
**Situationsanalyse der
kantonalen Gesundheitsberichterstattung mit Fokus
Migranten/-innen und sozial benachteiligte Gruppen**

Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit
Direktionsbereich Gesundheitspolitik
Nationales Programm Migration und Gesundheit
3003 Bern

Hanspeter Stamm und Markus Lamprecht
unter Mitarbeit von Marco Gsponer
Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG
Forchstrasse 212 • CH-8032 Zürich • info@LSSFB.ch

Schlussbericht • September 2013

Inhalt	
Zusammenfassung	2
1. Problemstellung und Überblick	4
2. Begriffsklärung und Vorgehensweise	6
3. Resultate	9
3.1. Ausmass der kantonalen Gesundheitsberichterstattung	9
3.2. Migration und soziale Benachteiligung als Themen der Berichterstattung	13
3.3. Möglichkeiten und Grenzen der Berichterstattung	18
3.4. Zusammenfassung	20
4. Ausblick: Möglichkeiten der Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung	21
Literaturhinweise	27
Anhang 1: Sammlung der kantonalen Gesundheitsberichte ab 2008	28
Anhang 2: Interviewleitfaden	33

Zusammenfassung

Fragestellung und Vorgehensweise (vgl. Kapitel 1 und 2)

Der vorliegende Bericht befasst sich mit der Gesundheitsberichterstattung der Schweizer Kantone. Ausgehend von einer allgemeinen Bestandsaufnahme der Gesundheitsberichterstattung wird dabei untersucht, ob und wie die Themen Migration und soziale Benachteiligung in den Berichten behandelt werden. Konkret standen die drei folgenden Fragenblöcke im Zentrum der Untersuchung:

- 1) Wie wird in den Kantonen über die Gesundheit der Bevölkerung berichtet? Auf welchen konzeptionellen und gesetzgeberischen Grundlagen basiert die Gesundheitsberichterstattung und welches sind die wichtigsten Datenquellen?
- 2) Welchen Stellenwert haben die Themen Migration und soziale Benachteiligung in der Gesundheitsberichterstattung? Wie wird über diese Themen berichtet?
- 3) Welches sind die Perspektiven der kantonalen Gesundheitsberichterstattung? Welche Verbesserungen mit Blick auf die Themen Migration und soziale Benachteiligung sind geplant, wünschenswert und realistisch?

Um diese Fragen zu beantworten, wurde ein zweiteiliges Vorgehen gewählt. In einem ersten Schritt wurde eine Literatur- und Internetrecherche durchgeführt, in deren Rahmen die Beiträge zur kantonalen Berichterstattung gesammelt und auf die Behandlung der Themen Migration und soziale Benachteiligung gesichtet wurden.

Der zweite Untersuchungsschritt umfasste die Befragung von Personen, die in den Kantonen mit der Gesundheitsberichterstattung betraut sind bzw. die Situation in ihrem Kanton gut kennen. In Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) wurde in jedem Kanton eine Auskunftsperson ausgewählt, die per E-Mail einen kurzen Fragebogen erhielt. Die Fragen wurden von 18 Kantonen schriftlich und von vier Kantonen in einem telefonischen Gespräch beantwortet; die übrigen vier Kantone nahmen nicht an der Befragung teil.

Befunde (vgl. Kapitel 3)

Die Resultate der Recherche und Befragung sind auf den ersten Blick ernüchternd. Zwar verfügt eine Mehrheit von 22 Kantonen über eine minimale Gesundheitsberichterstattung, doch nur in zwölf Kantonen kann von systematischen und regelmässigen Anstrengungen gesprochen werden. Von besonderer Bedeutung ist hier das Obsan, das in der Vergangenheit für verschiedene Kantone grössere Gesundheitsberichte erstellt hat und dies auch in Zukunft tun wird. Weder Migration noch soziale Benachteiligungen werden im Rahmen dieser und anderer Gesundheitsberichte jedoch breit thematisiert.

Der Hauptgrund für diesen Befund ist die fehlende bzw. ungenügende Datenbasis. Aus organisatorischen und Kostengründen ist es in der Regel nicht möglich, grössere Datenerhebungen auf der kantonalen Ebene durchzuführen, weshalb in vielen Fällen nationale Daten – etwa die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) des Bundesamts für Statistik (BFS) oder die Studie "Health Behaviour of School-Aged Children (HBSC)" von Sucht Schweiz – verwendet werden. Selbst wenn in diesen Studien die kantonalen Stichproben erhöht werden, bleiben die Fallzahlen in

der Regel jedoch zu gering für zuverlässige und differenzierte Analysen des Zusammenhangs zwischen Migrationshintergrund, sozialer Benachteiligung und Gesundheit. Dieses Problem stellt sich allerdings nicht nur auf der Ebene der Kantone: Sogar auf der nationalen Ebene stossen viele Datenquellen schnell an ihre Grenzen, wenn der Migrationshintergrund nicht nur als "Schweizer/innen vs. Ausländer/innen" operationalisiert werden soll oder versucht wird, besonders benachteiligte Gruppen zu identifizieren.

Neben mangelnden Daten existieren in verschiedenen Kantonen weitere Einschränkungen, die sich auf die Gesundheitsberichterstattung allgemein und die Berücksichtigung der Themen Migration und soziale Benachteiligung im besonderen auswirken. Dazu gehören personelle und finanzielle Restriktionen und fehlende Vorgaben seitens des Gesetzgebers und der vorgesetzten Stellen, was vielerorts Ausdruck eines als gering wahrgenommenen Problemdrucks und anderweitiger Prioritäten der Tagespolitik sein dürfte. Zu verweisen ist überdies auf unklare Zuständigkeiten bzw. eine mangelnde Kooperation in dem Sinne, dass die Themen Migration und soziale Benachteiligung häufig eher der Sozial- als der Gesundheitsberichterstattung zugeordnet werden.

Perspektiven (vgl. Kapitel 4)

Die Befunde deuten darauf hin, dass sich kurzfristig kaum etwas an der insgesamt lückenhaften kantonalen Berichterstattung zum Zusammenhang zwischen Gesundheit und Migration bzw. sozialer Benachteiligung ändern dürfte. Um Änderungen herbeizuführen, müssten u.E. die folgenden Punkte erfüllt bzw. systematisch berücksichtigt werden:

- **Sensibilisierung:** Insbesondere bei den Entscheidungsträgern wäre mittels gezielter Information ein stärkeres Bewusstsein für die gesundheitliche Bedeutung des Migrationshintergrunds und verschiedener sozialer Benachteiligungen zu schaffen.
- **Datenlage:** Umfassende kantonale Datenerhebungen dürften auch in Zukunft kaum möglich sein. Daher ist es notwendig, die nationalen Datengrundlagen soweit auszubauen, dass zuverlässige und differenzierte Analysen möglich werden. Realistischerweise dürfte es allerdings kaum möglich sein, in allen Schweizer Kantonen ausreichende grosse Stichproben zu untersuchen. Vor diesem Hintergrund wäre zu überlegen, ob statt der Kantone grössere regionale Einheiten analysiert werden könnten und wie sich die Resultate für die einzelnen Kantone nutzbar machen liessen. Ein Beispiel für eine solche übergeordnete Berichterstattung stellt etwa der Bericht "La santé en Suisse latine" des Obsan dar.
- **Unterstützungsleistungen und Koordination:** Eine verstärkte Kooperation zwischen verschiedenen Amtsstellen (Soziales, Gesundheit, Migration etc.) wäre ebenso wünschenswert wie organisatorische und analytische Unterstützungsleitungen für die mit der Gesundheitsberichterstattung betrauten Stellen. Von besonderer Bedeutung ist hier neben dem BAG als nationaler Koordinationsinstanz das Obsan, das bereits heute eine Schlüsselrolle bei der Vermittlung zwischen nationaler Ebene und kantonaler Berichterstattung einnimmt.

1. Problemstellung und Überblick

In den vergangenen Jahren sind in der Schweiz verschiedene Studien erschienen, die zeigen, dass die Migrationsbevölkerung in besonderem Masse von gesundheitlichen Risiken und Versorgungsproblemen betroffen ist.¹ Die Untersuchungen weisen jedoch auch darauf hin, dass die einfache Formel "Migrationshintergrund gleich mehr gesundheitliche Probleme" zu kurz greift. Es gibt zwar durchaus direkte Verknüpfungen zwischen Migrationshintergrund und Gesundheit in dem Sinne, dass beispielsweise Asylsuchende häufig krank oder traumatisiert in der Schweiz eintreffen, kulturelle Präferenzen gewisse Verhaltensweisen fördern bzw. hemmen oder sprachliche Barrieren den Kontakt mit dem Gesundheitswesen erschweren.

Allerdings scheinen diese und ähnliche Faktoren immer nur einen Teil der Migrationsbevölkerung zu betreffen. Zudem illustrieren die Verweise auf kulturelle Hintergrundfaktoren und sprachliche Probleme die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtungsweise: Das Alkoholtabu in muslimischen Ländern kann beispielsweise durchaus als Gesundheitsressource interpretiert werden, während Bekleidungs Vorschriften und Geschlechtervorstellungen gesundheitswirksame körperliche Bewegungsaktivitäten hemmen können. Sprachliche Probleme stellen sich für Migrant/innen aus den Nachbarländern der Schweiz in weitaus geringerem Masse als für Migrant/innen aus Asien oder dem osteuropäischen Raum. Selbst wenn eine Differenzierung nach Herkunftsregion vor diesem Hintergrund sinnvoll ist, greift auch sie aus mindestens zwei Gründen zu kurz.

So dürften erstens kulturelle Differenzen und sprachliche Probleme mit zunehmender Aufenthaltsdauer und Akkulturation bzw. Integration in die Schweizer Gesellschaft an Bedeutung verlieren. Das heisst: In dem Masse, wie sich die Migrationsbevölkerung der einheimischen Bevölkerung angleicht, dürften sich diese Unterschiede vermindern. Zweitens – und dies dürfte der weitaus bedeutsamere Effekt sein – ist der Migrationshintergrund häufig mit einer Reihe von sozialen Benachteiligungen verknüpft, welche negativ mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten korreliert sind: Migrant/innen stammen häufig aus bildungsfernen Schichten und verfügen damit über eine vergleichsweise geringe Gesundheitskompetenz, führen belastende oder vergleichsweise risikoreiche Tätigkeiten aus, haben ein relativ geringes Einkommen und leben tendenziell in kleineren Wohnungen in weniger guten Quartieren. Dies trifft allerdings nicht auf alle Migrant/innen zu: Eine bedeutsame Gruppe von Migrant/innen lebt gerade deshalb in der Schweiz, weil ihre spezialisierte (Hochschul)ausbildung auf dem Arbeitsmarkt nachgefragt und gut bezahlt wird. Dieses Segment der Migrationsbevölkerung dürfte unabhängig von seiner Herkunftsregion und Sprache in geringerem Masse von Benachteiligungen und gesundheitlichen Risiken betroffen sein als andere Gruppen.

Die kurzen Bemerkungen zeigen, dass sich eine Analyse von gesundheitlichen Ressourcen und Risiken der Migrationsbevölkerung nicht auf die einfache Gegenüberstellung von "Schweizer/innen" und "Ausländer/innen" beschränken darf, sondern zusätzliche Merkmale wie die Herkunftsregion, die Aufenthaltsdauer und den sozialen Hintergrund mitberücksichtigen sollte, um zu zuverlässigen Aussagen zu gelangen (vgl. Stamm und Lamprecht 2009, Stamm et al. 2013).

¹ Vgl. BAG (2007), Gabadinho et al. (2007), Guggisberg et al. (2011), Kaya (2007), Obrist und Büchi (2006), Obsan (2012), Rommel et al. (2006), Stamm und Lamprecht (2009, 2012), Weiss (2003).

Wie die oben aufgeführten Studien zeigen, sieht sich dieses Vorhaben jedoch mit einer Reihe von kaum löslichen inhaltlichen und empirischen Problemen konfrontiert. So werden Migrations- und sozialer Hintergrund in verschiedenen Datenerhebungen nicht oder nur unvollständig erfasst. In der Todesursachenstatistik oder dem Krebsregister gibt es beispielsweise nur rudimentäre Angaben zur "Staatsangehörigkeit" und zum sozialen Hintergrund. Dort, wo diese Merkmale differenziert erfasst werden – etwa in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) oder der SILC-Erhebung des Bundesamts für Statistik (BFS) – verunmöglichen dagegen zu geringe Fallzahlen differenzierte Analysen für ausgewählte Subgruppen der Migrationsbevölkerung. Im Hinblick auf die Verbesserung der Datenlage hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) vor einigen Jahren das Projekt "Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung" (GMM) ins Leben gerufen, in dessen Rahmen bislang zwei Befragungen (2004, 2010) nach dem Muster der SGB in ausgewählten Teilen der Migrationsbevölkerung durchgeführt wurden (vgl. Rommel et al. 2006, Guggisberg et al. 2011). Das GMM ermöglicht zwar erweiterte Analysen ausgewählter Gruppen², ist wegen seiner speziellen Stichprobenbildung aber nicht für Verallgemeinerungen über die gesamte Migrationsbevölkerung geeignet.

Auf der nationalen Ebene zeigt sich somit das Problem, dass Daten entweder ungenügend differenziert oder die Fallzahlen zu gering bzw. die untersuchten Stichproben zu spezifisch für umfassende Analysen sind. Gleichzeitig kann festgestellt werden, dass auch mit den begrenzten Datenbeständen Studien möglich sind, die einen zwar unvollständigen, aber dennoch interessanten Einblick in die gesundheitliche Situation der Migrationsbevölkerung erlauben. Während die bereits erwähnten Studien einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der Problematik auf der nationalen Ebene liefern, ist nur wenig bekannt über Studien und Kenntnisse auf der kantonalen und lokalen Ebene. Gerade diese Ebenen sind jedoch für die Planung und Durchführung konkreter Massnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung von besonderer Bedeutung.

