozentpunkte erhöht gegenüber Personen ohne Migrationshintergrund. Hingegen ist bei Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa das entsprechende Risiko um -3 Prozentpunkte vermindert. (Kontextinformation: In der Gesamtbevölkerung weisen 22 Prozent starke körperliche Beschwerden auf.)

Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Berechnungen BASS

Tabelle 2 zeigt für alle im Rahmen dieser Untersuchung ausgewählten Schlüsselindikatoren zum Gesundheitszustand die berechneten gesundheitlichen Unterschiede, die sogenannten **Risikodifferenzen (RD) der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund gegenüber Personen ohne einen Migrationshintergrund**. Die ausgewiesenen Risikodifferenzen sind dabei **alters- und geschlechteradjustiert**, um der unterschiedlichen soziodemographischen Zusammensetzung der einzelnen Personengruppen Rechnung zu tragen (vgl. Kapitel 2). Zur Berechnung der adjustierten Risikodifferenzen wurde ein logistisches Regressionsmodell unter Einschluss der soziodemographischen Variablen Alter und Geschlecht geschätzt und die durchschnittlichen diskreten Effekte berechnet. Ohne eine Adjustierung besteht das Risiko falscher Schlussfolgerungen bezüglich der tatsächlichen Auswirkungen des Migrationsstatus auf die Gesundheit, wie dies im folgenden Unterkapitel zum allgemeinen Gesundheitszustand anhand eines Vergleichs dieses Verfahrens gegenüber einer rein deskriptiven Auswertung exemplarisch aufgezeigt wird.

Konkret interpretieren lassen sich die in der Tabelle ausgewiesenen adjustierten Risikodifferenzen als **Unterschiede in den Anteilswerten der entsprechenden Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund gegenüber Personen ohne Migrationshintergrund**. Dies unter der Annahme, dass diese Gruppen hinsichtlich ihrer soziodemographischen Zusammensetzung identisch wären und jener der Gesamtbevölkerung entsprechen würden. So ist etwa der Anteil an Personen, die ihren Gesundheitszustand als nicht gut wahrnehmen, bei der Gruppe der Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (Referenzkategorie) um 16 Prozentpunkte erhöht. **Alternativ lassen sich die Werte auch als durchschnittlicher Unterschied der bedingten Wahrscheinlichkeit lesen**: Das Risiko starker körperlicher Beschwerden ist bei einer Person mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Südwesteuropa im Durchschnitt um 8 Prozentpunkte höher gegenüber einer Person ohne Migrationshintergrund, die bezüglich ihrer anderen soziodemographischen Eigenschaften identisch ist.⁷ Um eine Einordnung der Grösse der ermittelten Unterschiede zu ermöglichen, wird in der Tabelle zusätzlich zu den als Prozentpunkte angegebenen adjustierten Risikodifferenzen der tatsächlich in der Gesamtbevölkerung vorhandene (und nicht alters- und geschlechteradjustierte) Anteil in der Gesamtbevölkerung angegeben.⁸

Insgesamt zeigt sich in dieser Übersicht über alle ausgewählten Indikatoren zum Gesundheitszustand, dass **Personen mit Migrationshintergrund im Schnitt einen wesentlich schlechteren Gesundheitszustand aufweisen**, und zwar konsistent über alle Indikatoren hinweg. Systematische gesundheitliche Unterschiede zeigen sich bei allen Gruppen von Personen mit Migrationshintergrund, mit Ausnahme der Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa. Diese unterscheiden sich bezüglich ihres Gesundheitszustands kaum von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Die beiden vulnerabelsten Gruppen mit den stärksten gesundheitlichen Unterschieden sind Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa sowie aus Ost- und Südosteuropa. Im Vergleich dazu weniger

⁷ Zur Berechnung der adjustierten Risikodifferenzen im Detail: Die durchschnittliche Veränderung der vorhergesagten Wahrscheinlichkeit bei einem Wechsel der Ausprägung für die jeweils interessierende Gruppe mit Migrationshintergrund von 0 auf 1 wurde basierend auf den Beobachtungen der gesamten Stichprobe (entspricht der Gesamtbevölkerung) und deren Eigenschaften berechnet. Im Grunde ist dies ein Gedankenexperiment: Wie würde sich der Gesundheitszustand (oder irgendein anderer Gesundheitsindikator) durchschnittlich verändern, wenn alle Personen in der Gesamtbevölkerung auf einmal einen bestimmten Migrationsstatus inne hätten (und ihn vorher nicht gehabt hätten)? Die Antwort auf diese Frage sind die ausgewiesenen adjustierten Risikodifferenzen.

⁸ Es wird bewusst auf eine Ausweisung der adjustierten Anteile für die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund verzichtet, da diese keine reale Entsprechung haben (da sie eben adjustiert sind).

stark ausgeprägt sind die gesundheitlichen Unterschiede bei Migrant/innen der 1. Generation mit schweizerischer und mit nicht-europäischer Staatsangehörigkeit sowie bei Personen mit Migrationshintergrund der 2. Generation. Letztere sind in der Aufnahmegesellschaft meist besser gestellt als Migrant/innen der 1. Generation, was ein wichtiger Grund sein dürfte, weshalb die gesundheitlichen Unterschiede bei ihnen mehrheitlich weniger stark ausfallen.

Die Ergebnisse für die einzelnen Indikatoren werden im Folgenden diskutiert und fallweise durch vertiefende Analysen ergänzt, beginnend mit dem Indikator zum selbst wahrgenommenen allgemeinen Gesundheitszustand. Anhand dieses übergeordneten Indikators können allgemeine Muster aufgezeigt werden, die sich in leicht abgewandelter Form bei zahlreichen der folgenden, spezifischeren Indikatoren wiederfinden. Die Betrachtung der weiteren Indikatoren erfolgt danach wie in der Tabelle gruppiert nach Indikatoren zur körperlichen Gesundheit und Indikatoren zur psychischen Gesundheit.

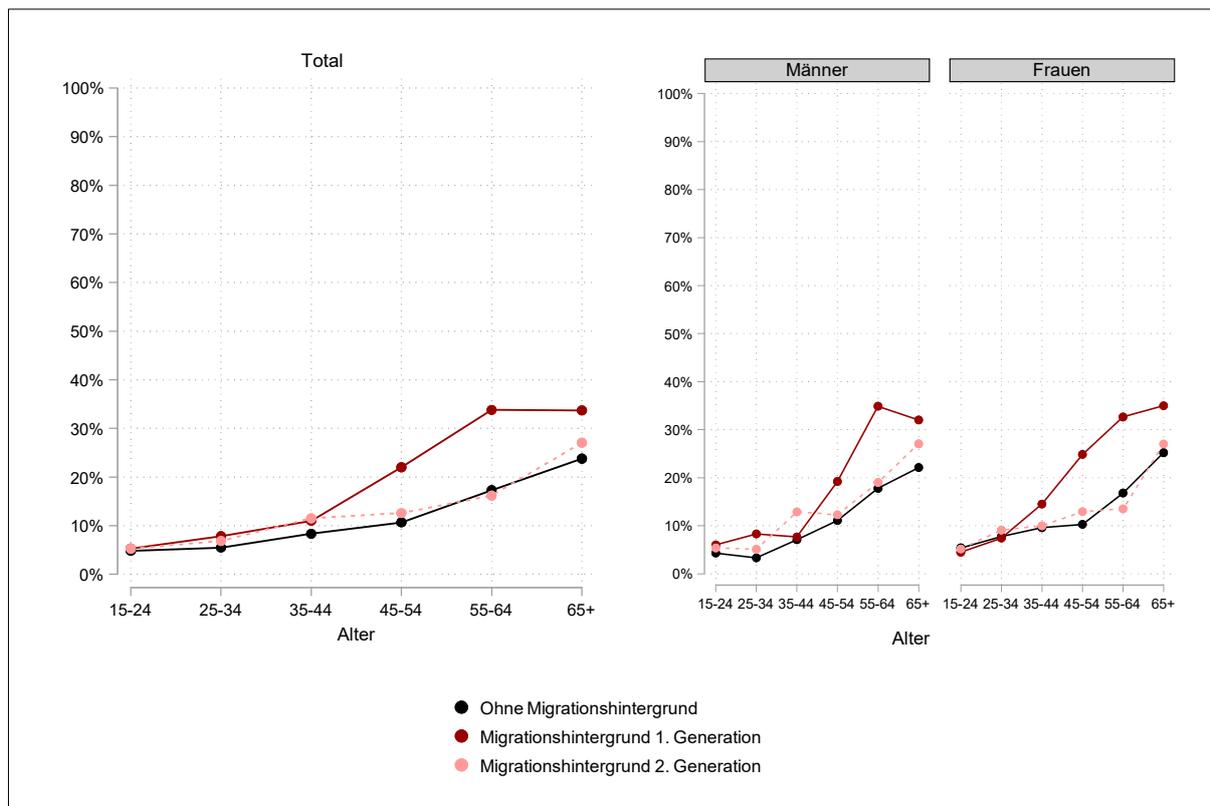
3.1.1 Allgemeiner Gesundheitszustand

Rückschlüsse auf den **subjektiven allgemeinen Gesundheitszustand** lässt die Antwort auf die übergeordnete Frage «Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?» zu. Diese Frage ist ein in der internationalen Forschung weitverbreiteter, valider und globaler Indikator zur Gesundheit. Der Anteil der Personen in der Gesamtbevölkerung, welche ihren allgemeinen Gesundheitszustand auf einer fünfstufigen Skala als lediglich mittelmässig, schlecht oder sehr schlecht einstufen, beträgt 16%.⁹ Dieser **Anteil an Personen, die ihren Gesundheitszustand als nicht gut wahrnehmen, ist bei fast allen Personengruppen mit Migrationshintergrund wesentlich höher** gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (Tabelle 2). Am deutlichsten ausgeprägt ist dies bei den Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa sowie aus Ost- und Südosteuropa mit einer Risikodifferenz von 16 respektive 15 Prozentpunkten. Immer noch wesentlich, aber weniger stark ausgeprägt sind die Unterschiede bei den Migrant/innen der 1. Generation aus nicht-europäischen Staaten und jenen Migrant/innen mit Schweizer Staatsangehörigkeit. Am geringsten fällt die Risikodifferenz mit 3 Prozentpunkten bei den Personen der 2. Generation aus. Einzige **Ausnahme zum allgemeinen Muster bilden die Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa**: Ihr selbst wahrgenommener Gesundheitszustand unterscheidet sich nicht statistisch signifikant von jenem der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

Grundsätzlich ist das Alter ein entscheidender Einflussfaktoren auf die Gesundheit, und auch das Geschlecht als weitere soziodemographische Grösse spielt bei zahlreichen gesundheitlichen Aspekten eine wichtige Rolle – unabhängig vom Migrationshintergrund. In dieser Studie von besonderem Interesse ist zusätzlich die Frage, ob sich die beobachteten substanziellen migrationsspezifischen Unterschiede je nach Alter oder Geschlecht in unterschiedlichem Ausmass manifestieren. Entsprechende ergänzende Analysen bei den jeweils wichtigsten Indikatoren geben darüber genauer Aufschluss. **Abbildung 3** zeigt dazu den Anteil an Personen, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als nicht gut wahrnehmen nach Altersgruppen und zusätzlich auch aufgeschlüsselt nach Frauen und Männern.

⁹ Unter 1 Prozent der Gesamtbevölkerung stufen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als sehr schlecht, weniger als 3 Prozent als schlecht ein, 12 Prozent stufen ihn als mittelmässig ein. Als gut stufen ihren Gesundheitszustand 44 Prozent der Gesamtbevölkerung ein, als sehr gut 41 Prozent der Gesamtbevölkerung.

Abbildung 3: Anteil Personen mit nicht guter selbst wahrgenommener Gesundheit nach Alter und Geschlecht



Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Berechnungen BASS

Bei zunehmendem Alter verschlechtert sich der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand erwartungsgemäss bei allen Bevölkerungsgruppen – sowohl bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund als auch bei jener mit Migrationshintergrund. Allerdings zeigt sich diese Entwicklung bei den Migrant/innen der 1. Generation deutlich stärker, was dazu führt, dass **die Unterschiede der 1. Generation beim subjektiven Gesundheitszustand bei Personen im höheren Erwerbsalter wesentlich grösser ausfallen als bei den jüngeren Altersgruppen**. Zur Erklärung dieses Musters bieten sich verschiedene potentielle Gründe an: Zum einen ein im Lebenslauf sich stärker als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund verschlechternder subjektiver Gesundheitszustand, etwa weil die spezifischen gesundheitlichen Belastungen und Risiken sich mit zunehmendem Alter verstärkt auswirken und/oder kumulieren (**Lebenslaufeffekte**). Zum anderen ist es denkbar, dass nicht lebenslaufabhängige, sondern grundsätzliche Unterschiede beim Gesundheitszustand der Migrant/innen in den einzelnen Alterskohorten bestehen (**Kohorteneffekte**), beispielsweise weil zu einem früheren Zeitpunkt bezüglich Gesundheit vulnerablere oder weniger vulnerable Migrationsgruppen eingewandert sind als heute. Auch denkbar ist, dass beim Entscheid, die Schweiz wieder zu verlassen, der Gesundheitszustand eine Rolle spielen kann und es deshalb zu einer selektiven Rückmigration kommt. Die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung erlauben jeweils keine Rückschlüsse darüber, wie stark jeweils diese potentiellen Erklärungsfaktoren tatsächlich zum Tragen kommen, da es sich um eine Querschnittsbefragung handelt.¹⁰

¹⁰ Auch über die Gründe für den Knick bei der Altersgruppe Über-65 (stark ausgeprägt bei den Männern, nur als abnehmende Steigung bei den Frauen ersichtlich) kann lediglich spekuliert werden: Möglicherweise führt der Ausstieg aus dem Erwerbsleben

Vergleicht man weiter die Unterschiede beim subjektiven Gesundheitszustand aufgeschlüsselt nach Altersgruppen zwischen Männern und Frauen (ebenfalls Abbildung 3), so zeigen sich keine systematisch anderen gesundheitlichen Unterschiede bei diesem Indikator. Anders als bei der 1. Generation schliesslich ist bei den Personen der 2. Generation keine Zunahme der Unterschiede bei den höheren Altersgruppen ersichtlich. Vielmehr zeigen sich die gesamthaft deutlich geringer ausgeprägten Unterschiede (vgl. Tabelle 2) relativ konsistent über die verschiedenen Altersgruppen.

Der Befund zum subjektiven Gesundheitszustand für die 2. Generation zeigt auf exemplarische Weise die Vorteile der in dieser Studie gewählten Vorgehensweise mit der Schätzung von alters- und geschlechteradjustierten Risikodifferenzen gegenüber einer rein deskriptiven Auswertung. Während die geschätzte adjustierte Risikodifferenz in Tabelle 2 bei den Personen der 2. Generation gegenüber Personen ohne Migrationshintergrund einen **um 3 Prozentpunkte höheren** Anteil an Personen mit einem als nicht gut selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand aufzeigt, legt die rein deskriptive Auswertung einen genau gegenteiligen Effekt eines **um 4 Prozentpunkte tieferen** Anteils nahe (Anteil bei Personen ohne Migrationshintergrund: 13.3%, bei der 2. Generation: 9.5%). Letztere Anteilswerte sind zwar rechnerisch durchaus korrekt, aber inhaltlich irreführend. Der deskriptive Wert ergibt sich primär aus der unterschiedlichen soziodemographischen Zusammensetzung der beiden Gruppen: Personen mit Migrationshintergrund der 2. Generation sind im Schnitt deutlich jünger (und damit gesünder) als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Vergleicht man die Werte jeweils für Personen gleichen Alters (und Geschlechts) in Abbildung 3, so zeigt sich im Einklang mit der adjustierten Risikodifferenz in Tabelle 2, dass Personen der 2. Generation fast durchwegs häufiger einen als nicht gut selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand aufweisen.

3.1.2 Körperliche Gesundheit

Die körperliche Gesundheit ist ein zentraler Aspekt der Gesundheit, sie trägt entscheidend zur Lebensqualität bei. Sie wird von den Indikatoren zu dauerhaften Gesundheitsproblemen, starken körperlichen Beschwerden, starken Einschränkungen im täglichen Leben, Arthrose oder Arthritis sowie dem Vorhandensein von Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Diabetes, Cholesterin, Bluthochdruck) abgedeckt. Die in Tabelle 2 präsentierten adjustierten Risikodifferenzen zeigen, dass **Migrant/innen der 1. Generation insgesamt von schlechterer körperlicher Gesundheit sind als Personen ohne Migrationshintergrund. Das Ausmass und die Häufigkeit gesundheitlicher Unterschiede variiert dabei allerdings.** Erneut die grössten Unterschiede bestehen bei den Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa sowie Ost- und Südosteuropa. Beide Gruppen weisen bei der überwiegenden Zahl der oben genannten Indikatoren einen wesentlich höheren Anteil an Betroffenen aus als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. So ist etwa das Risiko von starken körperlichen Beschwerden¹¹ bei Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa sowie Ost- und Südosteuropa um 8, respektive 5 Prozentpunkte erhöht; und der Anteil von Personen mit mindestens einem Risiko-

zu einer Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustands bei den Migrant/innen, oder aber die selektive Rückmigration von (überproportional) gesundheitlich angeschlagenen Migrant/innen führt zu einer veränderten Zusammensetzung dieser Personengruppe.

¹¹ Dieser Index umfasst alle körperlichen Beschwerden, an denen die befragten Personen während der vier Wochen vor der Befragung gelitten haben (überhaupt nicht, ein bisschen, stark): Rückenschmerzen, Schwäche, Bauchschmerzen, Durchfall/Verstopfung, Einschlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Schmerzen im Brustbereich. Damit sie zur Kategorie «starke Beschwerden» zählen, müssen die Personen geantwortet haben, dass sie mindestens «ein bisschen» an vier dieser Beschwerden oder «stark» an zwei dieser Beschwerden leiden.

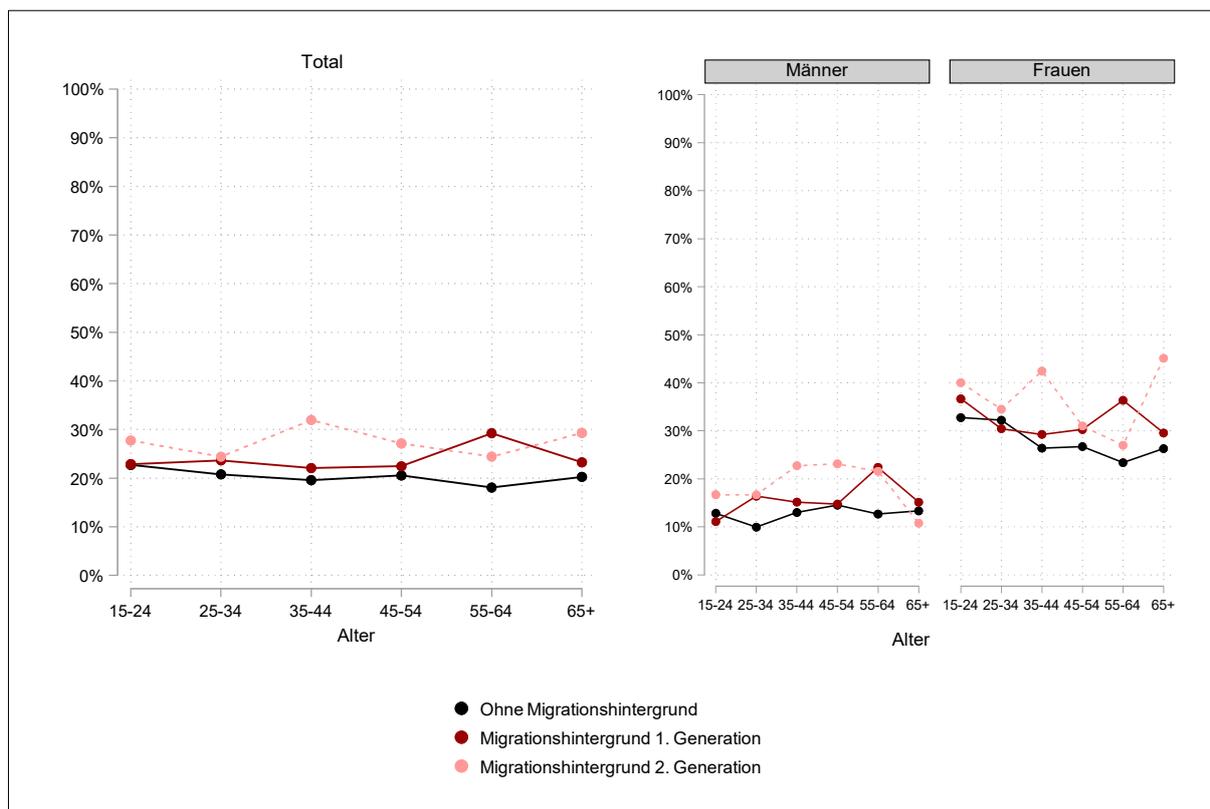
faktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Diabetes, Cholesterin, Bluthochdruck) ist um 3, respektive 6 Prozentpunkte höher. Auch Migrant/innen 1. Generation mit Schweizer Staatsangehörigkeit weisen eine schlechtere körperliche Gesundheit aus, wenn auch die beobachteten Unterschiede bei den einzelnen Indikatoren kleiner sind.

