

Peter Voll
Chantal Wyssmüller

**Indikatorensatz zur Erfassung des
Migrationshintergrundes
in schweizerischen Gesundheits-
datenerhebungen**

Teil II – Schlussbericht

November 2009

Auftraggeber : Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Vertrag Nr. 09.003119 / 704.0001 / -298

© 2009 SFM

SFM - Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population

Rue St-Honoré 2 • CH-2000 Neuchâtel

Tél.: +41 32 718 39 20 • Fax: +41 32 718 39 21 • secretariat.sfm@unine.ch • www.migration-population.ch

L'institut SFM est associé à la Maison d'analyse des processus sociaux (MAPS) • www.unine.ch/maps

Inhalt

Zusammenfassung	4
1 Einleitung	11
2 Dimensionen des Migrationshintergrunds: Theoretisches Modell und empirische Dimensionierung	13
3 Empirische Erklärungsmodelle	15
3.1 Daten und Methoden	15
3.2 Gesundheitsindikatoren	16
3.3 Gesundheitsdeterminanten (Migrations- und Integrationsindikatoren)	17
3.4 Die Indikatorengruppen im Vergleich	28
3.5 Die Erklärungskraft einzelner Variablen	30
3.6 Mindestindikatoren aus empirischer Sicht	30
4 Vorschlag Mindestindikatorensatz für Gesundheitsbefragungen	31
4.1 Theoretischer Hintergrund: Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen Migration und Gesundheit	32
4.2 Von der Theorie zur Operationalisierung	33
4.3 Vorgaben international und national	35
4.4 Theoriegeleitete Umgrenzung der <i>Personen mit Migrationshintergrund</i> im Schweizer Kontext	37
4.5 Vorschlag Mindestindikatoren und Frageablauf	39
4.5.1 Befragung von Erwachsenen	39
4.5.2 Befragung von Kindern und Jugendlichen	45
5 Minimalanforderungen an Stichproben	49
Bibliographie	51
Anhang	57

Zusammenfassung

Ausgangslage und Ziel der Arbeit

Zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten belegen, dass ein Migrationshintergrund vielfältige gesundheitliche Auswirkungen haben kann. Allerdings ist bisher nur ungenügend untersucht – auch aufgrund einer schlechten Datenlage, die solches häufig verunmöglicht – *wie genau* ein Migrationshintergrund auf die Gesundheit wirkt.

Um die Erforschung dieser Zusammenhänge zu ermöglichen wird in der Schweiz – wie in anderen Einwanderungsländern Europas – das Ziel verfolgt, die Erfassung des Migrationsstatus in Gesundheitsdatenerhebungen zum Standard zu machen. Dies ist Voraussetzung dafür, dass Gesundheitsdaten migrationssensibel ausgewertet werden können. Mittels der Querschnittmassnahme *Mainstreaming Migration* im Rahmen der Bundesstrategie *Migration und Gesundheit 2008-2013* (vgl. BAG 2007) wird konkret auf dieses Ziel hingearbeitet.

Ein theoretisch fundierter und soweit möglich auch empirisch abgestützter Vorschlag für einen entsprechenden Mindestindikatorensatz – d.h. einen Satz von Indikatoren eines Migrationshintergrunds, die in Gesundheitsdatenerhebungen mindestens erhoben werden müssten – kann den Verantwortlichen bei der Umsetzung dieser Massnahme dienlich sein. Das primäre Ziel der vorliegenden Studie war es, einen solchen Mindestindikatorensatz vorzuschlagen.

Forschungsansatz und Vorgehen

Die Entwicklung des vorgeschlagenen Mindestindikatorensatzes erfolgte von zwei Seiten her:

Zum Einen wurden aus theoretischer Perspektive *Definitoren* eines Migrationshintergrundes bestimmt. Um die internationale Vergleichbarkeit der im nationalen Setting erhobenen Daten zu gewährleisten wurden dabei auch internationale Vorgaben berücksichtigt. Zum anderen wurden mit einer Re-Analyse der Daten aus dem ersten Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (GMM), die (migrationsspezifischen) Indikatoren sozialer Integration ermittelt, denen mit Blick auf Gesundheitsoutcomes die grösste Erklärungskraft zukommt. Auf diese Weise lassen sich die unter theoretischen Gesichtspunkten relevanten Variablen in eine empirisch gestützte Prioritätenfolge bringen.

Abgerundet wurde die Studie durch grundsätzliche Überlegungen zur minimalen Grösse einer MigrantInnen-Stichprobe im Rahmen einer Gesundheitsbefragung.

Empirischer Teil: Eruierung erklärungskräftiger Integrationsindikatoren

→ Kapitel 2 + 3

Wie ein Migrationshintergrund genau auf die Gesundheit wirkt ist bisher ungenügend erforscht. Es stellt sich etwa die Frage, vermittelt über welche (bekannten) Gesundheitsdeterminanten (z.B. sozioökonomischer und rechtlicher Status, soziale Integration etc.) sich die Migrationserfahrung wie stark auf die Gesundheit von MigrantInnen auswirkt. Mit anderen Worten: Inwiefern beeinflusst eine Migrationsbiographie zum Beispiel das Haushaltseinkommen oder die Einbettung der betroffenen Person in soziale Netzwerke, d.h. Faktoren, welche dann ihrerseits die Gesundheit der Betroffenen wesentlich (mit)bestimmen?

Im ersten, empirischen Teil der vorliegenden Studie wird die Frage nach der vermittelnden Rolle von *Indikatoren der sozialen Integration von MigrantInnen* zu beantworten gesucht. In einem ersten Schritt wurde eruiert, welche Indikatoren die soziale Integration von MigrantInnen am besten abbilden. In einem zweiten Schritt ging es darum herauszufinden, in welchem Ausmass die so gemessene soziale Integration – im Zusammenspiel mit biographiespezifischen Indikatoren – einzelne Gesundheitsdimensionen beeinflusst.

Ziel dieses empirischen Teils war also, anhand von Re-Analysen der GMM-Daten

- die wichtigsten Indikatoren sozialer Integration von MigrantInnen zu identifizieren
- die Erklärungskraft dieser Integrationsindikatoren mit Blick auf ausgewählte Gesundheitsoutcomes¹ bei MigrantInnen empirisch zu ermitteln und mit derjenigen biographiespezifischer Indikatoren eines Migrationshintergrunds in Beziehung zu setzen.

Ergebnisse

Zunächst wurde deutlich, dass in einer empirischen Forschungsstrategie zur Untersuchung der Gesundheit von MigrantInnen immer sowohl Indikatoren der allgemeinen Gesundheitsdeterminanten (etwa *Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen, Zivilstand*) wie auch spezifische Indikatoren der Biographie und Situation von Menschen mit Migrationserfahrung – im Sinne von *Definitoren eines Migrationshintergrundes* – erfasst werden müssen. Nur so lassen sich Fehlattribuierungen und verkürzte Schlüsse vermeiden.

Mit Bezug auf die erste Forschungsfrage erwies sich aufgrund der GMM-Daten die Variable *lokalsprachliche Kompetenzen* als der aussagekräftigste Indikator sozialer Integration.

Hinsichtlich der zweiten Forschungsfrage zeigte sich, dass im Falle mehrerer der untersuchten Gesundheitsdimensionen die biographiespezifischen Indikatoren eines Migrationshintergrundes, wie etwa die *Dauer des Aufenthalts* in der Schweiz oder die *Erfahrung von Gewalt*, zwar zur Erklärung beitragen, dass jedoch Indikatoren der sozialen Integration – insbesondere *lokalsprachliche Kompetenzen* – sowie Anomie-Indikatoren (*Gefühl*

¹ Subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands, Vorliegen von somatischen Beschwerden sowie chronischer Gesundheitsprobleme, funktionale Beeinträchtigung im Alltag, Body Mass Index und Rauschtrinken.

der Heimatlosigkeit, Diskriminierungserfahrung) beträchtliche eigenständige Erklärungskraft aufweisen. Die Migrationsbiographie wirkt sich im Allgemeinen auf die die Gesundheit aus, wenn und soweit sie die Integration beeinflusst.

Das Ergebnis dieser empirischen Analysen, die in Kapitel 3 des vorliegenden Berichts detailliert beschrieben sind, kann als Grundlage dienen für den Entscheid, welche migrationspezifischen Indikatoren – abgesehen von theoretisch notwendigen Definitoren eines Migrationshintergrundes, wie sie in Kapitel 4 entwickelt wurden – in zukünftigen Gesundheitsbefragungen mit Vorteil zu erheben wären.

Herleitung und Vorschlag eines Mindestindikatorensatzes

→ Kapitel 4

Vor diesem Hintergrund wurde die Entwicklung eines Mindestindikatorensatzes zur Erfassung des Migrationshintergrundes in Schweizer Gesundheitsbefragungen² aus theoretischer Perspektive und unter Berücksichtigung internationaler und nationaler Vorgaben angegangen.

Aus theoretischer Sicht kann ein Migrationshintergrund verstanden werden als eine Lebenssituation, die durch die eigene oder die Migrationserfahrung enger Familienangehöriger geprägt ist (Schenk 2007). So definiert ist *Migrationshintergrund* ein umfassender Begriff und die damit umgrenzte Bevölkerung in sich entsprechend heterogen. Die in Befragungen zu erhebenden Definitoren eines Migrationshintergrundes müssen darum gewährleisten, dass für die Analyse eine dem Schweizer Kontext angemessene innere Differenzierung der Migrationsbevölkerung möglich ist.

Aus theoretischer Sicht unabdingbar bzw. weitgehend (inter)nationaler Standard ist es insbesondere, folgende Untergruppen unterscheiden zu können:

- MigrantInnen der ersten Generation vs. Angehörige der zweiten Generation:
- Personen mit einseitigem Migrationshintergrund (aus binationalen Familien) vs. Personen mit beidseitigem Migrationshintergrund
- Personen ausländischer (d.h. nicht-schweizerischer) Staatszugehörigkeit vs. Personen mit schweizerischer Staatszugehörigkeit seit Geburt vs. Personen, die im Verlauf ihres Lebens eingebürgert worden sind.

Ausgehend davon und unter Berücksichtigung auch erhebungspraktischer Anforderungen wurden zunächst die unabdingbaren Definitoren eines Migrationshintergrunds festgelegt, wie sie im Rahmen der Befragung erwachsener Personen im Schweizer Kontext zukünftig mit Vorteil erhoben werden sollten. Mit Bezug auf die Ergebnisse aus Kapitel 3 wird zudem empfohlen, diese Kernmerkmale in Gesundheitserhebungen mit bestimmten weiteren Variablen zu ergänzen.

² Mit Zielpublikum Allgemeinbevölkerung.

Ergebnisse

Der auf diese Weise entwickelte **Vorschlag eines Mindestindikatorensatzes zur Erhebung eines Migrationshintergrundes in Schweizer Gesundheitsbefragungen** stellt sich wie folgt dar:

A) Befragung von erwachsenen Personen (→ Kapitel 4.5.1)

Bei allen Befragten zu erfassen

Geburtsland der befragten Person: Gibt Hinweise auf den kulturellen Referenzrahmen der Person und ermöglicht eine Unterscheidung zwischen erster und zweiter Generation anhand des Geburtslandes.

Geburtsland des Vaters und der Mutter: Gibt Hinweise auf den kulturellen Referenzrahmen der Person und ermöglicht insbesondere die theoretisch wichtige und empirisch gestützte Unterscheidung von Personen mit ein- bzw. beidseitigem Migrationshintergrund.

Staatsangehörigkeit(en) zum Zeitpunkt der Erhebung: Ermöglicht die Unterscheidung zwischen Personen schweizerischer und nicht schweizerischer Staatsangehörigkeit.

Bei im Ausland geborenen Personen zu erfassen

Zeitpunkt des (letzten) Zuzugs in die Schweiz: Ermöglicht die Errechnung der Aufenthaltsdauer im Zielland sowie (in Kombination mit dem Geburtsdatum) des Alters der Person beim (letzten) Zuzug in die Schweiz.

Bei nicht schweizerischen Staatsangehörigen zu erfassen

Typ der Aufenthaltsbewilligung: Ermöglicht einerseits die Unterscheidung zwischen Personen in der rechtlichen Situation eines befristeten oder aber eines unbefristeten Aufenthalts. Ermöglicht andererseits bis zu einem gewissen Grad auch eine Typisierung der Einwanderung.

Bei schweizerischen Staatsangehörigen zu erfassen

Zeitpunkt und Art des Erwerbs der Schweizer Staatsangehörigkeit: Ermöglicht die Unterscheidung zwischen SchweizerInnen seit Geburt und eingebürgerten Personen.

Angesichts der empirisch gewonnenen Erkenntnisse (Kapitel 3) wird zudem empfohlen, in Gesundheitsbefragungen bei Erwachsenen **auch die folgenden Indikatoren zu erfassen:**

Bei im Ausland geborenen Personen

Migrationsgrund (insbesondere Erfahrung von Gewalt): Je nach Forschungsinteresse und Fragestellung kann dieser Indikator hohe Erklärungskraft haben. Zudem kann er eine Typisierung der Einwanderungsgruppen nach Migrationsmotiven ermöglichen.

Bei allen befragten Personen

Muttersprache: Ermöglicht Feststellung, ob die als Muttersprache angegebene Sprache der/einer offiziellen Amtssprache am Wohnort entspricht.

Bei Personen, deren Muttersprache nicht der offiziellen Sprache am Wohnort entspricht

(Selbst- oder fremdeingeschätzte) lokalsprachliche Kompetenzen: Variable mit beträchtlicher Erklärungskraft in Bezug auf wichtige Gesundheitsindikatoren.

Entfremdung/Anomie, Sense of coherence: Die empirischen Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten darauf hin, dass auch diese Indikatoren im Falle von MigrantInnen beträchtliche Erklärungskraft in Bezug auf wichtige Gesundheitsindikatoren haben. Für die Erhebung dieser Indikatoren kommen zwei Möglichkeiten in Frage:

Verwendung validierter Indikatoren/Skalen: Unter theoretischem Gesichtspunkt ist es nicht zwingend, diese Indikatorengruppe migrationspezifisch zu konzipieren. Es könnten auch allgemein verwendete Skalen zur Anwendung kommen, was den Ablauf der Befragung vereinfachen und eine gemeinsame Modellierung der Gesundheitsdeterminanten bei Zugewanderten und Einheimischen erlauben würde. Allerdings wäre im Vorfeld – idealerweise im Rahmen eines zweiten GMM – zu testen, wie gross die gemeinsame Varianz der migrationspezifischen Indikatoren wie sie in der ersten GMM-Befragung verwendet wurden (Gefühl der Heimatlosigkeit, Diskriminierungserfahrung, vgl. Anhang 3) mit den gemeinhin verwendeten Anomie- bzw. Kontrollüberzeugungsskalen (wie sie etwa in der SGB zur Anwendung kommen) ist. Nur wenn diese ein gewisses Mass überschreitet, liesse sich auf die migrationspezifischen Indikatoren verzichten.

Verwendung der migrationspezifischen Indikatoren aus GMM I (Gefühl der Heimatlosigkeit bzw. Diskriminierungserfahrung): Diese Variante böte sich für den Fall an, dass sich aufgrund des oben vorgeschlagenen Tests die Verwendung allgemeiner Indikatoren nicht empfehlen würde.

B) Befragung von Kindern/Jugendlichen (Kapitel 4.5.2)

Im Bericht wird auf Besonderheiten hingewiesen, die bei einer mündlichen oder schriftlichen Befragung von Kindern/Jugendlichen zu berücksichtigen sind, und ein Mindestindikatorensatz vorgeschlagen, welcher an diese spezielle Erhebungssituation angepasst ist:

Geburtsland: Gibt Hinweise auf den kulturellen Referenzrahmen des Kindes/Jugendlichen und ermöglicht eine Zuordnung zur ersten oder zweiten Generation anhand des Geburtslandes.

Einreisezeitpunkt: Ermöglicht die Errechnung der Aufenthaltsdauer im Zielland sowie (in Kombination mit dem Geburtsdatum) des Alters des Kindes/Jugendlichen beim Zuzug in die Schweiz.

Geburtsland von Mutter und Vater: Gibt Hinweise auf den kulturellen Referenzrahmen des Kindes/Jugendlichen und ermöglicht die theoretisch wichtige und empirisch gestützte Unterscheidung zwischen ein- und beidseitigem Migrationshintergrund.

Zu Hause gesprochene Sprachen (optional)

Minimalanforderungen an Stichproben

→ Kapitel 5

In Kapitel 5 des vorliegenden Berichts werden schliesslich Überlegungen zur Mindestgrösse der verschiedenen MigrantInnen-Stichproben im Rahmen von Gesundheitsbefragungen angestellt. Diese minimalen Stichprobengrössen sind erforderlich, damit eine statistisch gültige migrationssensible Datenauswertung erfolgen kann.

Ergebnisse

Unter Vorgabe statistischer Standards (Konfidenzintervall von $\pm 5\%$) wären bei einer Netto-Stichprobe von 12'000, wie sie für die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (SGB) gezogen wurde, nur gerade die vier grössten Migrantenpopulationen (Personen mit italienischem, deutschem und portugiesischem Bürgerrecht, dazu Personen aus Serbien und Montenegro zusammen genommen) in ausreichender Grösse vertreten.

Auf der Basis des GMM 2005 lässt sich die minimale Stichprobengrösse für Unterschiedsaussagen zu einzelnen Gesundheitsdimensionen auch empirisch abschätzen. Danach würden folgende Gruppengrössen genügen, um wenigstens eine Gruppe korrekt von den andern abzuheben und somit zumindest die grössten Unterschiede zu identifizieren:

Indikator	Stichprobengrösse bei Power 90% (aufgerundet)	abweichende Herkunftsgruppe
subjektive Gesundheit	100	Kroaten
Zwei und mehr Beschwerden in den letzten Wochen	170	Kroaten
Chronische Beschwerden	100	Tamilen
Funktionale Beeinträchtigung	120	Bosnier
BMI	90	Ex-Jugoslawien
Rauschtrinken	125	Portugiesen

1 Einleitung

Wie anderswo (Mladovsky 2007; Solé-Auró und Crimmins 2008) stehen auch in der Schweiz Migrantinnen und Migranten – oder genauer: gewisse Gruppen von Zugewanderten – gesundheitlich in vieler Hinsicht schlechter da als die autochthone Bevölkerung. Mag die Mortalität auch (immer noch³) geringer sein so ist die Morbidität im Allgemeinen höher, mit Ausnahme insbesondere cardio- und cerebrovaskulärer Krankheiten sowie des Mammakarzinoms (Efionayi-Mäder und Wyssmüller 2009; Gbadinho et al. 2007; Wyssmüller et al. 2009).