Vor diesem Hintergrund hat das BAG im Frühling 2013 die vorliegende Studie in Auftrag gegeben, mit der untersucht werden sollte, wie die Themen Migration und soziale Benachteiligung in den kantonalen Gesundheitsberichterstattungen berücksichtigt werden. Dabei sollte zunächst geprüft werden, ob Migration und soziale Benachteiligung überhaupt diskutiert werden, und falls ja, welche Erwartungen mit den Analysen verknüpft werden, auf welche Datenbasis sich die Berichterstattung abstützt und wie das Thema abgehandelt wird. In einem weiteren Schritt sollte überdies geklärt werden, ob in den Kantonen ein weitergehendes Interesse an den erwähnten Themen besteht und mit welchen Herausforderungen sich die Gesundheitsberichterstattung konfrontiert sieht bzw. welche Unterstützungsleistungen sich die Kantone mit Blick auf eine Erweiterung ihrer Gesundheitsberichterstattung wünschen würden.

Um diese Fragen zu klären, wurden zunächst die Beiträge zur kantonalen Gesundheitsberichterstattung der letzten Jahre gesammelt und auf die Frage, ob und wie die Themen Migration und soziale Benachteiligung in diesen berücksichtigt werden, durchgesehen. In einem zweiten Schritt wurde ein Interviewleitfaden ausgearbeitet, der via E-Mail an die mit der Gesundheitsberichterstattung betrauten Personen in den Kantonen geschickt wurde. Die Antworten auf diese Befragung wurden anschliessend zusammengetragen, erfasst und ausgewertet.

² Im GMM II des Jahres 2010 wurden rund 3000 Personen aus Portugal, der Türkei, Serbien, dem Kosovo, Somalia und Sri Lanka befragt.

Während die Vorgehensweise im folgenden Kapitel etwas näher erläutert wird, sind die Resultate der verschiedenen Untersuchungsschritte in Kapitel 3 festgehalten. Das Schlusskapitel enthält eine Reihe von Folgerungen und Vorschlägen für die Weiterentwicklung der (kantonalen) Gesundheitsberichterstattung. An dieser Stelle möchten wir es nicht versäumen, den Verantwortlichen in den Kantonen herzlich für ihre Auskunftsbereitschaft zu danken. Ein weiterer Dank geht an das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan), das die Auskunftspersonen mittels Mail über die Befragung informiert hat und uns einen grossen Teil der verwendeten Adressen zur Verfügung gestellt hat.

2. Begriffsklärung und Vorgehensweise

Im Zentrum des vorliegenden Projekts steht eine Bestandsaufnahme der Gesundheitsberichterstattung in den Schweizer Kantonen, mittels derer untersucht wird, ob und wie die Themen Migration und soziale Benachteiligung behandelt werden. Bereits in der Einleitung wurde erwähnt, weshalb eine Erweiterung des Untersuchungsfokus über den Migrationshintergrund hinaus auf allgemeine soziale Benachteiligungen sinnvoll ist: Unter einem gesundheitlichen Blickwinkel ist Migration nur sehr bedingt unmittelbar problematisch; vielmehr dürften sich gesundheitliche Risiken und Probleme in denjenigen Teilen der Migrationsbevölkerung akzentuieren, die von verschiedenen sozialen Benachteiligungen betroffen sind.

Der folgenden Analyse liegt ein breites Begriffsverständnis von Migrationshintergrund und sozialer Benachteiligung zugrunde:

- Der Begriff Migrationshintergrund bezieht sich gemäss einer Begriffsbestimmung der BAG (o.J., S.9) auf "Personen, die im Ausland geboren wurden und von denen mindestens ein Elternteil ebenfalls im Ausland geboren wurden, und [auf] Personen, die in der Schweiz geboren wurden und von denen mindestens ein Elternteil im Ausland geboren wurde." Damit beinhaltet der Begriff auch einen Teil der Auslandschweizer/innen, die in die Schweiz zurückgekehrt sind, sowie die sogenannten "Secondas/Secondos", die zwar in der Schweiz aufgewachsen sind und seit ihrer Geburt oder Kindheit Schweizer/innen sind, deren Eltern jedoch in die Schweiz eingewandert sind. Korrekterweise wäre somit ein Kontinuum des Migrationshintergrunds nach Staatsangehörigkeit und Aufenthaltsdauer zu konstruieren, an dessen einen Ende die erwähnten Secondas/Secondos und an dessen anderen Ende Neuzuzüger mit einer temporären oder keiner Aufenthaltsgenehmigung (z.B. Sans Papiers) stünden. Weitere Differenzierungen müssten nach Herkunftsregion und Migrationsgrund (Flucht, Arbeit, Familiennachzug etc.) vorgenommen werden, um unterschiedliche kulturelle und ökonomische Hintergrundbedingungen abzudecken (vgl. hierzu die Ausführungen in BAG, o.J.).
- Soziale Benachteiligung bezieht sich einerseits auf konkrete sozio-ökonomische Risiko- und Problemlagen wie etwa (Langzeit)arbeitslosigkeit, Kinderreichtum, Schuldenprobleme und Sozialhilfeempfang. In einer weiteren Perspektive können hier aber auch ein geringes Bildungsniveau, prekäre Einkommens- (Working Poor), Arbeits- und Wohnverhältnisse sowie eine ungenügende Integration in öffentliche Sicherungsnetzwerke und nachbarschaftliche Strukturen thematisiert werden. Auch die Dimension "soziale Benachteiligung" wäre somit als Kontinuum

zu konzipieren, welche von vergleichsweise moderaten "Unterprivilegierungen" wie einem geringen Einkommen bis hin zu prekären und stark marginalisierten Lebensbedingungen reicht.

Für die vorliegende Standortbestimmung brauchen die beiden Kontinuen des Migrationshintergrunds und der sozialen Benachteiligung nicht konstruiert und operationalisiert zu werden, die vorangehenden Bemerkungen zeigen aber, welche Differenzierungen grundsätzlich denkbar wären, wenn die Themen Migration und Benachteiligung in der Gesundheitsberichterstattung diskutiert werden.

Der Begriff der "Gesundheitsberichterstattung" bezieht sich dabei in einer allgemeinen Annäherung auf jegliche Art von Analysen, Berichten und Darstellungen, welche auf der Grundlage empirischer Daten über gesundheitliche Fragestellungen informieren. Überdies wäre eine gewisse Regelmässigkeit der Berichterstattung wünschenswert, damit Veränderungen über die Zeit sichtbar gemacht werden können.

Aus Zeit- und Kostengründen musste der Begriff der Gesundheitsberichterstattung für den vorliegenden Bericht jedoch in dreierlei Hinsicht eingeschränkt werden:

1. Es werden nur Berichte berücksichtigt, welche von offiziellen kantonalen Stellen publiziert werden. Das heisst: Akademische Arbeiten, welche ohne kantonales Mandat verfasst wurden, werden ebenso wenig berücksichtigt wie Studien, die sich auf die nationale oder lokale Ebene beziehen.
2. Es werden primär Berichte berücksichtigt, welche sich auf einer allgemeinen Ebene mit Fragen des Gesundheitsverhaltens und des Gesundheitszustands der Bevölkerung beschäftigen. Spezialstudien zur Spitalplanung, Prämienverbilligung etc., die ausgewählte Aspekte der Gesundheitsversorgung zum Thema haben, werden nur dann in die vorliegende Studie aufgenommen, wenn sie von den Kantonsvertretern explizit erwähnt wurden.
3. Es werden nur Berichte jüngeren Datums berücksichtigt. Grundsätzlich wird dabei auf Berichte der vergangenen fünf Jahre ab 2008 zurückgegriffen; auf ältere Studien wird nur in Ausnahmefällen Bezug genommen.

Wie in der Einleitung aufgeführt, wurden die Daten zur kantonalen Gesundheitsberichterstattung in zwei Phasen gesammelt. In einer ersten Phase wurde auf den Websites der kantonalen Verwaltungen nach "Gesundheitsberichten" gesucht und diese, soweit greifbar, heruntergeladen oder online konsultiert. Alle gefundenen Berichte wurden katalogisiert (vgl. Anhang 1). Die gesammelten Berichte wurden anschliessend daraufhin untersucht, ob und in welcher Form Migration und soziale Benachteiligung Themen der Analyse sind. Die Befunde wurden in einem speziellen Dokument festgehalten.

Parallel zu dieser ersten Recherchephase wurde die Befragung von mit der kantonalen Gesundheitsberichterstattung betrauten Personen vorbereitet. In jedem Kanton sollte dabei eine Person befragt werden, wobei uns die Adressen der meisten Kantone vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurden. Dabei kontaktierte das Obsan, das für verschiedene Kantone Gesundheitsberichte verfasst, seine Ansprechpersonen, informierte sie über das Projekt und holte das Einverständnis zur Adresslieferung an Lamprecht und Stamm und für die Befragung ein.

Das Obsan verfügt über Kontakte mit 19 Kantonen, von denen sich 17 grundsätzlich bereit erklärten, an der Befragung teilzunehmen. In den anderen zwei Kantonen (BL, SG) fehlt augenblicklich eine Person, welche für die Gesundheitsberichterstattung zuständig ist, weshalb von einer Befragung abgesehen werden musste. Dagegen wurde bei den verbleibenden sieben Kantonen in eigener Regie nach Kontaktadressen gesucht.³

Von den insgesamt 24 Kantonen, denen anfangs Juli ein E-Mail geschickt wurde, beteiligten sich 22 an der Befragung.⁴ Damit beträgt der Rücklauf ausgezeichnete 92% bzw. 85% aller Schweizer Kantone. In 18 Fällen wurden die Fragen schriftlich beantwortet, in den übrigen vier Fällen wurde auf Wunsch der Befragten ein telefonisches Interview durchgeführt.

Das Interview wurde in Zusammenarbeit mit der Projektleitung beim BAG vorbereitet, bewusst kurz gehalten und enthielt insgesamt zehn offene Fragen zu den folgenden Themen (vgl. auch Anhang 2):

- a) Gesundheitsberichterstattung: Allen Befragten wurde die in der ersten Phase erstellte Liste der Gesundheitsberichte aus ihrem Kanton mit der Bitte zugestellt, allfällige Ergänzungen anzubringen, und uns mitzuteilen, welche weiteren Berichte in nächster Zukunft geplant sind. Hier ging es somit um einen Vollständigkeitscheck und die allgemeinen Perspektiven der Berichterstattung.
- b) Grundlagen: In einem zweiten Teil wurde nach den gesetzlichen und konzeptionellen Grundlagen sowie nach den Datenquellen der kantonalen Gesundheitsberichterstattung allgemein sowie mit Blick auf die Migrations- und sozial benachteiligte Bevölkerung gefragt.
- c) Migration und soziale Benachteiligung: In diesem Teil sollte etwas genauer darüber berichtet werden, wie genau sich die kantonale Berichterstattung mit den Themen Migration und soziale Benachteiligung befasst und auf welche spezifischen Datenquellen dabei zurückgegriffen wird.
- d) Perspektiven: Schliesslich wurden drei Fragen zur Zukunft gestellt: zu geplanten kantonalen Datenerhebungen, allfälligen Plänen für eine verstärkte Berücksichtigung der Themen Migration und soziale Benachteiligung sowie zu den Bedingungen, unter denen diese Themen von grösserer Bedeutung werden könnten. Diese Fragen verweisen damit auf die wahrgenommenen Perspektiven für eine allfällige Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung.

Die Antworten auf die verschiedenen Fragen wurden schriftlich erfasst und sowohl quantitativ als auch qualitativ ausgewertet. Die Resultate der Analyse finden sich im folgenden Kapitel, während das Schlusskapitel eine Reihe von Folgerungen und Vorschlägen für die Weiterarbeit enthält.

³ Es handelt sich um die Kantone AI, AG, GL, SH, SO, VS und ZH.

⁴ Personen, die bis Ende Juli nicht geantwortet hatten, wurde zu jenem Zeitpunkt ein kurzer Reminder geschickt. Ausser den beiden Kantonen, die nicht befragt wurden (BL, SG), beteiligten sich nur AI und AG nicht an der Befragung. Auch in diesen vier Kantonen wurde jedoch eine Recherche und Analyse zur Gesundheitsberichterstattung durchgeführt, die allerdings in der Befragung nicht validiert werden konnte.

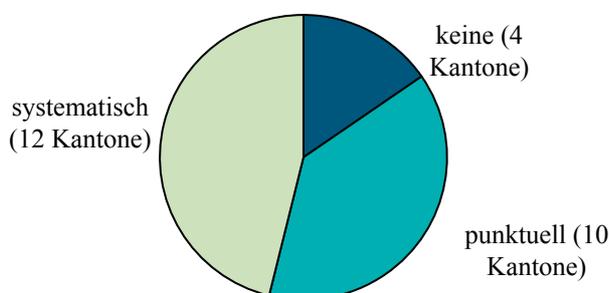
3. Resultate

3.1. Ausmass der kantonalen Gesundheitsberichterstattung

Die Recherchen und Analysen des ersten Projektteils sowie die Validierungsfragen zum Ausmass der Gesundheitsberichterstattung aus der Befragung der Verantwortlichen zeigt ein gemischtes Bild des aktuellen Standes in der Schweiz. Auf einer allgemeinen Ebene fällt zunächst auf, dass gemäss den Interviews nur gut die Hälfte (16 Kantone) aller Kantone über formelle Grundlagen für eine Gesundheitsberichterstattung (Gesundheitsgesetze mit entsprechenden Passagen, Analysekonzepte, formelle Aufträge der Gesundheitsdirektor/innen etc.) verfügen, während die Gesundheitsberichterstattung in sechs Kantonen nicht geregelt ist und aus vier Kantonen keine Angaben vorliegen.

