

# FSM SFM

Die vorliegende Machbarkeitsstudie informiert über die Verwendbarkeit und Tauglichkeit von bestehenden Datenbanken für die Evaluation der Gesundheit von MigrantInnen und arbeitet verschiedene Szenarien zum Aufbau eines Monitorings des Gesundheitszustandes und –verhaltens von MigrantInnen aus.

Szenario 1 schlägt vor, eine schon existierende Gesundheitsbefragung durch ein Modul migrationspezifischer Fragen zu erweitern. Szenario 2 beinhaltet ein sogenanntes Patchwork-Monitoring, in dem schon bestehende Datenbanken migrationsspezifisch untersucht werden. Szenario 3 umfasst Entwicklung, Aufbau, Stichprobenbildung von fünf ausgewählten Migrationsgruppen und die Durchführung einer Gesundheitsbefragung von Personen mit Migrationshintergrund, unter besonderer Berücksichtigung migrationsspezifischer und sprachlich angepasster Fragenkataloge.

Autoren:

Alexander Bischoff, Epidemiologe;  
Philippe Wanner, Demograph.

Swiss  
Schweizerisches  
Forum for Migration and Population Studies  
für Migrations- und Bevölkerungsstudien  
suisse pour l'étude des migrations et de la population  
svizzero per lo studio delle migrazioni e della popolazione



Forschungsbericht  
33 / 2004

Alexander Bischoff, Philippe Wanner

**Ein Gesundheitsmonitoring von  
MigrantInnen:  
Sinnvoll ?  
Machbar ?  
Realistisch ?**

Forschungsbericht  
33 / 2004  
Alexander Bischoff  
Philippe Wanner

**Ein Gesundheitsmonitoring von  
MigrantInnen : Sinnvoll ?  
Machbar ? Realistisch ?**

©2004, SFM, Neuchâtel

Bericht zuhanden des BAG

# Inhalt

|  |    |
|--|----|
| Vorwort  | 5  |
| Zusammenfassung  | 7  |
| Forschungsbericht                                      | 9  |
| 1. Einleitung  | 9  |
| 1.1 Die Gesundheit von MigrantInnen                    | 10 |
| 1.2 Ein Gesundheitsmonitoring von MigrantInnen?        | 11 |
| 2. Methodisches Vorgehen                               | 13 |
| 3. Beurteilung der Datenbanken                         | 13 |
| 3.1 Die Datenbanken im Überblick                       | 13 |
| 3.2 Schweizerische Gesundheitsbefragung                | 18 |
| 3.3 Schweizer Haushalt-Panel                           | 21 |
| 3.4 Bus Santé  | 24 |
| 3.5 A-Care   | 25 |
| 3.6 Epidemiologie und Infektionskrankheiten BAG        | 26 |
| 3.7 Statistiken des Bundesamtes für Sozialversicherung | 29 |
| 3.8 Statistik der Bevölkerungsentwicklung              | 31 |
| 3.9 Krebsregister                                      | 32 |
| 3.10 Arbeitskräfteerhebung                             | 34 |
| 3.11 Unfallversicherungsanstalt                        | 35 |
| 3.12 Visite sanitaire des requérants d'asile           | 37 |
| 3.13 Archimed  | 38 |
| 3.14 Andere BFS-Datenbanken                            | 39 |
| 4. Diskussion  | 41 |
| 4.1 Gesamtbeurteilung der Datenbanken                  | 42 |
| 4.2 Das GMM im Idealfall                               | 45 |
| 4.3 Checkliste für den Aufbau eines GMM                | 46 |
| 4.4 Empfehlungen für ein GMM                           | 49 |
| 4.5 Szenarien eines GMM                                | 51 |
| 4.6 Projektskizzen und Schlussfolgerungen              | 54 |

*Vorschlag zur Zitierweise:*

Bischoff, Alexander, Philippe Wanner (2004). Ein Gesundheitsmonitoring von MigrantInnen : Sinnvoll ? Machbar ? Realistisch ? Forschungsbericht 33/2004 des Schweizerischen Forums für Migrations- und Bevölkerungsstudien. Neuchâtel: SFM.