Epidemiologisch sind die gesundheitlichen Differenzen inzwischen recht gut belegt; was dagegen weitgehend fehlt, sind allgemeine Modelle, die einen kausalen Bezug zwischen Migration oder Migrationshintergrund auf der einen und dem Gesundheitszustand auf der andern Seite herstellen (Ledermann et al. 2006; Razum 2007; Wyssmüller et al. 2009). Es ist heute zwar bekannt und wissenschaftlich reich dokumentiert, dass *Migration*⁴ und *soziale Integration*⁵ mit Gesundheit in Zusammenhang bzw. z.T. in Wechselwirkung stehen. Wie dieser Zusammenhang jedoch zustande kommt, d.h. über welche Gesundheitsdeterminanten⁶ er vermittelt wird, ist noch nicht genügend untersucht worden. Ein Modell zur kausalen Erklärung des Zusammenhangs zwischen Migrationshintergrund und Gesundheit müsste insbesondere zwischen „echten“ Migrationseffekten (einmal angenommen, dass derartige Effekte bestehen) und den Effekten anderer, allgemeiner Art unterscheiden, die wie Bildung und Sozialstatus mit Migration zwar korrelieren, konzeptuell aber

³ Für dieses Faktum wird zum einen der *Healthy Migrant* - Effekt verantwortlich gemacht, d.h. der Umstand, dass Arbeitsmigranten primär junge, gesunde Männer sind (Weiss 2003). Dazu kommt andererseits, dass alternde oder kranke Migrantinnen und Migranten vielfach ins Herkunftsland zurückkehren. In beiden Hinsichten ist eine geringere Mortalität somit das Ergebnis eines Selektionsprozesses bzw. einer dadurch verzerrten, auf das Land des temporären Aufenthalts beschränkten Beobachtung und von der zeitlichen Entwicklung der Zu- und Abwanderung abhängig.

⁴ Vgl. etwa (BAG 2007; Davies et al. 2009; Efionayi-Mäder und Wyssmüller 2009; Gbadinho et al. 2007; Gijón-Sánchez et al. 2009; Ingleby 2008; MacKay et al. 2003; Mladovsky 2007; Razum 2008; Schenk 2007; Weiss 2003)

⁵ Vgl. etwa (Bauer 2008; Ingleby et al. 2005; Marschalck und Wiedl 2005; Mielck 2000; Siegrist und Marmot 2006; Smith und Christakis 2008; Weiss 2003)

⁶ Als Hauptdeterminanten der Gesundheit gelten neben biologischen Faktoren wie dem Alter und dem Geschlecht vor allem Bildung, Arbeit und Einkommen sowie das sozial-räumliche Umfeld (Meyer 2008).

auf einer andern Ebene liegen. Nur unter dieser Bedingung ist es auch empirisch möglich, Migrationseffekte gegenüber andern Gesundheitsdeterminanten abzugrenzen.

Der vorliegende, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG verfasste Bericht hat zum Ziel, die Grundlagen für eine derartige Unterscheidung von zwei Seiten her zu legen:

- *konzeptuell*, indem er ein allgemeines Modell des Zusammenhangs von Migration und Gesundheit skizziert und den Begriff von Migration bzw. Migrationshintergrund mit Bezug auf dieses Modell bestimmt;
- *empirisch*, indem er anhand des Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung 2005 (GMM) mögliche Migrationsindikatoren bestimmt und damit die Variablen des Modells so operationalisiert, dass sie in allgemeinen Bevölkerungsumfragen verwendet werden können. Forschungspraktisch soll dadurch ein Vergleich mit der autochthonen Bevölkerung ermöglicht werden, politisch-praktisch dagegen ein übergreifendes Monitoring der Gesundheit, bei dem die Mechanismen sichtbar werden, welche allfällige gesundheitliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen erzeugen. Im Blick auf diese Verwendung in allgemeinen Bevölkerungsumfragen kann es dabei nur um ein Minimalset von Indikatoren gehen, das die relevanten Zusammenhänge auf möglichst ökonomische Weise abzubilden erlaubt.

Inhaltlich führt der Bericht ein vorangehendes Projekt weiter (Zuchuat und Voll 2009), das vom selben Modell und derselben Datenbasis ausgehend Dimensionen des Migrationshintergrunds ermittelt hat. Entsprechend werden im Folgenden zunächst die Ergebnisse dieses ersten Projekts referiert (2) und anhand des bislang umfassendsten schweizerischen Datensatzes über die Gesundheit der Migrationsbevölkerung validiert (3). Als Konsequenz daraus wird in Kapitel 4 ein modulares Indikatorenset vorgeschlagen, zu dessen Anwendungsbedingungen abschliessend (5) einige allgemeine Überlegungen angestellt werden.

2 Dimensionen des Migrationshintergrunds: Theoretisches Modell und empirische Dimensionierung⁷

Stellt man, in Anschluss an eine lange gesundheitssoziologische Tradition (Berkman et al. 2000; Ingleby et al. 2005; Marschalck und Wiedl 2005; Smith und Christakis 2008; Weiss 2003), die Korrelation zwischen sozialer Integration und Gesundheit in den Vordergrund, so wird man soziale Beziehungen unterschiedlicher Art betrachten müssen, nämlich

- interpersonale Nah-Beziehungen („strong ties“), welche die Bildung und Aufrechterhaltung stabiler Identität erlauben,
- und
- Beziehungen zu weiter entfernten Personen („weak ties“ im Sinne von Granovetter 1973), die als Ressourcen fungieren.

Aus dem Zusammenspiel dieser beiden Dimensionen sozialer Integration ergibt sich die für die Aufrechterhaltung der Gesundheit zentrale Handlungsfähigkeit oder „Agency“ (Giddens 1984) einer Person. Die in der Literatur hauptsächlich erwähnten psycho-sozialen Faktoren lassen sich denn auch unschwer unter diese drei Kategorien – starke und schwache Beziehungen und individuelle Handlungsfähigkeit – subsumieren:

- Integration (oder Desintegration) in familiäre und (sub-)kulturelle Netzwerke („strong ties“) und darüber vermittelt
 - gesundheits- (oder allgemein körper-) bezogene Wertvorstellungen und die daraus abgeleiteten Präferenzen
 - Gesundheits- und Reproduktionsverhalten (Ernährung, Sexualität, Sport, Benutzung von mechanischen Hilfs- und Transportmitteln)
 - allgemeines Systemvertrauen, spezifisches Vertrauen in das Gesundheitssystem
- gesellschaftliche Integration im Sinne der Verfügung über „weak ties“, darüber vermittelt insbesondere der Zugang zum Gesundheitssystem
- die persönlichen Kompetenzen im Umgang mit der gesundheitsrelevanten Umwelt

⁷ Vgl. zum Folgenden Zuchuat und Voll (2009).

- kommunikativ-sprachliche Fähigkeiten
- allgemeines Wissen und Lernfähigkeit
- Gesundheitskompetenz⁸ („health literacy“).

Zu diesen personenbezogenen Faktoren gesellen sich Systemfaktoren wie die Zugänglichkeit des Gesundheitssystems für verschiedene Gruppen und seine Offenheit für unterschiedliche Bedürfnisse.

Ausgehend von diesen allgemeinen Überlegungen und in Anlehnung an Schenk (Schenk 2007; Schenk et al. 2006a) haben Zuchuat und Voll (2009) ein Modell der gesundheitsrelevanten Aspekte der Integration vorgeschlagen, das die allgemeinen Determinanten der Gesundheit systematisch mit Biographie und aktueller Situation der Migrantinnen und Migranten in Verbindung bringt (vgl. dazu Anhang 1). Methodologisch basiert das Modell somit auf dem Prinzip, dass die oft beobachteten „Migrationseffekte“ über allgemeine, für alle geltende Mechanismen vermittelt sind. In eine empirische Forschungsstrategie übersetzt bedeutet dies, dass beide, allgemeine Determinanten wie die besondere Situation und Biographie der Migranten, gemeinsam erfasst werden müssen, um Kurzschlüsse und Fehlattribuierungen zu vermeiden.

Um die geeigneten und wichtigsten Indikatoren der Hauptdimensionen sozialer Integration von MigrantInnen zu identifizieren, haben Zuchuat und Voll (2009) die Daten des Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung 2005 einer Dimensionsanalyse nach dem allgemeinen Modell der Faktorenanalyse für gemischte (kategoriale und metrische) Daten (Escofier und Pagès 2008) unterworfen. Dabei konnten zwei Dimensionen von Integration aufgewiesen werden:

- *kulturelle Identität*, gemessen insbesondere an Sprachkompetenz und -Gebrauch sowie an Zugehörigkeits- im Gegensatz zu Fremdheitsgefühlen
- *soziale Unterstützung*, gemessen an der Existenz von Vertrauenspersonen in der Schweiz.

Mit diesen beiden Dimensionen auf komplexe Weise und durch das gewählte faktorenanalytische Verfahren nicht immer aufklärbare Weise verbunden sind Elemente

⁸ Vgl. etwa Sommerhalder und Abel (2007).

- der *Migrationsbiographie*: Migrationsmotiv, Dauer des Aufenthalts, Status
- der *Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem*, in denen sich Integration/Fremdheit sowohl in der Verständigung mit dem Personal wie in Gefühlen der (Nicht-)Diskriminierung spiegelt.

Die Erklärungskraft dieser Variablen bzw. Integrationsdimensionen für den Gesundheitszustand soll im Folgenden empirisch ermittelt werden. Dem Vorgehen liegt eine Serie von Hypothesen im Sinn des skizzierten allgemeinen Modells zugrunde, dass die ausgewählten migrationsbezogenen Integrationsindikatoren im Verbund und im Vergleich mit andern Integrations- und Statusvariablen den Gesundheitszustand zu erklären oder vorausszusagen erlauben. Je höher die relative Erklärungs- oder Prädiktionskraft eines einzelnen Indikators ist und je besser das Modell als ganzes durch die Einführung einer Variable oder einer Variablengruppe wird, desto wichtiger ist der Einschluss der betreffenden Variablen in den Mindestindikatorensatz.

3 Empirische Erklärungsmodelle

3.1 Daten und Methoden

Wie schon das Vorgängerprojekt beruhen auch die Erklärungsmodelle auf den Daten der Module II und III des Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung (GMM). Modul II umfasst die ständige ausländische Wohnbevölkerung aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien (Serbien-Montenegro, Kroatien, Bosnien Herzegowina), aus Portugal, der Türkei und Sri Lanka. Modul III betrifft Asylsuchende aus Sri Lanka und dem Kosovo, die sich seit mindestens 12 Monaten in der Schweiz aufhalten. Die Befragung fand 2005 statt und umfasste insgesamt 3024 Personen der Geburtsjahrgänge 1930 – 1989.⁹

Die im Folgenden berechneten Modelle folgen der Logik der sogenannten multiplen Regression. Dabei wird der Wert einer zu erklärenden Variablen aufgrund der Werte mehrerer erklärender Variablen vorausszusagen versucht. Im einfachsten Fall der linearen Regression lässt sich die Beziehung mit der Funktion

⁹ Modul I des GMM ist identisch mit der Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB 2002. Da dieses Modul nicht alle hier interessierenden Variablen enthält, mussten die Berechnungen auf die Module II und III beschränkt werden.

$$y = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n + e$$

beschreiben. Dabei stellt y die zu erklärende („abhängige“) Variable – in unserem Fall also den Gesundheitszustand – dar, $x_1 - x_n$ dagegen die n erklärenden Variablen, z.B. das Geschlecht oder die Migrationsindikatoren. Die gesuchten $b_1 - b_n$ beschreiben dann die Beziehung zwischen y und den jeweiligen $x_1 - x_n$ unter Berücksichtigung des Zusammenhangs mit den jeweils andern x -Variablen, d.h. gewissermassen den Nettoeffekt. Die b -Parameter geben an, in welchem Ausmass y grösser oder kleiner wird, wenn das jeweilige x um eine Einheit wächst und die andern x konstant gehalten werden. e repräsentiert den Fehler, d.h. das Ausmass, indem der geschätzte Wert vom beobachteten Wert abweicht. In den untenstehenden Modellrechnungen (Tabellen 1-6) steht dafür das komplementäre Mass R^2 , d.h. der Anteil der erklärten Varianz. Je Grösser dieser Anteil, desto genauer kann der Wert der abhängigen Variablen vorausgesagt werden, desto besser ist also das Modell.

3.2 Gesundheitsindikatoren

Als y -Variable werden im Folgenden sechs verschiedene *Dimensionen des Gesundheitszustandes* und seiner Determinanten ausgewählt.¹⁰ Die Auswahl orientiert sich an den Gesundheits-Mindestindikatoren¹¹ im Rahmen des statistischen Systems der EU (vgl. Europäische Kommission 2009b):

- die *subjektive Einschätzung* des eigenen Gesundheitszustandes
- das Vorliegen von zwei und mehr *somatischen Beschwerden* in den vier Wochen vor der Befragung
- das Vorliegen *chronischer Probleme*, welche die alltäglichen Aktivitäten seit mehr als einem Jahr beeinträchtigen
- eine *funktionale Beeinträchtigung* im Sinne der Unfähigkeit, alltägliche Verrichtungen (aufstehen, sich kleiden, essen) selbständig vorzunehmen
- Body-Mass-Index *BMI*
- *Rauschtrinken*, d.h. mindestens monatlicher Konsum von 6 und mehr Einheiten Alkohol (entsprechend ca. 60g) an einem Tag.

¹⁰ Frageformulierung und Dokumentation der Indikatoren in Anhang 2.

¹¹ MEHM = Minimum European Health Module. Es besteht aus 3 Kernvariablen (*perceived health, chronic illness, limitation*), die in allen EU-Gesundheitsumfragen oder Umfragemodulen erhoben werden sollen (European Commission und EUROSTAT 2007).

Von diesen sechs Variablen erfüllen allerdings nur 2 (subjektive Gesundheit und BMI) die Voraussetzungen, um als Kriteriumsvariable y in einer linearen Regression eingesetzt zu werden. Für die andern vier Variablen kommt das Verfahren der logistischen Regression zum Einsatz. Diese schätzt die Wahrscheinlichkeit, dass eine dichotome Variable (z.B. „hat chronische Probleme“ =1 / „hat keine chronischen Probleme“ =0) den Wert 1 annimmt. Die technischen Details können hier nicht erläutert werden, die Resultate lassen sich aber ähnlich wie bei der linearen Regression interpretieren.

3.3 Gesundheitsdeterminanten (Migrations- und Integrationsindikatoren)

Die sogenannten unabhängigen Variablen werden in vier Blöcken eingeführt:

1. Basismodell: Dieses umfasst als Indikatoren für Status und Lebenslage die « klassischen » Gesundheitsdeterminanten, deren Zusammenhang mit der Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung als bekannt gilt:

- Alter¹²
- Geschlecht
- höchste erreichte Stufe formaler Bildung¹³
- das Haushaltseinkommen¹⁴

¹² Um die bekannten nicht-linearen Zusammenhänge abbilden zu können, wird das Alter mit einem linearen und einem quadratischen Term in die Gleichung eingeführt. Der negative quadratische Effekt in nahezu allen Modellen bedeutet, dass der Wert bzw. die Wahrscheinlichkeit der betreffenden Zielvariablen zunächst zu- und dann wieder abnimmt. Je nach dem Grössenverhältnis zum linearen Term kann sich darin aber auch bloss eine Abschwächung der Zunahme mit steigendem Alter ausdrücken.

¹³ Die Ausbildung konnte für eine relevante Gruppe von Befragten ($n=510$) nicht rekonstruiert werden. Diese Gruppe wird gesondert ausgewiesen („unbekannt“). Wie zu sehen sein wird, unterscheidet sie sich gesundheitlich nicht wesentlich von der Gruppe ohne (überobligatorische) Ausbildung.

¹⁴ Es wird das sogenannte Äquivalenzeinkommen eingesetzt, welches das gesamte Einkommen durch die gewichtete Zahl der Personen dividiert. Erwachsene werden ab der zweiten Person mit dem Faktor 0.5 gewichtet, Kinder mit 0.3. Zumindest in Bezug auf chronische Probleme und funktionale Beeinträchtigung kann allerdings ein zirkulärer Zusammenhang nicht ausgeschlossen werden: das Einkommen der betroffenen Person, und darüber vermittelt dasjenige des Haushalts, hängt wenigstens ebenso von der Gesundheit der Person ab wie umgekehrt die Gesundheit vom Einkommen. Zu beachten ist ausser-

- sowie das Bestehen einer festen Partnerschaft

Zusätzlich wird bereits auf dieser Stufe die Variable „Herkunft“ berücksichtigt, auch um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Stichprobe stratifiziert ist.¹⁵ Definiert wird die Herkunft über die erste Nationalität der Eltern, wobei Kinder aus binationalen Verbindungen der Restgruppe „andere“ zugewiesen werden. Die aus dem ehemaligen Jugoslawien hervorgegangenen Nationalitäten werden dabei so weit als möglich differenziert.

2. Basismodell + *Migrationsindikatoren*: Diese Variablengruppe beschreibt rudimentär die Migrationsbiographie, d.h.

- das *Migrationsmotiv*: es wird unterstellt, dass eine allfällige Erfahrung von Gewalt oder politischer Verfolgung das für die Gesundheit relevanteste Motiv ist; das GMM böte auch die Möglichkeit, verschiedene Motive miteinander zu vergleichen. Die Antworten auf die entsprechende Mehrfachantworten-Frage enthalten aber in Bezug auf die Gesundheit nicht mehr Informationen als der ausgewählte Indikator.
- den aktuellen *Aufenthaltsstatus*
- die *Dauer des Aufenthalts* in der Schweiz und – in Form von Dummyvariablen – das *Alter*, bis zu dem die Wohnsitznahme erfolgte. Diese Angaben werden aus Geburtsdatum und Einreisejahr errechnet. Diese Variablen werden zuweilen direkt als Integrationsindikatoren angesehen; im Sinne des hier verwendeten Modells gelten sie jedoch als (hypothetische) Determinanten, die allenfalls im Sinne von sogenannten „Proxyvariablen“ für Integration eingesetzt werden können, wo Integrationsindikatoren im eigentlichen Sinne (Block 3 und 4) nicht zur Verfügung stehen.¹⁶

dem, dass für eine grosse Gruppe der Befragten das Einkommen nicht bekannt oder mit null angegeben ist.

¹⁵ Wobei hier allerdings nicht, wie technisch eigentlich erforderlich, die Stichprobengruppe das Mass ist, sondern die Herkunft der Eltern. Letztere ist allerdings weitgehend mit ersterer identisch ($V=.79$; vgl. dazu auch die Modelle in Anhang 4). Da das GMM nur Personen der definierten Nationalitäten und keine Eingebürgerten enthält, ist die Differenz zwischen (aktueller) Nationalität und Herkunft (der Eltern) vernachlässigbar. Bei allgemeinen Bevölkerungsumfragen dagegen ist sie zumindest theoretisch relevant, wie die Ausführungen in Kapitel 4 zeigen werden.

¹⁶ Empirisch gesehen ist allerdings der Zusammenhang zwischen Aufenthaltsdauer und den andern Indikatoren eher schwach (Sprachkompetenz: $r=.200$, Heimatlosigkeit: $-.135$,

3. Basismodell + Migrationsindikatoren + Integrationsindikatoren: In diesem Modell werden Indikatoren der sozialen Integration („ties“, „agency“) hinzugefügt, die für MigrantInnen von besonderer Bedeutung sind oder sein können:

- die Existenz von (1) *Verwandten* und (2) *Vertrauenspersonen in der Schweiz* (die zweite Frage kann natürlich auch an Autochthone gerichtet werden, ist im vorliegenden Zusammenhang aber wegen der potentiellen Überschneidung mit der andern Frage aufgenommen worden)
- die herkunftsbezogene Heterogenität oder Homogenität einer allfälligen *Partnerbeziehung*. Diese Variable stellt Personen, die einen Schweizer oder eine Schweizerin zur Partnerin haben, jenen gegenüber, welche eine Person gleicher (homogam) bzw. anderer (aber nicht schweizerischer) Nationalität als Partnerin oder Partner angeben.¹⁷
- *Sprachkompetenz*, d.h. die selbsteingeschätzte Beherrschung der Amtssprache am jeweiligen Aufenthaltsort (konstruiert aus den Angaben zur Muttersprache, zur am besten beherrschten Amtssprache und zum Ausmass der Sprachbeherrschung).