Eine mangelnde konzeptionelle oder gesetzliche Grundlage scheint aber kein hinreichender Grund dafür zu sein, auf eine Gesundheitsberichterstattung zu verzichten, existiert eine solche zumindest in Ansätzen doch auch in den meisten Kantonen, die angeben, keine entsprechenden Vorgaben zu kennen (vgl. Abbildung 3.1). Definieren wir "Gesundheitsberichterstattung" wie in Kapitel 2 aufgeführt als eine regelmässige und systematische Berichterstattung über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsversorgung der kantonalen Bevölkerung, so fällt gemäss Abbildung 3.1 auf, dass knapp die Hälfte der Schweizer Kantone (12 Kantone) über eine derartige Berichterstattung verfügt. Rund zwei Fünftel (10 Kantone) hat zumindest eine "punktuelle" Berichterstattung, in deren Rahmen über ausgewählte Aspekte der Gesundheit berichtet wird, und in den übrigen vier Kantonen existiert keinerlei Gesundheitsberichterstattung.

Abbildung 3.1: Ausmass der Gesundheitsberichterstattung in den Schweizer Kantonen



Kantone ohne Berichterstattung (AI, AG, NW, SH)

In vier Kantonen wurden keinerlei Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung gefunden. Es dürfte kein Zufall sein, dass sich zwei dieser Kantone (AI, AG) nicht an der Befragung beteiligt haben, während in den anderen beiden Kantone auch gemäss Aussage der befragten Personen keine Berichterstattung existiert oder geplant ist. Im Kanton Nidwalden wird allerdings erwähnt, dass man sich gemeinsam mit Obwalden und Uri an der HBSC-Befragung von 11- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen von Sucht Schweiz beteilige.

Kantone mit punktueller Berichterstattung (BL, GL, GR, JU, NE, OW, SG, SO, SZ, TG)

Der Gruppe mit "punktueller Berichterstattung" wurden insgesamt zehn Kantone zugeordnet, in denen es zwar Ansätze zu einer Gesundheitsberichterstattung gibt, diese Berichterstattung jedoch nur ausgewählte Themen abdeckt oder nur sehr sporadisch erfolgt. Es handelt sich hier in der Regel um kleinere und mittlere Kantone, die gemäss den Interviews in den meisten Fällen nicht über die personellen und finanziellen Ressourcen für eine umfangreiche Gesundheitsberichterstattung verfügen bzw. in denen andersgelagerte politischen Prioritäten und Sparanstrengungen keine umfangreiche Berichterstattung erlauben.

In einigen Kantonen existiert beispielsweise eine Berichterstattung zu ausgewählten Aspekten der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (BL, GR, OW), während kaum Angaben zur erwachsenen Bevölkerung vorhanden sind. Einen interessanten Fall mit Blick auf die Fragestellung des vorliegenden Berichts stellt zudem der Kanton Solothurn dar, wo ausgewählte Aspekte der Gesundheit Gegenstand des allgemeinen Sozialberichts sind. Die Kantone Jura und Neuchâtel schliesslich verfügen zwar über keine eigene Gesundheitsberichterstattung, sind jedoch Teil der Berichterstattung "La santé en Suisse latine" des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (OBSAN) und können damit immerhin auf regelmässig aktualisierte sprachregionale Daten zurückgreifen.⁵

In einigen Fällen existieren Anstrengungen zur Erweiterung der Gesundheitsberichterstattung (vgl. auch Abbildung 3.2 weiter unten). So plant der Kanton Graubünden beispielsweise, sich an der nächsten Runde der Gesundheitsberichte des Obsan zu beteiligen. Zudem erwähnt der gemeinsame Bericht der Kantone Jura, Fribourg und Neuchâtel "Besoins de promotion de la santé et de prévention pour la population issue de la migration" (2012) die Notwendigkeit einer systematischen kantonalen Analyse und Berichterstattung, wobei verschiedene Kantone jedoch gravierende finanzielle und personelle Restriktionen zu bedenken geben.

In einem Interview wurde in diesem Zusammenhang erwähnt, dass man zwar nicht die Mittel für eine eigene Gesundheitsberichterstattung habe, dass man aber Berichte aus vergleichbaren anderen Kantonen sowie die nationale Berichterstattung durchaus zur Kenntnis nähme und die entsprechenden Befunde in der eigenen Arbeit mitberücksichtigte. Auf diesen Punkt wird weiter unten in Zusammenhang mit den Empfehlungen (Kapitel 4) zurückzukommen sein.

Kantone mit systematischer Berichterstattung (AR, BE, BS, FR, GE, LU, TI, UR, VD, VS, ZG, ZH)

In verschiedenen Kantonen mit "systematischer Berichterstattung" spielen die kantonalen Gesundheitsberichte des Obsan eine zentrale Rolle. Seit Beginn der 2000er Jahre werden diese Berichte jeweils im Anschluss an die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) und im Auftrag interessierter Kantone verfasst. Mittels der SGB und ausgewählter weiterer Datenquellen wird ein differenziertes Bild des Gesundheitszustands und des Gesundheitsverhaltens in den Kantonen konstruiert. Da die SGB alle fünf Jahre durchgeführt wird, ergibt sich für die teilnehmenden

⁵ Ähnliches gilt für den gemeinsam mit dem Kantonen Fribourg entwickelten Bericht "Besoins de promotion de la santé et de prévention pour la population issue de la migration à Fribourg, Neuchâtel et au Jura" (in Auftrag des BAG), der mehrheitlich gesamtschweizerische oder sprachregionale Daten aus der SGB und dem GMM II enthält.

Kantone ein Zyklus der Berichterstattung von fünf Jahren – und auch in denjenigen Kantonen, welche die Dienstleistung des Obsan nicht in Anspruch nehmen, scheint der Fünf-Jahres-Rhythmus von erheblicher Bedeutung zu sein.

Anlässlich der SGB 2007 – die Berichte erschienen in der Regel im Jahr 2010 – wurden kantonale Berichte für sieben Kantone (AR, FR, GE, LU, TI, UR, VD) verfasst, und weitere drei Kantone (JU, NE, VS) kamen zumindest in den Genuss des sprachregionalen Berichts "Santé en Suisse latine", der selbstverständlich auch die übrigen französisch- und italienischsprachigen Kantone umfasste.⁶ Für die Kantone Freiburg, Genf, Tessin und Waadt ergab sich damit eine interessante doppelte Analysemöglichkeit: Sie konnten sowohl ihre eigenen Berichte, welche auch Vergleiche mit der Gesamtschweiz enthalten, als auch den Bericht zur lateinischen Schweiz konsultieren. Der Kanton Schwyz schliesslich bestellte einen Kurzbericht, der ausgewählte Eckdaten enthält.⁷

Zusätzlich zu den erwähnten Berichten haben die Kantone Zürich und Bern auf der Grundlage der SGB und weiterer Datenquellen in eigener Regie umfangreiche Gesundheitsberichte verfasst, während die beiden anderen Kantone, welche über eine "systematische Gesundheitsberichterstattung" verfügen, einem etwas anderen Modell folgen: Der Kanton Zug führt periodisch eigene Gesundheitsbefragungen zu ausgewählten Themen durch und publiziert die Resultate in knapper Form; zudem wurde im Jahr 2012 die Stichprobe der SGB aufgestockt, so dass hier ein entsprechender Bericht in Planung ist. Dasselbe gilt für den Kanton Basel-Stadt, der auf der Grundlage der SGB 2012 voraussichtlich einen Obsan-Bericht bestellen wird; zudem erscheinen regelmässig "Jugendgesundheitsberichte" sowie Analysen zum Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen auf der Basis eigener Datenerhebungen.

Die meisten aufgeführten Kantone verlassen sich jedoch nicht alleine auf die SGB und das Obsan, sondern verfügen über weitere Instrumente der Gesundheitsberichterstattung. So existiert im Kanton Wallis ein eigenes Gesundheitsobservatorium, welches thematische Analysen und Berichte erstellt, und eine ähnliche Rolle übernehmen in den Kantonen Zürich und Genf das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität bzw. verschiedene Universitätsinstitute und die Hôpitaux Universitaires des Genève. In anderen Kantonen (BE, LU, TI) haben die relevanten Gesundheitsdienste selbst die Federführung (bzw. vergeben Mandate) bei zusätzlichen oder weiterführenden Analysen.

Datenquellen

Mit Blick auf die Datenquellen für die kantonale Gesundheitsberichterstattung erweist sich die SGB als mit Abstand wichtigste Datengrundlage. In der SGB besteht die Möglichkeit, die kantonale Stichprobe so aufzustocken, dass auch in kleineren Kantonen Aussagen auf kantonalem Niveau möglich sind, was jenseits einer Berichterstattung auf dem nationalen Niveau (durch das BFS und andere Organisationen) die Möglichkeit für kantonale Berichte durch das Obsan oder andere Stellen eröffnet. Für differenzierte Analysen und Fragestellungen mit geringen Prävalenzen

⁶ Nicht Gegenstand der Analyse waren mehrsprachige Kantone, in denen die italienisch- und französischsprachige Bevölkerung eine Minderheit darstellt (BE, GR).

⁷ Dies ist der Grund, weshalb der Kanton Schwyz trotz der Zusammenarbeit mit dem Obsan weiter oben der Gruppe der Kantone mit "punktuellem Berichterstattung" zugeordnet wurde.

(etwas zur Verbreitung nicht-übertragbarer Erkrankungen) sind die Fallzahlen allerdings auch nach der Aufstockung der Stichproben häufig noch zu gering. Einen originellen Ausweg aus dieser Problematik hat das Obsan mit seinen Berichten zur Gesundheit in der lateinischen Schweiz aufgezeigt, welche Analysen für den französischen und italienischen Sprachraum enthalten. Wie in Kapitel 4 zu diskutieren sein wird, könnte diese Vorgehensweise auch für die Deutschschweiz oder Teile der Deutschschweiz von Interesse sein.

Neben der SGB stellt die Befragung "Health Behaviour of School-Aged Children" (HBSC), die im Abstand von jeweils vier Jahren durch Sucht Schweiz durchgeführt wird, in verschiedenen Kantonen eine weitere wichtige Datenquelle für die Gesundheitsberichterstattung dar. Wie bei der SGB besteht in der HBSC-Studie die Möglichkeit, die kantonalen Stichproben so zu erweitern, dass Aussagen auf dem kantonalen Niveau möglich werden. Von dieser Möglichkeit haben bei der letzten Befragung des Jahres 2010 verschiedene Kantone – auch solche mit lediglich punktueller Berichterstattung – Gebrauch gemacht (BE, LU, NE, TG, TI, VS, ZG, ZH).

Weitere Datenquellen, die auf dem kantonalen Niveau punktuell verwendet werden, sind die Angaben aus den Sterbe- und Krebsregistern (inkl. Analysen des Swiss National Cohort, SNC) sowie die medizinischen Krankenhausstatistiken des BFS. Zudem werden verschiedene nationale Datenquellen (etwa STATPO, Strukturhebung, SAKE, SILC, Monica, SOMED) im Sinne von "Benchmarkdaten" verwendet.

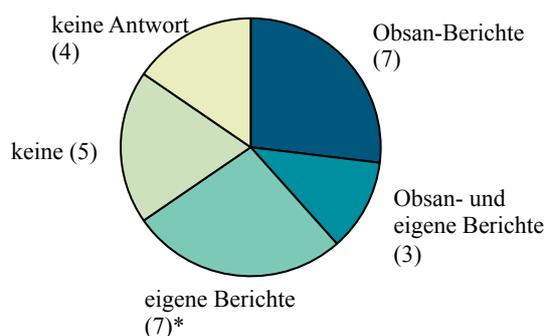
Kantonale Datenquellen spielen dagegen – ausser bei der Spitalplanung, welche nicht Gegenstand der vorliegenden Studie ist – eine eher untergeordnete Rolle. In einzelnen Kantonen und mit Bezug zu ausgewählten Fragestellungen werden zwar ab und zu eigene Datenerhebungen durchgeführt, aber abgesehen von den Jugendstudien des Kantons Basel-Stadt, den Bevölkerungsbefragungen im Kanton Zug, der Bus Santé Studie im Kanton Genf sowie Datensammlungen der schulärztlichen Dienste in verschiedenen Kantonen, existieren nach unseren Recherchen keine systematischen und regelmässigen Datenerhebungen. Stellenweise werden jedoch einzelne Datenerhebungen zu ausgewählten Fragestellungen durchgeführt. Dazu gehören etwa die Zürcher Übergewichtsstudie des Jahres 2009 oder die Stakeholderbefragungen in Zusammenhang mit den Bedarfsanalysen für eine migrationsgerechte Prävention des BAG.

Insgesamt zeigt sich mit Blick auf die kantonale Gesundheitsberichterstattung somit ein gemischtes Bild: Rund die Hälfte der Kantone verfügt über eine Berichterstattung, die regelmässig aktualisiert wird und mit Bezug zum Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung verhältnismässig vollständig ist. In weiteren zwei Fünftel der Kantone finden sich zumindest gewisse Elemente einer Gesundheitsberichterstattung, während diese im verbleibenden knappen Sechstel (noch) kein Thema ist.