Über keinen schlechteren körperlichen Gesundheitszustand verfügen hingegen neben den Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa, die sich auch sonst kaum von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund unterscheiden, auch jene mit nicht-europäischer Staatsangehörigkeit. Derselbe Befund trifft eingeschränkt auch für Personen mit Migrationshintergrund der 2. Generation zu, einzig starke körperliche Beschwerden kommen bei dieser Bevölkerungsgruppe deutlich häufiger vor (AR +7 Prozentpunkte).

Betrachtet man die gesundheitlichen Unterschiede beim Indikator starke körperliche Beschwerden eingehender nach Alter und Geschlecht (**Abbildung 4**), so zeigt sich wie bereits beim selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand eine Verstärkung der gesundheitlichen Unterschiede bei Migrant/innen der 1. Generation im höheren Erwerbsalter. Allerdings ist das Muster hier schwächer ausgeprägt. Vergleicht man die Unterschiede getrennt nach Männern und Frauen, so sind keine systematischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern sichtbar, auch wenn das Ausgangsniveau bei den Frauen deutlich höher ist und sie generell und ungeachtet des Migrationshintergrundes häufiger an starken körperlichen Beschwerden leiden. Die stärker fluktuierenden Werte nach Altersgruppen für Männer und Frauen der 2. Generation sind hier wie auch bei den anderen Indikatoren grundsätzlich zurückhaltend zu interpretieren, da sie auf vergleichsweise tiefen Fallzahlen beruhen.

Vom allgemeinen Muster ab fällt der Indikator zu **dauerhaften Gesundheitsproblemen**. Gefragt wurde konkret nach gesundheitlichen Problemen, die chronischer Natur sind und mindestens seit sechs Monaten bestehen oder voraussichtlich noch sechs Monate andauern werden. Das Risiko von Personen mit Migrationshintergrund, an solchen langfristigen Gesundheitsproblemen zu leiden, ist nicht erhöht. Bei Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa sowie aus nicht-europäischen Staaten fällt das adjustierte Risiko sogar um -5, respektive -6 Prozentpunkte geringer aus. Vermutlich spielt hier der Umstand eine Rolle, dass viele Geburtsgebrechen auch chronische Gesundheitsprobleme sind, und Individuen, die davon betroffen sind, eher von einer Auswanderung absehen, im Einklang mit der These vom «healthy migrant»-Effekt. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass für Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich dieses Bild anders ausfallen dürfte. Entsprechende repräsentative Studien und belastbare Zahlen fehlen (und die Anzahl entsprechender Personen ist in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung für entsprechende Analysen zu gering), Expert/innen schätzen aber, dass ein beträchtlicher Teil dieser Gruppe an posttraumatischen Belastungsstörungen leidet (vgl. Müller 2018).

Abbildung 4: Anteil Personen mit starken körperlichen Beschwerden nach Alter und Geschlecht



Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Berechnungen BASS

3.1.3 Psychische Gesundheit

Neben der körperlichen ist auch die psychische Gesundheit eine wichtige Voraussetzung zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität. Die folgenden Indikatoren aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung weisen auf eine mangelhafte psychische Gesundheit hin: mangelhafte Energie und Vitalität, krankhafte Schlafstörungen, eine hohe psychische Belastung, mittel bis schwere depressive Symptome sowie emotionale Erschöpfung bei der Arbeit.

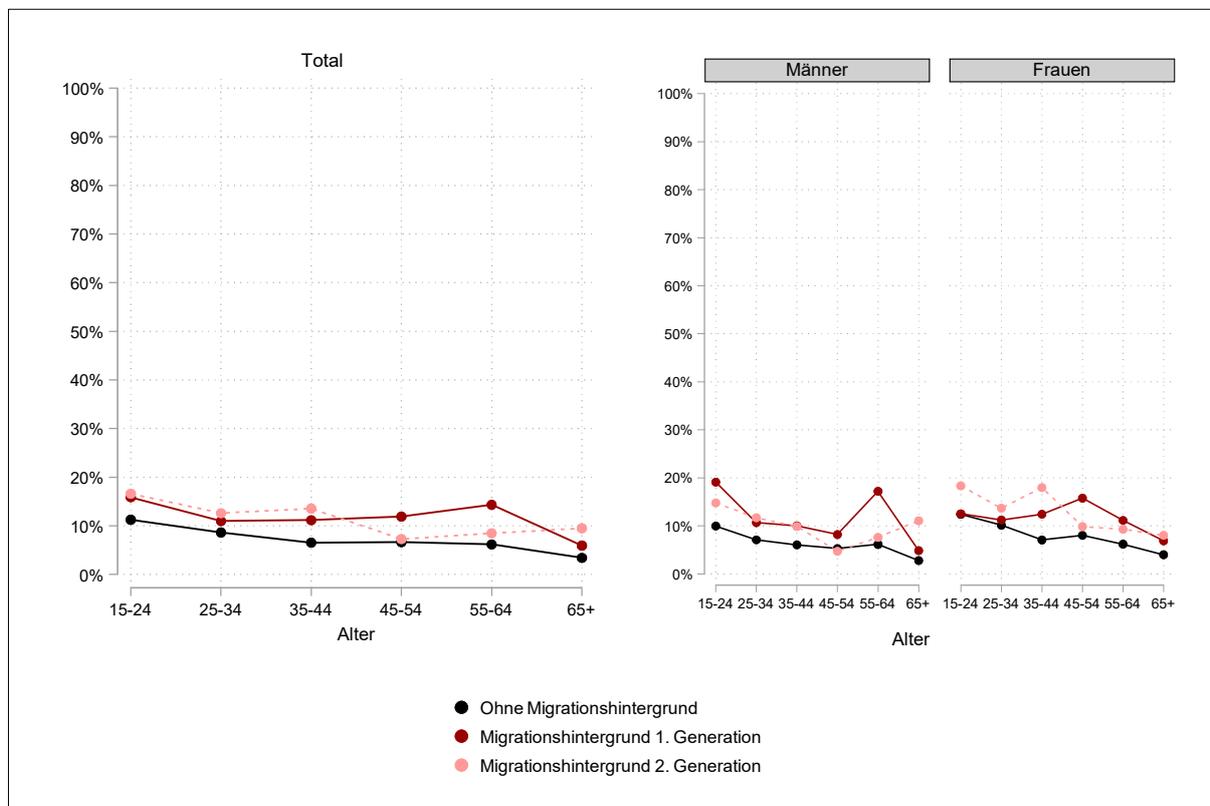
Das Gesamtbild der gesundheitlichen Unterschiede dieser Indikatoren in Tabelle 2 zeigt, dass der **psychische Gesundheitszustand der Bevölkerung mit Migrationshintergrund über alle Gruppen hinweg schlechter ist als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund**. Betroffen sind nicht nur jene Gruppen innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund, die sich bereits bei den in vorhergehenden Abschnitten diskutierten Indikatoren wiederholt als vulnerabel gezeigt haben, wie insbesondere Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa sowie aus Ost- und Südosteuropa, in geringerem Masse jene mit Schweizer Staatsbürgerschaft. Zusätzlich sind es auch Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa sowie aus nicht-europäischen Staaten sowie Personen der 2. Generation, die zumindest an einzelnen psychischen Gesundheitsproblemen wesentlich häufiger leiden als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

So ist etwa der Anteil an Personen mit **hoher psychischer Belastung** bei allen weiteren Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund mit Ausnahme der Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa wesentlich erhöht. Der Indikator basiert auf einer international gebräuchlichen Skala, welche die Häufigkeit der Zustände Nervosität, Niedergeschlagenheit/Verstimmung, Entmuti-

gung/Depressivität, Ruhe, Ausgeglichenheit/Gelassenheit, und Glücksgefühl abbildet. In der Gesamtbevölkerung beträgt der Anteil an Personen mit hoher psychischer Belastung 4%. Am stärksten erhöht von allen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund ist die adjustierte Risikodifferenz mit plus 9 Prozentpunkten bei Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa. Noch um 3 Prozentpunkte höher liegt diese bei Migrant/innen der 1. Generation mit Schweizer Staatsangehörigkeit als auch bei Personen der 2. Generation.

Ein ähnliches Muster zeigt sich beim für die psychische Gesundheit zentralen Indikator zu **depressiven Symptomen**. Der Anteil an Personen mit mittleren bis schweren depressiven Symptomen ist bei ausnahmslos allen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund erhöht. Die adjustierte Risikodifferenz ist um jeweils 8 Prozentpunkte bei den Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa und aus nicht-europäischen Staaten erhöht. Um jeweils 5 Prozentpunkte bei den Migrant/innen der 1. Generation mit Schweizer Staatsangehörigkeit, aus Ost- und Südosteuropa sowie bei Personen mit Migrationshintergrund der 2. Generation. Und ebenfalls erhöht, aber lediglich um 2 Prozentpunkte, bei der Gruppe der Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa. Differenziert nach Alterskategorien und nach Geschlecht (**Abbildung 5**) zeigt sich ein über alle Alterskategorien erhöhter Anteil sowohl für Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation als auch der 2. Generation. Insgesamt legen diese Befunde nahe, dass die Migration und die damit einhergehenden Lebensumstände während und nach diesem Lebensereignis bei einem Teil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund als psychisch belastend erlebt werden.

Abbildung 5: Anteil Personen mit mittleren bis schweren depressiven Symptomen nach Alter und Geschlecht



Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Berechnungen BASS

3.1.4 Kurzfazit Gesundheitszustand

Insgesamt zeigt sich beim Gesundheitszustand, dass **Personen mit Migrationshintergrund im Schnitt einen wesentlich schlechteren Gesundheitszustand aufweisen**. Gegenüber Personen ohne Migrationshintergrund stufen sie ihren Gesundheitszustand häufiger als nicht gut ein, und der Anteil an Personen mit körperlichen wie auch psychischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist unter der Bevölkerung mit Migrationshintergrund bei allen Indikatoren systematisch höher. Dies betrifft etwa starke körperliche Beschwerden oder das Vorhandensein von mindestens einem Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Diabetes, Cholesterin, Bluthochdruck), krankhafte Schlafstörungen, hohe psychische Belastung sowie mittlere bis schwere depressive Symptome. Einzige Ausnahme bilden dauerhafte Gesundheitsprobleme, die unter einzelnen Migrantengruppen weniger stark verbreitet sind als unter der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

Systematische gesundheitliche Unterschiede zeigen sich bei allen Gruppen von Personen mit Migrationshintergrund, mit Ausnahme der Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa. Diese unterscheiden sich bezüglich ihres Gesundheitszustands kaum von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Die beiden vulnerabelsten Gruppen mit den stärksten gesundheitlichen Unterschieden sind Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa sowie aus Ost- und Südosteuropa.

Generell sind die gesundheitlichen Unterschiede zwischen der Bevölkerung mit Migrationshintergrund und der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund bei den höheren Altersgruppen stärker ausgeprägt. Allerdings muss basierend auf den verwendeten Querschnittsdaten offenbleiben, in welchem Ausmass es sich dabei um Lebenslauf- oder Kohorten-Effekte handelt.

Ergänzende Analysen zur **Aufenthaltsdauer bei Migrant/innen der 1. Generation** zeigen, dass Personen mit mehr als 15 Jahren Aufenthalt gegenüber neu Zugewanderten systematisch bei allen Indikatoren sowohl der körperlichen wie auch der psychischen Gesundheit – mit Ausnahme des Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen – einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen. Ähnlich, wenn auch weniger systematisch und geringer ausgeprägt, zeigt sich ein Muster bei Personen mit 6-10 Jahren und 11-15 Jahren Aufenthalt. Dieser Befund steht im Einklang mit der These vom zeitlich limitierten „healthy-migrant“-Effekt, welcher eine Verschlechterung des Gesundheitszustands mit zunehmender Aufenthaltsdauer postuliert. Allerdings erlauben die Querschnittsdaten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung wie beim Alter so auch hier bei der Aufenthaltsdauer keine eindeutigen Rückschlüsse darüber, wie stark neben dem Lebenslaufeffekt auch Kohorteneffekte zum Tragen kommen (vgl. die entsprechenden Ausführungen zum Alter beim Indikator selbst wahrgenommener Gesundheitszustand oben).

Abschliessend lässt sich zu den Unterschieden beim Gesundheitszustand bilanzieren, dass die beobachteten geschlechterspezifischen gesundheitlichen Unterschiede sich **zwischen der Bevölkerung mit Migrationshintergrund nicht systematisch unterscheiden, beide Geschlechter sind weitgehend im gleichen Ausmass von gesundheitlicher Ungleichheit im Kontext des Migrationshintergrunds betroffen**.¹² Unabhängig vom Migrationsstatus aber existieren teilweise beträchtliche Geschlechterunterschiede, wie dies auch in den Grafiken zu den einzelnen Indikatoren mit den separat ausgewiesenen Werten für Frauen und Männern sichtbar wurde.

¹² Weiterführende Analysen auf Ebene der einzelnen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund ergaben einzig bei zwei der vertiefter analysierten Indikatoren zum Gesundheitszustand (der selbst wahrgenommene allgemeinen Gesundheit sowie starke körperliche Beschwerden) jeweils für Migrantinnen der 1. Generation aus Südwesteuropa eine wesentliche und statistisch signifikante grössere Differenz zu Frauen ohne Migrationshintergrund, als sich die Männer derselben Migrantenkategorie von den Männern ohne Migrationshintergrund unterscheiden.

3.2 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Dieses Kapitel widmet sich der Frage, inwiefern sich die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund von der einheimischen Bevölkerung unterscheidet. Falls die Bevölkerung mit Migrationshintergrund medizinische Leistungen im Schnitt weniger häufig beansprucht als Personen ohne Migrationshintergrund, wäre dies ein Hinweis auf potentielle systematische Zugangshürden zu diesen Angeboten. Zugangshürden können sich beispielsweise aufgrund sprachlich bedingter Kommunikationsschwierigkeiten, mangels Kenntnissen über die bestehenden Angebote und Eigenheiten des hiesigen Gesundheitssystems ergeben, oder als Folge ungenügender transkultureller Kompetenz seitens des medizinischen Personals.

Die Risikodifferenzen und damit die Unterschiede der verschiedenen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund für alle Indikatoren zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sind in **Tabelle 3** aufgeführt. Wie im vorhergehenden Kapitel sind auch hier die ausgewiesenen Werte alters- und geschlechteradjustiert. Zusätzlich wurde in den Schätzmodellen für die Indikatoren zur Inanspruchnahme auch auf den Gesundheitszustand kontrolliert. Damit wird berücksichtigt, dass eine Person mit einem schlechteren Gesundheitszustand tendenziell auch häufiger Gesundheitsleistungen beansprucht. So wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die untersuchten Personengruppen nicht nur betreffend Alter und Geschlecht, sondern auch hinsichtlich des Gesundheitszustands ihrer Mitglieder divergieren. Im vorhergehenden Kapitel wurde aufgezeigt, dass die Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Schnitt einen schlechteren Gesundheitszustand aufweist. Gruppiert sind die Indikatoren zur Inanspruchnahme nach Arztbesuchen, Leistungen von Spitälern (ambulant und stationär), und präventivmedizinischen Leistungen.

3.2.1 Arztkonsultationen

82 Prozent der Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren haben in den 12 Monaten vor der Befragung mindestens einmal einen Arzt oder eine Ärztin besucht. Dabei kann es sich um eine Konsultation bei einem Allgemeinpraktiker/Hausarzt oder bei einem Spezialarzt, inklusive Frauenarzt, handeln. Nicht miteinberechnet wurden Zahnarztkonsultationen (vgl. dazu den entsprechenden Indikator unten). Der einzige wesentliche Unterschied für diesen Indikator zeigt sich bei den Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa, deren adjustierte Risikodifferenz für einem Arztbesuch um 3 Prozentpunkte höher ist gegenüber Personen ohne Migrationshintergrund. Betrachtet man die gesundheitlichen Unterschiede bei diesem Indikator zusätzlich nach Alter und Geschlecht (**Abbildung 6**),¹³ so zeigt sich weiter, dass Frauen insbesondere in jüngerem Alter markant häufiger als Männer mindestens einmal in den letzten 12 Monaten einen Arzt aufgesucht haben – dies aber ungeachtet ihres Migrationsstatus. Zu einem wesentlichen Teil liegt dies an den frauenärztlichen Konsultationen, wie ein Blick auf diesen spezifischeren Indikator zeigt. Eine frauenärztliche Konsultation haben 58% aller Frauen in den letzten 12 Monaten mindestens einmal wahrgenommen. Dabei zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund, wie aus den adjustierten Risikodifferenzen aus Tabelle 3 ersichtlich ist.

¹³ Bei der Interpretation dieser und der folgenden deskriptiven Grafiken im Kapitel Inanspruchnahme, die nach Alter und Geschlecht differenzieren, ist zu berücksichtigen, dass anders als bei den geschätzten Werten in Tabelle 3 nicht für den Gesundheitszustand kontrolliert wird.

Tabelle 3: Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen: Adjustierte Risikodifferenzen der verschiedenen Gruppen mit Migrationshintergrund

	Adjustierte Risikodifferenzen (RD) in Prozentpunkten					2. Generation	Gesamte Bevölkerung Anteil in Prozent (deskriptiv)
	Migrantinnen und Migranten 1. Generation nach aktueller Staatsangehörigkeit						
	Schweiz	Nord-/ West- europa	Südwest- europa	Ost-/ Südost- europa	Nicht- europäische Staaten		
Arztbesuche							
Arztbesuch letzten 12 Mt.		3%pt					81%
Hausarztbesuch letzten 12 Mt.	3%pt					5%pt	71%
Spezialarztkonsultation letzten 12 Mt.			-4%pt	-6%pt	-10%pt		43%
Konsultation Frauenarzt letzten 12 Mt.							59%
Behandlung psychischer Probleme letzten 12 Mt.			-2%pt				6%
Spitalleistungen							
Notfallbehandlung Spital, Poliklinik letzten 12 Mt.			3%pt	3%pt	7%pt	3%pt	16%
Ambulante Spitalbehandlung letzten 12 Mt.				-6%pt			23%
Stationärer Spitalsaufenthalt letzten 12 Mt.		3%pt					11%
Präventivmedizinische Leistungen							
Untersuchung Gebärmutterhalskrebs	-9%pt		-18%pt	-24%pt	-36%pt		86%
Untersuchung Darm (Stuhlprobe, Darmspiegelung)		6%pt					49%
Zahnarzt							
Zahnarztbesuch letzten 12 Mt.	-5%pt		-6%pt	-10%pt	-12%pt		60%

Lesebeispiel: Die Wahrscheinlichkeit einer Spezialarztkonsultation liegt bei Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa um durchschnittlich -4 Prozentpunkte tiefer gegenüber Personen ohne Migrationshintergrund. (Kontextinformation: In der Gesamtbevölkerung haben 43% innerhalb der letzten 12 Monate einen Spezialarzt besucht).

Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Berechnungen BASS

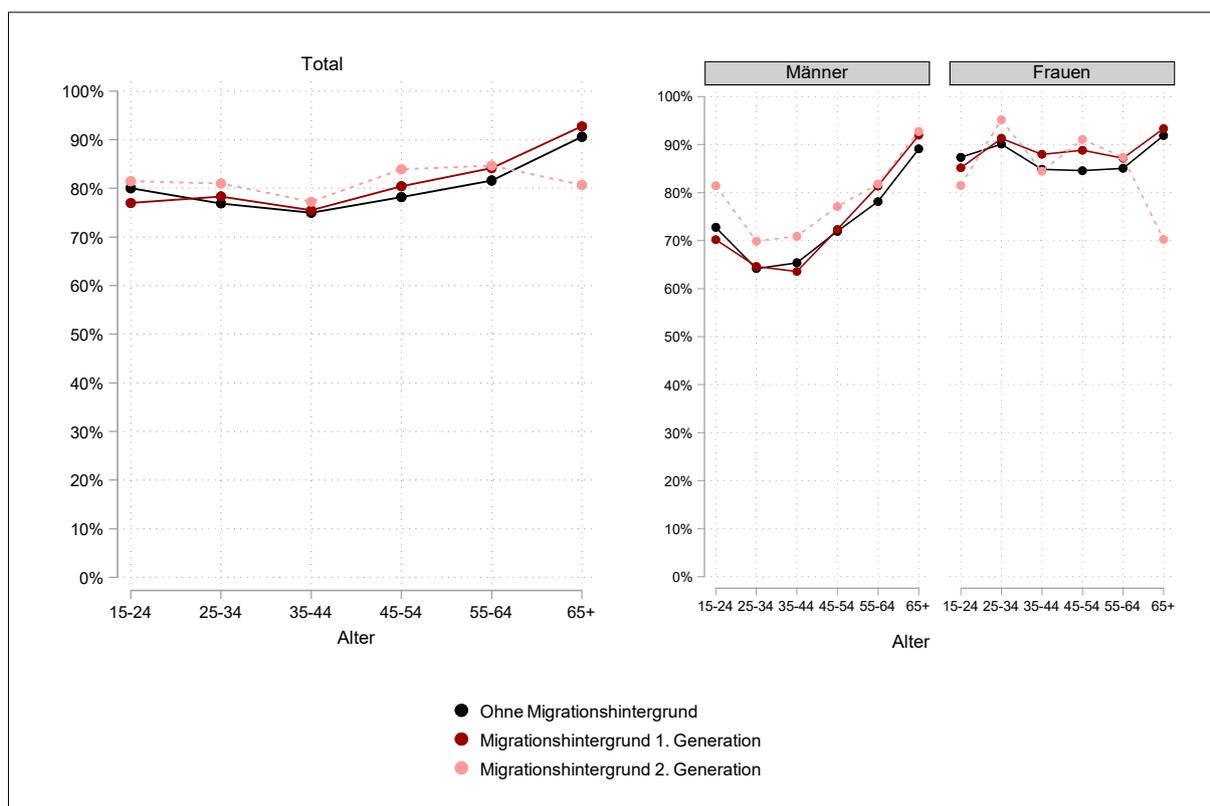
Eine vertiefende Analyse zur **Anzahl der Arztbesuche** ermöglicht ein differenzierteres Bild.¹⁴ Von allen Personen, die in den vergangenen 12 Monaten mindestens einmal einen Arzt oder eine Ärztin aufgesucht haben, fanden (auch hier adjustiert) durchschnittlich 5.3 Konsultationen statt. Eine um 14% höhere Rate an Arztbesuchen weisen Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa auf. Ebenfalls erhöht ist die Rate bei Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa sowie Ost- und Südosteuropa (um 5%, respektive 8%). Eine um -12% tiefere Rate an Arztbesuchen weisen Migrant/innen der 1. Generation aus nicht-europäischen Staaten auf, was das Resultat potentieller Zugangshürden für bestimmte besonders vulnerable Vertreter dieser heterogenen Personengruppe sein könnte, namentlich Personen und Familiennachzüge aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich. Die restlichen Generationengruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Zahl der Arztbesuche nicht wesentlich von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Insgesamt zeigt sich bei den Arztbesuchen allgemein kein konsistentes oder dominierendes Muster bei den verschiedenen Gruppen der Migrationsbevölkerung, zudem ist das Ausmass der beobachteten Unterschiede gering. Inwiefern sich das Nutzungsverhalten der Migrationsbevölkerung gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshinter-

¹⁴ Die entsprechenden Werte zur Häufigkeit der Arztbesuche sind nicht in der Tabelle mit den anderen Indikatoren ausgeführt, da sie mittels eines alternativen methodischen Verfahrens geschätzt wurden (Poisson Regression). Dies insbesondere, da es sich bei den geschätzten Werten um absolute Häufigkeiten (Anzahl Arztbesuche) und nicht Prozentanteile handelt. Als Folge sind die «average discrete effects» nicht vergleichbar mit jenen der restlichen Indikatoren.

grund hinsichtlich bestimmter Typen von Arztkonsultationen unterscheidet, wird im Folgenden untersucht.

Allgemeinpraktiker und Hausärzte dienen in der Regel als erste Anlaufstelle für medizinische Anliegen, sie fungieren als zentrale Gatekeeper des Gesundheitssystems. Die Frage, ob hier ein ungleicher Zugang besteht, ist somit von besonderem Interesse. Beim Indikator zu den **Konsultationen von Allgemeinpraktikern und Hausärzten zeigt sich bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund eine geringfügig erhöhte Inanspruchnahme** gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Ein entsprechender Unterschied ist konsistent und durchgehend bei allen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund festzustellen. Statistisch signifikant sind die Unterschiede bei Migrant/innen der 1. Generation mit Schweizer Staatsangehörigkeit als auch bei Personen mit Migrationshintergrund der 2. Generation; ihr Anteil an Personen mit mindestens einem Hausarztbesuch in den letzten 12 Monaten ist um 3 Prozentpunkte, respektive 5 Prozentpunkte erhöht. Es finden sich somit keine Belege, dass hinsichtlich des Zugangs zu diesen zentralen Gatekeepern systematische Hürden für jenen Teil der Migrationsbevölkerung besteht, der im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung abgedeckt wird.

Abbildung 6: Anteil Personen mit Arztbesuch in den letzten 12 Monaten, nach Alter und Geschlecht



Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Berechnungen BASS

Bei den **Spezialarztkonsultationen zeigt sich ein entgegengesetztes Muster: Bei mehreren Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund zeigt sich eine geringere Inanspruchnahme** gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Die Wahrscheinlichkeit, in den letzten 12 Monaten einen Spezialarzt konsultiert zu haben, ist bei Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa, aus Ost- und Südosteuropa sowie aus nicht-europäischen Staaten wesentlich geringer, um jeweils zwischen -4 und -10 Prozentpunkte, als bei Personen ohne Migrationshintergrund. Nicht miteinberechnet sind bei diesem Indikator zahnärztliche und frauenärztliche Konsultationen. Keine systematischen gesundheitlichen Ungleichheiten bei der Inanspruchnahme zeigen sich schliesslich beim Indikator zur Behandlung psychischer Probleme. Nur bei einer einzigen Migrantenkategorie zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied, allerdings von geringem Ausmass (Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa: RD -2 Prozentpunkte).

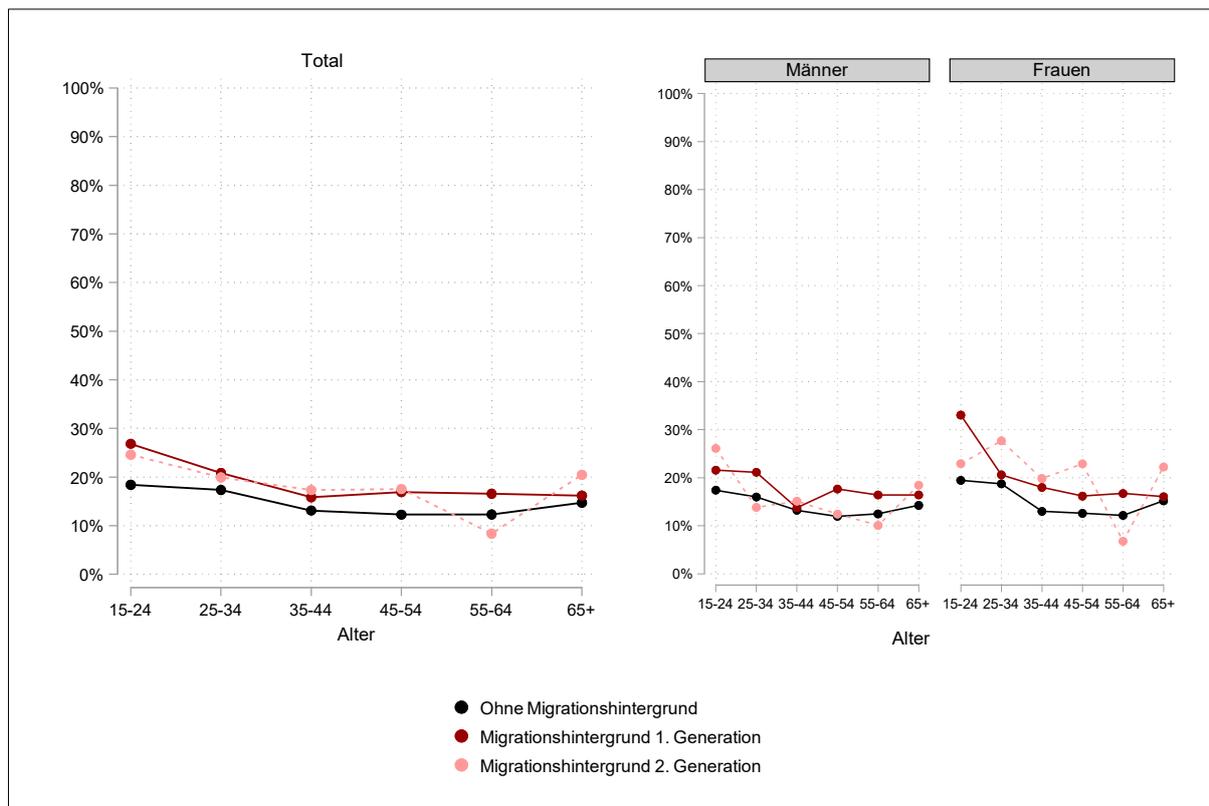
3.2.2 Ambulante und stationäre Spitalleistungen

Bei den Spitalleistungen lässt sich zwischen ambulanten und stationären Angeboten unterscheiden. Als ambulante Spitalbehandlung zählen Spitalaufenthalte von weniger als 24 Stunden und ohne Bettenbelegung über Nacht. Bei den Indikatoren getrennt von den restlichen ambulanten Spitalleistungen ausgewiesen werden Behandlungen in Notfallstationen. Behandlungen in Notfallstationen von Spitälern sind immer wieder Gegenstand gesundheitspolitischer Debatten. Im Grundsatz wird angestrebt, dass sogenannte Bagatellfälle möglichst nicht in Notfallstationen erfolgen sollten.

Der Anteil an Personen, welche in den letzten 12 Monaten vor der Befragung in einer Notfallstation eines Spitals, eines Gesundheitszentrums oder einer Poliklinik behandelt wurden (Gesamtbevölkerung: 16%), ist bei vier der insgesamt sechs Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund erhöht. **Leistungen in Notfallstationen werden von der Bevölkerung mit Migrationshintergrund häufiger beansprucht als von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.** Am stärksten ausgeprägt ist der Unterschied mit 7 Prozentpunkten bei Migrant/innen aus nicht-europäischen Staaten. Geringer, aber immer noch um jeweils 3 Prozentpunkte erhöht ist der entsprechende Anteil bei Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa als auch aus Ost- und Südosteuropa, zudem auch bei der 2. Generation. Wird nach Geschlecht differenziert (**Abbildung 7**), so zeigt sich bei dieser 2. Generation allerdings lediglich bei den Frauen eine erhöhte Inanspruchnahme von Behandlungen in Notfallstationen, die Männer dieser Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund unterscheiden sich nicht von Männern ohne Migrationshintergrund. Keine Unterschiede gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund bestehen bei Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa sowie mit Schweizer Staatsbürgerschaft.

Keine grösseren und systematischen Unterschiede zwischen der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund zeigen sich hinsichtlich der Nutzung der weiteren ambulanten sowie der stationären Spitalbehandlungen. Einzig bei Migrant/innen der 1. Generation aus Ost- und Südosteuropa ist der Anteil an Personen mit einer ambulanten Spitalbehandlung in den letzten 12 Monaten mit -6 Prozentpunkten wesentlich tiefer als bei Personen ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 7: Anteil Personen mit Notfallbehandlung in Spital, Gesundheitszentrum oder Poliklinik in den letzten 12 Monaten, nach Alter und Geschlecht



Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Berechnungen BASS

3.2.3 Prävention, Früherkennung und Zahnarztbesuche

Massnahmen zur Prävention und Früherkennung verhindern Krankheiten und vermögen deren Auswirkungen zu verringern. Sie tragen so zu einem langfristig besseren Gesundheitszustand bei. Eine bei Frauen häufig durchgeführte Vorsorgeuntersuchung ist jene zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs. Der Anteil an Frauen über 20 Jahre, welche sich dieser Untersuchung mindestens einmal bereits unterzogen haben, beträgt in der Gesamtbevölkerung 86%. Von allen Indikatoren zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zeigen sich bei diesem Indikator die grössten gesundheitlichen Unterschiede. **Die Wahrscheinlichkeit einer solchen Gebärmutterhalskrebs-Vorsorgeuntersuchung ist bei Frauen fast aller Migrantengruppen der 1. Generation markant geringer als bei Frauen ohne Migrationshintergrund:** Bei Migrantinnen der 1. Generation mit Schweizer Staatsbürgerschaft ist die Wahrscheinlichkeit 9 Prozentpunkte tiefer, bei jenen aus Südwesteuropa 18 Prozentpunkte, aus Ost- und Südosteuropa 24 Prozentpunkte und aus nicht-europäischen Staaten 36 Prozentpunkte. Einzig bei Migrantinnen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa (sowie bei Frauen der 2. Generation) bestehen keine statistisch signifikanten Risikodifferenzen. Dieses Ergebnis gilt es aber zu relativieren: Wie erwähnt gibt es bei der Häufigkeit der frauenärztlichen Konsultationen keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen mit und ohne Migrationshintergrund. Eine plausible Vermutung ist deshalb, dass ein Teil jener Frauen, die angegeben haben, sich keiner Gebärmutterhalskrebs-Vorsorgeuntersuchung unterzogen zu haben, diese einfach nicht wahrgenommen haben, da diese üblicherweise im Rahmen der regelmässigen gynäkologischen Kontrolluntersuchung vorgenommen wird. Und dies möglicherweise häufig, ohne

dass dies von der Frauenärztin oder dem Frauenarzt explizit thematisiert wird. Die unterschiedliche Informiertheit und/oder die nicht im gleichen Ausmass stattfindende Kommunikation zwischen Migrantinnen und medizinischem Personal würde somit den Befund bei diesem Indikator erklären, und nicht eine geringere Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung.

Keine nennenswerten Unterschiede zwischen der Migrationsbevölkerung und Personen ohne Migrationshintergrund zeigen sich bei der Darmkrebsvorsorge. Der Anteil an Personen über 40 Jahre, welche sich mindestens einmal bereits einer entsprechenden Untersuchung (Stuhlprobe, Darmspiegelung) unterzogen hat, ist einzig bei Migrant/innen aus Nord- und Westeuropa wesentlich anders als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Allerdings ist der Anteil hier mit plus 6 Prozentpunkten *höher* und die präventivmedizinische Abdeckung somit besser als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

Basierend auf den (sehr unterschiedlichen) Ergebnissen für diese beiden Indikatoren lassen sich generelle Aussagen zur gesundheitlichen Ungleichheit bei Massnahmen zur Prävention und Früherkennung schwer ableiten. Offensichtlich bestehen teilweise beträchtliche Diskrepanzen je nach Vorsorgeuntersuchung.

Zahnärztliche Leistungen unterscheiden sich von den oben ausgeführten medizinischen Leistungen dadurch, dass sie in der Regel nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt werden. Dies kann dazu führen, dass aus finanziellen Gründen eine notwendige Behandlung nicht in Anspruch genommen wird, was bei 2.8 Prozent der Gesamtbevölkerung der Fall ist (Schweizer/innen: 2.3%, Ausländer/innen: 4.4%, Quelle: BFS SILC Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen 2018). **Die Befunde der vorliegenden Studie zeigen im Einklang mit diesen Ergebnissen eine wesentlich tiefere Inanspruchnahme von zahnärztlichen Leistungen durch Migrantinnen und Migranten.** Gesamthaft haben 60 Prozent der Befragten innerhalb der letzten 12 Monate eine zahnärztliche Leistung beansprucht, wobei darunter auch Kontrolluntersuchungen und Dentalhygiene fallen können. Bei Migrant/innen der 1. Generation mit Schweizer Staatsbürgerschaft ist die Wahrscheinlichkeit um 5 Prozentpunkte tiefer, bei jenen aus Südwesteuropa um 6 Prozentpunkte tiefer, aus Ost- und Südosteuropa 10 Prozentpunkte tiefer und aus nicht-europäischen Staaten um 12 Prozentpunkte tiefer. Kein Unterschied zeigt sich bei Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa sowie bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund der 2. Generation.

3.2.4 Kurzfazit Inanspruchnahme

Auf den Punkt gebracht lauten die Befunde dieses Teilkapitels zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wie folgt: Die Versorgung durch die Haus- und Allgemeinärzte, die zentralen Gatekeeper des Gesundheitssystems, ist für die im Rahmen der SGB abgedeckten Personen mit Migrationshintergrund im weitgehend gleichen Ausmass wie für die Nicht-Migrationsbevölkerung gewährleistet. Deutlich unterschiedliche Nutzungsmuster zeigen sich hingegen bei bestimmten spezialisierten Leistungen für einen Teil der Migrationsbevölkerung: Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa, aus Ost- und Südosteuropa sowie aus nicht-europäischen Staaten nehmen im Vergleich zur Nicht-Migrationsbevölkerung seltener Leistungen von Spezialärzten in Anspruch, wohingegen dieselben Migrantengruppen häufiger Notfallstationen von Spitälern aufsuchen. Hinweise auf eine mögliche bestehende Unterversorgung zeigen sich bei den zahnärztlichen Leistungen, die von Migrantinnen und Migranten wesentlich seltener in Anspruch genommen werden als von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Möglicherweise gibt es auch gewisse Ungleichheiten bei Prävention und Früherkennung, allerdings sind diese Befunde mit Vorsicht zu interpretieren, wie oben ausgeführt.

Ergänzend sei an dieser Stelle bemerkt, dass die vorliegende Studie basierend auf den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung belastbare Ergebnisse zur Migrationsbevölkerung als Ganzes wie auch zu den einzelnen in den Analysen unterschiedenen Gruppen liefert. Aussagen zu kleineren und spezifischen Gruppen und Subgruppen wie auch Gruppen, die im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung nicht erfasst werden, sind hingegen nur sehr eingeschränkt oder nicht möglich. Dies betrifft insbesondere auf die Gruppe der Asylsuchenden, der Flüchtlinge, der vorläufig Aufgenommenen sowie der Sans-Papiers zu. Gerade bei letzteren ist bekannt, dass v.a. aufgrund fehlender Krankenversicherung wesentliche Zugangshürden bestehen. Ebenfalls nichts ausgesagt werden kann basierend auf den verwendeten Daten über allfällige Qualitätsunterschiede bei den beanspruchten Gesundheitsleistungen, z.B. als Folge von Sprachbarrieren oder von Wissensdefiziten bei Patientinnen und Patienten.