4. Basismodell + Migrationsindikatoren + Integrationsindikatoren + Integrationsindikatoren 2: Anomie: In die Migrationstheorie wurde das Anomie-Konzept vor allem von Hoffmann-Nowotny (1973) eingebracht, es geht im Wesentlichen aber auf Merton (1968) zurück, der Anomie als eine Reaktion auf die Erfahrung der Diskrepanz zwischen legitimen Zielen und verfügbaren Mitteln beschrieb. Als Anomieindikatoren finden sich im GMM-Datensatz:

- Artikulation von *Diskriminierungserfahrungen*, welche die eigene, als unbefriedigend empfundene Situation auf illegitimes Verhalten der Umwelt zurückführt (fremd-attribuierte Anomie)

Gefühl von Diskriminierung: .000), so dass sich die Verwendung als „Proxy“ nicht empfiehlt.

¹⁷ Durch die Einführung dieser Variable erhält die darauf bezogene Variable Lebenspartnerschaft (Block 1, Basisvariable) ab Modell 3 eine andere Bedeutung. Sie kontrastiert nun Personen ohne Lebenspartnerschaft mit Personen, die mit SchweizerInnen zusammen leben (vorher: alle Personen in Partnerschaft). Entsprechend wird der Koeffizient im Allgemeinen kleiner (negativer, d.h. grösser im Betrag), weil die Differenz zur Referenzgruppe grösser wird.

- Artikulation eines Gefühls der *Heimatlosigkeit*, welche die Ursache primär im Subjekt und seiner Biographie lokalisiert (selbst-attribuierte Anomie)
- Im Rahmen einer Gesundheitsbefragung kann schliesslich auch die Erfahrung von Diskriminierung im Gesundheitswesen thematisiert und im Zusammenhang mit dem Anomiekonzept analysiert werden.

Im Unterschied zu den meisten andern verwendeten Indikatoren (aber ähnlich wie beim Einkommen) ist für diese Integrationsdimension eine Wechselwirkung mit dem Gesundheitszustand zumindest nicht unwahrscheinlich, wodurch das Modell möglicherweise nicht mehr als vollständig rekursiv gelten kann.

Die Resultate für die sechs Gesundheitsdimensionen sind in den Tabellen 1 – 6 festgehalten. Sie zeigen zum einen das Ausmass (indiziert durch R^2 oder Pseudo- R^2), in dem jede der sechs Dimensionen des Gesundheitszustands durch die jeweiligen Variablenblöcke erklärt oder vorausgesagt werden kann, und zum andern, welche einzelnen Variablen dabei von Bedeutung sind (Parameter b und zugehörige Irrtumswahrscheinlichkeit p).

Lesebeispiel zu Tabelle 1: subjektive Krankheit

Vergleich der Modelle anhand von R^2 : Das Gefühl, krank zu sein, kann besser vorausgesagt werden, wenn die beiden Integrationsindikatoren einbezogen werden: R^2 ist deutlich höher bei Modell 3 ($R^2=.186$) als bei Modell 2 ($R^2=.173$), und bei Modell 4 ($R^2=.200$) gegenüber Modell 3 ($R^2=.186$). Die Einführung der Migrationsvariablen ($R^2=.173$) dagegen führt bloss zu einer marginalen Verbesserung gegenüber dem Basismodell ($R=.168$).

Grösse und Signifikanz der Variablen innerhalb eines Modells: Innerhalb von Modell 4 sind die folgenden Variablen signifikant (d.h. überzufällig im Sinne einer Irrtumswahrscheinlichkeit von weniger als 5%) mit der subjektiven Krankheit verbunden:

- *Alter:* je älter, desto mehr fühlt sich jemand gesundheitlich beeinträchtigt.
- *Geschlecht:* Frauen fühlen sich weniger gesund als Männer.
- *Bildung:* Personen ohne überobligatorische Ausbildung fühlen sich kränker als solche mit Berufsbildung (Referenzgruppe), wobei der Unterschied etwas grösser zu sein scheint als zwischen den Geschlechtern. Die Differenz zwischen Personen ohne (überobligatorische) Ausbildung und Personen, deren Ausbildung nicht eruiert werden kann, ist vernachlässigbar.
- *Einkommen:* ein sehr tiefes Haushaltseinkommen (Äquivalenzeinkommen zwischen 1 und 1208 CHF) geht mit einem signifikant erhöhten Gefühl einher, nicht gesund zu sein. Umgekehrt formuliert: Im Vergleich zu dieser Gruppe mit niedrigem Einkommen geht es der Referenzgruppe ohne Einkommen, aber auch den Personen, deren Einkommen nicht eruiert werden konnte, besser. Signifikant besser als der Referenzgruppe geht es denjenigen, welche mehr als CHF 2333 im Monat verdienen.
- *LebenspartnerIn:* Personen mit LebenspartnerIn in der Schweiz fühlen sich gesundheitlich besser.
- *Herkunft:* Unter Berücksichtigung aller Effekte der Blöcke 1-4 fühlen sich Tamilinnen und Tamilen gesünder (negatives Vorzeichen) als Portugiesen (Referenzgruppe). Ein kleinerer, aber auf dem 5%-Niveau signifikanter Effekt in dieselbe Richtung ist auch für Befragte kosovarischer Herkunft auszumachen. Die andern Gruppen unterscheiden sich dagegen nicht von der Referenzgruppe, wenn man die Unterschiede hinsichtlich Bildung, Einkommen und Integration berücksichtigt.
- *Migrationsvariablen (Block 2):* Wenn Integration und Anomie berücksichtigt oder „kontrolliert“ werden, kommt nur noch dem Alter bei der Einreise in die Schweiz eine gewisse Bedeutung zu: wer zwischen 7. und dem 15. Altersjahr eingereist ist, fühlt sich kränker als andere. Dies hängt damit zusammen, dass in dieser Gruppe das Gefühl, diskriminiert zu werden, besonders gross ist.
- *Integration (Block 3):* Aus der dritten Variablengruppe kommt vor allem der Sprachkompetenz eine (beträchtliche) Bedeutung zu. Geringfügig schlechter gestellt als Personen, die mit einer Schweizerin zusammen leben, sind jene, die einen nichtschweizerischen Partner einer anderen Nationalität als der eigenen haben. Heterogamie ist demnach nur dort mit geringerer subjektiver Gesundheit verbunden, wo sie zwischen AusländerInnen besteht – und umgekehrt ist Homogamie per se kein Nachteil in Bezug auf die Gesundheit.
- Die *Anomie-Indikatoren (Block 4)*, vor allem das Gefühl von Heimatlosigkeit und allgemeiner Diskriminierung, sind in diesem Modell in bedeutendem Ausmass – wenn auch nicht notwendig in gerichtet-kausaler Weise – mit der subjektiven Gesundheit verbunden.

Die Stärke der einzelnen Effekte wird durch die Koeffizienten nur indirekt ausgedrückt, da die Indikatoren unterschiedlich skaliert sind. Ohne Weiteres miteinander vergleichbar sind sie nur für die dichotomen (kategorialen) Variablen, wobei hier zu berücksichtigen ist, dass der Effekt von der jeweils gewählten Basiskategorie abhängig ist.

Tabellen 1 – 6: Modelle für 6 Gesundheitsdimensionen

T1 Subjektive Krankheit lineares Modell	Basismodell		+ Migration		+ Integration I		+ Integration 2: Anomie	
	b	p	b	p	b	p	b	p
Alter	0.058 ***		0.062 ***		0.058 ***		0.056 ***	
Alter quadriert	0.000 ***		0.000 ***		0.000 ***		0.000 ***	
Geschlecht: weiblich	0.137 ***		0.137 ***		0.122 **		0.113 **	
höchste Ausbildung (Basis: Berufsbildung)								
- unbekannt	0.183 **		0.173 **		0.129 *		0.134 *	
- keine/Obligatorium	0.191 ***		0.200 ***		0.164 ***		0.159 ***	
- Matura	-0.144 *		-0.159 *		-0.134		-0.109	
- Hochschule	-0.141		-0.147		-0.087		-0.023	
Haushalts-Äquivalenzeinkommen (Basis: 0)								
- ≤ CHF 1208 (Median)	0.253 ***		0.220 **		0.227 **		0.235 **	
- ≤ CHF 2333 (3. Quartil)	0.084		0.092		0.095 *		0.102 *	
- > 2333	-0.108 *		-0.084		-0.060		-0.075	
- unbekannt	0.010		0.002		0.006		0.019	
Hat LebenspartnerIn	-0.146 **		-0.101 *		-0.187 *		-0.195 *	
Herkunft der Eltern (Basis: Portugal)								
- Türkei	0.132 *		0.132 *		0.074		0.023	
- Ex-Jugoslawien	0.099		0.093		-0.033		-0.064	
- Serbien	0.149		0.149		0.132		0.143	
- Kroatien	-0.178 *		-0.170 *		-0.168 *		-0.170	
- Bosnien	-0.004		-0.021		-0.026		-0.128	
- Kosovo	-0.025		-0.061		-0.123		-0.175 *	
- Sri Lanka (Tamilen)	-0.070		-0.113		-0.178 *		-0.238 **	
- andere	0.102		0.106		-0.025		-0.131	
Opfer politischer Verfolgung/Gewalt			0.069		0.073		0.069	
Status (Basis: Niederlassung)								
- Asylgesuch hängig/abgelehnt			0.226 *		0.212		0.184	
- Vorläufige Aufnahme			0.008		0.022		-0.016	
- Aufenthalt (B)			-0.105		-0.102		-0.095	
Jahre in der Schweiz			-0.007 *		0.001		-0.002	
in der Schweiz geboren			0.004		0.007		0.041	
Bis zum 6. Altersjahr eingereist			0.061		0.022		0.049	
Bis zum 15. Altersjahr eingereist			0.086		0.179 *		0.217 **	
Hat Verwandte in der Schweiz					0.003		0.004	
Anzahl Vertraute (Basis: 0)								
- 1					-0.022		0.029	
- 2					-0.064		-0.012	
Nationalität PartnerIn (Basis: SchweizerIn)								
- AusländerIn, homogam					0.036		0.054	
- AusländerIn, heterogam					0.196 *		0.226 *	
Sprachkompetenz					-0.136 ***		-0.143 ***	
Gefühl von Heimatlosigkeit							0.046 ***	
Gefühl von Diskriminierung allgemein							0.053 **	
Diskriminierung im Gesundheitswesen							0.045 *	
Konstante	0.665 ***		0.569 **		1.100 ***		0.959 ***	
R ² _{adj}	.168		.173		.186		.200	
N	2934		2897		2877		2678	

* p<.05; ** p<.01; *** p<.001

T2 Zwei und mehr Beschwerden in den letzten 4 Wochen logistisches Modell	Basismodell		+ Migration		+ Integration I		+ Integration 2: Anomie	
	b	p	b	p	b	p	b	p
Alter	0.168 ***		0.206 ***		0.198 ***		0.206 ***	
Alter quadriert	-0.002 ***		-0.002 ***		-0.002 ***		-0.002 ***	
Geschlecht: weiblich	0.535 ***		0.578 ***		0.555 ***		0.595 ***	
höchste Ausbildung (Basis: Berufsbildung)								
- unbekannt	0.412 *		0.380 *		0.285		0.229	
- keine/Obligatorium	0.300 **		0.341 **		0.265 *		0.247 *	
- Matura	-0.507 *		-0.527 *		-0.480 *		-0.494 *	
- Hochschule	-0.476		-0.456		-0.370		-0.208	
Haushalts-Äquivalenzeinkommen (Basis: 0)								
- ≤ CHF 1208 (Median)	0.621 ***		0.560 **		0.574 **		0.633 ***	
- ≤ CHF 2333 (3. Quartil)	0.410 **		0.462 ***		0.473 ***		0.406 **	
- > 2333	-0.052		0.025		0.066		0.008	
- unbekannt	-0.022		-0.045		-0.055		-0.065	
Hat LebenspartnerIn	-0.556 ***		-0.424 ***		-0.779 **		-0.898 **	
Herkunft der Eltern (Basis: Portugal)								
- Türkei	0.432 **		0.397 *		0.295		0.191	
- Ex-Jugoslawien	0.342		0.298		0.061		-0.085	
- Serbien	0.475 *		0.430		0.406		0.402	
- Kroatien	-0.472		-0.430		-0.399		-0.528	
- Bosnien	0.337		0.264		0.245		0.044	
- Kosovo	-0.069		-0.132		-0.261		-0.434 *	
- Sri Lanka (Tamilen)	-0.384 *		-0.557 **		-0.752 ***		-0.892 ***	
- andere	0.301		0.306		0.055		-0.127	
Opfer politischer Verfolgung/Gewalt			0.282 *		0.284 *		0.193	
Status (Basis: Niederlassung)								
- Asylgesuch hängig/abgelehnt			0.830 **		0.772 **		0.643 *	
- Vorläufige Aufnahme			-0.007		0.002		-0.076	
- Aufenthalt (B)			-0.308 *		-0.297		-0.262	
Jahre in der Schweiz			-0.014		-0.002		-0.004	
in der Schweiz geboren			0.407		0.377		0.331	
Bis zum 6. Altersjahr eingereist			0.419		0.398		0.507	
Bis zum 15. Altersjahr eingereist			0.390		0.573 *		0.501 *	
Hat Verwandte in der Schweiz					-0.038		-0.035	
Anzahl Vertraute (Basis: 0)								
- 1					-0.297 *		-0.195	
- 2					-0.354 **		-0.234	
Nationalität PartnerIn (Basis: SchweizerIn)								
- AusländerIn, homogam					0.255		0.343	
- AusländerIn, heterogam					0.540		0.601	
Sprachkompetenz					-0.247 ***		-0.287 ***	
Gefühl von Heimatlosigkeit							0.204 ***	
Gefühl von Diskriminierung allgemein							0.233 ***	
Diskriminierung im Gesundheitswesen							0.072	
Konstante	-5.368 ***		-6.473 ***		-5.254 ***		-5.877 ***	
Pseudo-R ²	.098		.107		.118		.145	
LR-Chi ² / df	330.3 20		356.8 28		390.2 34		441.5 37	
N	2935		2898		2878		2679	

T3 Chronische Probleme Logistisches Modell	Basismodell		+ Migration		+ Integration I		+ Integration 2: Anomie	
	b	p	b	p	b	p	b	p
Alter	0.181 ***		0.193 ***		0.184 ***		0.191 ***	
Alter quadriert	-0.002 ***		-0.002 ***		-0.002 ***		-0.002 ***	
Geschlecht: weiblich	-0.060		-0.030		-0.060		-0.067	
höchste Ausbildung (Basis: Berufsbildung)								
- unbekannt	0.467 **		0.496 **		0.403 *		0.388 *	
- keine/Obligatorium	0.271 *		0.300 *		0.215		0.207	
- Matura	-0.299		-0.361		-0.321		-0.350	
- Hochschule	-0.048		-0.010		0.076		0.162	
Haushalts-Äquivalenzeinkommen (Basis: 0)								
- ≤ CHF 1208 (Median)	0.306		0.184		0.170		0.173	
- ≤ CHF 2333 (3. Quartil)	0.309 *		0.323 *		0.297 *		0.320 *	
- > 2333	-0.105		-0.046		-0.019		-0.039	
- unbekannt	0.211		0.194		0.198		0.267	
Hat LebenspartnerIn	-0.418 **		-0.343 **		-1.170 **		-1.162 **	
Herkunft der Eltern (Basis: Portugal)								
- Türkei	0.489 **		0.442 *		0.314		0.213	
- Ex-Jugoslawien	0.384 *		0.350		0.215		0.129	
- Serbien	0.489 *		0.486 *		0.462 *		0.578 *	
- Kroatien	-0.277		-0.289		-0.318		-0.380	
- Bosnien	0.472 *		0.407		0.398		0.189	
- Kosovo	-0.119		-0.338		-0.460 *		-0.495 *	
- Sri Lanka (Tamilen)	-1.250 ***		-1.536 ***		-1.727 ***		-1.806 ***	
- andere	0.418 *		0.361		0.206		-0.029	
Opfer politischer Verfolgung/Gewalt			0.277		0.292 *		0.276	
Status (Basis: Niederlassung)								
- Asylgesuch hängig/abgelehnt			0.746 *		0.689 *		0.635	
- Vorläufige Aufnahme			0.440 *		0.443 *		0.324	
- Aufenthalt (B)			-0.062		-0.078		-0.110	
Jahre in der Schweiz			0.005		0.017 *		0.008	
in der Schweiz geboren			0.124		0.106		-0.065	
Bis zum 6. Altersjahr eingereist			-0.052		-0.078		0.025	
Bis zum 15. Altersjahr eingereist			0.250		0.440		0.454	
Hat Verwandte in der Schweiz					-0.228		-0.300 *	
Anzahl Vertraute (Basis: 0)								
- 1					-0.234		-0.067	
- 2					-0.292 *		-0.133	
Nationalität PartnerIn (Basis: SchweizerIn)								
- AusländerIn, homogam					0.787 *		0.726 *	
- AusländerIn, heterogam					0.927 **		0.904 *	
Sprachkompetenz					-0.234 ***		-0.260 ***	
Gefühl von Heimatlosigkeit							0.052	
Gefühl von Diskriminierung allgemein							0.156 **	
Diskriminierung im Gesundheitswesen							0.094	
Konstante	-5.707 ***		-6.283 ***		-4.943 ***		-5.291 ***	
Pseudo-R ²	.124		.128		.140		.151	
LR-Chi ² / df	389.1 20		395.9 28		430.3 34		428.7 37	
N	2934		2898		2878		2696	

T4 Funktionale Beeinträchtigung lineares Modell	Basismodell		+ Migration		+ Integration I		+ Integration 2: Anomie	
	b	p	b	p	b	p	b	p
Alter	0.080 *		0.009		-0.001		-0.022	
Alter quadriert	-0.001		0.000		0.000		0.000	
Geschlecht: weiblich	-0.538 **		-0.442 *		-0.492 *		-0.611 **	
höchste Ausbildung (Basis: Berufsbildung)								
- unbekannt	0.794 **		0.872 **		0.918 **		0.922 **	
- keine/Obligatorium	0.155		0.145		0.202		0.254	
- Matura	-0.875		-0.847		-0.687		-0.470	
- Hochschule	-0.254		-0.265		-0.099		0.161	
Haushalts-Äquivalenzeinkommen (Basis: 0)								
- ≤ CHF 1208 (Median)	-0.250		-0.262		-0.213		-0.200	
- ≤ CHF 2333 (3. Quartil)	-0.187		-0.199		-0.183		-0.201	
- > 2333	-0.292		-0.309		-0.244		-0.279	
- unbekannt	0.230		0.264		0.276		0.333	
Hat LebenspartnerIn	0.374		0.267		-0.137		-0.092	
Herkunft der Eltern (Basis: Portugal)								
- Türkei	1.345 ***		1.271 ***		1.210 **		1.293 **	
- Ex-Jugoslawien	0.657		0.532		0.646		0.751	
- Serbien	-0.168		-0.172		-0.127		-0.354	
- Kroatien	-0.065		-0.141		-0.087		0.083	
- Bosnien	--		--		--		--	
- Kosovo	1.728 ***		1.710 ***		1.551 ***		1.520 ***	
- Sri Lanka (Tamilen)	0.525		0.396		0.207		0.214	
- andere	0.294		0.250		0.166		0.125	
Opfer politischer Verfolgung/Gewalt			0.291		0.272		0.164	
Status (Basis: Niederlassung)								
- Asylgesuch hängig/abgelehnt			-0.590		-0.675		-0.813	
- Vorläufige Aufnahme			-0.130		-0.074		-0.294	
- Aufenthalt (B)			0.056		-0.005		-0.010	
Jahre in der Schweiz			0.015		0.021		0.019	
in der Schweiz geboren			0.599		0.517		0.511	
Bis zum 6. Altersjahr eingereist			-1.301		-1.184		-1.070	
Bis zum 15. Altersjahr eingereist			-0.469		-0.378		-0.499	
Hat Verwandte in der Schweiz					-0.107		-0.098	
Anzahl Vertraute (Basis: 0)								
- 1					-0.635 **		-0.443	
- 2					-0.819 ***		-0.661 **	
Nationalität PartnerIn (Basis: SchweizerIn)								
- AusländerIn, homogam					0.449		0.524	
- AusländerIn, heterogam					0.260		-0.010	
Sprachkompetenz					-0.131		-0.134	
Gefühl von Heimatlosigkeit							0.244 **	
Gefühl von Diskriminierung allgemein							0.132	
Diskriminierung im Gesundheitswesen							-0.139	
Konstante	-6.100 ***		-4.345 **		-3.119 *		-3.055 *	
Pseudo-R ²	.105		.112		.125		.151	
LR-Chi ² / df	121.0 19		126.47 27		138.4 33		157.0 36	
N	2775		2743		2724		2538	