Wie Abbildung 3.2 jedoch zeigt, planen rund zwei Drittel der Kantone für die Zukunft weitere Gesundheitsberichte, wobei das Obsan weiterhin eine zentrale Rolle spielen wird: Seine Kantonsberichte dürften von fast zwei Fünftel aller Kantone bestellt werden – in einem Fall dürfte es sich allerdings nur um den Kurzbericht handeln. Mit Blick auf Abbildung 3.2 gilt es festzuhalten, dass ein knappes Fünftel der Kantone nicht an der Befragung teilgenommen hat: Zwei dieser Kantone (AI, AG) verfügen gemäss unseren Recherchen noch über keine Gesundheitsberichterstattung, so

dass die Vermutung auf der Hand liegt, dass hier auch in Zukunft keine grösseren Anstrengungen geplant sind. In den anderen zwei Kantonen (BL, SG), in denen aufgrund fehlender Auskunftspersonen keine Befragung möglich war (vgl. Kapitel 2), kann dagegen vermutet werden, dass die bisherigen Anstrengungen im Rahmen einer punktuellen Berichterstattung zumindest aufrechterhalten werden.

Abbildung 3.2: Zukünftige Anstrengungen mit Blick auf die Gesundheitsberichterstattung



Antworten auf die Frage: Sind [in Ihrem Kanton] in der näheren Zukunft (weitere) Berichte geplant? Wenn ja: Welche?

* inkl. Bericht dritter Stellen.

3.2. Migration und soziale Benachteiligung als Themen der Berichterstattung

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung interessiert insbesondere, ob und wie die Themen Migration und soziale Benachteiligung in den kantonalen Gesundheitsberichten behandelt werden. Ein Blick auf die im Anhang aufgeführten Berichte zeigt, dass Migration und soziale Benachteiligung nur selten prominent thematisiert werden. Zwar tauchen Angaben zu einem oder beiden Themen in den Berichten von zwanzig Kantonen auf⁸, doch werden in der Regel nur ausgewählte Zusammenhänge auf einem geringen Differenzierungsniveau dargestellt. Dabei werden in den meisten Fällen einfache, deskriptive Analysen auf der Grundlage von Kreuztabellen durchgeführt und dargestellt. Komplexe (multivariate) Verfahren gelangen dagegen nur in Ausnahmefällen zur Anwendung – so etwa in einem Teil der Analysen der Kantonsberichte des Obsan.

Mit Blick auf den Migrationshintergrund wird fast ausschliesslich die einfache Dichotomie zwischen "Schweizer/innen" und "Ausländer/innen" aufgeführt. Einige weitergehende Ausnahmen sind jedoch erwähnenswert:

⁸ Dieser Befund basiert auf unserer Analyse der kantonalen Gesundheitsberichte und unterscheidet sich von den Resultaten der Befragung, in welcher nur 12 Kantone angaben, sie würden den Migrationshintergrund und/oder Dimensionen der sozialen Benachteiligung berücksichtigen. Die Differenz dürfte einerseits darauf zurückzuführen sein, dass wir in unserer eigenen Analyse auch allgemeine soziale Ungleichheiten bezüglich Schulbildung und Einkommen mitberücksichtigt haben. Andererseits haben verschiedene Befragte wohl defensiv geantwortet und die einfache Unterscheidung von Ausländer/innen und Schweizer/innen nicht als ausreichende Thematisierung des "Migrationshintergrunds" eingeschätzt.

- Der bereits erwähnte Obsan-Bericht "La santé en Suisse latine" enthält neben "Schweizer/innen" und "Ausländer/innen" zusätzlich die Kategorie der "eingebürgerten Schweizer/innen".
- Insbesondere in den vom BAG veranlassten Bedarfsanalysen kantonaler (Präventions)angebote sowie im 4. Berner Gesundheitsbericht wird stellenweise mit den Daten des Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung (GMM) des BAG gearbeitet; diese Daten erlauben zwar eine differenzierte Perspektive nach ausgewählten Herkunftsregionen, Aufenthaltsdauer etc., sie eignen sich jedoch nicht für Analysen auf kantonaler Ebene. Die in den Berichten aufgeführten Befunde beziehen sich – abgesehen von demographischen Angaben zur Bevölkerungszusammensetzung – daher auf die nationale Ebene.
- Ähnliches gilt für den Bericht zum "Sportverhalten der Migrationsbevölkerung" des Kantons Zürich, der auf der Studie Sport Schweiz 2008 des Observatoriums Sport und Bewegung Schweiz basiert und neben der dreistufigen Variablen "Schweizer/inn – Doppelbürger/in – Ausländer/in" auch verschiedene Informationen zur Herkunftsregion enthält. Bei genauerem Hinsehen zeigt sich allerdings, dass diese letzteren Informationen aufgrund geringer Fallzahlen nur für die Gesamtschweiz, nicht aber für den Kanton Zürich aufbereitet wurden.

Ähnlich sieht es mit Blick auf die soziale Benachteiligung aus: Die Obsan-Berichte sowie verschiedene weitere Berichte enthalten zwar relativ grobe Kategorisierungen des (Haushalts-äquivalenz)einkommens, des Berufsstatus' (sozioprofessionelle Kategorien) und der Schulbildung als unabhängige Merkmale, doch soziale Benachteiligungen und Problemlagen im engeren Sinne wie etwa Arbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug, prekäre Einkommensverhältnisse oder Kinderreichtum werden kaum je thematisiert. Hier sind die Gesundheitsberichte der Kantone Wallis und Bern und der Sozialbericht des Kantons Solothurn hervorzuheben, welche dem Thema Ungleichheit und soziale Benachteiligung vergleichsweise breiten Platz einräumen, mit Blick auf den Zusammenhang mit der Gesundheit dann aber nur sehr beschränkte empirische Befunde vorlegen.

Es dürfte drei Hauptgründe für die "stiefmütterliche Behandlung" von Migrationshintergrund und sozialer Benachteiligung in den kantonalen Gesundheitsberichten geben:

a) Datenlage

Schaut man sich die Datengrundlagen der kantonalen Gesundheitsberichte an, so fällt auf, dass nur in seltenen Fällen mit kantonalen Daten, in aller Regel jedoch mit nationalen Daten (SGB, HBSC, GMM, Spitalstatistik etc.) gearbeitet wird, die sich nur sehr bedingt für differenzierte Analysen ausgewählter Gruppen auf der kantonalen Ebene eignen.⁹ Dies kann einerseits mit dem Inhalt der Datenerhebung selbst zusammenhängen. Die HBSC-Befragung von 11- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen enthält beispielsweise keinerlei Angaben zum Migrationshintergrund der Kinder und nur sehr eingeschränkte Daten zu ihrer sozialen Lage und verunmöglicht damit a priori entsprechende Analysen. Ähnliches gilt für die Todesursachenstatistik, die Krebsepidemiologie,

⁹ In der Befragung geben nur gerade zwei Kantone an, sie würden über spezifische kantonale Daten für eine Analyse von Migrationshintergrund und sozialer Benachteiligung verfügen. Ein genauerer Blick auf diese beiden Kantone zeigt jedoch, dass es sich im einen Fall um die Resultate halbstrukturierter Interviews, im anderen Falle um einen sehr begrenzten Datensatz von Kindern handelt. Solche spezialisierte Datenquellen von begrenzter Reichweite dürften auch in weiteren Kantonen zur Verfügung stehen.

die medizinische Statistik der Krankenhäuser oder weitere offizielle Datengrundlagen, die entweder keine oder nur sehr einfache Angaben zum Migrationshintergrund (Staatsangehörigkeit) und zur sozialen Ungleichheit enthalten.

Dort, wo differenzierte Angaben zum Migrationshintergrund und zu ausgewählten Dimensionen der sozialen Ungleichheit und Benachteiligung grundsätzlich vorlägen – dies ist etwa in der SGB, der SILC-Studie, dem Schweizer Haushaltspanel (SHP) oder dem GMM der Fall – stellt sich andererseits jedoch das Problem beschränkter Fallzahlen. In der SGB 2007 wurden beispielsweise 18'760 Personen befragt, von denen 13 Prozent (rund 2'400 Personen) eine ausländische Staatsangehörigkeit haben. Weitere 16 Prozent (rund 2'900) wurden im Laufe ihres Lebens eingebürgert, und die übrigen 71 Prozent (rund 13'200 Personen) sind seit ihrer Geburt Schweizer/innen.

Werden die Ausländer/innen und eingebürgerten Personen nach Herkunftsländern oder Aufenthaltsdauer in der Schweiz differenziert, so stellen sich bereits bei Analysen auf der nationalen Ebene Probleme mit den Fallzahlen, die verschiedene Zusammenfassungen notwendig machen und damit die Analysemöglichkeiten einschränken.¹⁰ Auf der Ebene der Kantone sind aber auch grobe Zusammenfassungen nicht mehr möglich, da hier die Fallzahlen zu gering werden.

Dies ist der Grund, weshalb die Analysen nach Migrationshintergrund auf der kantonalen Ebene jeweils nur zwischen Schweizer/innen und Ausländer/innen unterscheiden, wobei die Fallzahlen in der letzteren Kategorie teilweise ebenfalls schon sehr gering sind. In denjenigen Kantonen, welche ihre Stichprobe erhöht haben, sind entsprechende Analysen in aller Regel jedoch noch möglich – hier könnte überdies auch die vom Obsan im Bericht zur lateinischen Schweiz verwendete Kategorie der "eingebürgerten Schweizer/innen" benutzt werden.

Das Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) des BAG bietet seinerseits keinen Ausweg aus dieser Situation, da hier zwar eine Stichprobe von rund 3000 Migrant/innen gezogen wurde, sich die Studie jedoch auf einzelne Herkunftsländer beschränkt und damit keine umfassenden Aussagen über die Migrationsbevölkerung erlaubt. Zudem wären die Fallzahlen für Analysen auf der kantonalen Ebene wiederum zu gering, wobei das GMM ohnehin nie als Datengrundlage mit kantonaler Repräsentativität geplant war. Analysen auf der Ebene der zwei grossen Sprachregionen (deutsch, lateinisch) scheinen aber grundsätzlich möglich.

Wie in Kapitel 4 näher zu erläutern sein wird, stellen auch kantonale Datenerhebungen nur bedingt einen Ausweg aus dieser Situation dar, denn bei typischen Fallzahlen von jeweils rund 1000 Personen wie im Kanton Zug bleibt der Anteil der Migrant/innen verhältnismässig klein. Eine Ausnahme von dieser Regel könnte die Zürcher Übergewichtsstudie des Jahres 2009 darstellen, in deren Rahmen über 4000 Personen befragt wurden. Allerdings ist uns nicht bekannt, ob und wie in jener Studie der Migrationshintergrund erfasst wurde; zudem bezieht sich die Studie nur auf die Prävalenz von Übergewicht; zusätzliche Fragen zur Gesundheit wurden nur einer Teilstichprobe von rund 1000 Personen gestellt.

¹⁰ In der ausländischen Bevölkerung müssen die Herkunftsländer stark zusammengefasst werden, um ausreichende Fallzahlen zu gewährleisten. So führt eine Differenzierung in lediglich vier Herkunftsregionen (Nord-/Westeuropa; Südwesteuropa; Südost-/Osteuropa; "Rest der Welt") zu Gruppengrössen zwischen 300 und etwas über 800 Personen.

Was für den Migrationshintergrund festgehalten wurde, gilt in ähnlicher Weise auch für Fragen der sozialen Benachteiligung. Auch hier sind die Fallzahlen in den verschiedenen Untersuchungen zu gering, um "Problemgruppen" im engeren Sinne zu definieren, mit denen sich zuverlässige Analysen bezüglich der Gesundheit durchführen liessen. Als Hilfskonstruktion können aber immerhin "soziale Gradienten" bezüglich des Einkommens, des Bildungsstands und weiterer Merkmale gebildet werden, mit denen sich zeigen lässt, dass der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten in aller Regel positiv mit einem höheren sozialen Status korreliert sind. Entsprechende Befunde finden sich beispielsweise in den Kantonsberichten des Obsan und den Berner Gesundheitsberichten.

b) Fehlende Vorgaben und mangelnde Sensibilisierung

Ein weiterer Grund, weshalb Migrationshintergrund und soziale Benachteiligungen nur ansatzweise thematisiert werden, dürfte in fehlenden formellen Vorgaben und Erwartungen an die Gesundheitsberichterstattung liegen. Dabei gilt es auf einer allgemeinen Ebene zunächst festzuhalten, dass sich ein grosser Teil der konventionellen Gesundheitsforschung auf die Analyse von Prävalenzen und Risikofaktoren im Verhalten sowie die "Kontrollvariablen" Alter und Geschlecht beschränkt. Weitere Ungleichheitsdimensionen, zu denen auch der Migrationshintergrund gerechnet werden kann, werden trotz unbestreitbarer internationaler und nationaler Evidenzen dagegen noch vergleichsweise selten thematisiert (vgl. Berkman und Kawachi 2000, Bopp und Minder 2003, Marmot 2005, Mielck 2005, Stamm und Lamprecht 2009, Wilkinson und Marmot 2003).