SFM

Institut auprès  
de l'Université  
de Neuchâtel

Rue St-Honoré 2  
CH – 2000 Neuchâtel  
Tél. + 41 (0)32 718 39 20  
Fax + 41 (0)32 718 39 21  
secretariat.sfm@unine.ch  
www.migration-population.ch  
CCP 20-3686-9

Institut an  
der Universität  
Neuenburg

|  |    |
|--|----|
| 5. Bibliographie                             | 57 |
| 6. Anhang                                    | 63 |
| 6.1 Tabellenübersicht                        | 63 |
| 6.2 Kostenschätzungen der drei GMM-Szenarios | 63 |
| 6.3 Gesprächspartner                         | 65 |
| 6.4 Abkürzungen                              | 66 |

## Vorwort

Die folgende Machbarkeitsstudie zur Frage eines möglichen Monitoring der Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz wurde in dreimonatiger Arbeit erstellt. Dies war nur dank der Bereitschaft vieler Interviewpartnerinnen und -partner möglich, sich mit uns konstruktiv auseinander zu setzen. Wir danken diesen Personen ganz besonders. Vielen Dank auch an Thomas Spang und Denise Gilgen für die Hilfestellung während der Ausarbeitung und der Begleitung des Projekts und an Sandro Cattacin, der die Supervision der Machbarkeitsstudie wahrgenommen hat.

## Zusammenfassung

Die vorliegende Machbarkeitsstudie informiert über die Verwendbarkeit und Tauglichkeit von bestehenden Datenbanken für die Evaluation der Gesundheit von MigrantInnen und arbeitet verschiedene Szenarien zum Aufbau eines Monitorings des Gesundheitszustandes und –verhaltens von MigrantInnen aus.

Die **Gesundheitsbefragung** des Bundesamtes für Statistik beinhaltet die Befragung zu Gesundheit und -verhalten von SchweizerInnen und von Migrationsgruppen. Als migrationsspezifische Informationen enthält sie Nationalität, Einreise und Herkunftsland. Ihre Lücken im Rahmen eines GMM sind die fehlenden Fragen zum Migrationshintergrund und die nicht mögliche Befragung von Fremdsprachigen und Asylsuchenden. Ähnliches gilt für den **Schweizer Haushalt Panel**, der grossen, periodischen und wiederholten Haushaltbefragung, in der zahlreiche Fragen zu Haushalt, Lebensstil, aber auch zur Gesundheit gestellt werden. Als migrationsspezifische Informationen enthält sie Nationalität, Einreise und Herkunftsland. Beide Befragungen enthalten auch viele subjektive Informationen der Befragten.

Der **Bus-Santé** führt eine kontinuierliche Befragung zu Gesundheitsdeterminanten der Wohnbevölkerung der Stadt Genf, inklusive deren Migrationsgruppen, durch. Als migrationsspezifische Informationen enthält sie Nationalität, Einreise und Herkunftsland. Die Datenbank enthält keine subjektiven Daten und schliesst die Asylsuchenden nicht ein. Die **A-Care**-Daten beinhalten die laufende Erfassung aller medizinischen Leistungen für Asylsuchende des Kantons Basel. Aufenthaltstatus, Nationalität, Einreise und Herkunftsland sind enthalten, nicht aber Informationen zum Gesundheitszustand oder zum subjektiven Empfinden (es handelt sich nicht um eine Befragung von MigrantInnen). Einige Datenbanken von verschiedenen Bundesämtern sind ebenfalls von Interesse für ein GMM. Es sind dies die **Infektionskrankheiten** Tuberkulose, virale Hepatitiden und HIV/AIDS (Bundesamt für Gesundheit), die **Krankenkassenstatistiken**, sowie die IV und AHV-Daten (Bundesamt für Sozialversicherungen), und die Bevölkerungsentwicklung (Bundesamt für Statistik). Alle können wichtige Teileaspekte der Gesundheit von MigrantInnen beleuchten, erfassen aber als migrationsspezifische Information einzig die Nationalität. Ähnliches kann von kleineren Datenbanken gesagt werden – dem **Krebsregister**, der **Unfallstatistik**, der **Krankenhausstatistik** –: sie liefern Daten zu Ausschnitten von Gesundheitsproblemen, aber besitzen nur beschränkte

migrationsspezifische Aussagekraft, da meistens nur die Nationalität in die Variablen aufgenommen wird.