3.3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen

Gesundheitsbewusste Einstellungen und Verhaltensweisen, wie etwa die Beachtung einer ausgewogenen Ernährung und regelmässige körperliche Aktivität, können sich positiv auf den Gesundheitszustand auswirken. Umgekehrt führen bestimmte Verhaltensweisen, wie etwa der Konsum von Tabak oder Alkohol ein gesundheitliches Risiko mit sich. Die Risikodifferenzen der einzelnen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund für die Indikatoren zu gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen sind in **Tabelle 4** aufgeführten. Auch hier sind die ausgewiesenen Werte alters- und geschlechteradjustiert. Um die Interpretation der Werte zu erleichtern, wurden die Indikatoren so modifiziert, dass ein höherer Wert immer auch auf ein höheres potentiell Gesundheitsrisiko deutet – sei dies, weil potentiell gesundheitsförderliche Einstellungen und Verhaltensweisen fehlen, oder im Gegenzug solche Einstellungen und Verhaltensweisen vorhanden sind, die mit gesundheitlichen Risiken einhergehen.

Zur Erfassung der **Einstellungen zur Gesundheit** ganz allgemein wurde erfragt, welche Bedeutung der eigenen Gesundheit beigemessen wird. «Gesundheitliche Überlegungen bestimmen mein Leben», «Gedanken an die Erhaltung der Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil», und «Ich lebe, ohne mich um Folgen für die Gesundheit zu kümmern» waren die möglichen Antwortoptionen. Für den Indikator wird der Anteil der Personen mit letzter Antwort ausgewiesen, die ihr Leben unbeeinflusst von Gesundheitsüberlegungen führen. Mit Ausnahme der Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa ist der Anteil bei allen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund erhöht, am stärksten ausgeprägt mit einem Plus von 8 Prozentpunkten bei Migrant/innen der 1. Generation aus nicht-europäischen Staaten.

Tabelle 4: Unterschiede bei den gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen: Adjustierte Risikodifferenzen der verschiedenen Gruppen mit Migrationshintergrund

	Adjustierte Risikodifferenzen (RD) in Prozentpunkten						Gesamte Bevölkerung Anteil in Prozent (deskriptiv)
	Migrantinnen und Migranten 1. Generation nach aktueller Staatsangehörigkeit					2. Generation	
	Schweiz	Nord-/ West- europa	Südwest- europa	Ost-/ Südost- europa	Nicht- europäische Staaten		
Gesundheitseinstellungen							
Lebensstil unbeeinflusst v. Gesundheitsüberlegungen	4%pt	-2%pt	4%pt	4%pt	8%pt	3%pt	12%
Körperliche Aktivität, Ernährung, Übergewicht							
Körperlich inaktiv	5%pt		18%pt	9%pt	13%pt	5%pt	24%
Achtet nicht auf Ernährung		-8%pt			9%pt		32%
Weniger als 5 Portionen Obst oder Gemüse täglich		-5%pt		4%pt		5%pt	79%
Übergewicht	4%pt		12%pt	15%pt	10%pt	9%pt	42%
Konsum psychoaktiver Substanzen, substanzungebundene Abhängigkeitsrisiken							
Tabakkonsum			5%pt	8%pt	-7%pt	4%pt	27%
Alkohol täglich und öfter	3%pt	3%pt	11%pt	-5%pt			11%
Cannabiskonsum in letzten 30 Tagen	-1%pt		-2%pt	-3%pt	-2%pt	-1%pt	3%
Problematischer Internetkonsum	3%pt	2%pt		4%pt	9%pt	2%pt	4%

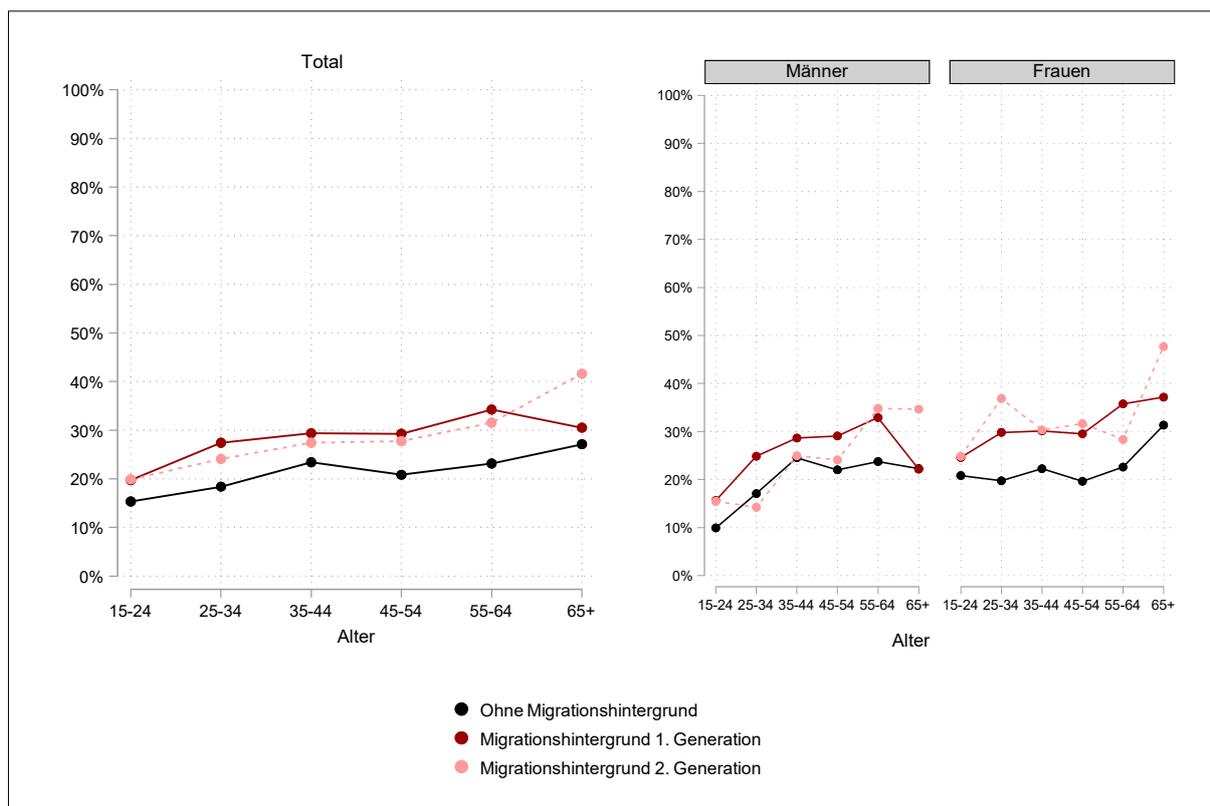
Lesbeispiel: Übergewicht tritt bei fast allen Kategorien von Migrant/innen wesentlich häufiger auf als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Bei Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa beispielsweise ist der Anteil an Personen mit Übergewicht um 12 Prozentpunkte erhöht.

Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Berechnungen BASS

3.3.1 Bewegung, Ernährung und Übergewicht

Ein Viertel der Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren in der Schweiz ist körperlich nicht ausreichend aktiv. Dieser Kategorie zugeteilt werden Personen, die gemäss Befragung keiner intensiven (schweisstreibenden) körperlichen Aktivität in der Freizeit nachgehen und auch allgemein weniger als 30 Minuten pro Woche moderat körperlich aktiv sind.¹⁵ Bewegung hat nachgewiesenermassen einen positiven Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit. **Die Unterschiede zwischen der Migrationsbevölkerung und der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund sind bei diesem Indikator beträchtlich.** Der Anteil inaktiver Personen ist am stärksten erhöht bei Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa (RD +18 Prozentpunkte), gefolgt von jenen aus nicht-europäischen Staaten (RD + 13 Prozentpunkte) und aus Ost- und Südosteuropa (RD +9 Prozentpunkte). Immer noch erhöhte Anteile, wenn auch in geringerem Ausmass mit jeweils +5 Prozentpunkten, weisen Migrant/innen der 1. Generation mit Schweizer Staatsbürgerschaft sowie Personen der 2. Generation. Personen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa sind die einzige Migrantengruppe, die sich in ihrem Bewegungsverhalten nicht von jenem der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund unterscheidet (Tabelle 4). Unabhängig vom Migrationshintergrund steigt der Anteil inaktiver Personen tendenziell mit zunehmendem Alter und Frauen sind im Schnitt weniger körperlich aktiv als Männer (**Abbildung 8**). Wie vertiefende Analysen zeigen, ist der Geschlechterunterschied besonders ausgeprägt bei Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa und bei Personen der 2. Generation.

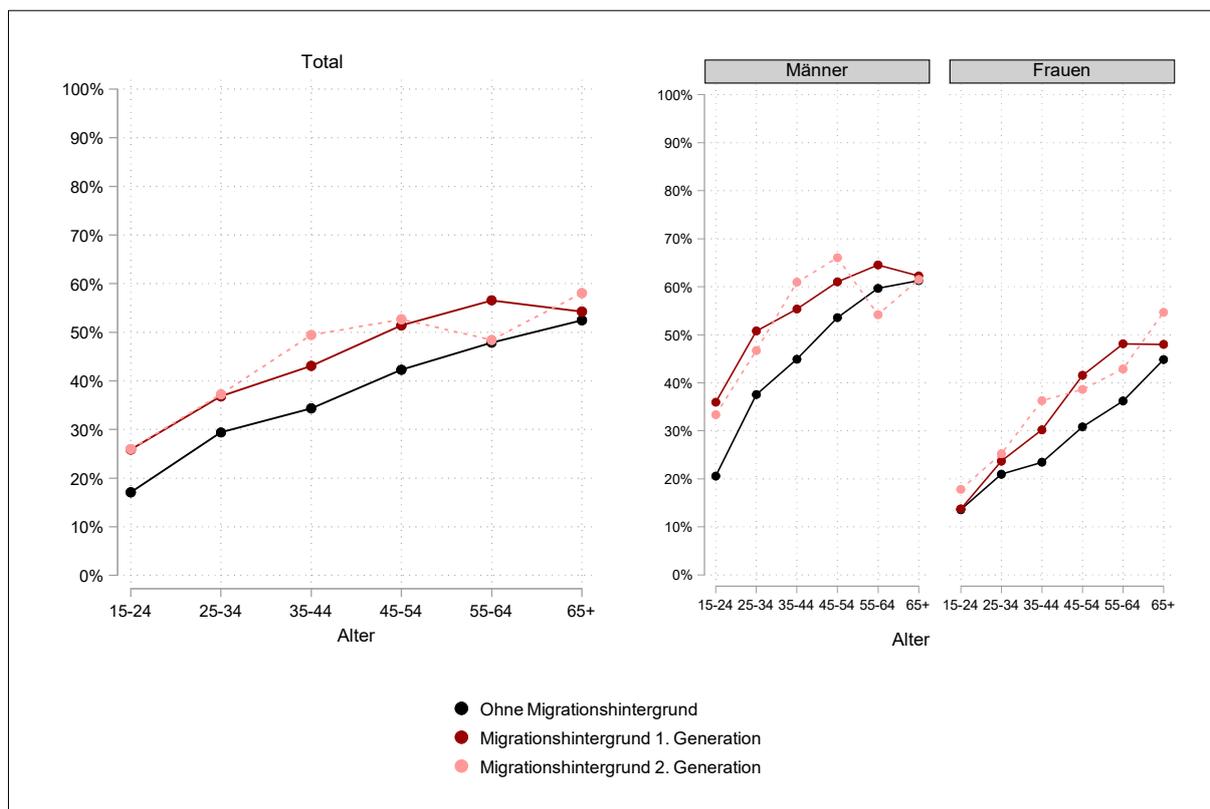
Abbildung 8: Anteil körperlich inaktiver Personen, nach Alter und Geschlecht



Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Berechnungen BASS

¹⁵ Es handelt sich dabei um einen Index, der aus mehreren Fragen zum Bewegungsverhalten allgemein als auch spezifisch in der Freizeit gebildet wird (vgl. BFS 2019).

Abbildung 9: Anteil Personen mit Übergewicht, nach Alter und Geschlecht



Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Berechnungen BASS

Das **Ernährungsverhalten** erfassen die beiden Indikatoren «Achtet nicht auf Ernährung» sowie «Isst weniger als 5 Portionen Früchte oder Gemüse täglich». „5 am Tag“ wird weltweit in Gesundheitsförderungskampagnen empfohlen mit dem Ziel, den Gemüse- und Fruchtverzehr in der Bevölkerung zu steigern. In der Schweiz wurde die Kampagne 2001 von der Krebsliga, der Gesundheitsförderung Schweiz, der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung sowie dem Bundesamt für Gesundheit lanciert. Die Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen mit und ohne Migrationshintergrund bei diesen beiden Indikatoren sind insgesamt geringer als bei den meisten anderen Indikatoren zum Gesundheitsverhalten, auffallend ist jedoch das gesündere Ernährungsverhalten bei Personen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa: Ihr Anteil an Personen, die nicht auf ihre Ernährung achten, als auch der Anteil derer, die sich nicht an die Empfehlung «Fünf Portionen Früchte oder Gemüse am Tag» halten, ist wesentlich tiefer.

Der Indikator zum **Übergewicht** weist den Anteil Personen aus, die einen Body Mass Index (BMI) über 25 aufweisen. Übergewicht ist eine der grössten Herausforderungen der öffentlichen Gesundheit. Unter anderem ist Übergewicht ein Risikofaktor für Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes und einige Krebsarten. Der Anteil an Personen mit Übergewicht nimmt mit zunehmendem Alter stetig zu und erhöht sich um ein Mehrfaches (**Abbildung 9**). Männer sind markant stärker betroffen als Frauen. Beide Befunde treffen für Personen ohne Migrationshintergrund als auch bei der Migrationsbevölkerung zu. Allerdings ist das grundsätzliche Ausmass stark unterschiedlich. **Mit Ausnahme der Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa ist bei allen weiteren Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund der Anteil an übergewichtigen Personen wesentlich erhöht** (Tabelle 4). Am meisten übergewichtige Personen gibt es bei Migrant/innen der 1. Generation aus Südosteuropa mit adjustiert +15 Prozentpunkten, gefolgt von Migrant/innen der 1. Generation aus

Südwesteuropa (RD +12 Prozentpunkte) und aus nichteuropäischen Staaten (RD +10 Prozentpunkte). Mit +9 Prozentpunkten ist auch der Anteil Übergewichtiger bei der Gruppe der 2. Generation markant erhöht und vergleichbar mit den Werten der besonders betroffenen Gruppen. Dies ist bemerkenswert insbesondere vor dem Hintergrund, dass die gesundheitlichen Unterschiede dieser Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund ansonsten bei zahlreichen Indikatoren deutlich geringer ausfallen.

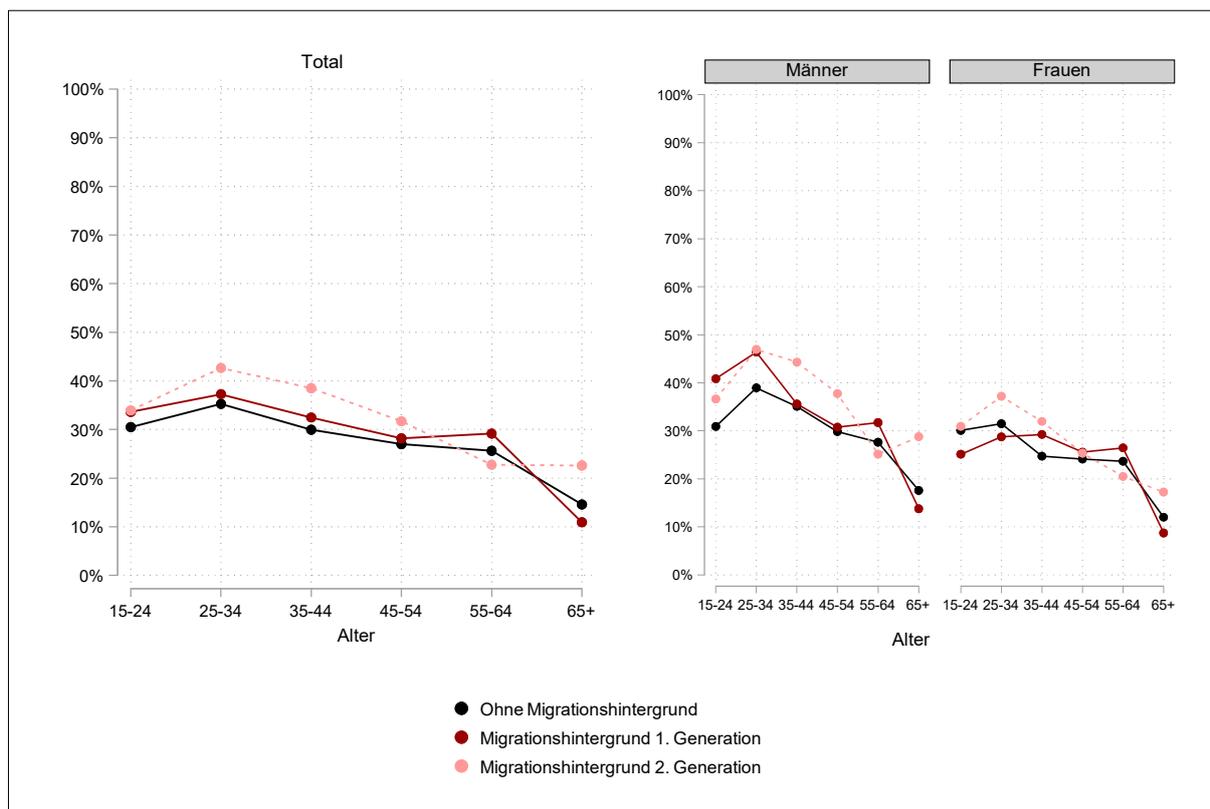
3.3.2 Risikobehaftetes Verhalten für Suchterkrankungen

Der Konsum von Suchtmitteln birgt Gesundheitsrisiken und es besteht die Gefahr, dass Individuen eine Suchtproblematik entwickeln. Von den befragten Personen sind 26% Raucherinnen oder Raucher, 12% konsumieren Alkohol täglich oder öfter und 3% haben innerhalb der letzten 30 Tage Cannabis konsumiert. **Die Unterschiede der Migrationsbevölkerung bezüglich Suchtmittelkonsums sind sehr heterogen und differieren je nach Kategorie von Generationen stark**, wie die Ergebnisse in Tabelle 4 zeigen. Dies legt nahe, dass hier weniger der Migrationshintergrund allgemein und die damit verknüpften Risikofaktoren ausschlaggebend sind, sondern stärker auch spezifische, herkunftsabhängige Konsumgewohnheiten eine Rolle spielen. **Tabakkonsum**¹⁶ ist überdurchschnittlich häufig verbreitet unter Migrant/innen der 1. Generation aus Ost-/ Südosteuropa (RD +8 Prozentpunkte), aus Südwesteuropa (RD +5 Prozentpunkte), aber auch bei Personen der 2. Generation (RD +4 Prozentpunkte). Unterdurchschnittlich ist der Anteil Raucherinnen und Raucher bei Migrant/innen der 1. Generation aus nicht-europäischen Staaten; keine Unterschiede gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund zeigen sich bei jenen mit Schweizer Staatsangehörigkeit sowie aus Nord- und Westeuropa. Insgesamt ist der Anteil rauchender Männer höher als jener der Frauen, und dieses Muster findet sich auch bei allen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund. Ebenfalls unabhängig vom Migrationsstatus sind Raucherinnen und Raucher am häufigsten in der jüngeren Altersgruppe zwischen 25 und 34 Jahren vertreten (**Abbildung 10**).

Der Anteil an Personen mit täglichem **Alkoholkonsum** ist bei Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa markant erhöht, wohingegen er bei Migrant/innen der 1. Generation aus Ost- und Südosteuropa wesentlich kleiner ist. Bei den anderen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund bestehen keine oder nur geringen Unterschiede. Auffallend ist, dass dies einer der wenigen Indikatoren ist, bei welchem auch Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa einen erhöhten Anteil aufweisen. Über alle Generationengruppen hinweg sind die Unterschiede beim Alkoholkonsum aber relativ gering. Wie beim Tabak ist auch beim Alkohol der Anteil bei den Männern höher als bei den Frauen, ungeachtet des Migrationsstatus. Dabei steigt der Anteil mit zunehmendem Alter markant an (**Abbildung 11**). Der **Konsum von Cannabis** schliesslich ist bei allen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund, mit Ausnahme der Migrant/innen 1. Generation aus Nord- und Westeuropa, konsistent tiefer als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

¹⁶ Tabakkonsum: Frage, ob die befragte Person raucht, auch nur gelegentlich (TTAKO01).