Das fehlende "Ungleichheitsbewusstsein" in weiten Teilen der Forschung findet eine Entsprechung in einem geringen Sensibilisierungsgrad und niedrigen Erwartungen seitens der politischen Entscheidungsträger und Adressaten der Berichterstattung, die als Folge kaum bereit sind, die für die Berichterstattung notwendigen Mittel bereit zu stellen. Tatsächlich gaben in der Befragung nur gerade sechs Kantone an, in ihnen würden spezifische Erwartungen oder Vorgaben bezüglich der Berichterstattung über Migrant/innen und/oder sozial Benachteiligte existieren, neun weitere Kantone verneinten dies explizit und die übrigen Kantone liessen die Frage leer (7 Kantone) oder beteiligten sich gar nicht an der Befragung (4 Kantone). Einige wenige Kantone ohne Vorgaben geben allerdings an, dass die Sensibilität für entsprechende Fragen wachse und entsprechende Strategien für die Berichterstattung in Diskussion seien. In diesem Sensibilisierungsprozess spielen die Bedarfsanalysen migrationsgerechter kantonaler Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote, welche vom BAG finanziert werden, eine besondere Rolle (vgl. auch Kapitel 4).

c) Geringer Problemdruck

Sowohl der geringe Sensibilisierungsgrad für Fragen der Migration und der sozialen Benachteiligung in Zusammenhang mit der Gesundheit als auch die nur wenig differenzierte Berichterstattung zu diesen Themen haben noch einen weiteren Grund: In verschiedenen Kantonen werden Migration und soziale Benachteiligung nicht oder nur sehr bedingt als grosse und besonders dringende Probleme wahrgenommen. Dies mag auf den ersten Blick erstaunen, liegt der Anteil der ausländischen Bevölkerung in der Schweiz mit 23 Prozent doch deutlich höher als in den

meisten anderen europäischen Ländern¹¹, und gemäss einer aktuellen Studie des BFS (2013) leben knapp acht Prozent der Bevölkerung (580'000 Personen) unter der Armutsgrenze.

Tabelle 3.1: Ausgewählte Indikatoren zum "Problemdruck", nach Kanton

Kanton	Ausländeranteil (31.12.2011)	Arbeitslosenrate (2012)	Sozialhilfequote (2011)
Aargau	22.3%	2.7%	1.9%
Appenzell Ausserrhoden	14.5%	1.5%	1.8%
Appenzell Innerrhoden	10.1%	1.2%	0.9%
Basel-Land	19.6%	2.7%	2.3%
Basel-Stadt	33.1%	3.7%	5.9%
Bern	13.7%	2.0%	4.2%
Freiburg	19.1%	2.4%	2.4%
Genf	39.4%	5.0%	4.0%
Glarus	21.7%	2.3%	2.0%
Graubünden	17.0%	1.6%	1.1%
Jura	12.7%	3.2%	2.2%
Luzern	16.8%	1.9%	2.0%
Neuenburg	23.4%	4.7%	6.7%
Nidwalden	11.8%	0.9%	0.9%
Obwalden	13.7%	0.9%	1.2%
Schaffhausen	23.6%	2.5%	2.3%
Schwyz	18.9%	1.3%	1.4%
Solothurn	19.7%	2.4%	3.2%
St. Gallen	22.1%	2.3%	2.1%
Tessin	26.2%	4.4%	2.0%
Thurgau	22.1%	2.2%	1.6%
Uri	9.8%	1.3%	1.1%
Waadt	31.6%	4.7%	4.9%
Wallis	21.2%	3.5%	1.4%
Zug	24.6%	1.8%	1.6%
Zürich	24.6%	3.0%	3.2%
Schweiz insgesamt	22.8%	2.9%	3.0%

Quelle: Bundesamt für Statistik; verschiedene Tabellen unter www.bfs.admin.ch

¹¹ Der Anteil der ausländischen Bevölkerung beträgt in der EU (27 Länder) 4%. Innerhalb der EU sind die Unterschiede allerdings sehr gross: Verschiedene osteuropäische Länder haben einen Ausländeranteil von unter einem Prozent, während die Anteile in den Nachbarländern der Schweiz zwischen 6% (Frankreich) und 11% (Österreich) liegen, und in Luxemburg fast 44% der Bevölkerung einen ausländischen Pass besitzt. Der vergleichsweise hohe Ausländeranteil in der Schweiz ist einerseits eine Folge davon, dass die Schweiz seit geraumer Zeit ein Einwanderungsland ist - die Zuwanderung ist im europäischen Vergleich stark überdurchschnittlich -, aber auch darauf zurückzuführen, dass der Erwerb der Schweizer Staatsangehörigkeit nach wie vor vergleichsweise schwierig ist. Daten für 2012 gemäss der Website von Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/main_tables (konsultiert am 7.8.2013).

Wie Tabelle 3.1 anhand der drei Indikatoren Anteil der ausländischen Bevölkerung, Arbeitslosenrate und Sozialhilfequote jedoch zeigt, unterscheidet sich der Problemdruck zwischen den Kantonen deutlich. So stehen einigen, primär städtischen Kantonen (BS, GE, VD) mit Anteilen der ausländischen Bevölkerung von deutlich über 30 Prozent, eine ganze Reihe von in der Regel ländlich geprägten Kantonen gegenüber, in denen dieser Anteil unter 15 Prozent liegt (AI, AR, BE, JU, NW, OW, UR). Ähnliches gilt für die Arbeitslosenrate, welche zwischen 0.9 (NW, OW) und 5 Prozent (GE) variiert, und die Sozialhilfequote, die in Nidwalden und Appenzell Innerrhoden unter einem, in Basel-Stadt und Neuchâtel dagegen deutlich über fünf Prozent liegt.

Interessanterweise liegen diese Werte zwar deutlich über (Ausländeranteil) oder unter (Arbeitslosenraten) den europäischen Vergleichswerten, doch werden sie in der Schweiz offenbar auch relativ zu anderen Kantonen wahrgenommen. Darauf deuten zumindest gewisse Aussagen von Befragten in den Interviews zur Gesundheitsberichterstattung hin, die erwähnen, dass soziale Ungleichheiten und die Benachteiligung der Migrationsbevölkerung in ihrem Gebiet nicht von grosser Bedeutung seien bzw. andere Themen eine grössere Wichtigkeit hätten. Umgekehrt sind es insbesondere die städtischen Kantone (BS, GE) sowie diejenigen, die über grössere städtischen Ballungszentren verfügen (ZH, BE), die sich durch ein überdurchschnittliches Problembewusstsein mit Blick auf den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Migration sowie sozialer Benachteiligung auszeichnen.

Mit Blick auf die Frage, ob und wie Fragen der sozialen Benachteiligung und der Migration in der aktuellen Gesundheitsberichterstattung thematisiert werden, fällt die vorliegende Bestandsaufnahme somit auf den ersten Blick ernüchternd aus: Kein einziger der untersuchten Kantone verfügt über eine Berichterstattung, welche den Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund, verschiedenen Dimensionen der sozialen Benachteiligung und der Gesundheit systematisch, regelmässig und differenziert thematisiert. Auf den zweiten Blick ist dieser Befund jedoch nicht weiter erstaunlich: Die Datenlage, ein als vergleichsweise gering wahrgenommener Problemdruck und eine Orientierung an konventionellen Mustern der Berichterstattung be- oder verhindern eine entsprechende Berichterstattung. Dort wo ausreichende Daten vorhanden sind – etwa mit Bezug zu allgemeinen Ungleichverteilungen des Einkommens und der Schulbildung sowie auf der nationalen Ebene – sind allerdings durchaus Ansätze zu einer weitreichenderen Berichterstattung zu erkennen.

3.3. Möglichkeiten und Grenzen der Berichterstattung

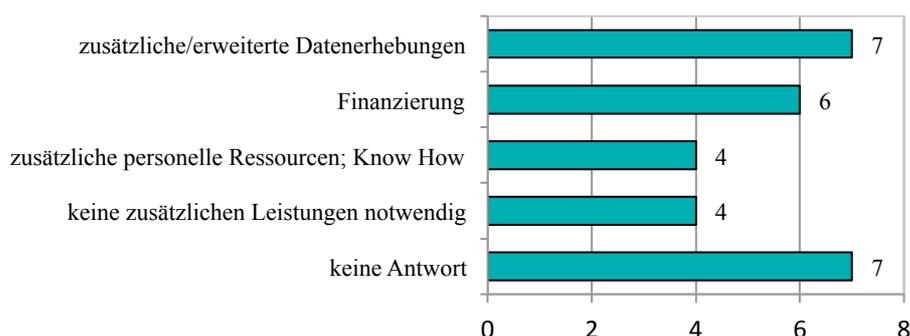
Eine ungenügende Datenlage und mangelnde Vorgaben sind eine Sache, Anstrengungen, die Situation zu verbessern, eine andere. In einem gesonderten Teil der Befragung wurden die Kantonsvertreter/innen daher gefragt, ob in ihren Kantonen in den nächsten Monaten neue Datenerhebungen zur Gesundheit geplant seien, welchen Stellenwert Migration und soziale Benachteiligung in diesen Datenerhebungen hätten, ob ganz allgemein Ansätze für eine stärkere Berücksichtigung der beiden Themen existierten und unter welchen Bedingungen eine vertiefte Berichterstattung denkbar wäre.

Auf die Frage, ob in näherer Zukunft zusätzliche Anstrengungen geplant seien, antwortet exakt die Hälfte der Kantone mit "nein" (13) und zwei weitere Kantone antworten sinngemäss mit "nein, unsere aktuellen Anstrengungen reichen bereits". Weitere sechs Kantone haben die Frage nicht beantwortet oder nicht an der Befragung teilgenommen, und nur fünf Kantone erwähnen zusätzliche Anstrengungen, die sich in der Mehrheit der Fälle auf die Durchführung bzw. den Abschluss der bereits erwähnten Bedarfsanalysen für eine migrationsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung beziehen. In den beiden anderen Fällen handelt es sich um Commitments eher allgemeiner Natur im Sinne von "Möglichkeit einer stärkeren Gewichtung" oder "Durchführung eines Workshops". Vor diesem Hintergrund und angesichts des weiter oben erwähnten hohen Aufwands, erstaunt es auch nicht, dass in keinem Kanton grössere kantonale Datenerhebungen geplant sind.

Der Aufwand bzw. mangelnde personelle und finanzielle Ressourcen gehören neben einer mangelnden Datenbasis und dem Wunsch nach entsprechenden zusätzlichen Datenerhebungen denn auch zu den wichtigsten Punkten, welche bei der Schlussfrage nach dem Unterstützungsbedarf und den Bedingungen für eine verstärkte Berücksichtigung der Themen Migration und soziale Benachteiligung erwähnt werden (vgl. Abbildung 3.3). Mit Blick auf die Finanzierung wird dabei in verschiedenen Fällen ein "Unterstützungsbedarf durch den Bund" erwähnt, während insbesondere kleinere Kantone darüber klagen, dass ihre "Gesundheitsdienste" nicht über genügend Personal verfügen, um eine Gesundheitsberichterstattung aufzubauen und zu pflegen. Tatsächlich deuten die Angaben einiger Auskunftspersonen darauf hin, dass die vorliegenden Berichte häufig den Anstrengungen einer einzigen Person zu verdanken sind. In diesem Zusammenhang wird in zwei Fällen denn auch erwähnt, dass "Best Practice Beispiele" und Beispiele für eine einfache Umsetzung wünschenswert wären.

Bezüglich des Punktes "zusätzliche oder erweiterte Datenerhebungen" ist schliesslich auffällig, dass hier vor allem auf Erweiterungen von nationalen Datenerhebungen (SGB, GMM) verwiesen wird, während kein einziger Kanton den Wunsch formuliert, eine "kantonale Gesundheitsbefragung" oder andere grossangelegte kantonale Datenerhebungen durchzuführen. Zusammen mit der häufigen Erwähnung finanzieller und personeller Restriktionen dürfte dieser Befund einen hohen Grad an Realismus bezüglich der Möglichkeiten in den Kantonen reflektieren.

Abbildung 3.3: Bedingungen, die erfüllt werden müssten, damit die Themen Migration und soziale Benachteiligung in der Gesundheitsberichterstattung stärker berücksichtigt werden (Anzahl Kantone, Mehrfachnennungen möglich)



3.4. Zusammenfassung

Zusammenfassend können wir somit feststellen, dass zwar eine Mehrheit der Schweizer Kantone über eine mehr oder minder umfassende Gesundheitsberichterstattung verfügt, dass aber weder Migration noch soziale Benachteiligung zentrale Themen dieser Berichterstattungen sind. Entsprechend existieren in den Kantonen keine, lückenhafte oder hochaggregierte Angaben zum Zusammenhang zwischen Gesundheit, Migrationshintergrund und sozialer Benachteiligung.

Daran dürfte sich in näherer Zukunft wenig ändern, wie die in Abschnitt 3.3 dargestellten Befragungsergebnisse zeigen: Einerseits verfügen die Kantone weder über die notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen, noch über eine ausreichende Datenbasis für vertiefte Analysen. Andererseits scheint auch der politische Wille für eine Änderung der Situation zu fehlen, worauf die in den meisten Fällen fehlenden Vorgaben und die kaum existierenden Pläne für eine zukünftige Weiterentwicklung der Berichterstattung hindeuten.

Die Einschätzung eines geringen politischen Willens muss allerdings etwas differenziert werden: In verschiedenen kleineren Kantonen dürfte der Problemdruck mit Blick auf die Themen Migration und soziale Benachteiligung tatsächlich vergleichsweise gering sein, während gleichzeitig die Kosten für den Aufbau einer systematischen Berichterstattung hier ein erheblich grösseres Gewicht an den gesamten öffentlichen Ausgaben hätten: Datenerhebungen sind in kleinen Kantonen kaum billiger als in grossen, und auch der Aufwand für die Datenanalyse und die Berichterstattung dürfte sich in einem ähnlichen Rahmen bewegen.¹²

Tabelle 3.2: Ausländeranteil und Sozialhilfequote in den zehn grössten Städten der Schweiz

Stadt	Ausländeranteil (31.12.2011)	Sozialhilfequote (2011)
Basel	34.6%	6.3%
Bern	23.5%	5.3%
Biel	28.9%	11.4%
Genf	46.2%	5.2%
Lugano	38.3%	2.8%
Lausanne	40.7%	9.8%
Luzern	23.5%	3.1%
St. Gallen	28.7%	3.9%
Winterthur	23.1%	4.6%
Zürich	30.9%	4.9%
Schweiz insgesamt	22.8%	3.0%

Quelle: Bundesamt für Statistik; Städteportraits
(<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/regionen/staedte.html>)

¹² Tatsächlich könnten hier grössere Kantone mit eigenen Hochschulen und spezialisierten Instituten sogar einen Vorteil haben, da gewisse Arbeiten allenfalls an diese delegiert werden könnten. Beispiele hierfür finden sich in der engen institutionellen Verknüpfung der Gesundheitsberichterstattung des Kantons Zürich mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich und den verschiedenen Kooperationen zwischen Amtsstellen und Universitätsinstituten im Kanton Genf.