Die *Arbeitskräfteerhebung*, die grösste jährliche Befragung der Schweiz, bietet zwar einen enormen Katalog migrationsspezifischer Variablen, enthält aber nur sehr wenige Informationen zur Gesundheit. Die *Visite sanitaire des requérants d'asile* liefert kontinuierlich erhobene Routinedaten vom Erstkontakt von Asylsuchenden mit dem Kantonsspital. Zwar werden keine Informationen zu Gesundheit und Krankheit gespeichert, dafür werden neben präventivmedizinischen Massnahmen die Interaktionsformen mit dem Gesundheitspersonal (Muttersprache, Sprachkompetenz, Dolmetscher) und die Überweisungen an weitere medizinische Dienste festgehalten.

Als mögliche Vorgehensweisen in Richtung GMM werden drei Szenarien vorgeschlagen. *Szenario 1* empfiehlt, eine schon existierende Gesundheitsbefragung mit einem Modul migrationsspezifischer Fragen zu erweitern. *Szenario 2* beinhaltet ein sogenanntes Patchwork-Monitoring, in dem schon bestehende und verschiedenartige Datenbanken migrationsspezifisch untersucht werden. *Szenario 3* umfasst Entwicklung, Aufbau, Stichprobenstrategie von je nach Bedarf ausgewählten Migrationsgruppen und die Durchführung einer Gesundheitsbefragung von Personen mit Migrationshintergrund, unter besonderer Berücksichtigung migrationsspezifischer und sprachlich angepasster Fragenkataloge.

## Forschungsbericht

### 1. Einleitung

Die Gesundheit gehört zu den Grundrechten jedes Menschen. Gesundheit ist eine Voraussetzung für Wohlbefinden und Lebensqualität. Sie ist ein Massstab zur Messung der Fortschritte hinsichtlich der Verringerung von Armut, der Förderung des sozialen Zusammenhalts und der Beseitigung von Diskriminierungen, sagt die Weltgesundheitsorganisation einleitend in ihrem Papier „Gesundheit 21“ (WHO 1998). Es kommt nicht von ungefähr, dass ein Grundsatzpapier zum Thema Gesundheit im globalen, aber doch so verschiedenenartigen und verwirrend uneinheitlichen Europa mit seinen ebenso uneinheitlichen Ländern als erste Empfehlungen Solidarität und Chancengleichheit nennt.

Um diese Empfehlungen wiederum umzusetzen, ist ein Public Health Ansatz unerlässlich, da dessen Aufgabe per definitionem ist, den Gesundheitszustand von Bevölkerung und Bevölkerungsgruppen zu erhalten und zu verbessern. Hauptinstrument von Public Health – der „Wissenschaft der öffentlichen Gesundheit“ – ist die Epidemiologie, welche die Verteilung von Gesundheitszuständen und ihrer Determinanten sowie die damit zusammenhängenden Ereignisse und Umstände in der Bevölkerung untersucht (Gutzwiller & Jeanneret 1996). Eine soziale ausgerichtete Epidemiologie, eine die sich mit der sozialen Umwelt und den sozialstrukturellen Determinanten der Gesundheit befasst, hat sich nicht nur mit der Bevölkerung sondern auch mit allen ihren Untergruppen und Minderheiten zu kümmern, wie auch immer diese sich zusammensetzen, ob sozialschichtspezifisch, ethnisch, sprachlich, religiös oder verhaltensbedingt (Meyer & Jeanneret 1996).

Der Anteil ausländischer Personen in der Schweiz macht heute rund ein Fünftel der Wohnbevölkerung aus. Diese rund 1,5 Millionen Menschen haben ein gleiches Recht auf Gesundheit. Wie steht es um ihre Gesundheit? Welches sind die Gesundheitsdeterminanten, welches ihre Bewältigungsstrategien von Gesundheitsproblemen? Können wir – mittels Epidemiologie, Beobachtung, Monitoring – ihre Gesundheit, die Verbesserungen oder Verschlechterungen überhaupt entsprechend beobachten?