T5 BMI	Basismodell		+ Migration		+ Integration I		+ Integration 2: Anomie	
	b	p	b	p	b	p	b	p
lineares Modell								
Alter	0.372 ***		0.380 ***		0.376 ***		0.371 ***	
Alter quadriert	-0.003 ***		-0.003 ***		-0.003 ***		-0.003 ***	
Geschlecht: weiblich	-0.832 ***		-0.790 ***		-0.875 ***		-0.892 ***	
höchste Ausbildung (Basis: Berufsbildung)								
- unbekannt	0.355		0.392		0.329		0.256	
- keine/Obligatorium	0.243		0.257		0.173		0.114	
- Matura	-0.552		-0.521		-0.479		-0.696 *	
- Hochschule	-1.535 ***		-1.483 ***		-1.420 ***		-1.375 **	
Haushalts-Äquivalenzeinkommen (Basis: 0)								
- ≤ CHF 1208 (Median)	0.543		0.581 *		0.559		0.655 *	
- ≤ CHF 2333 (3. Quartil)	0.088		0.040		0.056		0.094	
- > 2333	-0.013		-0.056		0.015		0.062	
- unbekannt	-0.151		-0.191		-0.195		-0.282	
Hat LebenspartnerIn	-0.059		-0.128		-0.632		-0.640	
Herkunft der Eltern (Basis: Portugal)								
- Türkei	1.042 ***		1.018 ***		0.834 **		0.818 **	
- Ex-Jugoslawien	1.513 ***		1.578 ***		1.456 ***		1.370 ***	
- Serbien	0.934 **		0.939 **		0.833 *		0.950 *	
- Kroatien	0.879 *		0.885 *		0.829 *		1.034 **	
- Bosnien	0.905 *		0.944 *		0.830 *		0.801 *	
- Kosovo	1.079 ***		1.238 ***		1.116 ***		1.106 **	
- Sri Lanka (Tamilen)	-0.561 *		-0.438		-0.665 *		-0.624 *	
- andere	0.981 **		1.026 **		0.925 *		1.070 **	
Opfer politischer Verfolgung/Gewalt			0.014		-0.011		0.013	
Status (Basis: Niederlassung)								
- Asylgesuch hängig/abgelehnt			-0.276		-0.336		-0.161	
- Vorläufige Aufnahme			-0.163		-0.135		-0.144	
- Aufenthalt (B)			0.137		0.178		0.212	
Jahre in der Schweiz			0.015		0.028 *		0.031 *	
in der Schweiz geboren			-0.206		-0.235		-0.195	
Bis zum 6. Altersjahr eingereist			-0.007		-0.036		-0.051	
Bis zum 15. Altersjahr eingereist			0.056		0.228		0.032	
Hat Verwandte in der Schweiz					-0.148		0.069	
Anzahl Vertraute (Basis: 0)								
- 1					-0.351		-0.433	
- 2					0.086		0.030	
Nationalität PartnerIn (Basis: SchweizerIn)								
- AusländerIn, homogam					0.474		0.401	
- AusländerIn, heterogam					0.435		0.337	
Sprachkompetenz					-0.295 **		-0.288 **	
Gefühl von Heimatlosigkeit							0.002	
Gefühl von Diskriminierung allgemein							-0.030	
Diskriminierung im Gesundheitswesen							0.015	
Konstante	15.530 ***		15.159 ***		16.438 ***		16.471 ***	
R ² _{adj}	.237		.238		.242		.2505	
N	2733		2808		2690		2506	

T6 Rauschtrinken logistisches Modell	Basismodell		+ Migration		+ Integration I		+ Integration 2: Anomie	
	b	p	b	p	b	p	b	p
Alter	0.021		0.026		0.024		0.034	
Alter quadriert	-0.001		-0.001		-0.001		-0.001	
Geschlecht: weiblich	-1.643 ***		-1.593 ***		-1.616 ***		-1.562 ***	
höchste Ausbildung (Basis: Berufsbildung)								
- unbekannt	-0.446		-0.374		-0.377		-0.364	
- keine/Obligatorium	-0.248		-0.230		-0.249		-0.252	
- Matura	-0.201		-0.130		-0.139		-0.200	
- Hochschule	-0.953 *		-0.901 *		-0.899 *		-0.776	
Haushalts-Äquivalenzeinkommen (Basis: 0)								
- ≤ CHF 1208 (Median)	-0.463		-0.373		-0.427		-0.412	
- ≤ CHF 2333 (3. Quartil)	0.077		0.099		0.063		0.065	
- > 2333	0.326 *		0.327 *		0.332 *		0.283	
- unbekannt	0.572 *		0.601 **		0.575 *		0.575 *	
Hat LebenspartnerIn	-0.219		-0.171		-0.438		-0.435	
Herkunft der Eltern (Basis: Portugal)								
- Türkei	-0.793 ***		-0.933 ***		-0.967 ***		-1.042 ***	
- Ex-Jugoslawien	-0.877 ***		-0.926 ***		-0.898 **		-0.848 **	
- Serbien	-0.807 **		-0.962 **		-0.991 **		-1.073 **	
- Kroatien	-0.798 **		-0.842 **		-0.912 **		-0.887 **	
- Bosnien	-1.497 ***		-1.567 ***		-1.635 ***		-1.553 ***	
- Kosovo	-1.205 ***		-1.221 ***		-1.172 ***		-1.148 ***	
- Sri Lanka (Tamilen)	-2.309 ***		-2.555 ***		-2.566 ***		-2.549 ***	
- andere	-0.770 **		-0.929 **		-0.828 **		-0.871 **	
Opfer politischer Verfolgung/Gewalt			0.469 *		0.482 *		0.417	
Status (Basis: Niederlassung)								
- Asylgesuch hängig/abgelehnt			0.364		0.332		0.339	
- Vorläufige Aufnahme			-0.343		-0.374		-0.420	
- Aufenthalt (B)			-0.004		-0.034		-0.031	
Jahre in der Schweiz			0.008		0.012		0.007	
in der Schweiz geboren			0.538		0.507		0.641	
Bis zum 6. Altersjahr eingereist			-0.429		-0.457		-0.471	
Bis zum 15. Altersjahr eingereist			0.383		0.387		0.494	
Hat Verwandte in der Schweiz								
Anzahl Vertraute (Basis: 0)					-0.141		-0.169	
- 1					0.112		0.057	
- 2					0.438 *		0.419	
Nationalität PartnerIn (Basis: SchweizerIn)								
- AusländerIn, homogam					0.301		0.334	
- AusländerIn, heterogam					0.179		0.208	
Sprachkompetenz					-0.074		-0.078	
Gefühl von Heimatlosigkeit							-0.016	
Gefühl von Diskriminierung allgemein							0.073	
Diskriminierung im Gesundheitswesen							0.024	
Konstante	-0.140		-0.532		-0.365		-0.606	
Pseudo-R ²	.173		.179		.183		.179	
LR-Chi ² / df	344.1 20		353.0 28		358.2 34		330.7 37	
N	2874		2839		2820		2623	

3.4 Die Indikatorengruppen im Vergleich

Die block- oder gruppenweise Einführung der Variablen erlaubt es, im Vergleich der erklärten Varianz (R^2) den Erkenntnisgewinn durch jeden Block zu beobachten. Die Signifikanztests für die einzelnen Variablen dagegen ermöglichen es, die Bedeutung eines bestimmten Indikators (im Fall von Dummyvariablen: der dahinter stehenden Kategorie) für die jeweilige Gesundheitsdimension einzuschätzen. Beides zusammen kann als Grundlage dienen für den Entscheid, einen Indikator in einer Befragung zu erheben oder eben nicht. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die hier untersuchte Population ausschliesslich aus Migrantinnen und Migranten besteht, dass also kein direkter Vergleich mit der autochthonen Bevölkerung oder andern, nicht in die Module II und III des GMM einbezogenen Migrationsgruppen (wie z.B. Italiener, Latinas oder Afrikaner) möglich ist. Im theoretisch unwahrscheinlichen Fall, dass alle MigrantInnen, unabhängig von Herkunft, Migrationsbiographie und Integration, die gleichen Gesundheitsprobleme (nicht) hätten, wäre die Varianzerklärung eines Modells 0, während sich bei Einbezug der Schweizer Bürger in diesem Falle gerade eine sehr hohe Erklärungskraft ergäbe.

Vergleicht man entsprechend zuerst die Varianzerklärung im ersten und im vierten Modell der folgenden Tabellen, so stellt man fest, dass

- die drei Migrationsblöcke zusammengenommen (Modell 4) vor allem bezüglich *Beschwerden* (Anzahl, chronische Probleme, funktionale Beeinträchtigung) und der *selbsteingeschätzten Gesundheit* einen durchaus grossen Einfluss haben, mit relativen Anstiegen von R^2 um 20% - 40%.
- im Falle des *BMI* und des *Rauschtrinkens* dagegen ein relevanter Beitrag der Blöcke 2 – 4 nicht festzustellen ist. Hier bestehen die Unterschiede primär zwischen den Herkunftsgruppen (sowie „natürlich“ den Geschlechtern und, im Fall des BMI, den Altersgruppen), ohne dass sie durch die Blöcke 2 – 4 „wegerklärt“ würden.
- auch bei den andern Dimensionen, wo insbesondere den beiden Integrationsdimensionen eine grosse Bedeutung zukommt (subjektive Gesundheit, Beschwerden, chronische Probleme und funktionale Beeinträchtigungen), die *Herkunftsdifferenzen* durch die Blöcke 2 – 4 nicht erklärt werden können. Besonders auffällig ist in dieser Hinsicht die Gruppe der Sri Lanker/Tamilen, die sich von den andern Gruppen noch deutlicher abheben, sobald die Integrationsvariablen eingeführt werden. Inhaltlich bedeutet dies, dass der Gesundheitszustand dieser Gruppe in Anbetracht ihrer Integration als besonders oder überraschend gut zu bezeichnen ist.

Bei den ersten vier Gesundheitsdimensionen (subjektive Gesundheit/Krankheit, Beschwerden, chronische Probleme, funktionale Beeinträchtigung) ist im Vergleich der einzelnen Blöcke zu beobachten, dass der Zuwachs an erklärter Varianz in erster Linie den Integrationsindikatoren zu verdanken ist: sowohl beim Übergang vom zweiten zum dritten wie vom dritten zum vierten Modell lässt sich jeweils ein deutlich höherer Zuwachs feststellen als bei der Einführung der Migrationsvariablen in der zweiten Hauptspalte. Dies lässt nebenbei den Schluss zu, dass Integration – jedenfalls in der hier gemessenen Art und Weise – nicht wesentlich durch die Migrationsbiographie – ebenfalls: soweit hier erfasst – sowie die Aufenthaltsdauer determiniert wird. Entsprechend ist auch zu beobachten, dass einige Effekte der Biographie-Gruppe, vor allem der Aufenthaltsdauer, nahezu oder ganz verschwinden (bzw. ihre Signifikanz verlieren), sobald die Integrationsvariablen hinzugenommen werden.

Der Zuwachs beim Schritt vom zweiten zum dritten und vom dritten zum vierten Modell ist dagegen meist in derselben Größenordnung. Die Anomievariablen (Integrationsvariablen 2) enthalten demnach ebenso viel zusätzliche Information gegenüber den Integrationsvariablen 1 (v.a. Sprachkompetenz) wie diese gegenüber den Migrationsbiographie-Variablen. Anders gesagt: Die ersten drei Gesundheitsdimensionen (subjektive Gesundheit, somatische Beschwerden, chronische Probleme) werden weniger durch die Biographie als durch den aktuellen Stand der Integration beeinflusst, und dieser wiederum ist nur zu einem kleinen Teil durch Herkunft, Migrationserfahrungen und Aufenthaltsdauer bestimmt.

Eine nennenswerte Beziehung der Integrationsvariablen zu den Gesundheitsdimensionen BMI und Rauschtrinken lässt sich dagegen nicht feststellen – mit Ausnahme der Sprachkompetenz: Je höher diese ist, desto geringer ist das Körpergewicht. Schwer zu interpretieren ist die Situation bei der funktionalen Beeinträchtigung als der vierten Gesundheitsdimension. Hier lässt sich zwar ein Anstieg der Erklärungskraft feststellen, wenn die Integrationsmodelle hinzugefügt werden. Die einzelnen Variablen der Blöcke (3) und (4) weisen aber keine (nennenswerte) Beziehung zu dieser Dimension auf.¹⁸

¹⁸ Aus den Modellen zu diesem Indikator fallen, wie aus Tabelle 4 ersichtlich ist, die Bosnier aus technischen Gründen heraus, da die Prävalenz in dieser Gruppe 0 ist (vgl. dazu Anhang 2).

3.5 Die Erklärungskraft einzelner Variablen

Wendet man sich nun der empirischen Relevanz der einzelnen Variablen zu, so lässt sich folgende Bilanz ziehen:

1. Die Variablen Geschlecht, Alter, und Zivilstand, Einkommen sowie – mit Ausnahme der somatischen und chronischen Probleme – Bildung behalten weitgehend ihre Erklärungskraft, wenn die Blöcke (2) – (4) hinzugefügt werden. Die Bedeutung dieser *migrationsunspezifischen Variablen* ist ohnehin gesichert und bedarf hier keiner weiteren Erläuterung. Festgehalten sei lediglich, dass sie *Herkunftseffekte* nicht erklären, wie die (teilweise allerdings nur knapp signifikanten) Koeffizienten für einzelne Gruppen zeigen: In den meisten Dimensionen weisen türkische sowie ex-jugoslawische (mit Ausnahme der KroatInnen) Befragte schlechtere Werte auf.

2. Unter den Variablen des zweiten Blocks erweisen sich sowohl die Migrationsgeschichte (*Gewalterfahrung*) als auch die *Dauer des Aufenthalts* und der aktuelle *Status* als bedeutsam. Die (technisch nicht ganz unproblematische) Einführung der Variablen für das Alter der Einreise erbringt keinen wesentlichen Gewinn. Die Koeffizienten dieses Blocks verlieren im Allgemeinen ihre Signifikanz, sobald die Blöcke (3) und (4) eingeführt werden. Der Einfluss dieser Variablen aus Block 2 ist entsprechend indirekt und über diejenigen der Blöcke 3 und 4 vermittelt: Massgebend für die Gesundheit sind Migrationsbiographie und Aufenthaltsstatus somit (nur) in dem Mass, in dem sie den aktuellen Grad der Integration beeinflussen.

3. Unter den Integrationsvariablen 1 dominiert die *Sprachkompetenz*. Die andern Variablen dieses Blocks sind im Vergleich dazu wenig bedeutsam (Nationalität des Partners, Vertraute) oder ohne jeden Einfluss (Verwandte in der Schweiz).

4. Die beiden *allgemeinen Anomievariablen* (Integration 2) erweisen sich als weitgehend eigenständig, d.h. dass sie einen je eigenen Beitrag zur „Vorausage“ des Gesundheitszustands leisten. Die Wahrnehmung einer Diskriminierung im Gesundheitswesen dagegen ist im Allgemeinen weniger relevant.

3.6 Mindestindikatoren aus empirischer Sicht

Als Ergebnis lässt sich somit festhalten, dass sich aus der Reihe der hier zur Verfügung stehenden Variablen neben den Definitoren des Migrationsstatus im engeren Sinne (vgl. Kapitel 4) folgende Indikatoren empfehlen:

Migrationsspezifische Biographie-Indikatoren:

- Dauer des Aufenthalts bzw. Jahr der dauerhaften Einreise

- Migrationsmotiv / Gewalterfahrung

Integration 1:

- Sprachkompetenz

Integration 2 (Anomie):

- Gefühl der Heimatlosigkeit
- Diskriminierungserfahrung

Unter theoretischen Gesichtspunkten ist es nicht zwingend, die letzte Variablen­gruppe migrations­spezifisch anzulegen, vielmehr könnten auch allgemeine Anomieskalen (oder, unter umgekehrten Vorzeichen Kontrollüberzeugungsindikatoren) verwendet werden. Eine allgemeine, allen Befragten zugängliche Skala wäre auswertungsstrategisch sogar von Vorteil, da (nur) unter dieser Bedingung die Determinanten von Gesundheit/Krankheit von Zuwanderern und Autochthonen gemeinsam modelliert werden können.

4 Vorschlag Mindestindikatorensatz für Gesundheitsbefragungen

Auf theoretischem sowie dem vorgängig beschriebenen empirischen Hintergrund soll im Folgenden je ein Mindestindikatorensatz für vier Befragungstypen entwickelt werden:

- Befragung von **Erwachsenen, mündlich** (CAPI/CATI) **und schriftlich** (Selbstaussfüll-Fragebogen) → Kapitel 4.5.1
- Befragung von **Kindern/Jugendlichen, mündlich** (CAPI/CATI) **und schriftlich** (Selbstaussfüll-Fragebogen) → Kapitel 4.5.2

In Anlehnung an das vorangehende Kapitel werden die Indikatorensätze blockweise entwickelt. In einem ersten Schritt wird die Variable „Migrationshintergrund“ definiert, die sowohl inhaltlich wie im Ablauf, d.h. als Filter um migrations­spezifische Fragen zu stellen, eine zentrale Stellung hat. Mit Bezug auf die Ergebnisse aus Kapitel 3 werden dann Empfehlungen gemacht hinsichtlich einer Ergänzung der Definitoren eines Migrationshintergrundes mit weiteren (migrations­spezifischen) Variablen. Für jeden Befragungstypus wird auch ein möglicher Frageablauf skizziert.

4.1 Theoretischer Hintergrund: Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen Migration und Gesundheit

Zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten belegen, dass ein Migrationshintergrund gesundheitliche Auswirkungen haben kann – und dies auf vielfältige Weise (vgl. Kapitel 1).