In den grossen Kantonen stellt sich das Problem etwas anders: Abgesehen von den beiden städtischen Kantonen Genf und Basel-Stadt sind einige grössere Kantone sowohl durch städtische Ballungsräume, in denen der Anteil der Migrationsbevölkerung vergleichsweise hoch ist und sich soziale Probleme "verdichten" (vgl. Tabelle 3.2), als auch durch stärker ländlich geprägte Gebiete charakterisiert, die eher mit kleineren, ländlichen Kantonen vergleichbar sind und daher ein geringeres Interesse an einer umfassenderen Berichterstattung haben. In diesen Kantonen könnte daher eine gewisse Tendenz bestehen, die entsprechende Berichterstattung an die jeweiligen Städte zu delegieren.

Die Hinweise zu den Unterschieden zwischen und innerhalb den Kantonen werfen angesichts der hohen Kosten und der Datenprobleme die Frage auf, ob der Kanton überhaupt die richtige Analyseeinheit für eine differenzierte Berichterstattung mit Bezug zu Migration und sozialer Benachteiligung ist und ob allenfalls ein anderer Weg gewählt werden müsste. Einige Überlegungen hierzu sind im Schlusskapitel aufgeführt.

4. Ausblick: Möglichkeiten der Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung

Als zentrales Resultat der vorliegenden Analyse können wir an dieser Stelle festhalten, dass eine kantonale Berichterstattung, welche differenziert über die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsversorgung der Migrationsbevölkerung und sozial Benachteiligter berichtet, in der Schweiz nicht existiert. Ohne zusätzliche Anstrengungen dürfte sich an dieser Einschätzung in absehbarer Zukunft nichts ändern. Damit stellt sich die Frage, wo und mit welchen Massnahmen denn angesetzt werden könnte.

An dieser Stelle möchten wir drei Arten von Initiativen skizzieren, welche ergriffen werden könnten und im folgenden unter den Titeln "Sensibilisierung", "Datenbasis und -analyse" sowie "Unterstützungsleistungen und Koordination" kurz diskutiert werden sollen. Dabei rücken wir die Interventions- und Unterstützungsmöglichkeiten nationaler Akteure (BAG, BFS, Obsan) ins Zentrum der Betrachtung, da in der aktuellen Situation Anstösse von aussen wohl besonders vielversprechend sein dürften.

a) Sensibilisierung

Eine notwendige Bedingung für eine umfassendere Gesundheitsberichterstattung ist das Interesse an entsprechenden Befunden und der politische Wille, die Berichterstattung zu finanzieren. Dies setzt seinerseits die Schaffung eines Problembewusstseins voraus.

Einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf der Ebene der kantonalen Gesundheitsämter und -dienste dürfte in diesem Zusammenhang das bereits mehrfach erwähnte Projekt "Bedarfsabklärung migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention" gespielt haben und weiterhin spielen.¹³ Bereits haben zehn Kantone eine entsprechende Analyse vorgelegt, in deren Rahmen

¹³ Vgl. hierzu die Berichtssammlung auf der Website des BAG unter:
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12512/13669/index.html?lang=de>

häufig auch Daten zur Gesundheit der Migrationsbevölkerung aufgearbeitet und reflektiert werden, und weitere Kantone dürften gemäss unserer Befragung in nächster Zeit dazukommen. Diese Analysen haben zweifellos das Problembewusstsein der verantwortlichen Stellen zumindest mit Blick auf das Thema Migration erhöht, und in einzelnen Berichten finden sich auch Bemerkungen, die für eine Verbesserung der Datenlage und der Berichterstattung plädieren.

Ob dieser Ansatz jedoch auch bei den politischen Entscheidungsträgern zu einer verstärkten Sensibilisierung führen wird, ist fraglich. Hier könnten zwei weitere Massnahmen von Interesse sein:

- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK): Es wären Möglichkeiten zu prüfen, der GDK die Problematik mittels Workshops, Informationen oder der Schaffung einer Arbeitsgruppe "Gesundheitsberichterstattung" näherzubringen. Bislang verfügt die GDK unseres Wissens noch über kein Gefäss, in welchem die Anliegen der Gesundheitsstatistik diskutiert und koordiniert werden könnten. Einen Ansatzpunkt für einen systematischen Austausch könnten allerdings die Anstrengungen der GDK bezüglich Spital- und Psychiatrieplanung darstellen.
- Kommunikation von zentralen Resultaten: Neben den Regierungsvertreter/innen sollten auch Parlamentarier/innen besser über die Problematik informiert werden. Dies kann über gezielte Informationen und Veranstaltungen (etwa in Zusammenhang mit den Resultaten der SGB 2012), in denen über die Themen Migration und soziale Benachteiligung/Ungleichheit berichtet wird, geschehen. Eine erhebliche bewusstmachende Wirkung könnte mittelfristig vom Projekt "Monitoring der Verteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen in der Schweiz" ausgehen, das vom BAG initiiert wurde und zu dem eine interne Konzeptstudie vorliegt (vgl. Stamm et al. 2013). Sollte ein solches Monitoringinstrument tatsächlich aufgebaut werden, würde der Zugang zu relevanten Daten und Analysen (auf nationaler Ebene) erheblich vereinfacht.

Ebenfalls unter dem Aspekt der "Sensibilisierung" kann schliesslich die Dokumentation und Kommunikation von "Best Practice"-Beispielen thematisiert werden, auf die in Abschnitt c) zurückzukommen sein wird.

b) Datenbasis und -analyse

Eine besondere Herausforderung für die Weiterentwicklung der kantonalen Gesundheitsberichterstattung stellt die Verfügbarkeit von brauchbaren Daten dar. Aus Kostengründen verbietet sich die Durchführung grosser Datenerhebungen in den meisten Kantonen fast schon automatisch. Selbst grosse Kantone dürften schnell an organisatorische und finanzielle Grenzen stossen, wenn sie genügend grosse Stichproben bilden möchten, um die Migrationsbevölkerung und sozial benachteiligte Gruppen mit einem hohen Differenzierungsgrad abzubilden. Dies gilt auch für die grossen nationalen Erhebungen wie etwa die SGB, die trotz rund 20'000 Befragten schnell an ihre analytischen Grenzen stösst, wenn es um Detailanalysen der Migrationsbevölkerung und sozial benachteiligter Gruppen geht.

Angesichts dieser Grundproblematik fragt es sich, ob die kantonale Ebene für Fragestellungen in den Bereichen Migration, soziale Benachteiligung und Gesundheit einen tauglichen Analyse-rahmen darstellt oder nach anderen Lösungen gesucht werden sollte. Dabei gilt es zunächst festzuhalten, dass die Schweizer Kantone zwar über je eigene Identitäten und Rahmenbedingungen in gesetzgeberischer, wirtschaftlicher und kultureller Hinsicht verfügen, dass sie aber auch verschiedene Gemeinsamkeiten aufweisen. In der kleinräumigen Schweiz dürften die gesundheitlichen Problemlagen der Migrationsbevölkerung und sozial benachteiligter Menschen zwischen den Kantonen erhebliche Ähnlichkeiten aufweisen, so dass wohl bereits Resultate auf nationaler Ebene eine hohe Aussagekraft aufweisen.

Möchte man allerdings doch an regionalen oder politischen Differenzierungen festhalten, so könnte es sich als sinnvoll erweisen, in gewissem Sinne ähnliche Kantone zu grösseren Analyseeinheiten zusammenzufassen. Der Bericht "La santé en Suisse latine" des Obsan stellt in diesem Zusammenhang ein vielversprechendes Modell dar. Es wäre zu überlegen, ob auch ein Bericht "Gesundheit in der Deutschschweiz" oder eine Serie von Berichten mit feineren regionalen Differenzierungen (etwa entlang der sieben Grossregionen) erstellt werden könnte.¹⁴ Ebenfalls denkbar wäre eine systematische Gegenüberstellung urbaner und ländlicher Siedlungsgebiete, wobei hier die Gebietstypologien des BFS eine gute Grundlage für die Identifikation in gewissem Sinne vergleichbarer Regionen oder Siedlungstypen bilden könnten. Statt kantonalen könnten mit anderen Worten also regionale oder nach spezifischen Gebietsmerkmalen gegliederte Gesundheitsberichterstattungen eine Option darstellen, die möglicherweise auch erhebliche Kostenvorteile mit sich brächten.

Dabei gilt es allerdings festzuhalten, dass die aktuell existierenden Datenquellen vorderhand noch nicht geeignet sind, um dieses Projekt vollständig umzusetzen. So zeigt der Obsan-Bericht zur lateinischen Schweiz deutlich, dass die Fallzahlen in der SGB für Detailanalysen auch auf einer höheren regionalen Aggregationsstufe noch zu gering sind. Hier wären zusätzlich erweiterte oder alternative Datenerhebungen vorzusehen, wobei wir insbesondere die folgenden drei Möglichkeiten sehen:

- Erweiterung nationaler Stichproben: Bereits 2012 hat das BAG vom Büro BASS eine Wünschbarkeits- und Machbarkeitsstudie zu migrationsspezifischen Erweiterungen der SGB durchführen lassen, deren Resultate uns jedoch nicht bekannt sind. Vor dem Hintergrund der oben aufgeführten Argumente wäre an dieser Stelle der Wunsch zu formulieren, dass die Stichproben der SGB und weiterer gesundheitsrelevanter Datenerhebungen (z.B. HBSC, SILC) so erweitert würden, dass nicht nur für die Gesamtschweiz, sondern auch auf der Ebene noch zu definierender regionaler Zusammenfassungen vertiefte Analysen möglich sind. Sehr gewinnbringend, aufgrund der gesetzlichen und BFS-internen Vorgaben aber wohl kaum machbar, wäre zudem die periodische Erweiterung der jährlich stattfindenden "Strukturerhebungen" des BFS bei rund 200'000 Personen um ausgewählte Gesundheitsfragen.

Neben einer Erweiterung der Stichproben wäre zudem zu prüfen, ob die Befragungsinstrumente, die Stichprobenziehung und die Datenerhebungsstrategie ausgewählter Studien angepasst

¹⁴ Ein Beispiel für diese Vorgehensweise findet sich im Sozialbericht 2013 des Kantons Solothurns, wo in Ermangelung von kantonalen Daten in verschiedenen Fällen auf die Befunde des "Espace Mittellands", zu dem der Kanton gehört, zurückgegriffen wird.

werden sollten. So enthält die HBSC-Studie seit 2010 beispielsweise keinerlei Angaben über den Migrationshintergrund der befragten Kinder mehr, und für die SGB wäre zu prüfen, ob zusätzliche Sprachversionen zu den Landessprachen angeboten werden sollten. Dies könnte allenfalls in Kooperation mit dem GMM erfolgen, welches über grosse diesbezügliche Erfahrungen verfügt.

- Spezifische nationale Studien (mit regionalen Differenzierungsmöglichkeiten): Auch mit grösseren Stichproben und erweiterten Befragungsinstrumenten lassen sich nicht alle interessierenden Fragen beantworten. Daher wäre es empfehlenswert, periodisch thematische oder gruppenspezifische Datenerhebungen durchzuführen, um bei ausgewählten Fragestellungen und Zielgruppen zu differenzierteren Daten zu gelangen.

Zu denken ist hier einerseits an das GMM, das sich durch einen besonderen Ansatz der Stichprobenbildung und Datenerhebung mit Bezug auf ausgewählte Teile der Migrationsbevölkerung auszeichnet. Es wäre zu überlegen, ob das GMM auf weitere Gruppen erweitert oder allenfalls in einer umfassendere SGB integriert werden könnte.

Andererseits könnte eine überarbeitete Neuauflage der Armutsstudie der 1990er Jahre vielversprechend sein (vgl. Leu et al. 1997). Im Rahmen jener Studie wurden die Lebenslagen von sozial benachteiligten Personen erfasst und analysiert, wobei ähnlich wie beim GMM ein erheblicher Aufwand bei der Rekrutierung und Befragung spezifischer Zielpersonen, die in konventionellen Studien unterrepräsentiert sind, betrieben wurde. Eine Neuauflage dieser Studie wäre mit anderen interessierten Stellen zu koordinieren (Integration, Sozialhilfe etc., vgl. auch Punkt c weiter unten).

- Qualitative statt quantitative Erhebungen: Schliesslich können qualitative Datenerhebungen wichtige Erkenntnislücken schliessen. Im Rahmen des Projekts "Bedarfsanalyse" wurden verschiedenerorts Fokusgruppen mit wichtigen Stakeholdern durchgeführt, und es wäre zu prüfen, welche Möglichkeiten für qualitative Befragungen von Ausländervereinen, Behördenvertretern und Betroffenen bestehen. Solche Datenerhebungen könnten jenseits von Massendaten zu vertieften Einsichten in die Problemlagen ausgewählter Gruppen und Organisationen führen.