Das Monitoring wird von der WHO ausdrücklich als eine der Umsetzungsmassnahmen der Gesundheit-21-Ziele erwähnt. Das Beobachten der gesundheitlichen Lebensbedingungen ist dementsprechend die Grundlage der zu planenden Interventionen für eine verbesserte gesundheitliche Situation von MigrantInnen. Folgerichtig ist denn auch das Monitoring (zusammen mit der Forschung) einer von fünf Schwerpunkten der strategischen Ausrichtung des Bundes zum Thema Migration und Gesundheit (BAG 2002)<sup>1</sup>.

Der vorliegende Bericht legt in einem ersten Teil Daten zur Gesundheit von MigrantInnen vor, geht genauer auf die Frage nach einem Gesundheitsmonitoring von MigrantInnen (GMM) ein, um schliesslich die Probleme zu erörtern, die sich notgedrungen ergeben. Der zweite Teil beschreibt kurz das methodische Vorgehen. Der dritte beschreibt und bewertet die untersuchten Datenbanken, die für ein GMM interessant sein könnten. Der vierte Teil diskutiert sie im Zusammenhang, ordnet sie nach Relevanz, fasst das ideale GMM zusammen und schlägt drei Szenarien vor, anhand derer ein Gesundheitsmonitoring von MigrantInnen aufgebaut werden könnte.

## 1.1 Die Gesundheit von MigrantInnen

Verschiedene Studien belegen, dass MigrantInnen aus südlichen Ländern generell einen besseren Gesundheitszustand aufweisen, als die Bevölkerung im Ursprungsland (*healthy migrant effect*) (Raymond, Bouchardy et al. 1996). Verglichen mit der Schweizer Bevölkerung ist jedoch der Gesundheitszustand der MigrantInnen in der Schweiz um einiges weniger gut (Bischoff, Loutan et al. 1997). Gründe dafür sind Infektionskrankheiten aus dem Ursprungsland (Loutan & Chaignat 1994), Folgen von durchstandenen Infektionskrankheiten oder Ernährungsproblemen, psychosoziale Probleme, die mit der Migrationsgeschichte zusammen hängen (Weiss 2002), vor allem bei Asylsuchenden (Loutan & Subilia 1995; Bloechliger, Ries et al. 1998), sowie die zum Teil prekären Wohn- und Arbeitsverhältnisse in der Schweiz (Egger, Minder et al. 1990).

Ernährung, Rauchgewohnheiten sowie Verhaltensweisen der MigrantInnen sind oft nicht gesundheitsfördernd (Wanner, Bouchardy et al. 1996).

<sup>1</sup> siehe <http://www.bag.admin.ch/sucht/migration/d/migration.pdf>

Sprachbarrieren zwischen Gesundheitspersonal und PatientInnen erschweren den Zugang zur Grundversorgung (Bischoff, Tonnerre et al. 1999). Präventionsprogramme und Vorsorgeuntersuchungen, vor allem für Krebs (Raymond, Bouchardy et al. 1995) werden von MigrantInnen seltener in Anspruch genommen. Migrantinnen weisen gegenüber Schweizerinnen ein höheres Risiko für Frühgeburten (Ackermann-Liebrich 1990; Lehmann, Maboury et al. 1990; Drack, Ackermann-Liebrich et al. 1998) auf, das oft auf berufsbedingte Überanstrengung zurückzuführen ist.

Personen aus Südeuropa sterben vergleichsweise häufiger an Magenkrebs als SchweizerInnen (Bouchardy, Wanner et al. 2001). Gesundheitsumfragen in der Schweiz aus den Jahren 1992/93 und 1997 haben darauf hingewiesen, dass Italienerinnen ihren Gesundheitszustand subjektiv als schlechter einschätzen und häufige Krankheitsepisoden angeben (Vranjes, Bisig et al. 1996; Abelin 2001).