Aus theoretischer Perspektive kann der Migrationshintergrund verstanden werden als eine *Lebenssituation, die durch eine eigene oder die Migrationserfahrung enger Familienangehöriger geprägt ist*. Der Begriff nimmt also Bezug auf ein lebensbiographisches Ereignis – die Migration – und klassifiziert die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund anhand dieses Ereignisses und den daraus resultierenden Besonderheiten in der Lebenssituation, welche u.a. auch gesundheitsrelevant sein können (vgl. Schenk 2007; Schenk et al. 2006a). Ein Migrationshintergrund ist in diesem Sinne „das komplexe Bedingungsgefüge all jener Merkmale, die eine Lebenssituation von Migranten und Nicht-Migranten in gesundheitsrelevanter Weise unterscheiden und zu gesundheitlichen Unterschieden zwischen der einheimischen und der Migrantenpopulation führen können.“ (Schenk et al. 2006a: 856).

Merkmale eines Migrationshintergrundes können bspw. eine besondere rechtliche, aber auch sozioprofessionelle und sozioökonomische Situation im Zielland sein. Mit einer Migration einher geht zudem die Anforderung einer Neuorientierung, oft auch die Entwertung praktischen Handlungswissens; sie kann mit sozialer Entwurzelung, Rollenkonflikten oder Statusverlust verbunden sein. Weiter ist die Situation von Migranten und Migrantinnen (und u.U. auch ihrer Nachkommen) manchmal durch eine – selbst hergestellte und/oder als Fremdkonstruktion und Fremdzuschreibung erfahrene – ethnische Zugehörigkeit geprägt. Mit Blick auf die Gesundheit nicht zu vergessen sind schliesslich auch spezifische Gegebenheiten vor oder während der Migration: Von allgemeinen Umwelt- und Lebensbedingungen im Herkunftsland bis zu den konkreten Umständen, die zu einer freiwilligen oder unfreiwilligen Migration veranlasst haben, etwa die Erfahrung extremer Gewalt oder Verfolgung. Alle diese Faktoren können die Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund beeinflussen, sei es positiv oder negativ (Efionayi-Mäder und Wyssmüller 2008; Schenk 2007).

Wie angetönt müssen Menschen mit Migrationshintergrund nicht unbedingt selbst migriert sein. Ihre Lebenssituation kann auch dann (mehr oder weniger) von der Migrationserfahrung der eigenen Familie geprägt sein, wenn sie im Zielland geboren wurden und immer da gelebt haben. Die hier theoretisch

begründete Definition von „Migrationshintergrund“ bleibt mit Blick auf folgende Generationen grundsätzlich offen – es ist nicht zum Vornherein klar, nach wie vielen Generationen ein Migrationshintergrund seine Bedeutung verliert. Diese Frage findet im Einzelfall unterschiedliche Antworten, in Abhängigkeit von Faktoren wie etwa dem Segregationsgrad und der sozialen Anerkennung einer Zugewandertengruppe, der aufenthaltsrechtlichen Situation der betreffenden Person oder von gesellschaftlichen Selbst- und Fremdebnisierungsprozessen (Schenk et al. 2006a).

4.2 Von der Theorie zur Operationalisierung

„Migrationshintergrund“ ist also aus theoretischer Perspektive ein sehr umfassender Begriff, die Bevölkerung mit Migrationshintergrund dementsprechend ausgesprochen heterogen. Untersuchungen zur Gesundheit dieser Bevölkerungsgruppe und zu den Wechselwirkungen zwischen Migration und Gesundheit kommen nicht umhin, innerhalb der Gruppe weiter zu differenzieren. Es genügt nicht, lediglich zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund zu unterscheiden. Gesundheitschancen und -risiken sind auch innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ungleich verteilt und variieren nicht nur nach Alter und Geschlecht, sondern auch nach Faktoren wie dem sozialen Status, dem Herkunftskontext, der Anwesenheitsdauer im Zielland bzw. der Aufenthaltssicherheit u.a.m. (vgl. auch Kapitel 2 und 3 dieses Berichts sowie Anhang 1).

Eine Operationalisierung des vorgestellten theoriegeleiteten Konzepts „Migrationshintergrund“ mit Blick auf die Erhebung und wissenschaftliche Auswertung von Gesundheitsdaten ist daher mit einigen Herausforderungen verbunden. Es geht zunächst darum, zu gewährleisten, dass Personen mit Migrationshintergrund anhand geeigneter *Definitoren* überhaupt als solche identifiziert werden können. Eine zweite notwendige Voraussetzung um Gesundheitsdaten migrationssensibel auswerten zu können besteht darin, dass diese Personengruppe in der untersuchten Population auch ausreichend repräsentiert sein muss.

Mit Blick auf Ersteres gilt es eine beschränkte Anzahl Indikatoren eines Migrationshintergrunds zu definieren, deren Erhebung theoretisch und angesichts des (nationalen, thematischen, forschungspraktischen) Kontexts Sinn macht. Dabei muss insbesondere darauf geachtet werden, dass es anhand der erhobenen Daten möglich ist, ausreichend differenziert zu analysieren und Erklärungsansätze für Unterschiede zwischen verschiedenen (den wichtigsten) Untergruppen der Migrationsbevölkerung zu formulieren. Daher müs-

sen die Migrationsdefinitoren zum Beispiel auch der landesspezifischen Konstellation der wichtigsten Zugewandertengruppen Rechnung tragen.

Ein solcher Mindestindikatorensatz wird im Folgenden für den Schweizer Kontext aus theoretischen Überlegungen – die zum Teil durch die empirischen Ergebnisse aus Kapitel 3 dieses Berichts bestätigt und bekräftigt werden – hergeleitet und vorgeschlagen. Mit Blick auf die zweite notwendige Voraussetzung für eine migrationsensible Datenauswertung – die ausreichende Repräsentation der Personengruppe mit Migrationshintergrund im Sample – werden im darauffolgenden Kapitel 5 einige grundsätzliche Überlegungen angestellt.

Ein definierter Mindestindikatorensatzes ermöglicht bzw. erleichtert es, die Erfassung des Migrationsstatus in Gesundheitsdatenerhebungen zum Standard zu machen und die weitgehende Vereinheitlichung und damit Vergleichbarkeit verschiedener Datenquellen voranzutreiben (vgl. auch RKI 2006; Schenk et al. 2006b). Dies wird auch in der Schweiz angestrebt. So soll im Rahmen der Bundesstrategie *Migration und Gesundheit 2008-2013* (vgl. BAG 2007) mittels der Querschnittmassnahme *Mainstreaming Migration* u.a. die Erhebung statistischer Daten für die Gesundheitsberichterstattung verbessert werden, d.h. es soll sichergestellt werden, dass in Zukunft eine migrationsensible Auswertung von Gesundheitsdaten erfolgen kann.

Folgt man den oben erläuterten theoretischen Überlegungen, so sollte ein idealtypischer Datensatz zur Erfassung des Migrationshintergrundes „all jene migrationsbedingten und kulturspezifischen Faktoren abbilden, die zu gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen Mehrheitsbevölkerung ohne Migrationshintergrund und Zuwandererbevölkerung aber auch innerhalb der Migrantenpopulation führen können.“ (Schenk et al. 2006a: 856)

Wenn es auch aus der Perspektive der Migrationsforschung wünschenswert wäre, einen Migrationshintergrund möglichst umfassend abzubilden, so sind diesem Wunsch durch die meisten Studiendesigns und Erhebungskontexte doch gewisse Grenzen gesetzt. Es stellen sich nämlich neben den theoretisch hergeleiteten auch methodologische Anforderungen an die Operationalisierung: Ein Erhebungsinstrument muss in seiner Länge und Handhabbarkeit den jeweiligen Untersuchungsbedingungen und dem Forschungsziel angemessen sein, von den InformantInnen verstanden und akzeptiert werden sowie ethischen und datenschutzrechtlichen Grundsätzen folgen. All diesen u.U. gegenläufigen Anforderungen muss bei der Entwicklung eines geeigneten Indikatorensatzes zur Erfassung des Migrationshintergrunds Rechnung getragen werden.

Schliesslich sind auch Bestrebungen und laufende Entwicklungen zur Harmonisierung statistischer Erhebungen auf nationaler wie internationaler Ebene bzw. bereits bestehende Vorgaben bezüglich der Erfassung eines Migrationshintergrundes in Personen- und Haushaltsbefragungen zu beachten und zu berücksichtigen. International sind für den Schweizer Kontext insbesondere die Vorgaben auf europäischer Ebene relevant, national diejenigen des Bundesamtes für Statistik (BFS).

4.3 Vorgaben international und national

In den Einwanderungsländern Europas haben sich historisch je unterschiedliche Definitionen und statistische Konzepte von *Migrationshintergrund* oder *Migrationsbevölkerung* entwickelt (vgl. PROMINSTAT 2009). Entsprechend unterschiedlich wird dieses Merkmal in (Gesundheits-) Datenerhebungen in Europa heute auch erfasst (vgl. etwa Arbeitsdokumente des "Migrant and Ethnic Health Observatory - Project" 2009).

Im Rahmen der Europäischen Union (EU) ist man jedoch seit einiger Zeit bemüht, eine gewisse Vereinheitlichung bei den statistisch erhobenen Variablen in die Wege zu leiten, was EU-weit eine bessere Vergleichbarkeit zumindest der amtlich erhobenen Gesundheitsdaten gewährleisten würde (vgl. etwa Europäische Kommission 2009a, 2009b; Migrant and Ethnic Health Observatory - Project" 2009). Zu den sozialen Kernvariablen, die gemäss dem statistischen Amt der EU in allen *social surveys* der Mitgliedländer erhoben werden sollen bzw. bereits erhoben werden (vgl. EUROSTAT 2007) – und die somit auch für die Schweiz in gewissem Sinne bindend sind, wenn die Vergleichbarkeit mit den EU-Ländern ein Anliegen ist – gehören mit Blick auf eine Migrationsbiographie das *Geburtsland* sowie die *Staatszugehörigkeit(en)* der befragten Person zum Zeitpunkt der Erhebung. Ansonsten besteht in Gesundheits- und allgemein in Haushaltssurveys in Europa zurzeit noch eine beträchtliche Heterogenität was die Erhebung von Migrationsindikatoren angeht (vgl. Kasten).

In der Schweiz ist auf der Ebene des nationalen statistischen Systems seit einiger Zeit eine grundlegende Reform im Gange (vgl. BFS 2009a). Im Rahmen mehrerer Modernisierungsprojekte wird auf ein integriertes statistisches System hingearbeitet: Um aussagekräftige Informationen in einem bestimmten Bereich (etwa Arbeitsmarkt, Bildung oder Gesundheit) zu generieren, sollen in Zukunft systematisch mehrere Datenquellen herangezogen werden können. Umgekehrt liefert eine Erhebung in einem spezifischen thematischen Bereich künftig Informationen für eine ganze Reihe von verschiedenen statistischen Analysen. Das angestrebte System umfasst neben Basisstatistiken, die

auf den nationalen, kantonalen und kommunalen Registern beruhen, sowie jährlich durchgeführten Stichprobenerhebungen, die eine generelle Übersicht über die Bevölkerungsstruktur liefern, auch thematische Statistiken mit den Schwerpunkten *Mobilität und Verkehr, Aus- und Weiterbildung, Gesundheit, Familien und Generationen* sowie *Sprache, Religion und Kultur*. Letztere werden ebenfalls – im Fünfjahresrhythmus alternierend – aus Stichprobenerhebungen mit 10'000 bis 40'000 befragten Personen hervorgehen (BFS 2009c).

Erfassung des Migrationshintergrundes für Gesundheitsforschung und -berichterstattung in Europa: Jüngste Entwicklungen

Eine kurze Literatur- und Onlinerecherche¹⁹ bezüglich der Indikatoren eines Migrationshintergrundes, wie sie in Gesundheits- und allgemein in Haushaltssurveys in Europa angewendet bzw. angestrebt werden, ergab kurz zusammengefasst Folgendes:

Das *Geburtsland* sowie die *Staatsangehörigkeit(en) der befragten Person zum Zeitpunkt der Erhebung* gehören zu den sozialen Kernvariablen, die gemäss EUROSTAT EU-weit in allen *social surveys* eingeführt werden sollen (EUROSTAT 2007).

In jüngster Zeit werden in vielen Befragungen auch Informationen zur *Einbürgerung* der befragten Person (Zeitpunkt der Einbürgerung, z.T. auch vorherige Staatsangehörigkeit), zur *Anwesenheitsdauer im Wohnsitzland* (Zeitpunkt der Einreise bzw. der dauerhaften Niederlassung) und zum *Migrationsgrund* erhoben. AusländerInnen werden zudem meist auch nach der Art ihrer *Aufenthaltsbewilligung* gefragt. Zum Teil (etwa in Spezialmodulen mit Fokus auf Migration o.ä.) werden auch das *Geburtsland* und/oder die *Staatszugehörigkeit(en) der Eltern* erhoben.

Die Variablen *Muttersprache* oder *Sprachkenntnisse* (Kenntnisse der Landes-/Lokalsprache) werden hingegen selten erhoben, und auch mit (*selbstdeklariert*) *Ethnizität* wird in Europa kaum gearbeitet. Eine Ausnahme bildet Deutschland, wo die Muttersprache bzw. die in der Familie gesprochenen Sprachen zum Teil als Indikatoren für Ethnizität und zur Identifizierung der Angehörigen der dritten Zugewandertengeneration erhoben werden, etwa im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS) (vgl. RKI 2008, 2009).

Im Zuge dieser Gesamtreform zielt das Projekt SHAPE auf die Entwicklung eines Systems von aufeinander abgestimmten Personen- und Haushaltserhe-

¹⁹ Gesichtet wurden folgende Literatur und Online-Ressourcen: (Aalandslid und Östby 2009; Butler 2007; Cantisani et al. 2009; European Commission 2007; EUROSTAT 2007; Hagström 2009; Kraler et al. 2009; Lange und Nielsen 2009; Migrant and Ethnic Health Observatory - Project" 2009; Pecoraro 2009; Peucker und Reiter 2009; PROMINSTAT 2009; Razum 2008; RKI 2008, 2009; Schenk 2007; Schenk et al. 2006a).

bungen ab, welches den europäischen Anforderungen Rechnung trägt, die nationalen Bedürfnisse angemessen und nachhaltig berücksichtigt sowie die Belastung der Befragten möglichst klein hält (BFS 2009b). Im Rahmen von SHAPE wurden u.a. Schlüsselmerkmale entwickelt und festgelegt, die künftig unabhängig der verschiedenen Quellen und Erhebungsgefässe vergleichbare Informationen über soziodemographische, sozioökonomische und familienspezifische Strukturen bereitstellen und es ermöglichen sollen, die Ergebnisse aus unterschiedlichen Themenbereichen zu spezifischen Bevölkerungsgruppen zu vergleichen und miteinander zu kombinieren. Die definierten Schlüsselmerkmale werden ab 2009 in allen Erhebungen eingeführt und orientieren sich an europäischen und internationalen Anforderungen. Bestandteil dieser Schlüsselmerkmale sind auch gewisse Indikatoren eines Migrationshintergrundes, die in Zukunft in den nationalen Erhebungen systematisch erfasst werden sollen, und zwar handelt es sich um die *aktuelle(n) Staatsangehörigkeit(en)*, die *Art der Aufenthaltsbewilligung* bei AusländerInnen bzw. das *Jahr und die Art des Erwerbs der schweizerischen Staatsangehörigkeit* bei SchweizerInnen, den *Geburtsstaat* bei Geburt im Ausland und das *Jahr des letzten Zuzugs* aus dem Ausland und den *Herkunftsstaat*.

Der im Folgenden vorgestellte Vorschlag eines Mindestindikatorensatzes zur Erfassung des Migrationshintergrundes in Befragungen zur Gesundheit der Allgemeinbevölkerung berücksichtigt neben theoretischen Überlegungen auch diese bestehenden nationalen und internationalen Vorgaben.

4.4 Theoriegeleitete Umgrenzung der *Personen mit Migrationshintergrund* im Schweizer Kontext

In Deutschland hat eine Gruppe von Fachleuten rund um die Medizinsoziologin Liane Schenk im Verlauf der letzten Jahre einen Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationshintergrundes in epidemiologischen Studien und für die nationale Gesundheitsberichterstattung entwickelt (vgl. Butler 2007; Schenk et al. 2006a). Dessen Anwendung konnte insbesondere im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006 auch bereits erprobt werden (RKI 2008; Schenk et al. 2006b). Die Erfahrungen aus Deutschland können für die Entwicklung eines entsprechenden Indikatorensatzes für den Schweizer Kontext als Anschauungsbeispiel und Orientierungspunkt dienen.

Zunächst muss nun für den Schweizer Kontext definiert werden, wer – und anhand welcher Merkmale einer von Migration geprägten Biographie – bei Gesundheitsdatenerhebungen sinnvollerweise als *Person mit Migrationshintergrund* identifiziert werden soll. Dies aus theoretischer Sicht, aber auch un-

ter dem Gesichtspunkt oben erwähnter nationaler und internationaler Vorgaben bzw. unter forschungspraktischen Überlegungen.²⁰

Wie oben erläutert ist eine wichtige Bedingung bei der Umgrenzung der Personengruppe mit Migrationshintergrund, dass diese ausreichend breit gefasst wird und gleichzeitig eine angemessene innere Differenzierung bei der Datenanalyse ermöglicht wird. Mit Blick auf Letzteres ist es aus theoretischer Sicht und angesichts der bestehenden internationalen und nationalen Vorgaben unverzichtbar, innerhalb der Gruppe mit Migrationshintergrund folgende Untergruppen unterscheiden zu können:

1. MigrantInnen der ersten Generation vs. Angehörige der zweiten Generation: Diese Differenzierung drängt sich nicht nur aus theoretischer Sicht und aufgrund (inter)nationaler Normen und Vorgaben auf, auch empirische Gesundheitsdaten weisen darauf hin, dass diese beiden Untergruppen sich unter gewissen gesundheitlichen Aspekten deutlich unterscheiden können.²¹

2. Personen mit einseitigem Migrationshintergrund (aus binationalen Familien) vs. Personen mit beidseitigem Migrationshintergrund: Diese Unterscheidung wurde von Schenk et al. für den Einwanderungskontext Deutschlands vorgeschlagen und erwies sich im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) als relevant mit Blick auf zahlreiche Gesundheitsdimensionen (vgl. Schenk et al. 2006a; Schenk et al. 2006b).

3. Personen ausländischer (d.h. nicht-schweizerischer) Staatszugehörigkeit vs. Personen mit schweizerischer Staatszugehörigkeit seit Geburt vs. Personen, die im Verlauf ihres Lebens eingebürgert worden sind: Die Unterscheidung dieser drei Untergruppen scheint vor allem aus Gründen der (inter)nationalen Kompatibilität und Vergleichbarkeit der Daten geboten. Sie kann aber durchaus auch zur theoriegeleiteten Erklärung gesundheitlicher Unterschiede beitragen, und zwar insofern, als dass Einbürgerung gemäss verschiedenen Studien ein Indikator sozialer Integration sein wie auch u.U. als Motor derselben wirken kann (vgl. etwa Bevelander et al. 2006; Constant

²⁰ Grundsätzlich muss festgehalten werden, dass sowohl die theoretisch wünschenswerte wie auch die praktisch umsetzbare Definition des Personenkreises „mit Migrationshintergrund“ von der Art der zu erhebenden Daten bzw. des Ziels/Zwecks der Erhebung abhängig ist (Loue und Bunce 1999). Unser Vorschlag bezieht sich auf Befragungen der Allgemeinbevölkerung, d.h. auf computergestützte mündliche oder telefonische (CAPI/CATI) sowie schriftliche Befragungen (Selbstaussfüll-Fragebogen) von Erwachsenen oder Kindern/Jugendlichen zum Thema Gesundheit.