Mit umfangreichen Datenerhebungen ist es jedoch nicht getan. Zusätzlich muss für eine fundierte Datenanalyse und die anschliessende Kommunikation gesorgt werden. Gerade dann, wenn die Analyse auf einer übergeordneten Ebene erfolgt, dürften die Kantone kaum die richtigen Stellen sein, um die Analysen vorzunehmen. Dazu kommt, dass viele Kantone ohnehin nicht über die notwendigen wissenschaftlichen Ressourcen verfügen, um Datenauswertungen – seien es nun einfache deskriptive oder anspruchsvoller multivariate Analysen – vorzunehmen. Vor diesem Hintergrund empfiehlt sich das Obsan, das bereits über grosse Erfahrungen in der Erstellung von Gesundheitsberichten verfügt, als möglicher "Auftragnehmer". Weitere Partner könnten Institute an Universitäten und Fachhochschulen sowie private Unternehmen im Bereich der Gesundheitsstatistik sein.

c) Unterstützungsleistungen und Koordination

Einige Kantone haben in der Befragung auf finanzielle Unterstützungsleistungen hingewiesen, die ihnen eine umfassendere Gesundheitsberichterstattung erleichtern würden. Ob und wer solche Leistungen in welchem Umfang zur Verfügung stellen könnte und ob dies angesichts der weiter oben geschilderten Probleme überhaupt sinnvoll wäre, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden. Stattdessen möchten wir an dieser Stelle eine Reihe weiterer denkbarer Unterstützungsleistungen skizzieren:

- Know How und "Best Practice"-Beispiele: Einige Kantone äusserten den Wunsch, mit Know How und Anleitungen zum Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung versorgt zu werden. Zudem wurde auf Muster und "Best Practice"-Beispiele verwiesen. Hier scheint es allerdings keinen einfachen Weg zu geben, denn der Aufbau der Gesundheitsberichterstattung muss sich an den organisatorischen und finanziellen Gegebenheiten wie auch der Datenverfügbarkeit bzw. dem Potential für Datenerhebungen und -analysen orientieren, welches von Kanton zu Kanton unterschiedlich ist. An dieser Stelle sollen aber doch einige Ansatzpunkte aufgeführt werden, die sich in gewissem Sinne als exemplarisch charakterisieren lassen:
 - Die existierenden Ansätze in den Kantonen Appenzell Ausserrhoden und Uri zeigen, dass die Kantonsgrösse kein hinreichendes Argument für den Verzicht auf eine qualitativ hochwertige Berichterstattung ist. Allerdings zeigen die beiden Beispiele, dass eine Gesundheitsberichterstattung in kleinen Kantonen ein vergleichsweise hohes Engagement der involvierten Dienste und Personen voraussetzt.
 - Der Gesundheitsbericht des Kantons Bern sticht durch seinen hohen Reflexionsgrad bezüglich der Themen Migration und soziale Benachteiligung/Ungleichheit heraus und kann durchaus ein Muster für Berichte in anderen Kantonen darstellen.
 - Mit Blick auf die Verfügbarkeit von Know How ist schliesslich auf das Obsan hinzuweisen, das über grosse Erfahrung in der Gesundheitsberichterstattung verfügt und diese den Kantonen zur Verfügung stellt. Tatsächlich können die Kantonsberichte des Obsan bereits heute als Standard für eine fundierte Berichterstattung bezeichnet werden, der mit Blick auf die Themen Migration und soziale Benachteiligung jedoch noch optimiert werden könnte. Die Leistungen des Obsan sind allerdings nicht kostenlos, was gemäss einigen Interviewpartner/innen die Zusammenarbeit erschwert.

Die verschiedenen Erfahrungen könnten überdies in einem Dokument mit Empfehlungen zum Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung zusammengefasst werden.¹⁵

- Informationsaustausch: Selbst wenn dies in der Befragung nicht explizit gewünscht wurde, könnte ein regelmässiger und systematischer Informationsaustausch über Belange der Gesundheitsberichterstattung und die Möglichkeiten und Grenzen von Analysen zu den Themen Migration und soziale Benachteiligung von Interesse sein. Zielpublikum dieses Informationsaustausches wären in erster Linie die mit der Berichterstattung betrauten Stellen, doch könnte der Kreis auf Politiker/innen und weitere interessierte Stellen (andere Ämter, vgl. auch den

¹⁵ Für die Sozialberichterstattung existiert ein entsprechendes Dokument der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) vom 21. September 2012 mit dem Titel "Empfehlungen der SODK zur Ausgestaltung von kantonalen Sozialberichten".

nächsten Punkt) ausgedehnt werden. Als Organisator solcher Treffen könnte sich das Obsan – allenfalls in Kooperation mit BFS, BAG und GDK (siehe oben) – eignen.

- Koordination: Mit dem Obsan existiert bereits eine Instanz, welche einen Teil der kantonalen Gesundheitsberichterstattung koordiniert. Ein spezielles Koordinationsproblem mit Blick auf Analysen der Migrationsbevölkerung und sozial benachteiligter Gruppen, welches in einigen Interviews teilweise angesprochen wurde, kann das Obsan jedoch nicht lösen: In verschiedenen Kantonen sind diese Themen nicht Teil des Aufgabenbereichs der Gesundheitsdienste, weshalb hier zusätzliche Koordinationsleistungen und Kompetenzvereinigungen mit den jeweiligen Integrationsstellen sowie Migrations- und Sozialämtern notwendig sind. Eine gemeinsame Gesundheits- und Sozialberichterstattung könnte dabei nicht nur zu einer differenzierteren Perspektive, sondern auch zu Vorteilen bezüglich verfügbaren Know Hows und der Finanzierung führen.

Abschliessend soll an dieser Stelle der soeben erwähnte Punkt der Notwendigkeit einer differenzierten Perspektive noch einmal herausgestrichen werden. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, ist ein Migrationshintergrund unter einem gesundheitlichen Blickwinkel nicht per se problematisch. Vielmehr existieren Unterschiede je nach Herkunftsregion, Migrationsgrund und Aufenthaltsdauer und zudem dürften sich gesundheitliche Risiken und Probleme in denjenigen Gruppen von Migrant/innen verdichten, die zusätzlich von verschiedenen sozialen Benachteiligungen betroffen sind.

Eine differenzierte Analyse kann dabei nicht zuletzt zeigen, dass sich die Problemlagen dieses Teilsegments der Migrationsbevölkerung mitunter nicht stark von denjenigen sozial benachteiligter Schweizerinnen und Schweizern unterscheiden. Eine systematische Berücksichtigung sozialer Benachteiligungen und sozialer Ungleichheiten dürfte damit das Bewusstsein dafür schärfen, dass nicht die gesamte Migrationsbevölkerung im selben Masse von gesundheitlichen Risiken und Problemen betroffen ist und dass auch unter den Schweizerinnen und Schweizern Gruppen existieren, die einen höheren Unterstützungsbedarf aufweisen.

Literaturhinweise

- Berkman, Lisa, und Ichiro Kawachi (2000) (Hg.): *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Bopp Matthias, und Christoph E. Minder (2003): Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990-1997: results from the Swiss National Cohort. S. 346-354 in: *Int J Epidemiol*, 32(3).
- Bundesamt für Gesundheit (2007): *Wie gesund sind die Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des „Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung“*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit (o.J.): *Schlüsselmerkmale zur Erfassung des Migrationshintergrundes in schweizerischen Gesundheitsdatenerhebungen*. Bern: BAG.
(Download: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/13728/index.html?lang=de)
- Bundesamt für Statistik (2013): *Armut in der Schweiz. Ergebnisse 2007 bis 2011*. BFS Aktuell, August 2013. Neuchâtel: BFS.
- Gabadinho, Alexis, Philippe Wanner und Janine Dahinden (2007): *La santé des population migrantes en Suisse: une analyse des données du GMM*. Etudes du SFM 49. Neuchâtel: SFM.
- Guggisberg, Jürg et al. (2011): *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht zum GMM II*. Bern: BAG.
- Kaya, Bülent (2007): *Grundlegendokument 'Migration und Gesundheit'*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Leu, Robert E., Stefan Burri, Tom Priester (1997): *Lebensqualität und Armut in der Schweiz*. Bern: Haupt.
- Marmot, Michael (2005): *Social determinants of health inequalities*. *Lancet* 365: 1099-1104.
- Mielck Andreas (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Huber.
- Obrist, Brigitte und Silvia Büchi (2006). *Gesundsein in der Migration*. Basel: Universität Basel, Ethnologisches Seminar.
- Obsan, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2012): *Migrationsbevölkerung und Gesundheit – Analyse der Hospitalisierungen*. Obsan Bulletin 1/2012. Neuchâtel: Obsan.
- Rommel, Alexander, Caren Weilandt und Josef Eckert (2006): *Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Endbericht*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V..
- Stamm, Hanspeter und Markus Lamprecht (2009): *Ungleichheit und Gesundheit. Grundlegendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Stamm, Hanspeter und Markus Lamprecht (2012): *Migration und Gesundheit. Das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Migrationsbevölkerung. Sekundäranalyse im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit des Bundesamts für Gesundheit*. Bern: BAG.
- Stamm, Hanspeter, Doris Wiegand und Markus Lamprecht (2013): *Konzept für ein "Monitoring der Verteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen in der Schweiz"*. Konzeptstudie im Auftrag des Direktionsbereichs Gesundheitspolitik des Bundesamts für Gesundheit. Interner Bericht Mai 2013. Bern: BAG.
- Weiss, Regula (2003). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo.
- Wilkinson Richard, und Michael Marmot (2003): *The Solid Facts*. Copenhagen: WHO.

Anhang 1: Sammlung der kantonalen Gesundheitsberichte ab 2008

Aargau

- Kantonsärztlicher Dienst Aargau (2013): Schwerpunktprogramm Psychische Gesundheit Umsetzungs- und Evaluationskonzept 2013-2016. Aarau: Kantonsärztlicher Dienst Aargau.

Appenzell Ausserrhoden

- Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden und Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2012): Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012. Herisau: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium und Departement Gesundheit des Kantons Appenzell Ausserrhoden (2010). Gesundheit im Kanton Appenzell Ausserrhoden. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (Obsan Bericht 40). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Appenzell Innerrhoden

keine Berichte

Basel-Landschaft

- Gesundheitsförderung Baselland (2012): Gesundheit der Baselbieter Kinder und Jugendlichen. Liestal: Statistisches Amt Kanton Basel-Landschaft.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2011): Gewichtsmonitoring bei Kindern und Jugendlichen BL 2010. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Universität Zürich, Psychologisches Institut, Sozial- und Gesundheitspsychologie (2011): Tabakkonsum, Passivrauchen und Einstellungen zu gesetzlichen Massnahmen im Kanton Basel Land. Zürich: Universität Zürich, Psychologisches Institut, Sozial- und Gesundheitspsychologie.
- Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton BL (2011): Durchimpfungsrate von Kinder im Kanton Baselland. Liestal: Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton BL.
- Universität Zürich, Psychologisches Institut, Sozial- und Gesundheitspsychologie (2008): Tabakkonsum, Passivrauchen und Einstellungen zu gesetzlichen Massnahmen im Kanton Basel Land. Zürich: Universität Zürich, Psychologisches Institut, Sozial- und Gesundheitspsychologie.
- Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft (2008): Die Gesundheit der Baselbieter Kinder und Jugendlichen. Liestal: Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft.

Basel-Stadt

- Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, Abteilung Prävention (2012): Jugendgesundheitsbericht 2012. Die Gesundheit von Jugendlichen im Kanton Basel-Stadt. Basel: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, Abteilung Prävention.
- Statistisches Amt des Kantons Basel-Stadt (2012): Gesundheit Basel-Stadt. Basel: Statistisches Amt des Kantons Basel-Stadt.
- Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, Abteilung Prävention (2011): Bedarfsanalyse Migration und Gesundheit Basel-Stadt. Basel: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, Abteilung Prävention
- Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG Zürich, Gesundheitsdienst der Stadt Bern, Schulärztlicher Dienst der Stadt Zürich & Kinder- Jugendgesundheitsdienst Basel-Stadt (2011): Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich (Schuljahr 2009/10). Basel, Bern & Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG Zürich, Gesundheitsdienst der Stadt Bern, Schulärztlicher Dienst der Stadt Zürich & Kinder- Jugendgesundheitsdienst Basel-Stadt.
- Gesundheitsförderung und Prävention Basel-Stadt (2010): Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2010. Basel: Gesundheitsförderung und Prävention Basel-Stadt.
- Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG Zürich, Gesundheitsdienst der Stadt Bern, Schulärztlicher Dienst der Stadt Zürich & Kinder- Jugendgesundheitsdienst Basel-Stadt (2010): Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich (Schuljahr 2008/09). Basel, Bern & Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung

AG Zürich, Gesundheitsdienst der Stadt Bern, Schulärztlicher Dienst der Stadt Zürich & Kinder-Jugendgesundheitsdienst Basel-Stadt.

- Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG Zürich, Gesundheitsdienst der Stadt Bern, Schulärztlicher Dienst der Stadt Zürich & Kinder- Jugendgesundheitsdienst Basel-Stadt (2009): Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich (Schuljahr 2007/08). Basel, Bern & Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG Zürich, Gesundheitsdienst der Stadt Bern, Schulärztlicher Dienst der Stadt Zürich & Kinder-Jugendgesundheitsdienst Basel-Stadt.
- Gesundheitsförderung und Prävention Basel-Stadt (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2008. Basel: Gesundheitsförderung und Prävention Basel-Stadt.
- Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG Zürich, Gesundheitsdienst der Stadt Bern, Schulärztlicher Dienst der Stadt Zürich & Kinder- Jugendgesundheitsdienst Basel-Stadt (2008): Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich (Schuljahr 2006/07). Basel, Bern & Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG Zürich, Gesundheitsdienst der Stadt Bern, Schulärztlicher Dienst der Stadt Zürich & Kinder-Jugendgesundheitsdienst Basel-Stadt.

Bern

- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2010): Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.