Die Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen SchweizerInnen und MigrantInnen, aber auch zwischen Migrantengruppen untereinander, sind markant. Sie sind durch die unterschiedlichen Lebensbiographien erklärbar, durch die Migrationshintergründe, durch die Exposition zu Risikofaktoren im Ursprungsland, genetische Veranlagungen und unterschiedliche Auffassungen von gesundheitsförderndem Verhalten. Diese Gesundheitsunterschiede sind zwar durch einige Studien belegt (wenn auch basierend auf lückenhaften Daten), sollten aber eingehender untersucht werden, insbesondere die Interaktion zwischen Armut, unsicherem Aufenthaltsstatus, prekärem Leben und Arbeitssituation auf der einen Seite und dem Gesundheitszustand auf der andern Seite. Leider erlauben die bisher vorhandenen Daten im Schweizer Gesundheitswesen nicht, diesen Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Migrationserfahrung herauszuarbeiten (Bisig & Paccaud 1996; Paccaud & Bisig 1996).

## 1.2 Ein Gesundheitsmonitoring von MigrantInnen?

Zwar können spezifische Gesundheitsprobleme von MigrantInnen nachgewiesen werden – der flüchtige Überblick hat es uns gezeigt –, aber Instrumente, die es uns erlauben, diese Probleme systematisch zu beobachten, gibt es in der Schweiz bis heute keine. Ansätze dazu bestehen teilweise in anderen Ländern, zum Beispiel in Canada – siehe dessen Gesundheitsbefragung 2000-2001 (Ali 2002; Pérez 2002; Tjepkema 2002) – oder auch in Schweden (Lindström & Sundquist 2002; Westerling & Rosén 2002) –, doch ist man in manchen

westlichen Ländern über die konzeptionellen Fragen noch nicht hinausgekommen (Hilton 1996; NQF 2002; Smedley, Stith et al. 2003) oder hat sich den Weg dazu gar verschlossen, wie in Frankreich, wo es das Gesetz nicht erlaubt, in Datenbanken die Ethnizität festzuhalten (Gliber 1997).

Vor allem ist es nicht möglich, der differenzierten Realität der Migration Rechnung zu tragen. Erst ein Beobachtungsinstrument – ein Monitoring, ein Observatorium – wäre ein geeignetes Mittel, diese Gesundheitsprobleme zu verfolgen, nicht nur von einzelnen Menschen mit Migrationshintergrund, sondern auch von ganzen Bevölkerungsgruppen, diese mit generellen und spezifischen Public Health Massnahmen anzupacken und ihnen dann auch mit politischen Lösungen entgegenwirken zu können.

Die Beobachtung der angedeuteten Gesundheitsaspekte von MigrantInnen erfordert neben einer eingehenderen Analyse vor allem eine genauere Messung der Gesundheitsdeterminanten. Insbesondere sind Nationalität, Migrationsstatus und Aufenthaltsstatus einzubeziehen, und nicht nur einfach die Kategorie Schweiz-Ausland, wie dies häufig der Fall ist. Dazu sollten wir mit Daten arbeiten können, welche die Entwicklung der Gesundheit von Ausländergruppen über eine gewisse Zeit verfolgen lassen.

Seit Anfang der Neunziger Jahre wurden in der Schweiz immerhin vermehrt Studien (zum Teil auch mit Monitoring-Charakter) über die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen durchgeführt, sowohl auf kantonaler wie auf nationaler Ebene (Weiss 1993). Dabei wurden die Indikatoren verwendet, die die WHO im Rahmen von „Gesundheit für Alle“ definiert hat (OMS 1985). Wenig Beachtung fanden dabei jedoch die Migrationsgruppen, und dies sowohl im WHO-Papier, wie auch in Studien in der Schweiz. Dies ist umso überraschender, als doch genau sie von besonderem Interesse wären, was spezifische Risiken angeht (die für statistische Analysen zahlenmäßig schwachen Nenner pro Nationalität oder Herkunft und die hohen Fluktuationen in der Migrationsbevölkerung mögen dieses Manko zu einem Teil erklären).