²¹ Für eine Übersicht über aktuelle Forschungsergebnisse vgl. Wyssmüller et al. (2009).

et al. 2008; Fibbi et al. 2005; Fibbi et al. 2007; Wunderlich 2005). Soziale Integration wiederum steht in Wechselwirkung mit der Gesundheit, wie in Kapitel 2 dieses Berichts dargelegt wurde.

Auf dieser Grundlage schlagen wir vor, die Gruppe „mit Migrationshintergrund“ – in Anlehnung an die Praxis in Deutschland, die sich zu bewähren scheint – im schweizerischen Kontext wie folgt zu definieren:

- Personen, die im Ausland geboren wurden und von denen mindestens ein Elternteil ebenfalls im Ausland geboren wurde

und

- Personen, die in der Schweiz geboren wurden und von denen mindestens ein Elternteil im Ausland geboren wurde.

Eine solche Definition ist einerseits mit den oben erläuterten theoretischen Überlegungen konsistent, indem sie „Migrationshintergrund“ an einer eigenen oder der Migrationserfahrung enger Familienangehöriger (mindestens eines Elternteils) festmacht. Andererseits ist sie ausreichend breit gefasst und lässt die oben angeführten wichtigen Differenzierungen innerhalb der Gruppe zu.

Im Folgenden soll nun konkretisiert werden, durch die Erfassung welcher Indikatoren sich diese Bevölkerungsgruppe im Rahmen einer Befragung eingrenzen und in die genannten Untergruppen differenzieren lässt. In einem nächsten Schritt wird mit Bezug auf die Ergebnisse der empirischen Tests, die in Kapitel 3 vorgestellt wurden, empfohlen, diese unabdingbaren Kernmerkmale oder Definitoren eines Migrationshintergrunds mit gewissen weiteren Variablen, die mit Blick auf Gesundheitsfragen eine signifikante Bedeutung zu haben scheinen, zu ergänzen. Dies wird zuerst am Beispiel einer Befragung von erwachsenen Personen aufgezeigt (4.5.1); anschliessend wird auf Besonderheiten hingewiesen, die bei einer Befragung von Kindern/Jugendlichen zu berücksichtigen sind, und ein Mindestindikatorensatz vorgeschlagen, welcher an diese spezielle Erhebungssituation angepasst ist (4.5.2).

4.5 Vorschlag Mindestindikatoren und Frageablauf

4.5.1 Befragung von Erwachsenen

Auf dem hier vorgeschlagenen Konzept aufbauend und unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Normen müsste ein Befragungsinstrument, das sich an die erwachsene Allgemeinbevölkerung wendet, mindestens folgende Definitoren eines Migrationshintergrundes erheben:

Geburtsland der befragten Person: Gibt Hinweise auf den kulturellen Referenzrahmen der Person und ermöglicht eine Unterscheidung zwischen erster und zweiter Generation anhand des Geburtslandes.

→ *Von EUROSTAT empfohlen sowie Schlüsselindikator gemäss BFS-Projekt SHAPE.*

Geburtsland des Vaters und der Mutter: Gibt Hinweise auf den kulturellen Referenzrahmen der Person und ermöglicht insbesondere die theoretisch wichtige und empirisch gestützte Unterscheidung von Personen mit ein- bzw. beidseitigem Migrationshintergrund.

→ *Weitgehend internationaler Standard*

Staatsangehörigkeit(en) zum Zeitpunkt der Erhebung: Ermöglicht die Unterscheidung zwischen Personen schweizerischer und nicht schweizerischer Staatsangehörigkeit.

→ *Von EUROSTAT empfohlen sowie Schlüsselindikator gemäss BFS-Projekt SHAPE*

Neben diesen drei Indikatoren, die bei allen befragten Personen zu erheben wären, müssten mittels Filtersteuerung zusätzlich mindestens folgende Indikatoren bei bestimmten Bevölkerungskreisen erhoben werden:

Bei im Ausland geborenen Personen:

Zeitpunkt des (letzten) Zuzugs in die Schweiz: Ermöglicht die Errechnung der Aufenthaltsdauer im Zielland sowie (in Kombination mit dem Geburtsdatum) des Alters der Person beim (letzten) Zuzug in die Schweiz. Letzteres scheint v.a. aus theoretischer Sicht notwendig, nicht nur weil eine Differenzierung nach dem Alter bei Einreise mit Blick auf die Gesundheit je nach Fragestellung durchaus relevant sein dürfte, sondern auch weil mit Blick auf die Datenauswertung die Möglichkeit bestehen sollte, im Ausland geborene MigrantInnen, die vor Erreichen eines bestimmten Alters eingereist sind, zur nachfolgenden Generation zu zählen oder als eigene Unterkategorie zu definieren.²²

→ *Schlüsselindikator gemäss BFS-Projekt SHAPE*

Bei nicht schweizerischen Staatsangehörigen:

²² In der (Migrations-)Forschung werden je nach Fragestellung und theoretischer Verankerung verschiedene Definitionen der zweiten Eingewandertengeneration verwendet. Die Flexibilität bezüglich der Definition dieses Konzepts in Abhängigkeit der Fragestellung muss durch die erhobenen Indikatoren ermöglicht werden.

Typ der Aufenthaltsbewilligung: Ermöglicht einerseits die Unterscheidung zwischen Personen in der rechtlichen Situation eines befristeten oder aber eines unbefristeten Aufenthalts, welche sich mit Blick auf die Gesundheit vielfach als relevant erwiesen hat. Ermöglicht andererseits bis zu einem gewissen Grad auch eine Typisierung der Einwanderung. Allerdings kann allein anhand des aktuellen Aufenthaltsstatus keine exakte Typisierung nach Migrationsmotiven erfolgen, diese müssten je nach Fragestellung noch zusätzlich erhoben werden (vgl. Empfehlung unten).

→ *Schlüsselindikator gemäss BFS-Projekt SHAPE*

Bei schweizerischen Staatsangehörigen:

Zeitpunkt und Art des Erwerbs der Schweizer Staatsangehörigkeit: Ermöglicht die Unterscheidung zwischen SchweizerInnen seit Geburt und eingebürgerten Personen.

→ *Schlüsselindikator gemäss BFS-Projekt SHAPE*

Zusätzlich zu diesem Definitorensatz wird angesichts der in Kapitel 3 gewonnenen Erkenntnisse empfohlen, in Gesundheitsdatenerhebungen *wenn immer erhebungspraktisch möglich* auch den **Migrationsgrund** sowie gewisse (**migrationsspezifische**) **Variablen sozialer Integration** und der **fremd- bzw. selbstattribuierten Anomie** zu erheben (vgl. Kapitel 3.6).

Was den **Migrationsgrund** angeht, erweist sich insbesondere *Flucht vor politischer Verfolgung und Krieg* (genauer: die *Erfahrung von Gewalt*) als bedeutsam bei der Erklärung gewisser Gesundheitsoutcomes (vgl. Kapitel 3, auch Gabadinho et al. 2007). Je nach Forschungsinteresse und Fragestellung kann daher auch dieser Indikator hohe Erklärungskraft haben. Zudem kann er eine Typisierung der Einwanderungsgruppen nach Migrationsmotiven (bzw. entsprechende Analysen) ermöglichen.

Zu den migrationsspezifischen Variablen sozialer Integration mit erhöhter Erklärungskraft bezüglich Gesundheitsindikatoren gehören in erster Linie die selbsteingeschätzte Kompetenz, die Amtssprache des Wohnorts zu sprechen (**lokalsprachliche Kompetenzen**, vgl. Kapitel 3). Dabei erscheint es sinnvoll, die lokalsprachlichen Kompetenzen nur bei all jenen Personen zu erheben, welche die an ihrem Wohnort verwendete Amtssprache nicht als (eine) ihre(r) Muttersprache(n) bezeichnen.²³ Das würde implizieren, dass die **Mut-**

²³ Im Falle von zweisprachigen Gemeinden hiesse das, dass keine der Amtssprachen von der befragten Person als ihre Muttersprache bezeichnet wird.

tersprache als zusätzlicher Indikator bei allen Befragten erhoben werden müsste. Die Frage nach der Selbsteinschätzung der lokalsprachlichen Kompetenzen würde dann nicht spezifisch an Personen mit (internationalem) Migrationshintergrund gemäss unserer Definition gestellt, sondern sinnvollerweise an alle Personen mit internationaler *oder* Binnenmigrationserfahrung, an deren Wohnort eine Amtssprache verwendet wird, die nicht ihrer Muttersprache entspricht.

Nicht zuletzt scheint angesichts der Ergebnisse unserer statistischen Tests (vgl. Kapitel 3) auch die Erhebung gewisser individuums-/persönlichkeitsbezogener Indikatoren sinnvoll, die zur Erfassung von theoretischen Konzepten wie (**fremd- bzw. selbstattribuierte**) **Entfremdung/Anomie** oder auch **sense of coherence, Kontrollüberzeugung** dienen. Die entsprechenden Konzepte sind nicht migrationsspezifisch, möglicherweise unterscheiden sich aber die geeigneten Indikatoren für die Erhebung bei MigrantInnen von den gemeinhin für die Allgemeinbevölkerung verwendeten Indikatoren. Hier würde es sich aufdrängen, zum Beispiel im Rahmen der zweiten GMM-Befragung zu testen, ob migrationsspezifische Indikatoren wie sie in der ersten GMM-Befragung verwendet wurden (Gefühl der Heimatlosigkeit, Diskriminierungserfahrung, vgl. Anhang 3) tatsächlich unabdingbar sind oder ob man sich auf allgemein bekannte und getestete Skalen der Anomie bzw. Kontrollüberzeugung (wie sie etwa in der SGB zur Anwendung kommen) beschränken könnte (→ Vergleich der Prädiktionskraft bekannter allgemeiner mit den spezifischen Indikatoren des GMM).

Mündliche Befragung: Frageablauf in CAPI/CATI

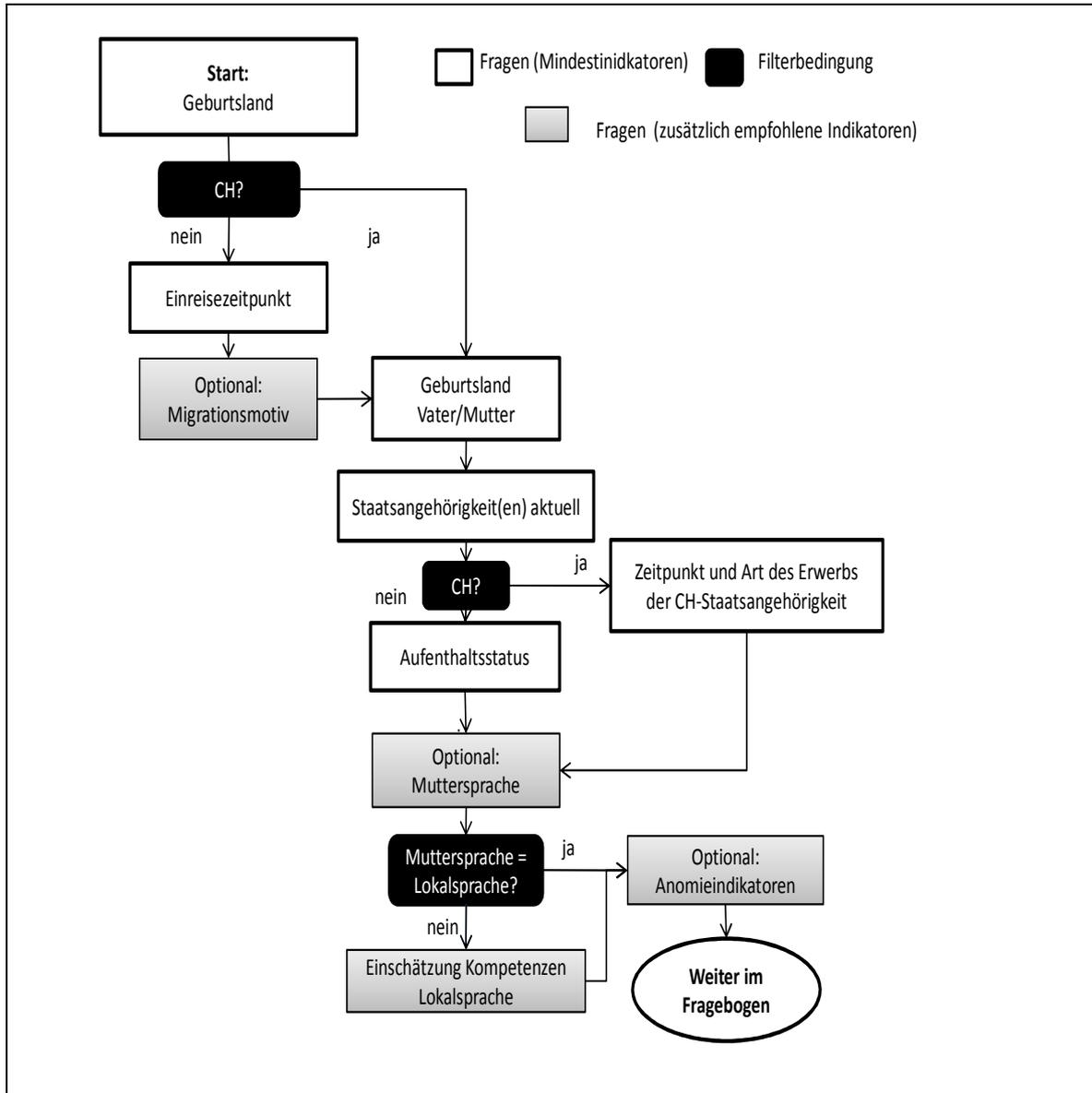
Auf diesem Vorschlag eines Mindestindikatorensatzes aufbauend könnte ein Frageablauf für eine CAPI/CATI-Befragung erwachsener Personen wie in Abbildung 1 dargestellt aussehen.

Die genaue Formulierung der Fragen wäre mit erhebungsmethodischen Fachpersonen bzw. den Verantwortlichen der entsprechenden Gesundheitsbefragungen abzusprechen.²⁴ Einen Orientierungspunkt können die untenste-

²⁴ Alle hier vorgeschlagenen Instrumente (bzw. Elemente von Erhebungsinstrumenten) müssen selbstverständlich mit den Verantwortlichen und den erhebungstechnischen Fachpersonen der entsprechenden Gesundheitsbefragungen diskutiert und weiterentwickelt, dann möglichst an verschiedenen MigrantInnenpopulationen getestet und allenfalls angepasst werden. Es wäre zudem aus methodologischem Interesse wünschenswert, dass derartige Instrumententests auch wissenschaftlich dokumentiert und Vorgehen und Ergebnisse veröffentlicht würden. Wie Loue und Bunce (1999) für den US-amerikanischen

henden Formulierungsvorschläge für eine schriftliche Befragung bilden (vgl. Tabelle 7).

Abbildung 1: Frageablaufschemata CAPI/CATI für Erwachsene



Kontext aufzeigen, wurde in der Literatur lange kaum auf die Vertrauenswürdigkeit und Gültigkeit von Instrumenten zur Erfassung des Migrationsstatus eingegangen.

Schriftliche Befragung (Selbstaussfüll-Fragebogen)

Bei einer schriftlichen Befragung mittels Selbstaussfüll-Fragebogen muss beachtet werden, dass im Gegensatz zu CAPI/CATI die Möglichkeiten der Filterführung nur beschränkt genutzt werden können. Filter stellen ein zentrales Instrument von CAPI/CATI dar. Sie helfen, für bestimmte Befragtengruppen redundante bzw. widersinnige Fragen zu vermeiden und das Interview so kurz wie möglich zu halten. Sie unterstützen darüber hinaus durch eine situationsabhängige Steuerung oder Variation von Fragenformulierungen und Überleitungen einen natürlichen Kommunikationsfluss in zwischen befragender und befragter Person (Kohler et al. 2005), was bei einem schriftlichen Selbstaussfüll-Fragebogen nicht gegeben ist.

Bei der Fragebogenkonzeption für eine schriftliche Befragung ist daher darauf zu achten, dass die InformantInnen nicht mit zu vielen Filtern konfrontiert und mit der Frageführung überfordert werden. Der Fragebogen-Entwurf in Tabelle 7 zeigt, dass sich die oben für die CAPI/CATI-Befragung vorgeschlagenen Mindestindikatoren eines Migrationshintergrundes auch auf schriftlichem Weg weitgehend problemlos erheben lassen dürften. Wie im Allgemeinen empfiehlt sich natürlich auch hier ein vorgängiger Test des Instruments.

Tabelle 7: Beispiel Frageablauf schriftliche Befragung (*Italic: Option*)

Nr.	Variable	Frage(n)	Antwortvorgaben	Führung
1.	Geburtsland	Wo sind Sie geboren worden?	Wenn in der Schweiz, nennen Sie bitte den Geburtsort: _____ Wenn im Ausland, nennen Sie bitte den Staat, in dem ihr Geburtsort <i>heute</i> liegt: _____	In der Schweiz geboren: → Weiter bei Frage 2
1.1.	Einreisezeitpunkt	Seit wann leben Sie dauerhaft in der Schweiz?	Jahr: _____	
1.2.	Migrationsgrund	<i>Weshalb sind Sie oder Ihre Eltern in die Schweiz gezogen?</i>	<i>Politische Verfolgung/Krieg</i> <i>Wirtschaftliche Gründe</i> <i>Familiennachzug</i> <i>Ausbildung</i> <i>Anderes: _____</i>	
2.	Geburtsland Eltern	In welchem Land ist ihre Mutter/ihr Vater geboren worden?	Bitte nennen Sie das Land, in dem der Geburtsort <i>heute</i> liegt. Mutter: _____ Vater: _____	

3.	Staatsangehörigkeit(en) aktuell	Über welche Staatsangehörigkeit(en) verfügen Sie?	Bei mehreren Staatsangehörigkeiten: Bitte nennen Sie sie in der Reihenfolge, in der Sie sie erworben haben: 1. _____ 2. _____ 3. _____	Schweizer Staatsangehörige: → Weiter bei Frage 5
4.	Aufenthaltsstatus	Was für eine Aufenthaltsbewilligung haben Sie?	Niederlassung (C) Aufenthalt (B) Vorläufige Aufnahme (F) Asylsuchende (N) Kurzaufenthalt (L) Etc.	
5.	Erwerb der Schweizer Staatsangehörigkeit	Wann haben Sie die Schweizer Staatsangehörigkeit erworben?	Bei Geburt Jahr: _____	
6.	Muttersprache	Welche Sprache würden Sie als Ihre Muttersprache bezeichnen?	Wenn Sie mehrsprachig aufgewachsen sind, dann geben Sie bitte die Sprachen an, die Sie als Ihre Muttersprachen bezeichnen würden. 1. _____ 2. _____ 3. _____	Wenn die offizielle Sprache an Ihrem Wohnort auch ihre Muttersprache ist: → Weiter bei Frage 7
6.1.	Lokalsprachliche Kompetenzen	Wie gut sprechen Sie die offizielle Sprache an Ihrem Wohnort?	Sehr gut Gut Mittelmässig Schlecht Sehr schlecht	

4.5.2 Befragung von Kindern und Jugendlichen

Bei einer Befragung von Kindern oder Jugendlichen ist generell darauf zu achten, dass die jungen InformantInnen nicht durch zu komplizierte, angesichts ihres Wissensstands und ihrer spezifischen Erfahrungswelt unangemessene Fragestellungen und -formulierungen überfordert und dadurch Nicht- oder Falschantworten begünstigt werden. Was Konzepte wie etwa Staatsangehörigkeit angeht bestehen zum Beispiel (und nicht nur unter Jugendlichen) unterschiedliche Auffassungen: Staatsangehörigkeit vs. Nationalität im Sinne einer ethnischen Zugehörigkeit, offizielle Staatsangehörigkeit vs. gefühlte Staatsangehörigkeit etc. Während es bei erwachsenen Befragten in den meisten Fällen gelingen dürfte, ihnen klar zu vermitteln, welches Konzept erhoben werden soll, dürfte das bei Kindern und Jugendlichen je nach Alter schwieriger wenn nicht unmöglich sein. Darum müssen die Mindestin-

diktoren eines Migrationshintergrundes im Fall einer Befragung von Kindern oder Jugendlichen so definiert und die entsprechenden Fragen so formuliert werden, dass mit möglichst genauen, der Realität entsprechenden Antworten gerechnet werden kann.