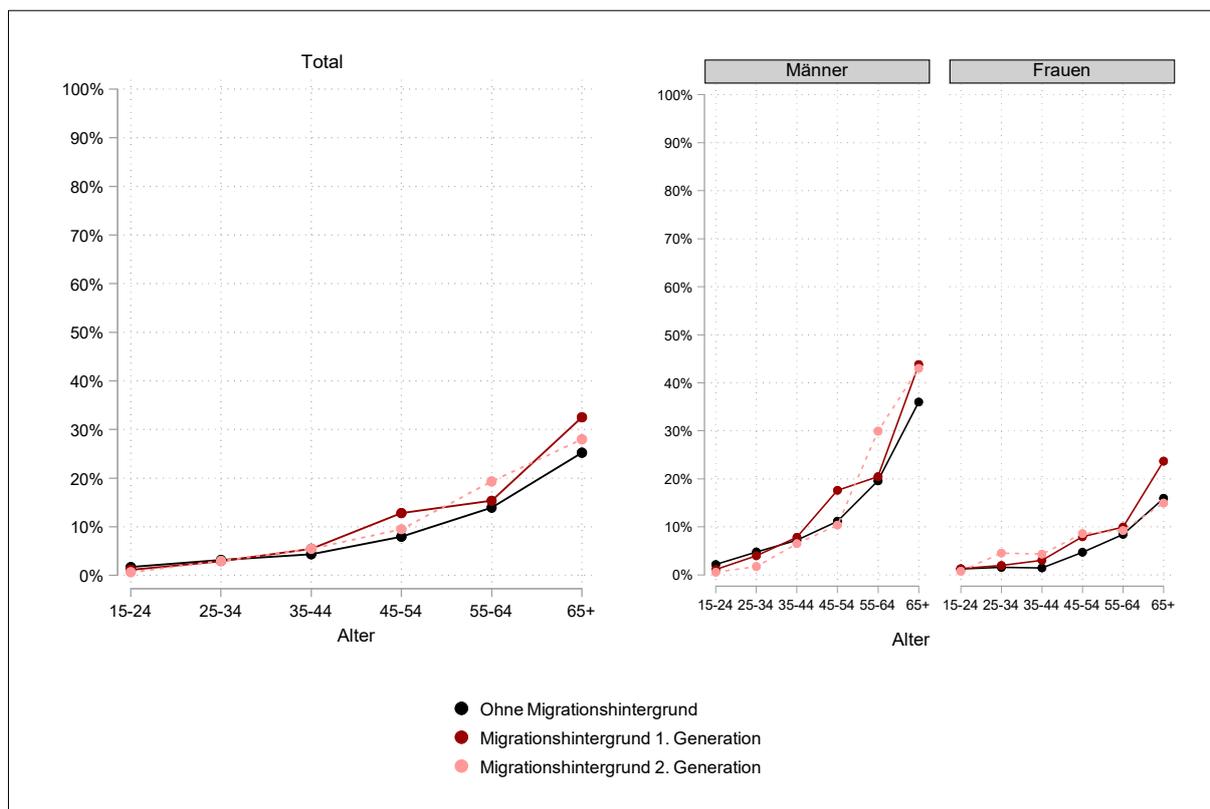
Abbildung 10: Anteil Personen mit Tabakkonsum, nach Alter und Geschlecht



Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Berechnungen BASS

Abhängigkeitsrisiken können auch substanzungebunden bestehen. Bei der Internetabhängigkeit kommt es zu einer exzessiven Nutzung des Internets. Die Betroffenen können ihr entsprechendes Verhalten nicht mehr kontrollieren und verbringen so viel Zeit im Internet, dass ihr Sozialleben und ihre körperliche und geistige Gesundheit darunter leiden. Der Indikator **problematischer Internetkonsum** wurde aus verschiedenen Fragen zum Internetkonsum gebildet, wie etwa ob man Mühe hat, die Internetsitzung zu beenden, ob man das Internet lieber nutzt als Zeit mit anderen zu verbringen, oder ob man sich ruhelos, frustriert oder gereizt fühlt, wenn man das Internet nicht nutzt. In der Gesamtbevölkerung weisen 3% einen problematischen Internetkonsum auf. Bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist dieser Anteil mit Ausnahme von Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa bei allen Gruppen erhöht, am stärksten bei Migrant/innen der 1. Generation aus nicht-europäischen Staaten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass gerade bei dieser Gruppe die Internetnutzung auch häufig genutzt wird, um soziale Kontakte zu Familienangehörigen im Herkunftsland aufrechtzuerhalten.

Abbildung 11: Anteil Personen mit täglichem Alkoholkonsum, nach Alter und Geschlecht



Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Berechnungen BASS

3.3.3 Kurzfazit gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen

Bei den gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen zeigt sich ein stärker gemischtes Bild. Der Anteil an Personen, welche ihr Leben unbeeinflusst von gesundheitlichen Überlegungen führen, ist bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund höher. Dies korrespondiert mit dem Befund, dass innerhalb der Migrationsbevölkerung mehr Personen körperlich inaktiv und übergewichtig sind. Auch bezüglich des risikobehafteten Verhaltens für Suchterkrankungen sind die Befunde sehr heterogen und differieren je nach Gruppe innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund stark. Je nach Gruppe werden Tabak und Alkohol sowohl häufiger als auch seltener konsumiert im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Hingegen ist der Cannabiskonsum bei allen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund durchgehend weniger verbreitet. Bezüglich eines problematischen Internetkonsums kann festgestellt werden, dass ein solcher bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund mit Ausnahme von Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa bei allen Gruppen erhöht ist, am stärksten bei Migrant/innen der 1. Generation aus nicht-europäischen Staaten.

4 Ressourcen und gesundheitliche Ungleichheit

Zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit von Migrantinnen und Migranten werden in der Literatur als zentrale Determinanten vorrangig der durchschnittlich tiefere sozioökonomische Status als auch Unterschiede in der Verfügbarkeit weiterer Ressourcen genannt. Dieses Kapitel soll Aufschluss darüber geben, in welchem Ausmass sich die beobachteten gesundheitlichen Unterschiede auf eine systematisch unterschiedliche Ausstattung mit gesundheitsrelevanten Ressourcen zurückführen lassen. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung, welche für diesen Zweck zusätzlich mit Informationen aus den Individuellen Konten der Zentralen Ausgleichsstelle ZAS ergänzt wurde, ermöglicht differenzierte Angaben zu den Ressourcen **soziale Unterstützung, Bildung, Einkommen** sowie **Erwerbsintegration**.

4.1 Verteilung der Ressourcen

Zahlreiche Studien belegen einen **engen Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Lage und der Gesundheit**, und zwar sowohl beim Gesundheitszustand als auch bei gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Einstellungen. Personen mit einer niedrigen Bildung, einer tiefen beruflichen Stellung und geringem Einkommen weisen eine erhöhte Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit aus (vgl. Richter, Hurrelmann 2009, Lampert 2016). In den westlichen Industriestaaten befinden sich Migrantinnen und Migranten meist in einer schlechteren sozialen Lage als die einheimische Bevölkerung. Dies ist auch in der Schweiz der Fall. Die vom Kontingentsystem geprägte Migrationspolitik der Schweiz bis in die 1990er hatte eine stetige Unterschichtung zur Folge. Dies ist jedoch im Zuge der jüngeren Einwanderung, v.a. im Rahmen der Personenfreizügigkeit mit der EU, nicht mehr der Fall. In jüngerer Zeit sind vermehrt auch hochqualifizierte Arbeitnehmende zugewandert. Nicht zuletzt deshalb zeigt sich bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund bezüglich der sozioökonomischen Ressourcen Bildung und Einkommen ein zunehmend heterogenes Bild, wie im Folgenden deutlich wird.

Tabelle 5 liefert eine deskriptive Übersicht über die Ressourcenausstattung der einzelnen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund und stellt sie der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund gegenüber. Der Anteil an Personen ab 15 Jahren, die über keine nachobligatorische **Ausbildung** verfügen, sei dies eine Berufslehre oder ein Maturitätsabschluss, beträgt bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund 14%. Bei Personen mit Migrationshintergrund ist der Anteil an Personen ohne nachobligatorische Ausbildung insgesamt deutlich höher, es zeigen sich aber zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppen grosse Unterschiede: Am höchsten ist der Anteil an Personen ohne nachobligatorische Ausbildung bei Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa und aus nicht-europäischen Staaten mit 47%, respektive 37%. Am tiefsten ist der Anteil bei Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa mit lediglich 7%. Das überdurchschnittlich hohe Bildungsniveau dieser Gruppe, nicht nur gegenüber den anderen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund, sondern ebenfalls im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, zeigt sich auch darin, dass 60% dieser Individuen über einen Abschluss auf Tertiärstufe verfügen (Hochschule oder höhere Berufsbildung). Dieser Anteil ist bei allen anderen Bevölkerungsgruppen wesentlich tiefer.

Tabelle 5: Ausstattung mit gesundheitsrelevanten Ressourcen nach Migrationshintergrund

		Personen ohne Migrations- hintergrund	Migrantinnen und Migranten der 1. Generation					2. Genera- tion
			nach aktueller Staatsangehörigkeit					
			Schweiz	Nord- und West- europa	Südwest- europa	Ost- und Südost- europa	Nicht- europäi- sche Staa- ten	
Soziale	Schwach	8%	15%	11%	17%	17%	24%	8%
Unterstüt- zung	Mittel	43%	46%	47%	51%	46%	48%	48%
	Stark	49%	39%	42%	32%	37%	27%	44%
Ausbildung	ohne nachoblig. Ausb.	14%	19%	7%	47%	26%	37%	21%
	Sekundärstufe	52%	44%	34%	34%	46%	31%	50%
	Tertiärstufe	34%	37%	59%	19%	28%	32%	28%
Mittleres	Bruttoäquivalenz- einkommen (in CHF)	72'000	64'000	78'000	58'000	52'000	44'000	62'000
Einkommens- schichten	bis 25. Perzentil	21%	30%	18%	33%	41%	53%	30%
	25.-50.-Perzentil	24%	25%	20%	31%	30%	24%	26%
	50.-75.-Perzentil	28%	21%	25%	21%	17%	10%	23%
	über 75.-Perzentil	27%	24%	36%	16%	12%	14%	21%
Bezug ALV-Taggelder		3%	7%	7%	8%	11%	11%	6%

Anmerkungen: Bruttoäquivalenzeinkommen berechnet auf Grundlage des AHV-pflichtigen Haushaltseinkommens im Jahr 2016, standardisiert bezüglich Haushaltsgrösse und -zusammensetzung mittels modifizierter OECD-Skala. Bezug von ALV-Taggeldern: Erfasst wird der mindestens einmalige Bezug von Taggeldern der Arbeitslosenversicherung im Jahr 2016. Grundsamtheit für alle Angaben bilden die Befragten der SGB 2017. Die Angaben zum Einkommen und zum ALV-Taggeldbezug basieren auf einem reduzierten Sample mit Befragten in Haushalten mit Personen im Erwerbsalter (Frauen unter 61, Männer unter 62 Jahre).

Quellen: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017, STATPOP, ZAS - Individuelle Konten der AHV. Berechnungen BASS

Beim **Einkommen** zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei der Ausbildung. Ausgewiesen wird in Tabelle 5 das mittlere Bruttoäquivalenzeinkommen als auch der jeweilige Anteil an Personen mit tiefem Einkommen (bis 25. Perzentil), unterem mittlerem Einkommen (25. bis 50. Perzentil), oberem mittlerem Einkommen (50. bis 75. Perzentil) und hohem Einkommen (über 75. Perzentil).¹⁷ Während der Anteil an Personen mit tiefem Einkommen bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund 21% beträgt, ist dieser Anteil bei fast allen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund höher – erneut mit Ausnahme der Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa, die hier mit 18% einen gegenüber der einheimischen Bevölkerung sogar leicht tieferen Anteil ausweisen. Im Einklang mit diesem Befund weist diese Gruppe zugleich auch das höchste mittlere Bruttoäquivalenzeinkommen aller Personengruppen auf. Gegenüber dem Bildungsstand zeigen sich beim Einkommen kleinere Verschiebungen innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. So ist der Anteil an Personen mit tiefem Einkommen am höchsten bei Migrant/innen der 1. Generation aus nicht-europäischen Staaten

¹⁷ Das Bruttoäquivalenzeinkommen kann aus methodischen Gründen nur für jenen Teil der Befragten berechnet werden, die in einem Haushalt mit Personen im Erwerbsalter leben, da nur Angaben zum AHV-pflichtigen Einkommen vorliegen. Vgl. auch die Anmerkungen in der Tabelle.

sowie aus Ost- und Südosteuropa mit 53%, respektive 41%. Hingegen ist der entsprechende Anteil bei Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa mit 33% vergleichsweise tief, obwohl diese Gruppe von allen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund den im Schnitt tiefsten Bildungsstand aufweist.

Soziale Unterstützung ist eine für die Gesundheit ebenfalls zentrale Ressource. Der positive Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit wurde in zahlreichen wissenschaftlichen Studien erhärtet (vgl. Taylor 2011). Sie umfasst praktische Hilfeleistungen, die bei Bedarf in Anspruch genommen werden können (Kinderhüten, Einkaufen etc.), guten Rat und Informationsaustausch, allgemeine Wertschätzung als auch Trost und Aufmunterung. Geleistet werden kann soziale Unterstützung von Familienangehörigen, innerhalb des Freundeskreises, dem Arbeitsumfeld oder der Nachbarschaft. Tabelle 5 weist den Anteil an befragten Personen mit schwacher, mittlerer und starker sozialer Unterstützung aus. Dazu wurde ein international gebräuchlicher Index verwendet (Oslo-Skala), der auf folgenden Fragen basiert: Anzahl Personen, auf die man sich verlassen kann, das Ausmass der Anteilnahme anderer Personen am eigenen Leben und die bei Bedarf verfügbare Nachbarschaftshilfe. **Generell besteht bei Migrant/innen der 1. Generation ein Ressourcendefizit bezüglich sozialer Unterstützung** im Vergleich zu in der Schweiz geborenen und aufgewachsenen Personen. Und zwar sowohl gegenüber Personen ohne Migrationshintergrund als auch gegenüber Personen der 2. Generation. Den mit 22% mit Abstand höchsten Anteil an Personen mit schwacher sozialer Unterstützung weisen Migrant/innen der 1. Generation aus nichteuropäischen Staaten aus. Auch bei den weiteren Migrantenkategorien der 1. Generation ist dieser Anteil überall höher als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (8%). Mit einem Anteil von 9% nicht substanziell von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund unterscheidet sich die 2. Generation. Diese Befunde legen nahe, dass der Wegfall bestehender familiärer und freundschaftlicher Bindungen als Folge der Migration nicht wieder vollständig gutgemacht werden kann, auch nicht bei bereits länger anwesenden Migrant/innen mit Schweizer Staatsangehörigkeit. Auch den Migrant/innen aus Nord- und Westeuropa gelingt dies nicht, obwohl diese bezüglich der anderen Ressourcen (Einkommen, Bildung) im Durchschnitt besser ausgestattet sind als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

Als weitere gesundheitsrelevante Ressource ist die **Erwerbsintegration** zu berücksichtigen. Arbeitslosigkeit kann sich gesundheitlich negativ auswirken, insbesondere auch auf die psychische Gesundheit. Umgekehrt können gesundheitliche Probleme auch einem Verlust des Arbeitsplatzes vorausgehen. Als Indikator für die Erwerbsintegration wird in der vorliegenden Studie der Bezug von Arbeitslosen-Taggeldern im Jahr vor der Befragung verwendet (Tabelle 5). Der Anteil an Personen, welche Arbeitslosen-Taggelder bezog, beträgt bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund 3%. Bei allen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund ist dieser Wert deutlich höher, er variiert zwischen 6% (2. Generation) und 11% Prozent (Wert für Migrant/innen der 1. Generation aus Ost- und Südosteuropa als auch für Migrant/innen der 1. Generation aus nicht-europäischen Staaten).

Zu erwähnen bleibt schliesslich noch als weitere wichtige Ressource für Migrantinnen und Migranten die **Sprachkenntnisse**, welche aber im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung nicht erfasst wurde und deshalb in den folgenden Analysen nicht berücksichtigt werden kann. Im Rahmen des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung der Schweiz (GMM II) wurden die Sprachkenntnisse gezielt erhoben. Dabei zeigte sich, dass im Vergleich zu Migrantinnen und Migranten, die keine schweizerische Landessprache sprechen, diejenigen mit den besten Sprachkenntnissen sich deutlich gesünder fühlen und weniger durch gesundheitliche Probleme eingeschränkt sind (Guggisberg et al. 2011).

Zusammenfassend lässt sich bilanzieren, dass weite Teile der **Bevölkerung mit Migrationshintergrund über deutlich weniger gesundheitsrelevante Ressourcen verfügen als die einheimische Bevölkerung**. Vor dem Hintergrund dieser Befunde ist zu erwarten, dass ein wesentlicher Teil der beobachteten gesundheitlichen Unterschiede bei den einzelnen Indikatoren sich auf einzelne oder mehrere dieser Ressourcendefizite zurückführen lässt.

Hinsichtlich des konkreten Ausmasses der Ressourcenungleichheit bestehen innerhalb der Migrationsbevölkerung allerdings beträchtliche Unterschiede. Dies trifft insbesondere für die sozioökonomischen Ressourcen Bildung und Einkommen zu: Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa bilden diesbezüglich eine Ausnahme. Im Gegensatz zu den übrigen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund ist diese Gruppe im Schnitt besser gebildet und verfügt über ein höheres durchschnittliches Einkommen als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Soziale Unterstützung hingegen ist eine Ressource, bei welcher auch bei dieser sozioökonomisch besser gestellten Migrantengruppe Defizite im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund bestehen. Insgesamt die grössten Ressourcendefizite zeigen jene Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund, welche sich in den vorhergehenden Kapiteln als gesundheitlich am vulnerabelsten gezeigt haben – Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa, aus Ost- und Südosteuropa, sowie aus nichteuropäischen Staaten. Über eine schlechtere Ressourcenausstattung verfügt schliesslich auch die 2. Generation, wenn auch in geringerem Ausmass: Unterschiede gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund bestehen hinsichtlich Bildung, Einkommen und Erwerbsintegration, wohingegen bei der sozialen Unterstützung weitgehend eine Angleichung zu beobachten ist.

4.2 Der Einfluss der Ressourcenausstattung auf die gesundheitlichen Unterschiede

In welchem Ausmass die gesundheitlichen Unterschiede zwischen der Migrationsbevölkerung und der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, ausgewiesen jeweils als adjustierte Risikodifferenzen, auf die eben aufgezeigte unterschiedliche Ressourcenausstattung zurückzuführen ist, wird in den folgenden drei Unterkapiteln der Reihe nach für die drei Dimensionen Gesundheitszustand, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, sowie gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Einstellungen dargelegt.

Das methodische Vorgehen ist dabei wie folgt: Als Ausgangspunkt dienen die in den Tabellen der vorhergehenden Kapitel ausgewiesenen alters- und geschlechtsadjustierten Risikodifferenzen zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund und der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (Basismodell). In einem nächsten Schritt werden diese Risikodifferenzen im Rahmen eines um spezifische Ressourcen erweiterten Modelles (Ressourcenmodell) erneut geschätzt. Dieses Modell enthält neben den soziodemographischen Variablen Alter und Geschlecht als zusätzliche erklärende Faktoren die wichtigsten gesundheitsrelevanten Ressourcen.¹⁸ Die auf diese

¹⁸ Das Migrations- und Ressourcenmodell mit den wichtigsten gesundheitsrelevanten Ressourcen enthält die beiden Ressourcen mit der grössten Erklärungskraft, soziale Unterstützung und Ausbildung, und wird für die gesamte Stichprobe der Schweizerischen Gesundheitsbefragung geschätzt. Die beiden weiteren Ressourcen Einkommen und ALV-Taggeldbezug sind in diesem Schätzmodell nicht enthalten. Um eine Schätzung auch mit diesen weiteren Ressourcen durchzuführen, hätte die Stichprobe wesentlich reduziert werden müssen, da Informationen zu diesen beiden Ressourcen nur für einen Teil der Befragten vorliegen, für jene in Haushalten mit Personen im Erwerbsalter. Da die beiden sozioökonomischen Variablen Einkommen und Bildungsstand stark korrelieren und die Erklärungskraft der Variable ALV-Taggeldbezug marginal ist, wäre der Erklärungsgehalt eines solchen Modells nur geringfügig höher. Hingegen wäre die Aussagekraft aufgrund des reduzierten Samples beträchtlich limitiert. Vor diesem Hintergrund fiel der Entscheid, für das Migrations- und Ressourcenmodell auf den Einbezug der beiden Ressourcen Einkommen und ALV-Taggeldbezug zu verzichten.