Für ein migrationsspezifisches Monitoring würden drei weitere Argumente sprechen: Erstens, die ausländische Bevölkerung macht 20% der Wohnbevölkerung aus und besteht aus mehrheitlich sozial schwächeren Schichten, in denen Gesundheitsprobleme vermehrt auftauchen. Zweitens sind die Migrationsbewegungen in den letzten 20 Jahren vielgestaltiger geworden; diese Diversifizierung ist einhergegangen mit einer Vielzahl von auftauchenden Fragen zur Gesundheit von MigrantInnen, die eine eingehende Analyse erfordern würde. Drittens entwickelt sich die Gesundheit von MigrantInnen sehr

schnell aufgrund der sich verändernden Migrationsprozesse. Ein Gesundheitsmonitoring von MigrantInnen (GMM) erscheint uns darum aus den dargelegten Gründen unerlässlich.

## 2. Methodisches Vorgehen

Ziel der vorliegenden Machbarkeitstudie ist es, die Qualität und Tauglichkeit vorhandener Datensätze zur Gesundheit von MigrantInnen zu ermitteln und ein Forschungsdesign zum Aufbau eines systematischen Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerungen vorzuschlagen.

In einer ersten Phase werden die vorhandenen Datenbanken zusammengetragen, gesichtet und beschrieben.

In der zweiten Phase der Machbarkeitsstudie werden die Datenbanken auf ihre Tauglichkeit, Verwendbarkeit, Nützlichkeit und Vollständigkeit für die geplanten Analysen und das Vorhandensein von relevanten Gesundheits- und Krankheitsindikatoren sowie demographischen und sozioökonomischen Informationen (Geschlecht, Alter, Geburtsort, Nationalität sowie ethnische Zugehörigkeit, Migrationsgeschichte, Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer, Beruf, etc.) überprüft. Evaluiert wird auch die Tauglichkeit, Verwendbarkeit und Nützlichkeit der Datenbanken für den Aufbau eines Monitorings des Gesundheitszustandes und Krankheitsverhaltens der Migrationsbevölkerung.

In der Abschlussphase wird ein auf den Resultaten der Datenanalyse begründetes Forschungsdesign erstellt. Dieser Bericht beinhaltet auch Vorschläge zum Aufbau eines Monitorings des Gesundheitszustandes und des Krankheitsverhaltens der Migrationsbevölkerung, aufgeteilt nach den beurteilten, relevanten Indikatoren.

## 3. Beurteilung der Datenbanken

### 3.1 Die Datenbanken im Überblick

Im Folgenden beschreiben und beurteilen wir die untersuchten Datenbanken. Die Bewertung wurde im Gespräch mit Partnern der jeweiligen Institutionen

erstellt (Die ausgefüllten Fragebogen zu den einzelnen Gesprächen mit den Datenbankverantwortlichen können im FSM eingesehen werden). Die Reihenfolge der vorgestellten Datenbanken entspricht der Relevanz, wie sie uns im Hinblick auf ein GMM entsprechend scheint. Die Tabelle 1 fasst die untersuchten Datenbanken samt summarischer Bewertung zusammen und ist die Grundlage für die Diskussion und die Vorschläge für ein Forschungsdesign.