Freiburg

- Direktion für Gesundheit und Soziales GSD (2012): Aktionsplan für Gesundheit und Prävention 2011-2015. Freiburg: Direktion für Gesundheit und Soziales GSD.
- SFM (2012): Besoins de promotion de la santé et de prévention pour la population issue de la migration à Fribourg, Neuchâtel et au Jura. SFM.
- Addiction Info Suisse, secteur recherche (2011): Enquête sur les comportements de santé des élèves de 11 à 15 ans. Une statistique descriptive des données de 2010 du canton de Fribourg. Lausanne: Addiction Info Suisse, secteur recherché.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2010). Gesundheit im Kanton Freiburg. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (Obsan Bericht 43). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2009): La santé des élèves de 11 à 15 ans dans le canton de Fribourg - Descriptif des données de l'Enquête HBSC 2006. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.

Genf

- OCTSTAT (2011): Les Genevois et leur santé. Enquête Suisse sur la santé 2007. Genève: OCSTAT.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2011): La santé en Suisse latine - Enquête suisse sur la santé 2007 (ESS07). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Statistique Genève (2009): Les personnes handicapées dans le canton de Genève. Genève: Statistique Genève.

Glarus

- Kanton Glarus (2013): Amtsbericht 2012 des Regierungsrates und der Gerichte an den Landrat des Kantons Glarus. Glarus: Kanton Glarus

Graubünden

- Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG Zürich (2012): BMI-Monitoring im Kanton Graubünden. Resultate zum Schuljahr 2011/12. Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG Zürich.
- Gesundheitsamt Graubünden (2011): Kenndaten 2011 Spitäler. Chur: Gesundheitsamt Graubünden

Jura

- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2011): La santé en Suisse latine - Enquête suisse sur la santé 2007 (ESS07). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- SFM (2012): Besoins de promotion de la santé et de prévention pour la population issue de la migration à Fribourg, Neuchâtel et au Jura. SFM.

Luzern

- Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern und Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2010). Gesundheit im Kanton Luzern. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und weiteren Erhebungen. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG Zürich (2010): Übergewicht im Kanton Luzern. Luzern: Kantonsärztliche Dienste Luzern, Fachstelle Gesundheitsförderung.

Neuenburg

- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2011): La santé en Suisse latine - Enquête suisse sur la santé 2007 (ESS07). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- SFM (2012): Besoins de promotion de la santé et de prévention pour la population issue de la migration à Fribourg, Neuchâtel et au Jura. SFM.

Nidwalden

keine Berichte

Obwalden

- Schulgesundheitsdienst Obwalden (2013): Bericht und Auswertungen Schulgesundheitsdienst 2012. Sarnen: Schulgesundheitsdienst Obwalden.
- Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG (2012): BMI-Monitoring im Kanton Obwalden. Resultate zum Schuljahr 2011/12. Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.

Schaffhausen

keine Berichte

Schwyz

- Departement des Innern des Kantons Schwyz in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel (2009): Gesundheit im Kanton Schwyz – Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007. Schwyz: Amt für Gesundheit und Soziales des Kantons Schwyz Kantonsärztlicher Dienst.

Solothurn

- Kanton Solothurn (2013): Sozialbericht 2013. Solothurn: Departement des Innern des Kantons Solothurn.

St. Gallen

- Public Health Services GmbH (2011): Bedarfsanalyse für eine migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention. St. Gallen: Kanton St. Gallen, Gesundheitsdepartement, Amt für Gesundheitsvorsorge.

Tessin

- Istituto di Comunicazione Pubblica e Istituto di Microeconomia e Economia Pubblica, Università della Svizzera Italiana und Servizio di promozione e valutazione sanitaria, Ufficio del Medico cantonale (2012): Modifiche di comportamenti a valenza preventive per le malattie cronico-degenerative nelle popolazione ticinese di 35-64 anni. Bellinzona: Istituto di Comunicazione

Pubblica e Istituto di Microeconomia e Economia Pubblica, Università della Svizzera Italiana und Servizio di promozione e valutazione sanitaria, Ufficio del Medico cantonale

- Ufficio del medico cantonale, Servizio di promozione e di valutazione sanitaria (2012): Benessere e salute dei giovani ticinesi - Abitudini Alimentari e di movimento dei giovani ticinesi. Principali risultati dell'indagine sulla salute dei giovani ticinesi tra gli 11 e i 15 anni nel 2010. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale, Servizio di promozione e di valutazione sanitaria.
- SAH Tessin (2011): Migrationsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung: Bedarfsanalyse zu den Programmen und Projekten im Bereich öffentliche Gesundheit im Kanton Tessin. Bellinzona: SAH Tessin.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2011): La santé en Suisse latine - Enquête suisse sur la santé 2007 (ESS07). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2009): In quattro su cinque ci sentiamo in buona salute: i primi risultati ticinesi dell'Indagine sulla salute 2007. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Thurgau

- Sucht Info Schweiz (2011): Befragung zum Gesundheitsverhalten von 11- bis 15-Jährigen Schülerinnen und Schülern des Kantons Thurgau – Deskriptive Statistik der 2010 erhobenen Daten des Kantons Thurgau. Lausanne: Sucht Info Schweiz.
- Dienststelle Statistik Thurgau (laufend): Gesundheitsindikatoren der Dienststelle Statistik des Kantons Thurgau. Frauenfeld: Dienststelle Statistik Thurgau.
- Departement für Finanzen und Soziales (2011): Kanton Thurgau Spitalplanung 2012 Versorgungs- und Strukturbericht mit Spitalisten ab 1. Januar 2012. Frauenfeld: Departement für Finanzen und Soziales.

Uri

- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2010). Gesundheit im Kanton Uri. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und weiterer Datenbanken (Obsan Bericht 41). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Waadt

- IUMSP, UEPP (2011): Migration et santé. Analyse de besoins dans le canton de Vaud. Lausanne: Université de Lausanne.
- Füglistler-Dousse, S. (2011): Evolution de la situation psychiatrique intra-muros dans le canton de Vaud de 2000 à 2009. Résultats de l'exploitation de la statistique médicale des hôpitaux et de la statistique administrative des hôpitaux (Obsan Dossier 19). Neuchâtel. Observatoire Suisse de la santé.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2011): La santé en Suisse latine - Enquête suisse sur la santé 2007 (ESS07). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Observatoire suisse de la santé et Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud (Eds, 2010): La santé dans le canton de Vaud. Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007 (Obsan rapport 46). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Wallis

- Walliser Gesundheitsobservatorium (2013): Le tabagisme chez les écoliers en Valais. Sitten: Walliser Gesundheitsobservatorium.
- Walliser Gesundheitsobservatorium (2012): Problèmes de santé des personnes âgées en institution en Valais. Sitten: Walliser Gesundheitsobservatorium.
- Walliser Gesundheitsobservatorium (2011): Prévalence et prévention de l'excès de poids chez les écoliers en Valais. Sitten: Walliser Gesundheitsobservatorium.
- Walliser Gesundheitsobservatorium (2010): Die Gesundheit der Walliser Bevölkerung 2010. Sitten: Walliser Gesundheitsobservatorium.
- Walliser Gesundheitsobservatorium (2009): La santé psychique en Valais - Analyse des données de l'ESS 2007 et comparaison avec les données de l'ESS 2002. Sitten: Walliser Gesundheitsobservatorium.
- Walliser Gesundheitsobservatorium (2009): La santé des écoliers (11-15 ans) dans le canton du Valais 1994-2006. Sitten: Walliser Gesundheitsobservatorium.

- Walliser Gesundheitsobservatorium (o.J.): Epidémiologie et prise en charge du cancer colorectal en Valais, 2006-2009. Sitten: Walliser Gesundheitsobservatorium.

Zug

- Gesundheitsdirektion, Gesundheitsamt, Gesundheitsförderung und Prävention (2013): Gesundheitsbefragung: Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum der Zuger Jugend (2010). Zug: Gesundheitsdirektion, Gesundheitsamt, Gesundheitsförderung und Prävention.
- Gesundheitsdirektion, Gesundheitsamt, Gesundheitsförderung und Prävention (2013): Gesundheitsbefragung: BMI, Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Zuger Jugend (2010). Zug: Gesundheitsdirektion, Gesundheitsamt, Gesundheitsförderung und Prävention.
- Gesundheitsdirektion, Gesundheitsamt, Gesundheitsförderung und Prävention (2013): Gesundheitsbefragung: Gesundheit und soziales Umfeld der Zuger Jugend (2010). Zug: Gesundheitsdirektion, Gesundheitsamt, Gesundheitsförderung und Prävention.
- Gesundheitsdirektion, Gesundheitsamt, Gesundheitsförderung und Prävention (2013): Gesundheitsbefragung: Gesundheitsverhalten von 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schülern im Kanton Zug (2010). Zug: Gesundheitsdirektion, Gesundheitsamt, Gesundheitsförderung und Prävention.
- Interface Politikstudien (2011): Bedarfsanalyse Migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Zug. Zug: Gesundheitsamt Kanton Zug.
- Interface Politikstudien (2011): Evaluation Erreichung vulnerabler Schweizer Gruppen im Programm „Gesundes Körpergewicht“ im Kanton Zug. Zug: Gesundheitsamt Kanton Zug.
- Kanton Zug, Gesundheitsdirektion (2010): Gesundheit im Kanton Zug. Ergebnisse der Zuger Gesundheitsbefragung und Massnahmen 2008. Alkohol. Zug: Gesundheitsdirektion.
- Kanton Zug, Gesundheitsdirektion (2010): Gesundheit im Kanton Zug. Ergebnisse der Zuger Gesundheitsbefragung und Massnahmen 2008. Gesundes Körpergewicht. Zug: Gesundheitsdirektion.
- Kanton Zug, Gesundheitsdirektion (2010): Gesundheit im Kanton Zug. Ergebnisse der Zuger Gesundheitsbefragung und Massnahmen 2008. Psychische Gesundheit. Zug: Gesundheitsdirektion.
- Kanton Zug, Gesundheitsdirektion (2010): Gesundheit im Kanton Zug. Ergebnisse der Zuger Gesundheitsbefragung und Massnahmen 2008. Tabak. Zug: Gesundheitsdirektion.
- Kanton Zug, Gesundheitsdirektion (2009): Gesundheitsversorgung im Kanton Zug. Wie zufrieden ist die Bevölkerung? Zug: Gesundheitsdirektion.

Zürich

- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (2012): Prävention Psychischer Erkrankungen. Grundlagen für den Kanton Zürich. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Observatorium Sport und Bewegung Schweiz c/o Lamprecht & Stamm Sozialforschung und Beratung AG (2010): Das Sportverhalten der Migrationsbevölkerung. Vertiefungsanalyse zu „Sport Kanton Zürich 2008“ und „Sport Schweiz 2008“. Zürich: Sicherheitsdirektion Kanton Zürich. Fachstelle Sport.
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (2009): Gesundheit aus Sicht der Zürcherinnen und Zürcher. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (2009): Krebs im Kanton Zürich Ein Bericht des Krebsregisters. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (2008): Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Anhang 2: Interviewleitfaden

Der folgende Leitfaden wurde ins Französische übersetzt und Ansprechpersonen in insgesamt 24 Kantonen per E-Mail zugeschickt. Die Auskunftspersonen hatten die Möglichkeit, die Fragen schriftlich (per E-Mail) oder mündlich anlässlich eines telefonischen Interviews zu beantworten.

1) Gesundheitsberichte

- 1a) Ist unsere Liste der Gesundheitsberichte¹⁶ vollständig oder sind uns Publikationen entgangen?
Falls ja: Könnten Sie uns die Titel der fehlenden Berichte angeben?
- 1b) Sind in der näheren Zukunft weitere Berichte geplant? Wenn ja: Welche?

2) Grundlagen und Erwartungen

- 2a) Auf welche gesetzlichen und konzeptionellen Grundlagen stützt sich die kantonale Gesundheitsberichterstattung?
- 2b) Welches sind die wichtigsten Datenquellen, welche für die kantonale Gesundheitsberichterstattung verwendet werden?
- 2c) Gibt es spezielle Vorgaben und Erwartungen bezüglich der Berichterstattung über die Migrationsbevölkerung und sozial benachteiligter Gruppen (z.B. Einkommensschwache, Langzeitarbeitslose, kinderreiche Familien etc.)?

3) Migrationsbevölkerung und soziale Benachteiligung in der Gesundheitsberichterstattung

- 3a) Unabhängig von allfälligen Vorgaben: Werden die Themen Migration und soziale Benachteiligung in der Gesundheitsberichterstattung berücksichtigt?
Wenn ja: In welcher Form? Aus welchen Gründen werden diese Themen speziell berücksichtigt (Motivation, besonderer Handlungsbedarf, politischer Druck...)?
Wenn nein: warum nicht?
- 3b) Stehen in Ihrem Kanton spezielle Datenquellen zur Verfügung, mit denen die Themen Migration, soziale Benachteiligung und Gesundheit untersucht werden können? Wenn ja: welche?

4. Perspektiven

- 4a) Sind in den nächsten Monaten und Jahren kantonale Datenerhebungen zur Gesundheit geplant? Falls ja: Welchen Stellenwert haben die Migrationsbevölkerung und sozial benachteiligte Gruppen in diesen Datenerhebungen?
 - 4b) Sind spezielle Anstrengungen zur (stärkeren) Berücksichtigung der Themen Migration und soziale Benachteiligung in der Gesundheitsberichterstattung geplant? Wenn ja: welche?
 - 4c) Unter welchen Umständen können Sie sich vorstellen, in der Gesundheitsberichterstattung stärker auf diese Themen einzugehen? Welche Form der Unterstützung würden Sie benötigen, um dies zu tun?
-

¹⁶ Die Liste der gefundenen Berichte wurde dem Mail beigelegt.