Weise im Ressourcenmodell resultierenden Risikodifferenzen sind in aller Regel kleiner als jene im Basismodell. Diese Differenz zwischen den Risikodifferenzen der beiden Modelle ist nichts anderes als **jener Anteil der ursprünglichen Risikodifferenzen, welcher im Ressourcenmodell durch die soziale Unterstützung sowie die sozioökonomische Lage erklärt wird**. Ausgedrückt wird diese Differenz nachfolgend in den Tabellen jeweils als Prozentanteil der ursprünglichen Risikodifferenz. Die weiterhin verbleibende Risikodifferenz aus dem Ressourcenmodell gibt Hinweise auf den Einfluss potenzieller weiterer migrationspezifischer Faktoren, die im Modell nicht berücksichtigt oder nicht beobachtbar sind. D.h., dass diese allenfalls direkt mit der spezifischen Situation von Personen mit Migrationshintergrund in Verbindung stehen.

Um eine Aussage zum Einfluss einer einzelnen Ressource auf die Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen mit und ohne Migrationshintergrund zu erhalten, wurden auch Modelle mit jeweils nur einer der vier in dieser Studie berücksichtigten Ressourcen geschätzt.¹⁹ Die detaillierten Ergebnisse mit dem Einfluss der einzelnen Ressourcen werden jedoch lediglich für ausgewählte Indikatoren aufgezeigt.

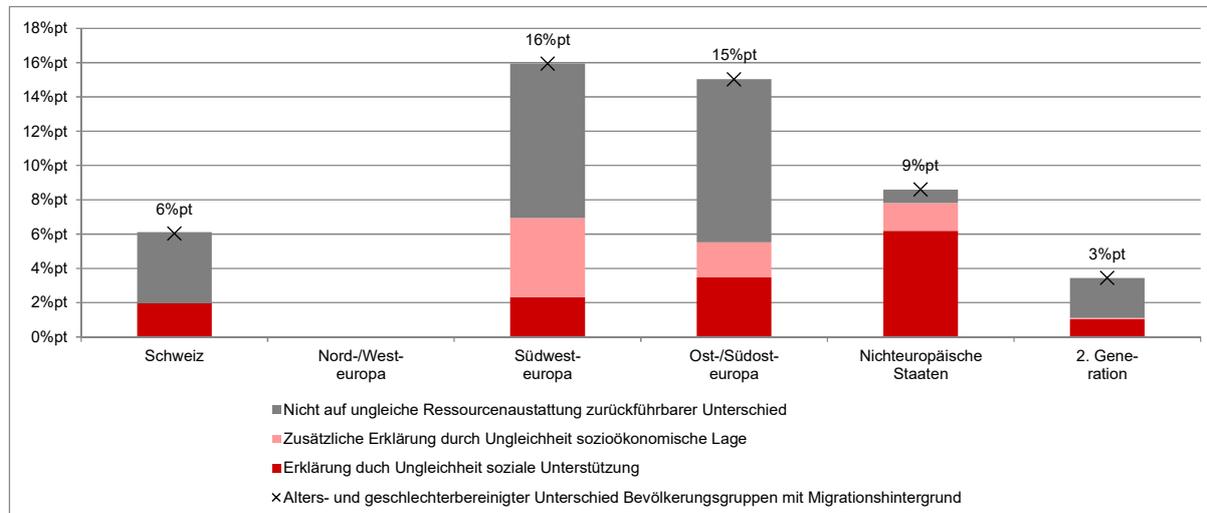
4.2.1 Ressourcenausstattung und Unterschiede beim Gesundheitszustand

Die Ergebnisse zum Einfluss der unterschiedlichen Ressourcenausstattung auf die beobachteten Unterschiede bei der übergeordneten Frage zum allgemeinen selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand sind in **Abbildung 12** dargestellt. Wie oben aufgezeigt wurde, bestehen bei diesem Indikator mit Ausnahme der Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa bei allen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund wesentliche Unterschiede gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Konkret ist der Anteil an Personen, welche ihren Gesundheitszustand als nicht gut wahrnehmen, um zwischen 3 Prozentpunkte (2. Generation) bis 16 Prozentpunkte (1. Generation mit Herkunft Südwesteuropa) erhöht. Über alle Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund hinweg zeigt sich, dass die gesundheitlichen Unterschiede zu einem beträchtlichen Teil der geringeren Ressourcenausstattung von der Bevölkerung mit Migrationshintergrund geschuldet sind, wobei der jeweilige Anteil der durch die Ressourcen erklärten Differenz variiert: Am höchsten ist der auf die Ressourcen gemeinsam zurückzuführende Anteil des Unterschieds zwischen Migrationsgruppen mit 91% bei Migrant/innen der 1. Generation mit nichteuropäischer Staatsangehörigkeit. Hervorzuheben ist dabei die Rolle der fehlenden sozialen Unterstützung, die rund zwei Drittel der Differenz von 9%pt zu erklären vermag. Am tiefsten, aber immer noch substantiell, ist dieser Anteil mit knapp einem Drittel bei Migrant/innen der 1. Generation mit Schweizer Staatsbürgerschaft (knapp 2 von 6%pt).²⁰

¹⁹ Zur korrekten Berechnung der Differenz bei den Ressourcen Einkommen und ALV-Taggeldbezug wurden die alters- und geschlechtsadjustierten Risikodifferenzen für dieselbe (reduzierte) Stichprobe geschätzt, wie sie in den Modellen unter Einbezug dieser beiden Ressourcen verwendet wurde. Diese adjustierten Risikodifferenzen unterscheiden sich nur geringfügig und nicht auf systematische Weise von den Werten des Basismodells für das gesamte Sample der Schweizerischen Gesundheitsbefragung.

²⁰ Exemplarisch hier die genaue Herleitung des Prozentwertes: Konkret verringerte sich der Unterschied bei Migrant/innen der 1. Generation mit Schweizer Staatsbürgerschaft von 6 Prozentpunkten auf noch 4 Prozentpunkte, wenn zusätzlich die Ressourcen als erklärende Determinanten ins Schätzmodell mit einbezogen werden. Der durch die Ressourcen erklärbare Anteil am alters- und geschlechterbereinigten Unterschied entspricht somit knapp einem Drittel (Reduktion um -31%).

Abbildung 12: Erklärungsgehalt der unterschiedlichen Ressourcenausstattung an den adjustierten Risikodifferenzen zum selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand der Bevölkerung mit Migrationshintergrund



Lesebeispiel: Gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund ist bei Migrant/innen der 1. Generation aus nichteuropäischen Staaten der Anteil an Personen mit einem als nicht gut wahrgenommenen Gesundheitszustand um 9 Prozentpunkte erhöht (adjustierte Risikodifferenz). Rund zwei Drittel (6%pt) dieser Risikodifferenz kann durch eine geringere soziale Unterstützung begründet werden und knapp 2%pt durch die sozioökonomische Lage. Risikodifferenzen, die nicht ausgewiesen werden, sind nicht statistisch signifikant und liegen innerhalb des stichprobenbedingten Unschärfbereichs
Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Berechnungen BASS

Dieses Muster, wie es sich bei der selbst wahrgenommenen Gesundheit zeigt, ist charakteristisch für die überwiegende Mehrheit aller Indikatoren zum Gesundheitszustand. **Tabelle 6** weist für alle Indikatoren zum Gesundheitszustand jeweils den Anteil der Risikodifferenzen für die einzelnen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund aus, der sich auf die Ressourcen zurückführen lässt. **Die unterschiedliche Ressourcenausstattung erklärt einen substanziellen Anteil an den festgestellten Risikodifferenzen der einzelnen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund bei den Indikatoren zum Gesundheitszustand**, durchschnittlich beträgt die Reduktion -38%.²¹ Bei 34 der insgesamt 41 beobachteten statistisch signifikanten Unterschiede beträgt der erklärte Anteil über einen Viertel. Tendenziell am stärksten ist die Erklärungskraft der Ressourcen bei den Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa, aus Ost- und Südosteuropa, sowie aus nichteuropäischen Staaten. Die geringere Ressourcenausstattung verfügt also gerade bei den besonders vulnerablen Gruppen unter der Migrationsbevölkerung über die höchste Erklärungskraft.

Die Berücksichtigung der unterschiedlichen Ressourcenausstattung kann prinzipiell nicht nur dazu führen, dass sich gesundheitliche Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen mit und ohne Migrationshintergrund verkleinern, wie dies meist der Fall ist. Die Unterschiede können sich in Einzelfällen auch vergrössern. Dies ist in grösserem Ausmass einzig bei dauerhaften Gesundheitsproblemen der Fall. Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa und aus nicht-europäischen Staaten wiesen bei diesem Indikator als einzige Migrantengruppen wesentliche Unterschiede auf, allerdings lag entgegen dem allgemeinen beobachteten Muster der Anteil an Personen mit dauerhaften Gesundheitsproblemen (inklusive Geburtsgebrechen) **tief**er als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

²¹ Nicht berücksichtigt werden auch hier diejenigen Unterschiede, die nicht statistisch signifikant sind und innerhalb des stichprobenbedingten Unschärfbereichs liegen. Für diese Unterschiede werden auch keine Differenzen berechnet und es wird in der Tabelle stattdessen eine leere Zelle (-) ausgewiesen.

Tabelle 6: Anteile der adjustierten Risikodifferenzen, die sich auf die unterschiedliche Ressourcenausstattung zurückführen lassen, beim Gesundheitszustand

	Migrantinnen und Migranten 1. Generation					2. Generation
	nach aktueller Staatsangehörigkeit					
	Schweiz	Nord-/West-europa	Südwest-europa	Ost-/Südost-europa	Nicht-europäische Staaten	
Subjektiver Gesundheitszustand						
Selbst wahrgen. Gesundheit mittelm. bis sehr schlecht	↓ -31%	-	↓ -43%	↓ -37%	↓ -91%	↓ -33%
Körperliche Gesundheit						
Lang andauernde Gesundheitsprobleme	-	-	↑ 37%	-	↑ 63%	-
Körperliche Beschwerden (stark)	↓ -27%	↔ 7%	↓ -49%	↓ -70%	-	↓ -18%
Einschränkungen im täglichen Leben (stark)	-	-	↓ -92%	↓ -39%	-	-
Arthrose oder Arthritis	↓ -23%	-	↓ -37%	-	-	-
Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen	↓ -19%	-	↓ -74%	↓ -28%	-	-
Psychische Gesundheit						
Energie und Vitalität (mittel bis schwach)	↓ -35%	-	↓ -51%	↓ -59%	-	↓ -16%
Krankhafte Schlafstörungen	↓ -62%	↔ -5%	-	↓ -28%	-	↓ -24%
Psychische Belastung (hoch)	↓ -39%	-	↓ -49%	↓ -53%	↓ -70%	↓ -28%
Depressive Symptome (mittel bis schwer)	↓ -40%	↓ -36%	↓ -63%	↓ -69%	↓ -67%	↓ -26%
Emotionale Erschöpfung bei der Arbeit	-	↓ -49%	-	↓ -43%	↓ -54%	-

Lesbeispiel: 43% der (um Alter und Geschlecht adjustierten) Risikodifferenz beim selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand bei Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa lässt sich auf die unterschiedliche Ressourcenausstattung zurückführen. Dies zeigt sich darin, dass sich die ursprüngliche Risikodifferenz unter Einbezug der Ressourcen im Schätzmodell um 43% verringert.

Bemerkungen: Ausgewiesen wird die prozentuale Veränderung zwischen der geschlechts- und altersadjustierten Risikodifferenz (Basismodell) und der Risikodifferenz des um die wichtigsten gesundheitsrelevanten Ressourcen erweiterten Modells (Ressourcenmodell).

Rot eingefärbte Werte (Pfeil nach unten) signalisieren eine Reduktion der ursprünglichen Risikodifferenz um 25 Prozent oder mehr und legen einen wesentlichen Erklärungsgehalt der Ressourcenunterschiede nahe. Gelb eingefärbte Werte signalisieren eine Veränderung der Risikodifferenz um weniger als +/- 25 Prozent und somit einen geringen Erklärungsgehalt. Grün eingefärbte Werte (Pfeil nach oben) signalisieren eine Vergrößerung der ursprünglichen Risikodifferenz um 25 Prozent unter Berücksichtigung der Ressourcenunterschiede. Nicht berücksichtigt werden jene Risikodifferenzen des Basismodells, die nicht statistisch signifikant sind. Für diese wird in der Tabelle eine leere Zelle (-) ausgewiesen.

Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Berechnungen BASS

Dies ist im Einklang mit der These vom «healthy migrant»-Effekt, der ja besagt, dass Migrantinnen und Migranten (zumindest zum Zeitpunkt der Migration) über eine überdurchschnittlich gute Gesundheit verfügen. Dieser Effekt tritt hier noch deutlicher zu Tage: Würden diese Migrantengruppen über dieselbe Ressourcenausstattung verfügen, wie die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, so wären sie im Schnitt noch weniger häufig von dauerhaften Gesundheitsproblemen betroffen, als sie es sowieso schon sind.

Bis anhin wurde der Einfluss der gesundheitsrelevanten Ressourcen gemeinsam betrachtet. Wie eingangs des Kapitels erwähnt, wurden aber auch separate Modellschätzungen mit allen vier Ressourcen jeweils allein vorgenommen, so dass sich der **relative Einfluss der einzelnen Ressourcen** abwägen lässt. Der durch die einzelnen Ressourcen erklärte Anteil des Unterschieds ist für den selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand in Abbildung 12 ebenfalls ersichtlich. Das bei diesem Indikator zu beobachtende grundsätzliche Muster findet sich auch bei den weiteren Indikatoren zum Gesundheitszustand. Insgesamt über alle Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund hinweg zeigt

sich, dass **soziale Unterstützung bei den Indikatoren zum Gesundheitszustand den grössten Erklärungsgehalt aufweist, gefolgt von den beiden sozioökonomischen Ressourcen Bildung und Einkommen**. Der Erklärungsgehalt der beiden letztgenannten Ressourcen ist tiefer, aber immer noch substantiell. Der Einfluss der Bildung zeigt sich besonders stark zur Erklärung des Unterschieds bei Migrant/innen mit Herkunft Südwesteuropa – jene Gruppe, welche auch den höchsten Anteil an Personen ohne nachobligatorische Ausbildung ausweist.

Lediglich marginal zur Erklärung der Unterschiede beim Gesundheitszustand, aber auch bei den beiden anderen Dimensionen Einstellungen und Verhaltensweisen sowie Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, tragen Unterschiede im Ausmass der **Erwerbsintegration (ALV-Taggeldbezug)** bei. Depressive Symptome sind, wie auch die erhöhte Wahrscheinlichkeit von Tabakkonsum, jene Indikatoren, bei denen die Erwerbsintegration einen vergleichsweise noch etwas grösseren Anteil zur Erklärung der Unterschiede zwischen Migrationsgruppen beiträgt (vgl. die entsprechenden Abbildungen im Anhang). Der Erklärungsgehalt der anderen Ressourcen ist aber auch bei diesen beiden Indikatoren immer noch wesentlich grösser.

Der geringe bis vernachlässigbare Erklärungsgehalt des ALV-Taggeldbezugs bezüglich der gesundheitlichen Unterschiede im Migrationskontext bedeutet jedoch nicht, dass eine fehlende Erwerbsintegration keinen negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand **per se** hat. Arbeitslosigkeit gilt als einer der stärksten psychischen Stressoren überhaupt (vgl. Baer/Cahn 2008). Vertiefende Analysen zeigen denn auch, dass ungeachtet des Migrationsstatus ein ALV-Taggeldbezug mit einer um 3 Prozentpunkte erhöhten Wahrscheinlichkeit für einen als nicht gut selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand einhergeht, und das Risiko von mittleren bis schweren depressiven Symptomen bei Betroffenen um 5 Prozentpunkte höher liegt. Was dabei Ursache und was Folge bei diesen beobachteten Zusammenhängen zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand ist, kann nicht eindeutig geklärt werden, Wechselwirkungen in beide Richtungen sind hier jedoch plausibel.

4.2.2 Ressourcenausstattung und Unterschiede bezüglich Inanspruchnahme

Bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zeigen sich anders als beim Gesundheitszustand vergleichsweise selten wesentliche Unterschiede zwischen der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund, und wenn diese doch bestehen, so legen sie vor allem ein unterschiedliches Nutzungsverhalten nahe, wie in Kapitel 0 ausgeführt wurde. Zur Erklärung dieser kleineren Zahl an wesentlichen Risikodifferenzen tragen die Ressourcen vergleichsweise wenig bei. Der durchschnittliche Anteil an den Risikodifferenzen, der sich auf die Ressourcen zurückführen lässt, beträgt geringe -8%, und lediglich bei einem der insgesamt 22 beobachteten statistisch signifikanten Unterschiede beträgt der erklärte Anteil einen Viertel oder mehr. **Über die stärkste Erklärungskraft verfügen die Ressourcen von allen Indikatoren zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen noch bei der Häufigkeit von Spezialarztkonsultationen**. Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa, aus Ost- und Südosteuropa sowie aus nicht-europäischen Staaten sind wesentlich seltener bei einem Spezialarzt oder einer Spezialärztin als Personen ohne Migrationshintergrund. Durchschnittlich rund ein Drittel dieser Risikodifferenzen lässt sich auf die unterschiedliche Ressourcenausstattung zurückführen. Dabei spielt das im Durchschnitt tiefere Bildungsniveau bei diesen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund die wichtigste Rolle – Personen ohne nachobligatorische Ausbildung konsultieren wesentlich seltener einen Spezialarzt oder eine Spezialärztin als Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe. Weitgehend unbeeinflusst von der sozioökonomischen Ressourcenausstattung ist hingegen die häufigere Inanspruchnahme von Notfallbehandlungen, die bei denselben Migrantengruppen erhöht ist. **Tabelle 8**, welche für die Indikatoren zur Inanspruchnahme die Ergebnisse zum

Anteil der auf die Ressourcen zurückzuführenden Risikodifferenz im Detail ausweist, findet sich im Anhang.

4.2.3 Ressourcenausstattung und Unterschiede bezüglich gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen

Wie beim Gesundheitszustand so tragen die **Ressourcen auch bei den gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen substanziell zur Erklärung der Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen mit und ohne Migrationshintergrund bei**. Allerdings fällt der erklärte Anteil, der sich auf die Ressourcen zurückführen lässt, mit einer Reduktion von durchschnittlich -15% über alle Risikodifferenzen hinweg doch um einiges geringer aus (**Tabelle 7**). Dies auch deshalb, weil es mit Alkohol- und Cannabiskonsum zwei Indikatoren gibt, die dem allgemeinen Muster zuwiderlaufen (vgl. unten). Bei 11 der insgesamt 39 statistisch signifikanten Risikodifferenzen beträgt der mittels Ressourcen erklärte Anteil über einen Viertel. Tendenziell am stärksten ist auch hier wieder die Erklärungskraft der Ressourcen bei den Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa, aus Ost- und Südosteuropa, sowie aus nichteuropäischen Staaten. Über beträchtliche Erklärungskraft verfügen die Ressourcen bei den Indikatoren zu den Gesundheitseinstellungen sowie zur körperlichen Inaktivität, in geringerem Ausmass auch beim Ernährungsverhalten und dem Übergewicht, dem Tabakkonsum sowie dem problematischen Internetkonsum.