*Tabelle 1 : Übersicht über ausgewertete Datenbanken, nach Relevanz geordnet*

| Datenbank,<br>Institution, Ort  | Beitrag an GMM  | Migrations-<br>Variablen   | Lücken bezüglich<br>GMM  | Summarische<br>Beurteilung  |
|---|---|--|--|---|
| Gesundheits-<br>befragung (SGB),<br>BFS,<br>Neuchâtel<br>(siehe unter 3.2)      | Befragung zu Gesundheit<br>und -verhalten von<br>Schweizern und von<br>Migrationsgruppen, in der<br>ganzen Schweiz,<br>periodisch, umfassend,<br>auch subjektive Informa-<br>tionen enthaltend;<br>zahlenmässig grosse<br>Umfrage   | Nationalität<br>Einreise<br>Herkunftsland  | Keine Befragung von<br>Asylsuchenden,<br>keine Fragen zum<br>Migrationshintergrund,<br>Befragung nur auf<br>deutsch, französisch<br>oder italienisch<br>möglich                | SGB könnte zu einem GMM-<br>instrument ausgebaut<br>werden, wenn das Sampling<br>unter den Migrationsgruppen<br>vergrössert, spezifische<br>Fragen zum Migrations-<br>Hintergrund aufgenommen<br>und Befragungen in<br>Fremdsprachen geführt<br>würden. S. Szenario 1                 |
| Schweizer<br>Haushalt Panel<br>(SHP),<br>SHP,<br>Neuchâtel<br>(siehe unter 3.3) | Haushalts-Befragung von<br>Schweizern und von<br>Migrationsgruppen, in der<br>ganzen Schweiz, perio-<br>disch und laufend, Fragen<br>zu Haushalt, Lebensstil<br>und einige wenige Fragen<br>zur Gesundheit, viele<br>subjektive Informationen<br>enthaltend; zahlenmässig<br>grosse Umfrage | Nationalität<br>Einreise<br>Herkunftsland<br>Einbürgerung<br>Zusätzlich<br>gleiche Fragen<br>zu Eltern und<br>Großeltern | Keine Befragung von<br>Asylsuchenden,<br>keine Fragen zum<br>Migrations-<br>Hintergrund,<br>Befragung nur auf<br>deutsch, französisch<br>oder italienisch<br>möglich           | SHP könnte zu einem GMM-<br>instrument ausgebaut<br>werden, wenn das Sampling<br>unter den Migrationsgruppen<br>vergrössert, der Frage-<br>katalog mit umfassenderen<br>Fragen zur Gesundheit<br>ergänzt, und die<br>Befragungen in<br>Fremdsprachen geführt<br>würden. S. Szenario 1 |
| Bus-Santé,<br>HUG,<br>Genf<br>(siehe unter 3.4)                                 | Befragung zu Gesundheit<br>und -verhalten der<br>Wohnbevölkerung der<br>Stadt Genf, inklusive<br>deren Migrations-<br>gruppen, laufend, umfassender<br>Gesundheitsfragen-<br>katalog; zahlenmässig<br>grosse Umfrage  | Nationalität<br>Einreise<br>Herkunftsland  | Keine subjektiven<br>Daten; keine<br>Befragung von<br>Asylsuchenden; keine<br>Fragen zum<br>Migrationshintergrund,<br>Befragung nur auf fr;<br>keine schweizweite<br>Befragung | Der Bus-Santé stellt eine<br>interessante Ergänzung zu<br>anderen kleineren<br>Datenbanken dar, wenn es<br>gilt ein GMM durch mehrere<br>Forschungsprojekte in einer<br>Art von „Patchwork“<br>vorzubereiten oder<br>aufzubauen. S. Szenario 2  |
| A-Care,<br>Kantonsspital,<br>Basel<br>(siehe unter 3.5)                         | Laufende Erfassung aller<br>medizinischen Leistungen<br>für Asylsuchende des<br>Kantons Basel   | Aufenthaltsstatus<br>Nationalität<br>Einreise<br>Herkunftsland   | Keine Informationen<br>zum Gesundheits<br>zustand und -ver-<br>halten; keine subjek-<br>tiven Daten; keine<br>Befragung der<br>Betroffenen, kantonale<br>Begrenzung            | A-Care stellt eine<br>interessante Ergänzung zu<br>anderen Datenbanken dar,<br>wenn es gilt, ein GMM durch<br>mehrere Forschungsprojekte<br>in einer Art von „Patchwork“<br>vorzubereiten oder auf-<br>zubauen. S. Szenario 2   |