Mündliche Befragung (CAPI/CATI)

Aus den eben erläuterten Gründen empfiehlt es sich, die oben für die Befragung Erwachsener vorgeschlagenen Indikatoren eines Migrationshintergrundes für die Befragung von Kindern und Jugendlichen deutlich zu reduzieren und auf diejenigen zu beschränken, bei denen eine gewisse Wahrscheinlichkeit besteht, dass die jungen InformantInnen die Fragen mühelos und eindeutig beantworten können.

Als geeignete Mindestindikatoren eines Migrationshintergrundes für die mündliche Befragung von Kindern oder Jugendlichen werden vorgeschlagen:

Geburtsland des Kindes/Jugendlichen: Gibt Hinweise auf den kulturellen Referenzrahmen des Kindes/Jugendlichen und ermöglicht eine Zuordnung zur ersten oder zweiten Generation anhand des Geburtslandes.

Geburtsland von Mutter und Vater: Gibt Hinweise auf den kulturellen Referenzrahmen des Kindes/Jugendlichen und ermöglicht insbesondere die theoretisch wichtige und empirisch gestützte Unterscheidung zwischen ein- und beidseitigem Migrationshintergrund.

Zusätzlich zu diesen beiden Kernindikatoren, die bei allen befragten Kindern/Jugendlichen erhoben werden sollten, müsste *bei im Ausland geborenen Kindern/Jugendlichen* erhoben werden:

Einreisezeitpunkt des Kindes/Jugendlichen: Ermöglicht die Errechnung der Aufenthaltsdauer im Zielland sowie (in Kombination mit dem Geburtsdatum) des Alters des Kindes/Jugendlichen beim Zuzug in die Schweiz.

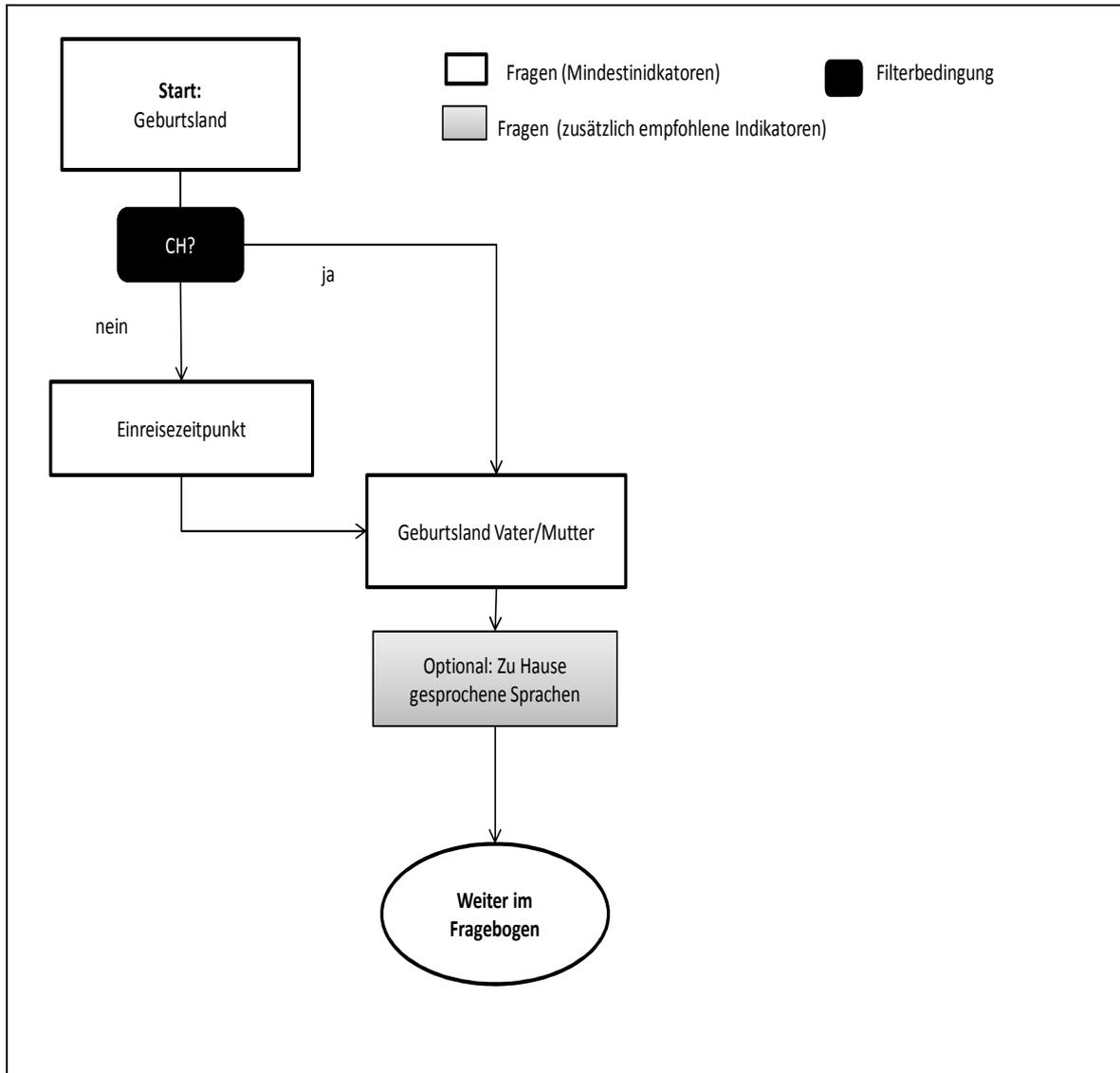
Wenn immer möglich wird empfohlen, auch **die von den befragten Kindern zu Hause gesprochenen Sprachen** zu erheben.²⁵

Abbildung 2 zeigt einen möglichen Frageablauf (den es selbstredend wiederum zu testen und auf die jeweilige Altersgruppe anzupassen gälte).

²⁵ Bei CAPI/CATI besteht ausserdem die Möglichkeit, die lokalsprachlichen Kenntnisse durch den Interviewer einschätzen zu lassen, wie das etwa im Rahmen des KiGGS in Deutschland gemacht wurde.

Von Vorteil ist, wenn – wie etwa beim deutschen KiGGS – nicht ausschliesslich Kinder und Jugendliche, sondern gleichzeitig auch deren Eltern befragt werden. Dies bietet die Möglichkeit, gewisse („kompliziertere“) Informationen von den Eltern zu erheben und die Kinder so zu entlasten.

Abbildung 2: Frageablaufschema CAPI/CATI für Kinder/Jugendliche



Schriftliche Befragung (Selbstaussfüll-Fragebogen)

Bei einer schriftlichen Befragung von Kindern oder Jugendlichen ist zu beachten, dass die InformantInnen tendenziell (noch) schneller als Erwachsene das Interesse am Ausfüllen des Fragebogens verlieren und durch eine nicht lineare Frageführung auch schneller überfordert sind. Es empfiehlt sich daher, die Indikatoren bzw. Fragen strikt auf das unbedingt notwendige Mini-

mum zu beschränken und Filterführungen möglichst zu vermeiden. Zudem sollten die Fragen möglichst einfach verständlich formuliert werden und es kann hilfreich sein, die vermutlich häufigsten Antworten in Antwortkategorien vorzugeben.

Tabelle 8 zeigt die Fragen, mittels derer die Mindestindikatoren eines Migrationshintergrundes

Geburtsland

Einreisezeitpunkt (Alter)

Geburtsland der Eltern

Zu Hause gesprochene Sprachen (optional)

in einem Selbstausfüll-Fragebogen für Kinder/Jugendliche erhoben werden können. Auch hier ist ein Test des Instruments wiederum unabdingbar.

Tabelle 8: Beispiel Frageablauf schriftliche Befragung Kinder/Jugendliche (Italic: Option)

Nr.	Variable	Frage(n)	Antwortvorgaben	Führung
1.	Geburtsland	In welchem Land bist du geboren?	In der Schweiz In einem anderen Land: In welchem? _____	
2.	Einreisezeitpunkt	Seit wann lebst du in der Schweiz?	Seit meiner Geburt Seit (Jahr): _____ Seit ich _____ Jahre alt bin	
3.	Geburtsland Eltern	In welchem Land ist deine Mutter/dein Vater geboren worden?	Bitte nenne das Land, in dem der Geburtsort <i>heute</i> liegt. Mutter: In der Schweiz In einem anderen Land: In welchem? _____ Vater: In der Schweiz In einem anderen Land: In welchem? _____	
4.	Zu Hause gesprochene Sprachen	<i>Welche Sprache(n) sprichst du bei dir zu Hause?</i>	1. <i>Sprache:</i> _____ 2. <i>Sprache:</i> _____ 3. <i>Sprache:</i> _____	

5 Minimalanforderungen an Stichproben

Die im Vorangehenden entwickelten Indikatoren und die damit verbundene Frageführung sind so angelegt, dass sie auch in Populationen verwendet werden können, deren Migrationsstatus *a priori* nicht festgelegt und bekannt ist. Entsprechend wird auch nicht davon ausgegangen, dass bestimmte Gruppen in der Stichprobe systematisch überrepräsentiert werden, um Aussagen über kleinere Migrationspopulationen machen zu können. Letzteres ist prinzipiell aber durchaus möglich. Da ein solches geschichtetes Design erhebungspraktisch vorab definierte Gruppen voraussetzt, wird dafür wohl nur eine Definition der Migrationspopulation durch die aktuelle Nationalität in Frage kommen (ähnlich wie beim GMM). Wie im hier gewählten Verfahren (Kapitel 2 und 3) ist es aber auch unter dieser Bedingung möglich, die (elterliche) Herkunft der BefragungsteilnehmerInnen zu erfragen und die Antworten danach auszuwerten.

Die Grösse der jeweils benötigten Stichprobe ist vom Design, insbesondere der Schichtung, und von den interessierenden Kriterien – hier: den Gesundheitsvariablen – abhängig. Die grundlegende Beziehung zwischen der Breite eines Konfidenzintervalls (KI), der Streuung und der Grösse der Stichprobe gilt natürlich auch hier:

$$KI = 2 * z_{(\alpha/2)} * \sqrt{\frac{\hat{\sigma}^2}{n}}$$

Akzeptiert man eine Fehlerwahrscheinlichkeit (α) von 5% und ein gruppenspezifisches Konfidenzintervall von +/-5% bei einer Variable, für die eine relative Häufigkeit von $P=25\%$ vermutet wird (in der Stichprobe des GMM 2005 z.B. das Vorliegen von 2 und mehr Beschwerden), so müsste die betreffende Gruppe mit mindestens

$$n \approx \frac{4 * z_{(\alpha/2)}^2 * P * (100 - P)}{KI^2} \approx 288$$

in der Stichprobe vertreten sein. Das bedeutet, dass bei einer Netto-Stichprobe von 12'000, wie sie für die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (SGB) gezogen wurde, nur gerade die vier grössten Migrantengruppen (Personen mit italienischem, deutschem und portugiesischem Bürgerrecht, dazu Personen aus Serbien und Montenegro zusammen genommen) in ausreichender Grösse vertreten sind.

Unter Verwendung der Ergebnisse des GMM 2005 lässt sich die minimale Stichprobengrösse für Unterschiedsaussagen zu einzelnen Gesundheitsdi-

mensionen noch auf andere Weise schätzen. Nimmt man an, dass die gefundenen Gruppenwerte mit den tatsächlichen Populationswerten identisch sind, wären, bei einer Teststärke (Power) von 90%, z.B. die in Tabelle 9 ersichtlichen Gruppengrößen nötig, um die Differenzen zwischen dem Gesamtwert (Mittelwert) aller Gruppen und der Gruppe mit der grössten Abweichung richtig zu erkennen, d.h. eine entsprechende Unterschiedshypothese in 90% der Fälle korrekt zu akzeptieren:

Tabelle 9: Mindestens zu erreichende Stichprobengrößen bei Power 90%

Indikator	Stichprobengröße bei Power 90% (aufgerundet)	abweichende Herkunftsgruppe
subjektive Gesundheit	100	Kroaten
Zwei und mehr Beschwerden in den letzten Wochen	170	Kroaten
Chronische Beschwerden	100	Tamilen
Funktionale Beeinträchtigung	120	Bosnier
BMI	90	Ex-Jugoslawien
Rauschtrinken	125	Portugiesen

Diese Größen können als Minimum gelten, das die jeweils grösste Differenz in 90% der Fälle gerade noch zu erkennen erlaubt. Die feineren Abstufungen dagegen würden – unter den getroffenen Annahmen – in mehr als 10% aller Erhebungen übersehen.

Bibliographie

- Aalandslid, Vebjörn und Lars Östby (2009). Country Report Norway. National Data Collection Systems and Practices. PROMINSTAT.
- BAG (2007). Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013). Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- Bauer, Ullrich (2008). *Health Inequalities Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Berkman, Lisa F. et al. (2000). "From social integration to health: Durkheim in the new millenium." *Social Science & Medicine*, 51: 843 - 857.
- Bevelander, P, J Veenman und B Oudlaan (2006). "Naturalisation and Socioeconomic Integration: The Case of the Netherlands." *Institute for the Study of Labor (IZA) Discussion Paper No. 2153*.
- BFS (2009a). "Modernisierungsprojekte". [Online] <<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/00.html>> (Zugriff am 8.11.2009)
- (2009b). "Modernisierungsprojekte - SHAPE". [Online] <<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/00/01.html>> (Zugriff am 8.11.2009)
- (2009c). "Modernisierungsprojekte - Volkszählung 2010". [Online] <<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/00/03.html>> (Zugriff am 8.11.2009)
- Butler, Jeffrey et al. (2007). "Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung des Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“." *Bundesgesundheitsblatt*, (10): 1232-1239.
- Cantisani, Giambattista et al. (2009). Guide on the Compilation of Statistics on International Migration in the Euro-Mediterranean Region. Medstat II.
- Constant, A, L Gataullina und KF Zimmermann (2008). "Naturalization proclivities, ethnicity and integration." *Institute for the Study of Labor (IZA); German Institute for Economic Research (DIW Berlin); University of Bonn; Journal of Population Economics; Centre for Economic Policy Research (CEPR)*.

- Davies, Anita A., Anna Basten und Chiara Frattini (2009). *Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants*. Geneva, IOM Migration Health Department.
- Efionayi-Mäder, D. und C. Wyssmüller (2008). "Migration und Gesundheit", in Meyer, Katharina (Hg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Hans Huber, S. 88-105.
- Efionayi-Mäder, Denise und Chantal Wyssmüller (2009). "Migration und Gesundheit", in Meyer, Katharina (Hg.), *Gesundheit in der Schweiz : nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Verlag Hans Huber. 2008, S. 88-105.
- Escofier, Brigitte und Jérôme Pagès (2008). *Analyses factorielles simples et multiples , objectifs méthodes et interprétation*. Paris: Dunod.
- Europäische Kommission (2009a). "Öffentliche Gesundheit - ECHI-Projekt". [Online] http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_de.htm?echisub=20#echi_2 (Zugriff am 9.11.2009)
- (2009b). "Öffentliche Gesundheit - Entwicklung von Gesundheitsindikatoren der Europäischen Union". [Online] http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/indic_data_de.htm (Zugriff am 9.11.2009)
- European Commission (2007). Interim progress report on the Global Approach to Migration. EU Migration Policy and Labour Force Survey Activities for Policymaking. Commission Staff Working Document, SEC (2007), 1632. Brussels, The European Commission.
- European Commission und EUROSTAT (2007). European Health Interview Survey (EHIS) - First Round 2007-2008. Background and Rationale of the Questions.
- EUROSTAT (2007). Task Force on Core Social Variables. Final report. Eurostat Methodologies and Working Papers. European Commission.
- Fibbi, Rosita et al. (2005). *L'intégration des populations issues de l'immigration en Suisse: personnes naturalisées et deuxième génération = Die Integration der ausländischen zweiten Generation und der Eingebürgerten in der Schweiz*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Fibbi, Rosita, Mathias Lerch und Philippe Wanner (2007). "Naturalisation and socio-economic characteristics of youth of immigrant descent in

- Switzerland." *Journal of ethnic and migration studies*, 33(7): 1121-1144.
- Gabadinho, Alexis, Philippe Wanner und Janine Dahinden (2007). *La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM : (...)*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- Giddens, Anthony (1984). *The constitution of society : outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity Press.
- Gijòn-Sánchez, Maria Teresa et al. (2009). Developing a Public Health work force for adressing migrant health needs in Europe, Andalusian School of Public Health, WHO, IOM.
- Granovetter, Mark S. (1973). "The Strength of Weak Ties." *American Journal of Sociology*, 78: 1360 - 1380.
- Hagström, Mirjam (2009). Country Report Sweden. National Data Collection Systems and Practices. PROMINSTAT.
- Hoffmann-Nowotny, Hans-Joachim (1973). *Soziologie des Fremdarbeiterproblems eine theoretische und empirische Analyse am Beispiel der Schweiz*. Stuttgart: Enke.
- Ingleby, David (2008). European Research on Migration and Health. Brussels, IOM.
- Ingleby, David et al. (2005). "The Role of Health in Integration", in Fonseca, M.L. und J. Malheiros (Hg.), *Social integration and mobility: education, housing and health. IMISCOE Cluster B5 State of the art report*. Lisbon: Centro de Estudos Geograficos, S. 88-119.
- Kohler, Martin et al. (2005). Erster telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts - Methodische Beiträge. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Robert Koch-Institut.
- Kraler, Albert, Christina Hollomey und Alfred Wöger (2009). Country Report Austria. National Data Collection Systems and Practices. PROMINSTAT.
- Lange, Anita und Thomas Michael Nielsen (2009). Country Report Denmark. National Data Collection Systems and Practices. PROMINSTAT.
- Ledermann, S., publique Institut de hautes études en administration und Politikforschung & -beratung Büro Vatter (2006). Evaluation der