Beim **Alkoholkonsum** ist der Einfluss der Ressourcen zur Erklärung der Risikodifferenzen weitgehend vernachlässigbar. Zusätzlich ist hier zu berücksichtigen, dass der Konsum von Alkohol nur bei drei der vier Migrantengruppen statistisch signifikant häufiger ist, bei der Gruppe der Migrant/innen der 1. Generation aus Ost- und Südosteuropa hingegen ist der Alkoholkonsum weniger verbreitet als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Beim **Cannabiskonsum** widersprechen die Unterschiede zwischen den Migrationsgruppen noch konsistenter dem mehrheitlich beobachteten Muster, dass in der Migrationsbevölkerung Einstellungen und Verhaltensweisen, die mit gesundheitlichen Risiken einhergehen, tendenziell häufiger vorhanden sind. Im Gegenteil, der Anteil an Cannabiskonsumierenden ist bei Personen mit Migrationshintergrund tiefer als bei Personen ohne Migrationshintergrund. Eine weniger ungleiche Ressourcenausstattung, so legen es die für diesen Indikator in der Tabelle ausgewiesenen nicht-negativen Prozentanteile nahe, würde dazu führen, dass der Unterschied sich vergrössern und als Folge der bereits tieferen Anteil an Cannabiskonsumierenden unter der Bevölkerung mit Migrationshintergrund sich (geringfügig) weiter verringern würde.

Tabelle 7: Anteile der adjustierten Risikodifferenz, die sich auf die unterschiedliche Ressourcenausstattung zurückführen lassen, bei gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen

	Migrantinnen und Migranten 1. Generation					2. Generation
	nach aktueller Staatsangehörigkeit					
	Schweiz	Nord-/West-europa	Südwest-europa	Ost-/Südost-europa	Nicht-europäische Staaten	
Gesundheitseinstellungen						
Lebensstil unbeeinflusst v. Gesundheitsüberlegungen	↘ -11%	↘ -8%	↘ -60%	↘ -41%	↘ -36%	↘ -19%
Körperliche Aktivität, Ernährung, Übergewicht						
Körperlich inaktiv	↘ -22%	-	↘ -31%	↘ -34%	↘ -40%	↘ -24%
Achtet nicht auf Ernährung	-	↘ -14%	-	-	↘ -25%	-
Weniger als 5 Portionen Obst oder Gemüse täglich	-	↘ -17%	-	↘ -38%	-	↘ -15%
Übergewicht	↗ 12%	-	↘ -29%	↘ -8%	↘ -5%	↘ -4%
Konsum psychoaktiver Substanzen, substanzungebundene Abhängigkeitsrisiken						
Tabakkonsum	-	-	↘ -39%	↘ -28%	↔ 0%	↘ -11%
Alkohol täglich und öfter	↘ -3%	↗ 4%	↗ 1%	↘ -6%	-	-
Cannabiskonsum in letzten 30 Tagen	↗ 14%	-	↗ 16%	↗ 2%	↗ 4%	↗ 16%
Problematischer Internetkonsum	↘ -8%	↘ -26%	-	↘ -21%	↘ -19%	↘ -17%

Leeseispiel: 29% der (um Alter und Geschlecht adjustierten) Risikodifferenz beim Übergewicht bei Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa lässt sich auf die unterschiedliche Ressourcenausstattung zurückführen. Dies zeigt sich darin, dass sich die Risikodifferenz unter Einbezug der Ressourcen im Schätzmodell um 29% verringert.

Bemerkungen: Ausgewiesen wird die prozentuale Veränderung zwischen der geschlechts- und altersadjustierten Risikodifferenz (Basismodell) und der Risikodifferenz des um die wichtigsten gesundheitsrelevanten Ressourcen erweiterten Modells (Ressourcenmodell).

Rot eingefärbte Werte (Pfeil nach unten) signalisieren eine Reduktion der ursprünglichen Risikodifferenz um 25 Prozent oder mehr und legen einen wesentlichen Erklärungsgehalt der Ressourcenunterschiede nahe. Gelb eingefärbte Werte signalisieren eine Veränderung der Risikodifferenz um weniger als +/- 25 Prozent und somit einen geringen Erklärungsgehalt. Grün eingefärbte Werte (Pfeil nach oben) signalisieren eine Vergrößerung der ursprünglichen Risikodifferenz um 25 Prozent unter Berücksichtigung der Ressourcenunterschiede. Nicht berücksichtigt werden jene Risikodifferenzen des Basismodells, die nicht statistisch signifikant sind. Für diese wird in der Tabelle eine leere Zelle (-) ausgewiesen.

Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Berechnungen BASS

Was den **relativen Einfluss der einzelnen Ressourcen zur Erklärung** der Risikodifferenzen betrifft, so ist bei den Indikatoren der Dimension gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen kein konsistentes Muster zu erkennen. Anders als bei den Indikatoren zum Gesundheitszustand, wo die Ressource soziale Unterstützung eine vorrangige Stellung bezüglich Erklärungskraft innehatte, dominiert hier keine Ressource. Beim **Übergewicht**, einem zentralen Indikator dieser Dimension, trägt der sozioökonomische Status wesentlich zur Erklärung der beträchtlichen Risikodifferenzen bei - primär über das Ausbildungsniveau, sekundär aber auch über das Einkommen (vgl. dazu **Abbildung 14** im Anhang). Mit Ausnahme der Gruppe der Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa ist der Erklärungsgehalt der Ressourcen insgesamt bei diesem Indikator aber vergleichsweise begrenzt. Insbesondere bei der deutlich erhöhten Prävalenz von Übergewicht bei der 2. Generation, einer Gruppe, bei welcher die Unterschiede ansonsten meist geringer ausfallen, verfügen die Ressourcen über geringe Erklärungskraft und scheinen andere, migrationsspezifische Faktoren wichtiger zu sein. Eine vorrangige Stellung der Ressource soziale Unterstützung ist einzig beim Indikator zu körperlicher Aktivität wiederzufinden.

4.3 Kurzfazit Ressourcen

Insgesamt, so lassen sich die in diesem Kapitel gewonnenen Ergebnisse zusammenfassen, sind die beobachteten gesundheitlichen Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen mit und ohne Migrationshintergrund zu einem wesentlichen Teil darauf zurückzuführen, dass die Bevölkerung mit Migrationshintergrund über weniger gesundheitsrelevante Ressourcen verfügen. Die Ressourcen mit substantieller Erklärungskraft sind namentlich soziale Unterstützung, Bildung sowie Einkommen, während die Erwerbsintegration zur Erklärung der Unterschiede lediglich eine untergeordnete Rolle spielt. Insbesondere die Unterschiede bei den Indikatoren zum Gesundheitszustand als auch zu den gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen dürften deutlich geringer ausfallen, wenn die Bevölkerung mit Migrationshintergrund über dieselbe Ressourcenausstattung verfügten wie Personen ohne Migrationshintergrund. Diejenigen Gruppen innerhalb der untersuchten Migrationsbevölkerung, die sich als besonders vulnerabel herausgestellt hatten – Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa, aus Südost- und Osteuropa, sowie aus Teilen der nicht-europäischen Staaten – sind dabei auch jene Gruppen, die bezüglich der Ressourcenausstattung am stärksten benachteiligt sind.

5 Fazit

Ziel der vorliegenden Studie ist, das Ausmass der gesundheitlichen Ungleichheit bei in der Schweiz lebenden Menschen mit Migrationshintergrund aufzuzeigen. Weiter untersucht sie, inwiefern sich die im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund festgestellten Unterschiede auf die unterschiedliche Ausstattung mit gesundheitsrelevanten Ressourcen zurückführen lassen. Da Menschen mit Migrationshintergrund eine in sich heterogene Bevölkerungsgruppe darstellen, werden in den Analysen spezifische Migrationsgruppen unterschieden, und zwar nach Generation (zugewanderte der 1. Generation vs. in der Schweiz geborene Personen der 2. Generation) und Herkunftsregion. Ebenfalls berücksichtigt wird bei den Analysen die unterschiedliche soziodemographische Zusammensetzung hinsichtlich Alter und Geschlecht. Als Datengrundlage dient die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017, die punktuell mit weiteren Datenquellen ergänzt wird. Aussagen über Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich oder über Sans-Papiers sind nicht möglich, da sie im verwendeten Stichprobenregister nicht oder nur teilweise enthalten sind. Weil die SGB ausschliesslich in den drei Landessprachen deutsch, französisch und italienisch durchgeführt wird, fehlen zudem in der Schweiz ansässige Migrantinnen und Migranten, die keine dieser drei Landessprachen hinreichend gut verstehen und sprechen.

Das Ausmass der gesundheitlichen Ungleichheit bei Personen mit Migrationshintergrund

Personen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund wesentlich sowohl hinsichtlich ihres Gesundheitszustands als auch bezüglich ihrer gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen. Sie stufen ihren Gesundheitszustand häufiger als nicht gut ein, und der Anteil an Personen mit körperlichen wie auch psychischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist bei allen Indikatoren systematisch höher. Dies betrifft etwa starke körperliche Beschwerden oder das Vorhandensein von mindestens einem Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Diabetes, Cholesterin, Bluthochdruck), krankhafte Schlafstörungen, hohe psychische Belastung sowie mittlere bis schwere depressive Symptome. Einzige Ausnahme bilden dauerhafte Gesundheitsprobleme, die unter einzelnen Migrantengruppen weniger stark verbreitet sind als unter der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Vermutlich spielt hier der Umstand eine Rolle, dass chronische Gesundheitsprobleme auch Folge von Geburtsgebrechen sein können, und davon Betroffene eher von einer Auswanderung absehen. Dies stünde im Einklang mit der in der Literatur prominenten These des „healthy migrant“-Effekts, wonach gesunde Personen eher die Migration wagen. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass für Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich dieses Bild anders ausfallen dürfte. Entsprechende repräsentative Studien und belastbare Zahlen fehlen (und die Anzahl entsprechender Personen ist in der SGB für entsprechende Analysen zu gering), Expert/innen schätzen aber, dass ein beträchtlicher Teil dieser Gruppe an posttraumatischen Belastungsstörungen leidet (vgl. Müller 2018).

Bei den gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen ist das Bild stärker gemischt: Menschen mit Migrationshintergrund sind seltener körperlich aktiv und häufiger übergewichtig. Und auch der Anteil an Personen, welche ihr Leben unbeeinflusst von gesundheitlichen Überlegungen führen, ist höher. Hingegen ist der Cannabiskonsum durchgehend weniger verbreitet. Bei Alkohol und Tabak fallen die Ergebnisse heterogen aus: Je nach Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund werden diese Substanzen sowohl häufiger als auch seltener konsumiert im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

Lediglich punktuelle Unterschiede gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund zeigten sich bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, was ein unterschiedliches Nutzungsverhalten

ten nahelegt: Tendenziell beanspruchen Personen mit Migrationshintergrund seltener Leistungen von Spezialärztinnen und -ärzten, dafür suchen sie häufiger Notfallstationen in Spitälern auf. Zentral ist der Befund, dass der Zugang zu Haus- und Allgemeinärzten, den zentralen Gatekeepern des Schweizer Gesundheitssystems, für Personen mit Migrationshintergrund in weitgehend gleichem Ausmass wie für die Nicht-Migrationsbevölkerung gewährleistet ist. Auf eine mögliche bestehende Unterversorgung weisen hingegen die Ergebnisse bei den zahnärztlichen Leistungen hin. Diese werden von Migrantinnen und Migranten wesentlich seltener in Anspruch genommen als von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Bei den Massnahmen zur Prävention und Früherkennung schliesslich wird die Gebärmutterhalskrebs-Vorsorgeuntersuchung gemäss den befragten Migrantinnen wesentlich seltener genutzt. Allerdings ist unklar, ob dies nicht eher nur eine fehlende Wahrnehmung dieser Massnahmen widerspiegelt, da sich bei der Inanspruchnahme von frauenärztlichen Konsultationen, in deren Rahmen diese Vorsorgeuntersuchung üblicherweise stattfindet, keine Unterschiede zeigten.

Die Migrationsbevölkerung bildet wie bereits erwähnt keine homogene Gruppe: Tendenziell stärker ausgeprägt sind die gesundheitlichen Unterschiede bei Migrant/innen der 1. Generation mit Herkunft aus Südwesteuropa (vorwiegend aus Italien, Portugal, Spanien), aus Ost- und Südosteuropa (vorwiegend aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens, der Türkei, Polen), sowie aus nicht-europäischen Staaten (vorwiegend aus Brasilien, Eritrea, Sri Lanka). Diese stellen somit besonders vulnerable Gruppen innerhalb der untersuchten Migrationsbevölkerung dar. Seltener und wenn, dann weniger ausgeprägt von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen sind Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa (vorwiegend aus Deutschland, Frankreich, Österreich) als auch jene mit (mehrheitlich erworbener) Schweizer Staatsangehörigkeit (vorwiegend aus den Herkunftsländern Deutschland, Italien, Frankreich). Ebenfalls insgesamt geringfügiger fallen die Unterschiede bei Personen der 2. Generation aus, die in der Schweiz geboren und aufgewachsen sind (vorwiegend aus den Herkunftsländern Italien, Türkei, Deutschland, Spanien, Portugal) – eine Ausnahme stellt dabei der Anteil an Personen mit Übergewicht dar, der bei dieser Bevölkerungsgruppe wesentlich erhöht ist. Effektive und zielgruppengerechte Programme der Gesundheitsförderung mit dem Fokus Ernährung und Bewegung bei Kindern und Jugendlichen dürften besonders geeignet sein, um diese bestehende Ungleichheit zu verringern.

Die grundsätzlich beobachtbaren gesundheitlichen Unterschiede bei den Geschlechtern finden sich auch bei Personen mit Migrationshintergrund. Zusätzliche Geschlechtereffekte aufgrund des Migrationsstatus zeigten sich bei einzelnen Indikatoren, ohne dass sich daraus aber ein systematisches Muster ableiten liesse. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer vergrössern sich zudem die Unterschiede im Gesundheitszustand gegenüber der einheimischen Bevölkerung, wobei basierend auf den verwendeten (Querschnitts-)Daten allein offenbleiben muss, in welchem Ausmass es sich hier um einen Lebenslauf- oder einen Kohorten-Effekt handelt.

Hoher Erklärungsgehalt der soziökonomischen Lage und der Ressource soziale Unterstützung

Zur Erklärung der gesundheitlichen Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen mit und ohne Migrationshintergrund wird meist auf die geringere Ressourcenausstattung von Personen mit Migrationshintergrund verwiesen, insbesondere auch auf den Umstand, dass diese hinsichtlich ihrer soziökonomischen Lage gegenüber der einheimischen Bevölkerung wesentlich schlechter gestellt sind. Tatsächlich ist der Anteil an Personen ohne nachobligatorische Ausbildung als auch an Personen mit tiefem Einkommen bei der Migrationsbevölkerung wesentlich höher. Eine Ausnahme bildet dabei die Gruppe der Migrant/innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa, die hinsichtlich des soziökonomischen Status sogar bessergestellt ist als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Soziale Unterstützung - u.a. praktische Hilfeleistungen, guter Rat und emotionale Unterstützung von Familie,

Freundeskreis und Nachbarschaft - ist eine weitere zentrale gesundheitsrelevante Ressource, die ausnahmslos bei allen Migrantengruppen der 1. Generation weniger häufig vorhanden ist. Weitgehend identisch wie bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund ist das Ausmass an sozialer Unterstützung hingegen bei der 2. Generation.

Wie stark sind die beobachteten gesundheitlichen Unterschiede auf die unterschiedliche Ausstattung mit diesen Ressourcen zurückzuführen? In einem durchaus beträchtlichen Ausmass, wie die Ergebnisse der statistischen Modellschätzungen zeigen. Der mit den Ressourcen erklärbare Anteil an den Unterschieden zwischen den Migrationsgruppen beträgt bei den Indikatoren zum Gesundheitszustand durchschnittlich knapp 40%, bei den Indikatoren zu den gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen immer noch 15%. Bei 56 der insgesamt 80 statistisch signifikanten Unterschiede bei diesen Indikatoren beträgt der durch die Ressourcen erklärbare Anteil über einen Viertel. Zur Erklärung der vergleichsweise wenigen Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hingegen tragen die Ressourcen wenig bei.

Betrachtet man die Ressourcen einzeln, so zeigt sich, dass nicht nur die sozioökonomische Lage in Form von Ausbildungsstand und Einkommen einen entscheidenden Beitrag zur Erklärung der Ungleichheit zwischen der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund leistet, sondern ebenfalls - und gerade beim Gesundheitszustand deutlich ausgeprägter - auch das Ausmass an vorhandener sozialer Unterstützung. Während der sozioökonomische Status in zahlreichen Studien zu gesundheitlicher Ungleichheit von Migrantinnen und Migranten prominent figuriert, ist dies bei der Ressource soziale Unterstützung nicht der Fall. Vor dem Hintergrund der hier gewonnenen Erkenntnisse wäre in zukünftigen Studien ein stärkerer Fokus auf die Zusammenhänge zwischen dieser sozialen Ressource und gesundheitlicher Ungleichheit in Zusammenhang mit Migrationshintergrund wünschbar. Bemühungen um die soziale Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund sollten, so lässt sich aus diesem Befund ebenfalls schliessen, auch mit Blick auf deren Gesundheit ein hoher Stellenwert eingeräumt werden. Lediglich marginal zur Erklärung der Unterschiede zwischen der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund trägt die Erwerbsintegration (ALV-Taggeldbezug) bei. Dies heisst jedoch nicht, dass die Erwerbsintegration per se nicht gesundheitsrelevant ist: Arbeitslose zeigen - unabhängig vom Migrationsstatus - gehäuft depressive Symptome.

Die Ergebnisse zur entscheidenden Rolle der Ressourcen in Bezug auf die Gesundheit lassen sich auch auf die im Rahmen der SGB nicht oder nur eingeschränkt abgedeckten Migrationsgruppen (Asyl- und Flüchtlingsbereich, Sans-Papiers, Personen mit geringen Kenntnissen einer Landessprache) übertragen. Diese verfügen mehrheitlich sowohl über vergleichsweise geringe sozioökonomische Ressourcen wie auch über ein geringeres Ausmass an sozialer Unterstützung. Diese Gruppen weisen, so lässt sich daraus schliessen, dadurch auch eine besonders hohe gesundheitliche Vulnerabilität auf. Dies konnte auch in einer früheren Studie im Rahmen des Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung GMM (Guggisberg et al. 2011) aufgezeigt werden, welches sich detailliert auch mit diesen Gruppen auseinandersetzte.

Methodische Erkenntnisse und zukünftige Forschungsperspektiven

Anders als in früheren Studien zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz, für die separate Befragungen von ausgewählten Migrantengruppen durchgeführt wurden (Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung GMM, vgl. Guggisberg et al. 2011), basiert die vorliegende Studie ausschliesslich auf Befragungsdaten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017. Die Stichprobe wurde dabei um 1'000 zusätzliche Interviews mit Personen ausländischer Staatsbürgerschaft aus Ost- und Südosteuropa sowie aus Südwesteuropa aufgestockt, um differenziertere Aussagen zu die-

sen spezifischen Gruppen zu ermöglichen. Diese Vorgehensweise hat sich bewährt: Ohne diese gezielte Aufstockung wären zu diesen spezifischen Bevölkerungsgruppen keine so detaillierten Auswertungen möglich gewesen, wie sie dies im Rahmen der vorliegenden Studie durchgeführt werden konnten. Auch die Vergleichbarkeit zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, die bei einer separat durchgeführten Studie nicht zwingend gegeben ist, stellt einen gewichtigen Vorteil des gewählten Vorgehens im Rahmen der SGB dar.

Nachteile ergeben sich hingegen bezüglich der Analyse von relevanten, aber zahlenmässig relativ kleinen Personengruppen, wie sich dies namentlich bei der Gruppe der Migrant/innen aus nicht-europäischen Staaten zeigte. Es handelt sich dabei um eine sehr heterogene Gruppe, die sowohl Flüchtlinge, im Rahmen des Familiennachzugs in die Schweiz migrierte Personen als auch hochqualifizierte Arbeitsmigrant/innen (weitgehend aus OECD-Ländern) umfasst. Genauere Aussagen zu diesen einzelnen Untergruppen waren im Rahmen der vorliegenden Studie aufgrund der jeweils geringen Fallzahlen nicht möglich. Notwendig wäre hierzu eine entsprechende zusätzliche Aufstockung der Stichprobe differenziert nach Herkunftsregion und/oder nach Aufenthaltszweck. Dabei dürfte eine tiefere Partizipationsrate aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse bei einem wesentlichen Teil dieser Befragten eine zusätzliche Herausforderung darstellen. Schliesslich konnten im Rahmen der vorliegenden Studie auch - anders als etwa beim Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung GMM - keine zusätzlichen Informationen mit besonderer Relevanz im Migrationskontext erfragt werden, wie beispielsweise Sprachkenntnisse oder Gesundheitskompetenzen.

Für zukünftige Studien wäre vor diesem Hintergrund zu prüfen, inwiefern im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung weitere gezielte Stichprobenaufstockungen für spezifische Personengruppen mit Migrationshintergrund sowie migrationspezifische inhaltliche Zusatzmodule machbar und sinnvoll sind. Dabei müsste der erwartete Erkenntnismehrwert jedoch zwingend mit der gesteigerten Komplexität und dem anfallenden Mehraufwand bei der Befragung abgewogen werden. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung befindet sich hier wie jede grossflächige, regelmässige und international vergleichbare standardisierte Befragung in einem Spannungsfeld. Allenfalls wäre auch zu hinterfragen, ob und wie stark am Konzept der Herkunft/Migrationshintergrund als Schlüsselkriterium festgehalten werden soll. Alternativ könnten bei der Stichprobenziehung nämlich auch gezielt Personengruppen identifiziert und aufgestockt werden, die über eine besonders geringe Ressourcenausstattung verfügen, wie bspw. Sozialhilfebeziehende oder armutsgefährdete Personen. Technisch wäre dies möglich unter Verwendung der AHVNR13 und der damit möglichen Verknüpfung mit Registerdaten. Damit wären gezieltere und detailliertere Analysen zur spezifischen Rolle der Ressourcen in Zusammenhang mit der gesundheitlichen Lage möglich, der Migrationshintergrund würde dadurch aber etwas aus dem Fokus geraten.

Eine gänzlich andere Variante wäre eine eigenständige und auf die spezifischen, teilweise schwer erreichbaren Zielgruppen inhaltlich und methodisch abgestimmte, zugleich aber mit der Schweizerischen Gesundheitsbefragung eng koordinierte vertiefende Befragung von spezifischen Bevölkerungsgruppen, wie diese bereits zu früheren Zeitpunkten durchgeführt wurden. So wurden beispielsweise im Rahmen des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung GMM II (Guggisberg et al. 2011) zur Abdeckung des Asyl- und Flüchtlingsbereichs gezielt Migrantinnen und Migranten aus Sri Lanka und Somalia in ihrer Herkunftssprache befragt. Der Aufwand hierfür fiel jedoch voraussichtlich um ein mehrfaches höher aus, als wenn die obige Variante einer Erweiterung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung gewählt würde.

Als erkenntnisreich erwiesen hat sich die im Rahmen der vorliegenden Studie erstmalig vorgenommene Ergänzung der SGB-Befragungsdaten mit verlässlichen Angaben zum Haushaltseinkommen, das

neben dem Bildungsstand eine weitere zentrale Dimension des sozioökonomischen Status einer Person darstellt. Dies allerdings mit der Einschränkung, dass diese Informationen basierend auf den individuellen Konten nur für Befragte in Haushalten mit Personen im Erwerbsalter verwendbar sind, da diese nur das AHV-pflichtige Einkommen beinhalten. Das Einkommen von Personen im AHV-Rentenalter wird damit nicht valide abgebildet. Die im Rahmen dieser Datenverknüpfung ebenfalls vorgenommene Prüfung der Repräsentativität der SGB-Stichprobe bezüglich des Einkommens zeigte eine geringfügige Untervertretung tiefer Einkommen auf.

Weitere für die Zukunft prüfenswerte Forschungsstrategien sind die ergänzende Analyse longitudinaler Daten wie etwa des Schweizer Haushalt-Panels, um bei der beobachteten Zunahme der gesundheitlichen Unterschiede zwischen der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund mit zunehmendem Alter Lebenslauf- und Kohorten-Effekte voneinander abgrenzen zu können. Auch die Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC), welche zahlreiche gesundheitspezifische Fragen enthält und es erlaubt, diese mit der sozialen Lage zu verbinden, bietet Potential. Die Klassifizierung der Migrationsbevölkerung, die sich in der vorliegenden Studie an der etablierten Kategorisierung des BFS nach Herkunfts-Grossregionen orientiert, könnte zudem weiter optimiert und stärker empirisch-induktiv mithilfe statistischer Verfahren (Clusteranalyse, multidimensionale Skalierung) vorgenommen werden. Allerdings sind diesem Unterfangen durch die teilweise tiefen Fallzahlen enge Grenzen bezüglich der Anzahl Kategorien gesetzt.

6 Literaturverzeichnis

Baer, Niklas und Theodor Cahn (2008). « Psychische Gesundheitsprobleme », in *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*, hrsg. Von Katharina Meyer. Hans Huber, Bern, S. 211-230.

BFS (2009). Klassifikation der Bevölkerung nach Migrationsstatus. Demos Nr. 4. Neuchâtel, S. 10-12.

BFS (2017). Statistischer Bericht zur Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Neuchâtel.

BFS (2018). Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 in Kürze. Konzept, Methode, Durchführung. Neuchâtel.

BFS (2019). Enquête sur la santé 1992 à 2017. Documentation des indices de 1992 à 2017. Neuchâtel.

Guggisberg, Jürg, Lucien Gardiol, Iris Graf, Thomas Oesch, Kilian Künzi, Thomas Volken, Peter Ruesch, Thomas Abel, Sabine Ackermann, Christoph Müller (2011): Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit und des Bundesamts für Migration.

Lampert, Thomas (2016): « Soziale Ungleichheit und Gesundheit », in *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*, hrsg. Von Matthias Richter und Klaus Hurrelmann. Springer VS, Wiesbaden, S. 121-138.

Liane Schenk, Ute Ellert und Hanne Neuhauser (2008): « Migration und gesundheitliche Ungleichheit », *Public Health Forum* 16(59), S. 18-19.

Müller, Franziska, Zilla Roose, Flurina Landis, Giada Gianola (2018): Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden: Situationsanalyse und Empfehlungen. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Luzern.

Sardadvar, Sascha (2015): « How migrant status affects health beyond socioeconomic status: evidence from Austria. » *International Migration Review* 49(4): 843-877.

Spallek, J., und O. Razum (2008): « Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten », in *Health Inequalities*, hrsg. von U. Bauer, U. Bittlingmayer und M. Richter. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 271-288.

Taylor, Shelley E. (2011): « Social Support: A Review », in *The Oxford Handbook of Health Psychology*, hrsg. von Howard S. Friedman, Oxford University Press, Oxford, S. 189-215.

Richter Matthias und Klaus Hurrelmann (2009): « Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen », in *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Konzepte*, 2. aktualisierte Aufl., hrsg. von Matthias Richter und Klaus Hurrelmann. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 13-30.

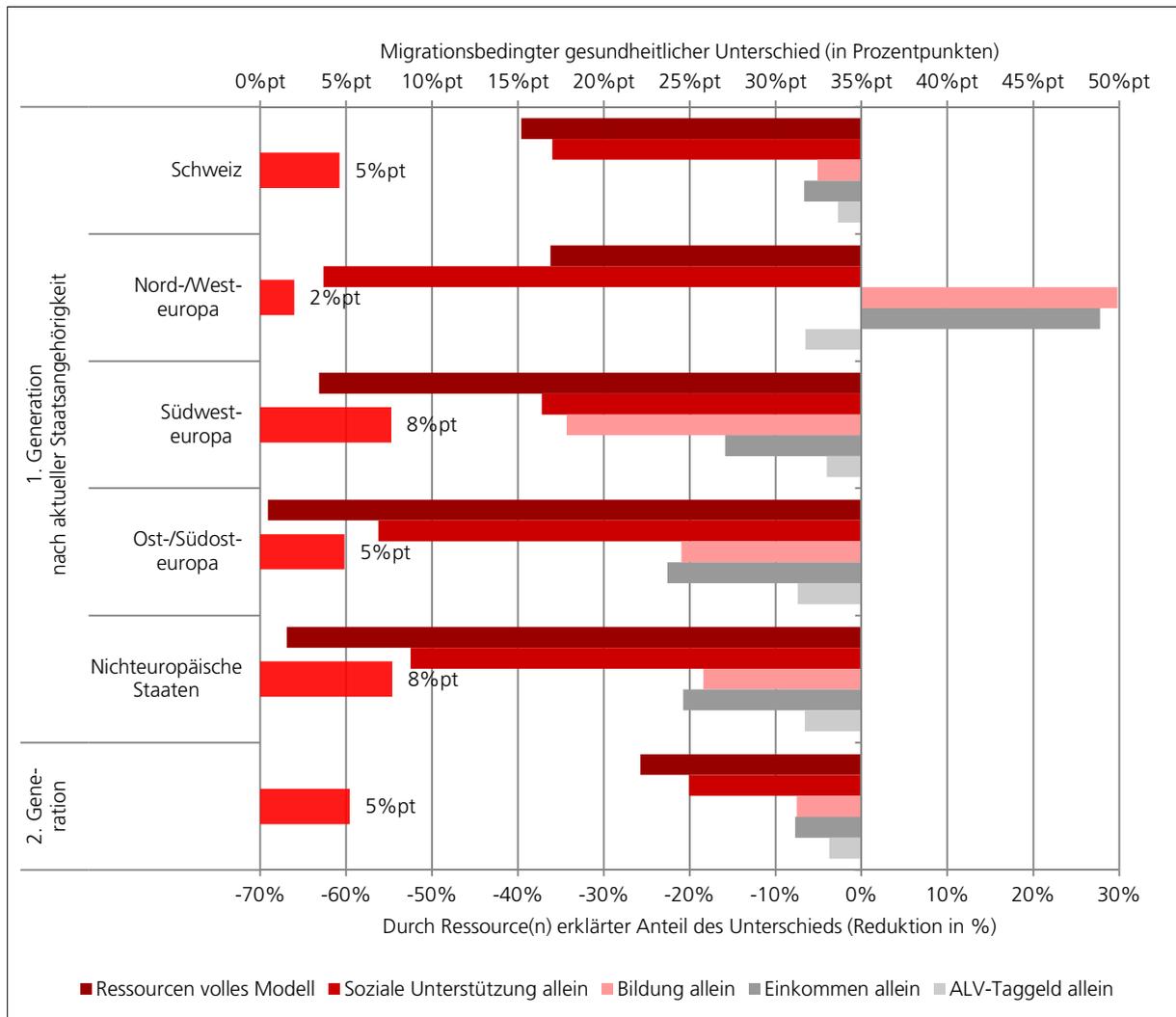
Razum, Oliver (2009): « Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt », in *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Konzepte*, 2. aktualisierte Aufl., hrsg. von Matthias Richter und Klaus Hurrelmann. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 267-282.

United Nations Economic Commission for Europe UNECE (2015): Conference of European Statisticians Recommendations for the 2020 Censuses of Population and Housing. New York: United Nations.

7 Anhang: Zusätzliche Tabellen und Grafiken

Gesundheitliche Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen mit und ohne Migrationshintergrund und Anteil davon, der auf die unterschiedliche Ressourcenausstattung zurückzuführen ist: ausgewählte weitere Indikatoren

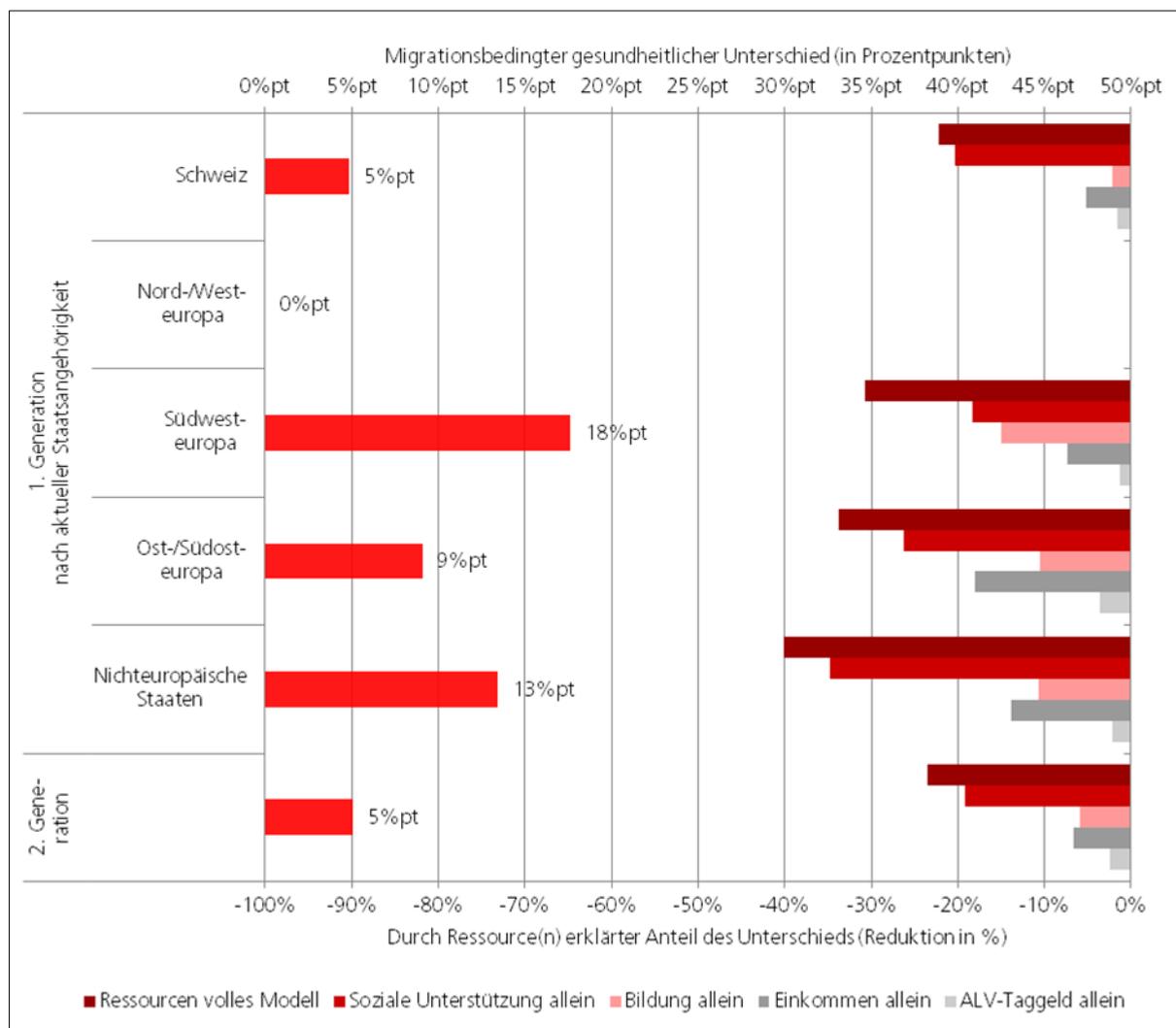
Abbildung 13: Erklärungsgehalt der unterschiedlichen Ressourcenausstattung an den adjustierten Risikodifferenzen bei depressiven Symptomen (mittel bis schwer)



Bemerkungen: Auf der **linken Seite** ist die adjustierte Risikodifferenz für die verschiedenen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund aufgeführt (zugehörige Achsenbeschriftung oben). Auf der **rechten Seite** ausgewiesen wird jeweils der Anteil der adjustierten Risikodifferenz, der durch die Ressourcen im gemeinsamen Schätzmodell und durch die einzelnen Ressourcen jeweils allein erklärt wird (zugehörige Achsenbeschriftung unten). Risikodifferenzen, die nicht ausgewiesen werden, sind nicht statistisch signifikant und liegen innerhalb des stichprobenbedingten Unschärfbereichs.

Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Berechnungen BASS

Abbildung 14: Erklärungsgehalt der unterschiedlichen Ressourcenausstattung an den adjustierten Risikodifferenzen zu körperlicher Inaktivität



Bemerkungen: Auf der **linken Seite** ist die adjustierte Risikodifferenz für die verschiedenen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund aufgeführt (zugehörige Achsenbeschriftung oben). Auf der **rechten Seite** ausgewiesen wird jeweils der Anteil der adjustierten Risikodifferenz, der durch die Ressourcen im gemeinsamen Schätzmodell und durch die einzelnen Ressourcen jeweils allein erklärt wird (zugehörige Achsenbeschriftung unten). Risikodifferenzen, die nicht ausgewiesen werden, sind nicht statistisch signifikant und liegen innerhalb des stichprobenbedingten Unschärfebereichs.

Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Berechnungen BASS

Indikatoren zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Tabelle 8: Anteile der adjustierten Risikodifferenzen, die sich auf die unterschiedliche Ressourcenausstattung zurückführen lassen, bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

	Migrantinnen und Migranten 1. Generation					2. Generation
	nach aktueller Staatsangehörigkeit					
	Schweiz	Nord-/West-europa	Südwest-europa	Ost-/Südost-europa	Nicht-europäische Staaten	
Arztbesuche						
Arztbesuch letzten 12 Mt.	-	-8%	-	-	-	-
Hausarztbesuch letzten 12 Mt.	-1%	-	-	-	-	4%
Spezialarztkonsultation letzten 12 Mt.	-	-	-59%	-23%	-15%	-
Konsultation Frauenarzt letzten 12 Mt.	-	-	-	-	-	-
Behandlung psychischer Probleme letzten 12 Mt.	-	-	6%	-	-	-
Spitalleistungen						
Notfallbehandlung Spital, Poliklinik letzten 12 Mt.	-	-	-6%	7%	5%	0%
Ambulante Spitalbehandlung letzten 12 Mt.	-	-	-	-4%	-	-
Stationärer Spitalsaufenthalt letzten 12 Mt.	-	7%	-	-	-	-
Präventivmedizinische Leistungen						
Untersuchung Gebärmutterhalskrebs	2%	-	-19%	-15%	-7%	-
Untersuchung Darm (Stuhlprobe, Darmspiegelung)	-	-6%	-	-	-	-
Zahnarzt						
Zahnarztbesuch letzten 12 Mt.	-7%	-	-5%	-17%	-17%	-

Lesebeispiel: 59% der (um Alter und Geschlecht adjustierten) Risikodifferenz bei den Spezialarztkonsultationen bei Migrant/innen der 1. Generation aus Südwesteuropa lässt sich auf die unterschiedliche Ressourcenausstattung zurückführen. Dies zeigt sich darin, dass sich die Risikodifferenz unter Einbezug der Ressourcen im Schätzmodell um 59% verringert.

Bemerkungen: Ausgewiesen wird die prozentuale Veränderung zwischen der geschlechts- und altersadjustierten Risikodifferenz (Basismodell) und der Risikodifferenz des um die wichtigsten gesundheitsrelevanten Ressourcen erweiterten Modells (Ressourcenmodell).

Rot eingefärbte Werte (Pfeil nach unten) signalisieren eine Reduktion der ursprünglichen Risikodifferenz um 25 Prozent oder mehr und legen einen wesentlichen Erklärungsgehalt der Ressourcenunterschiede nahe. Gelb eingefärbte Werte signalisieren eine Veränderung der Risikodifferenz um weniger als +/- 25 Prozent und somit einen geringen Erklärungsgehalt. Grün eingefärbte Werte (Pfeil nach oben) signalisieren eine Vergrößerung der ursprünglichen Risikodifferenz um 25 Prozent unter Berücksichtigung der Ressourcenunterschiede. Nicht berücksichtigt werden jene Risikodifferenzen des Basismodells, die nicht statistisch signifikant sind. Für diese wird in der Tabelle eine leere Zelle (-) ausgewiesen.

Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Berechnungen BASS