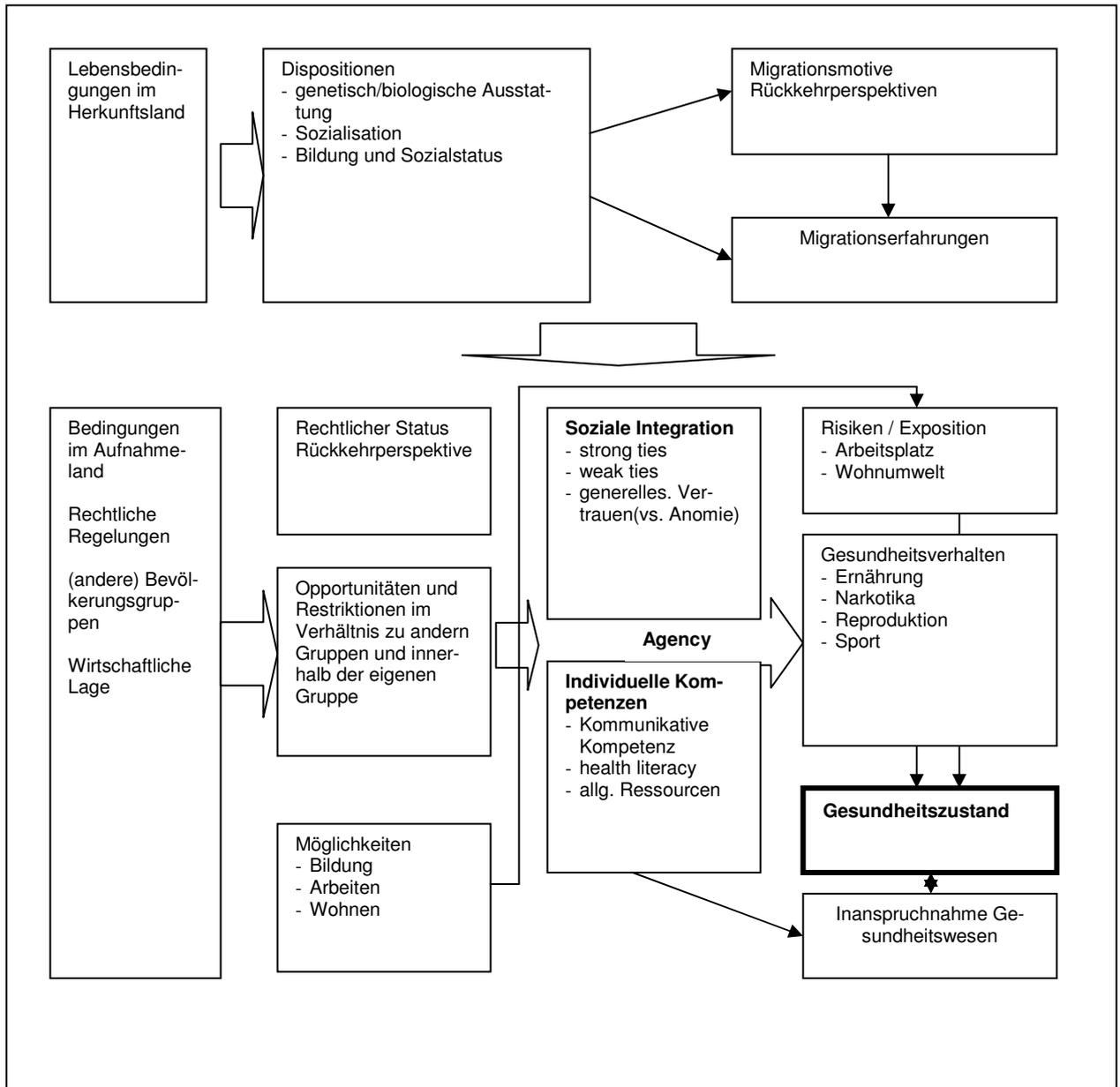
- Strategie "Migration und Gesundheit 2002-2006". Berne, BAG (Schweiz. Bundesamt für Gesundheit).
- Loue, S und A Bunce (1999). "The assessment of immigration status in health research." *Vital and health statistics. Series 2, Data evaluation and methods research*, (127): 1.
- MacKay, Laura et al. (2003). *Migration and health : a review of the international literature*. Glasgow: MRC Social and Public Health Sciences Unit.
- Marschalck, Peter und Karl Heinz Wiedl, Hg. (2005). *Migration und Krankheit*. Göttingen: V & R unipress.
- Merton, Robert King (1968). *Social theory and social structure*. New York: The Free Press.
- Meyer, Katharina, Hg. (2008). *La sante en Suisse. Rapport National sur la santé 2008*. Chênes-Bourg: Médecine et Hygiène.
- Mielck, Andreas (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit : empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern [etc.]: Hans Huber.
- "Migrant and Ethnic Health Observatory - Project". (2009). [Online] <<http://www.meho.eu.com/>> (Zugriff am 11.8.2009)
- Mladovsky, Philipa (2007). "Migrant health in the EU." *Eurohealth*, 13(1): 9-11.
- Pecoraro, Marco (2009). Country Report Switzerland. National Data Collection Systems and Practices. PROMINSTAT.
- Peucker, Mario und Stefanie Reiter (2009). Country Report Germany. National Data Collection Systems and Practices. PROMINSTAT.
- PROMINSTAT (2009). "Database". [Online] <<http://www.prominstat.eu/drupal/?q=node/64>> (Zugriff am 11.8.2009)
- Razum, O. (2007). "Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit." *International Journal of Public Health*, 52(2): 75-77.
- Razum, Oliver et al. (2008). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Statistisches Bundesamt. Berlin, Robert Koch Institut.

- RKI (2006). Migrationssensible Studiendesigns zur Repräsentation des Migrationsstatus in der Gesundheitsforschung. Tagung in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut und dem Interdisziplinären Forschungsverbund Epidemiologie in Berlin (EpiBerlin) am 25. November 2005. Robert Koch-Institut, Mercedes-Druck.
- (2008). Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003 – 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Robert Koch Institut + Statistisches Bundesamt.
- (2009). "KiGGS - Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland". [Online] <<http://www.kiggs.de/index.html>> (Zugriff am 11.8.2009)
- Schenk, Liane (2007). "Migration und Gesundheit - Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien." *International Journal of Public Health*, 52(2): 87-96.
- Schenk, Liane et al. (2006a). "Mindestindikatorenatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis " *Bundesgesundheitsblatt*, (9): 853-860.
- Schenk, Liane, Ute Ellert und Hanne Neuhauser (2006b). Zur Erfassung des Migrationshintergrundes in KiGGS - Wie differenziert muss ein Instrument sein? 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, 1./2. Dezember 2006. Gesundheit Berlin.
- Siegrist, Johannes und Michael Marmot, Hg. (2006). *Social inequalities in health : new evidence and policy implications*. Oxford [etc.]: Oxford University Press.
- Smith, Kirsten P. und Nicholas A. Christakis (2008). "Social Networks and Health." *Annual Review of Sociology*, 34: 405-429.
- Solé-Auró, Aïda und Eileen M. Crimmins (2008). "Health of Immigrants in European Countries." *International Migration Review*, 42(4): 861 - 876.
- Sommerhalder, Kathrin und Thomas Abel (2007). *Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung*. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Bern.
- Weiss, Regula (2003). *Macht Migration krank ? : eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo.

- Wunderlich, T (2005). *Die neuen Deutschen: Subjektive Dimensionen des Einbürgerungsprozesses*. Lucius & Lucius DE.
- Wyssmüller, Chantal, Bülent Kaya und Denise Efonayi-Mäder (2009). *Migration und Gesundheit : Übersicht über ausgewählte Fachliteratur 2006-2008*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.
- Zuchuat, Jean-Christophe und Peter Voll (2009). Développement d'un set minimal d'indicateurs du statut migratoire pour les enquêtes dans le domaine de la santé. Chardonne / Neuchâtel.

Anhang

Anhang 1 : Theoretisches Modell



Aus : Zuchuat und Voll (2009)

Anhang 2 : In Kapitel 3 verwendete Gesundheitsindikatoren aus dem GMM

Subjektive Gesundheit

varname	Frage-Nr	Frage GMM 1	Antwortvorgaben
tsubg01	01100	Zuerst gerade das Nächstliegende: Wie geht es Ihnen zur Zeit gesundheitlich?	<1> Sehr gut <2> Gut <3> Mittelmässig <4> Schlecht <5> Sehr schlecht <9> Keine Antwort
Herkunft	Mittelwert	Standard-abweichung	N R ² : 0.009
Portugal	2.392	0.957	480
Türkei	2.478	1.008	395
Ex- Jugoslawien	2.527	1.136	245
Serbien	2.410	1.104	161
Kroatien	2.062	0.924	162
Bosnien	2.333	1.065	159
Kosovo	2.372	1.063	441
Sri Lanka	2.295	0.894	688
andere	2.493	1.065	205
Total	2.376	1.007	2936

Zwei und mehr Beschwerden in den letzten vier Wochen

varname	Frage-Nr	Fragen GMM 1	Antwortvorgaben
tkrsy*		Somatische Beschwerden in den letzten 4 Wochen („Haben Sie in den letzten 4 Wochen ... gehabt“)	<1> Überhaupt nicht <2> Ein bisschen <3> Stark ----- <9> Keine Antwort
--01	01200	Rücken- Kreuz	
--02	01201	Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit	
--03	01202	Schmerzen / Druckgefühl im Bauch	
--04	01203	Durchfall, Verstopfung	
--05	01204	Einschlaf- oder Durchschlafstörungen	
--06	01205	Kopfschmerzen, Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen	
--07	01206	Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern	
--08	01207	Schmerzen oder Druck im Brustbereich	
--09	01208	Fieber	
--24	01209	Gelenk- oder Gliederschmerzen gehabt?	
Herkunft			
		Prävalenz	N
			Pseudo-R²: 0.012
		Portugal	25.4%
		Türkei	32.4%
		Ex- Jugoslawien	31.8%
		Serbien	29.2%
		Kroatien	15.3%
		Bosnien	30.8%
		Kosovo	26.5%
		Sri Lanka	20.3%
		andere	30.7%
		Total	26.2%
			2937

Chronische Probleme

varname	Frage-Nr	Frage GMM 1	Antwortvorgaben
tkran01	01110	Es gibt heutzutage viele Leute, wo ein psychisches oder körperliches Problem haben, wo sie in den alltäglichen Aktivitäten einschränkt. Haben Sie ein solches Problem oder eine solche Krankheit, wo schon länger als ein Jahr dauert?	<1> Ja <2> Nein ----- <9> Keine Antwort
Recodierung: chronprob: 1/0			
Herkunft	Prävalenz	N	Pseudo-R ² : .048
Portugal	24.0%	480	
Türkei	31.6%	395	
Ex- Jugoslawien	32.8%	244	
Serbien	28.6%	161	
Kroatien	16.6%	163	
Bosnien	30.8%	159	
Kosovo	22.7%	441	
Sri Lanka	8.4%	688	
andere	32.2%	205	
Total	22.7%	2936	

Funktionale Beeinträchtigung

varname	Frage-Nr	Frage GMM 1	Antwortvorgaben
tbphd01	01120	Können Sie sich alleine d.h. ohne Hilfe und ohne jede Schwierigkeit an- und ausziehen, alleine aus dem Bett steigen und ohne jede Hilfe essen?	<1> Ja <2> Nein ----- <9> Keine Antwort
Recodierung: functred 1/0			
Herkunft	Prävalenz	N	Pseudo-R ² : 0.055
Portugal	2.5%	480	
Türkei	9.1%	395	
Ex- Jugoslawien	4.9%	245	
Serbien	1.9%	161	
Kroatien	1.8%	163	
Bosnien	0.0%	159	
Kosovo	11.6%	440	
Sri Lanka	3.3%	688	
andere	3.4%	205	
Total	5.0%	2936	

BMI

varname	Frage-Nr	Fragen GMM 1	Antwortvorgaben
tgezu01b	02500	Können Sie mir sagen, wie gross Sie ohne Schuhe sind?	<XXX> cm ----- <998> Weiss nicht <999> Keine Antwort
tgezu02b	02510	Wie schwer sind Sie (ohne Kleider)	<XXX> Kilogramm ----- <998> Weiss nicht <999> Keine Antwort
Herkunft	Mittelwert	Standard- abweichung	N R ² : 0.021
Portugal	24.970	4.127	473
Türkei	25.723	4.641	385
Ex-Jugoslawien	26.818	4.190	228
Serbien	25.382	4.864	159
Kroatien	25.348	4.567	163
Bosnien	25.442	4.041	145
Kosovo	25.681	4.518	422
Sri Lanka	24.082	3.896	557
andere	26.046	4.476	202
Total	25.310	4.382	2734

Psychotropenkonsum : Rauschtrinken

Herkunft	Prävalenz	N	Pseudo-R ² : .059
Portugal	23.0%	473	
Türkei	12.6%	374	
Ex- Jugoslawien	11.2%	242	
Serbien	11.4%	158	
Kroatien	13.8%	160	
Bosnien	6.4%	157	
Kosovo	8.0%	437	
Sri Lanka	3.6%	672	
andere	12.4%	202	
Total	11.0%	2875	

Anhang 3: Anomie-Indikatoren

varname	Frage-Nr	Frage GMM 1	Antwortvorgaben
integ04	03860	Wenn man als Einwanderer in der Schweiz lebt, kann mit der Zeit das Gefühl aufkommen, dass man keine Heimat mehr hat. Man gehört sozusagen nirgendwo so richtig dazu. Wie oft kommt es vor, dass Sie solche Gefühle haben?	<1> Sehr häufig <2> Häufig <3> Ab und zu <4> Selten <5> Nie ----- <9> Keine Antwort
integ07d	03890	Es kann vorkommen, dass man sich als Einwanderer in der Schweiz gelegentlich diskriminiert fühlt. Können Sie mir sagen, wie häufig Sie sich aus folgenden Gründen diskriminiert gefühlt haben? < Wegen Ihrem Geschlecht < Wegen Ihrer Herkunft < Wegen Ihrer Hautfarbe < Wegen Ihrer Glaubenszugehörigkeit	1. sehr oft 2. oft 3. manchmal 4. selten 5. nie ----- 9. keine Angabe
speeer01d	01230	Wenn Sie an Ihre eigenen Erfahrungen mit dem Schweizer Gesundheitswesen denken. Inwieweit würden Sie den folgenden Aussagen auf einer Skala von 1 bis 5 zustimmen (..)? Sie vertrauen den Ärzten und deren Personal. Bei der medizinischen Behandlung wird das, was Sie sagen, ernst genommen. Ihre kulturellen oder religiösen Bedürfnisse werden genügendberücksichtigt. Sie werden genauso gut behandelt wie die Einheimischen.	1 "stimme voll und ganz zu" 5 "stimme überhaupt nicht zu"
Indikatoren:			
anomie1: migrationspezifische selbstattribuierte Anomie (Gefühl von Heimatlosigkeit) : integ04 (0 nie – 4 oft)			
anomie2: migrationspezifische fremdattribuierte Anomie (Diskriminierung durch Autochthone): integ07b (0 nie - 4 sehr oft)			
mediscrim: Diskriminierungserfahrung im Gesundheitswesen: sepeeer01d (0 „stimme überhaupt nicht zu“ 4 „voll und ganz“)			
Die drei Indikatoren werden umskaliert, so dass hohe Werte hohe Anomie oder Entfremdung bedeuten.			

Korrelationsmatrix (r)		Sprachkompetenz	Selbstattribuierte Anomie	Fremdattribuierte Anomie2	Diskriminierung im Gesundheitswesen
Sprachkompetenz		1.000			
Selbstattribuierte Anomie		-0.108	1.000		
Fremdattribuierte Anomie		0.123	0.170	1.000	
Diskriminierung im Gesundheitswesen		-0.031	0.072	0.166	1.000
Mittelwerte und Standardabweichungen nach Herkunft					
Portugal	M	2.774	1.270	0.429	1.350
	S	1.001	1.384	0.822	0.819
Türkei	M	2.617	1.308	0.756	1.561
	S	1.136	1.334	1.069	1.047
Ex-Yu	M	2.250	1.500	0.692	1.424
	S	1.201	1.441	1.025	0.903
Serbien	M	2.714	1.386	0.874	1.284
	S	1.222	1.343	1.124	0.700
Kroatien	M	2.969	1.193	0.700	1.412
	S	0.904	1.243	1.027	0.799
Bosnien	M	2.506	1.523	0.726	1.490
	S	1.295	1.456	1.017	0.991
Kosovo	M	2.259	1.933	0.518	1.402
	S	1.230	1.247	1.002	0.819
Sri Lanka	M	1.990	1.823	0.598	1.512
	S	1.105	1.518	0.991	0.858
andere	M	2.539	1.408	0.764	1.609
	S	0.984	1.365	1.101	1.134
Total	M	2.425	1.549	0.626	1.457
	S	1.162	1.412	1.007	0.900
R ²		0.073	0.036	0.017	0.007

Anhang 4: Basismodell (Variante): Nationalität anstelle von Herkunft der Eltern als Prädiktor

	Subjektive Krankheit linear		Zwei und mehr Sym- ptome logistisch		Chronische Pro- bleme logistisch		Funktionale Beein- trächtigung logistisch		BMI linear		Rausch logistisch	
	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p
Alter	0.057	***	0.168	***	0.174	***	0.110	**	0.369	***	0.017	
Alter ²	0.000	***	-0.002	***	-0.001	***	-0.001	*	-0.003	***	-0.001	
Geschlecht: weiblich	0.131	***	0.514	***	-0.051		-0.671	***	-0.787	***	-1.653 ***	
Höchste Ausbildung (Basis: Berufsbildung)												
- unbekannt	0.175	**	0.405	**	0.357	*	1.318	***	0.267		-0.500 *	
- keine/Obligatorium	0.195	***	0.299	**	0.247	*	0.340		0.196		-0.263	
- Matura	-0.146	*	-0.500	*	-0.350		-0.633		-0.524		-0.178	
- Hochschule	-0.144		-0.475		-0.048		-0.236		-1.575	***	-0.939 *	
Haushalts-Äquivalenzeinkommen (Basis: 0)												
- ≤ CHF 1208 (Median)	0.217	**	0.528	**	0.187		-0.029		0.606	*	-0.465	
- ≤ CHF 2333 (3. Quartil)	0.094	*	0.415	***	0.326	*	-0.148		0.081		0.042	
- > 2333	-0.097	*	-0.034		-0.054		-0.395		-0.033		0.303	
- unbekannt	0.005		-0.023		0.258		0.216		-0.137		0.548 *	
Hat LebenspartnerIn	-0.119	**	-0.494	***	-0.331	**	0.216		-0.110		-0.204	
Nationalität (Basis: Portugal)												
- Türkei	0.019		0.154		0.150		0.879	**	1.057	***	-0.989 ***	
- Ex-Jugoslawien	0.181	**	0.476	**	0.529	**	1.168	**	1.228	***	-0.817 ***	
- Kosovo (Asyl)	-0.104		-0.672	***	-1.393	***	0.121		-0.319		-2.301 ***	
- Sri Lanka	0.087		0.051		0.288		0.988	*	1.006	**	-1.283 ***	
- Sri Lanka (Asyl)	0.045		0.041		-0.992	***	1.038	*	-0.909	**	-2.234 ***	
Konstante	0.646	***	-5.420	***	-5.663	***	-6.636	***	15.562	***	-0.046	
R ²	.170		.099		.120		.085		.237		.170	
N	2955		2956		2955		2955		2750		2892	

SFM - Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population

Rue St-Honoré 2 • CH-2000 Neuchâtel

Tél.: +41 32 718 39 20 • Fax: +41 32 718 39 21 • secretariat.sfm@unine.ch • www.migration-population.ch

L'institut SFM est associé à la Maison d'analyse des processus sociaux (MAPS) • www.unine.ch/maps