|  |   |   |   |  |
|--|---|---|---|--|
| Infektions-krankheiten BAG, BAG, Bern (siehe unter 3.6)    | Laufende Erfassung epidemiologischer Daten zu den drei Infektionskrankheiten Hepatitis, Tuberkulose und HIV/AIDS, schweizweit, umfassend  | Nationalität (in der Tuberkulose-Datenbank zusätzlich Einreisedatum ) | Nur wenige migrations-spezifische Informationen; keine Befragung der Betroffenen; keine Informationen zum allgemeinen Gesundheitszustand und – verhalten; keine subjektiven Daten.  | Die drei Datenbanken zu Hepatitis, Tuberkulose und HIV/AIDS stellen eine interessante Ergänzung zu anderen kleineren Datenbanken dar, wenn es gilt ein GMM durch mehrere Forschungsprojekte in einer Art von „Patchwork“ aufzubauen. S. Szenario 2 |
| BSV-Statistiken, BSV, Bern (siehe unter 3.7)               | Statistiken der IV, AHV und KV mit den betreffenden Leistungen an Invalide, Alte und Kranke, schweizweit, umfassend   | Nationalität Einreise   | Nur wenige migrationsspezifische Informationen; keine Befragung der Betroffenen; keine subjektiven Daten.   | Die BSV-Statistiken, insbesondere eine Zusammenführung von IV und AHV, sowie die Krankenkassen-daten stellen eine Ergänzung zu anderen Datenbanken dar, wenn es gilt ein GMM durch in einer Art von „Patchwork“ aufzubauen. S. Szenario 2          |
| Bevölkerungs-entwicklung, BFS, Neuchâtel (siehe unter 3.8) | Statistiken der Todesursachen und der Geburten, schweizweit, umfassend, international vergleichbar  | Nationalität  | Nur eine migrations-spezifische Information; ausser Todesursache (nach DIM-10-Klassifikation keine anderen Angaben zu Gesundheitszustand und -Verhalten; nur MigrantInnen, die in der Schweiz gestorben sind, werden erfasst. | Die BEVNAT-Statistik stellt eine interessante Ergänzung zu anderen kleineren Datenbanken dar, wenn es gilt ein GMM durch mehrere Forschungsprojekte in einer Art von „Patchwork“ vorzubereiten oder aufzubauen. S. Szenario 2                      |
| Krebsregister VSKR, Genf (siehe unter 3.9)                 | Statistik der Krebserkrankungen. Beim VSRK handelt es sich eigentlich um verschiedene kantonale oder regionale Krebsregister; für ein GMM sind aber nur die Daten aus Genf interessant, da nur hier einige Migrations-variablen vorhanden sind. | Nationalität Einreise Herkunftsland                                   | Keine subjektiven Daten; keine Fragen zum Migrationshintergrund, keine schweizweite Statistik; geringe Stichprobenzahlen von MigrantInnen   | Das Genfer Krebsregister stellt eine interessante Ergänzung zu anderen kleineren Datenbanken dar, wenn es gilt ein GMM durch mehrere Forschungsprojekte in einer Art von „Patchwork“ vorzubereiten oder aufzubauen. S. Szenario 2                  |

|   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| Arbeitskräfte-erhebung, SAKE/BFS, Neuchâtel (siehe unter 3.10)        | Jährliche Haushaltsbefragung (die grösste und wichtigste jährliche Befragung des BFS) mit Fragen zu Erwerbstätigkeit, darin eingeschlossen Fragen zum Grund eines Erwerbsausfalls, d.h. meistens Krankheit oder Unfall | Nationalität Einreise Herkunftsland Einbürgerung Zusätzlich gleiche Fragen zu Eltern und Grosseltern | Keine Informationen zum Gesundheitszustand und – verhalten; Keine Befragung von Asylsuchenden, Befragung nur in einer der drei Schweizer Sprachen (deutsch, französisch, italienisch möglich) | Die SAKE-Statistik stellt eine mögliche Ergänzung zu anderen kleineren Datenbanken dar, wenn es gilt ein GMM durch mehrere Forschungsprojekte in einer Art von „Patchwork“ vorzubereiten oder aufzubauen. Ev. Szenario 2   |
| Unfallstatistik, SUVA, Luzern (siehe unter 3.11)                      | Statistik der Unfälle in der Schweiz, teilweise Angabe von Diagnosen, wenn ein Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit besteht, grosse Population.  | Nationalität   | Zu wenigen migrations-relevante Variablen; Keine subjektiven Daten; keine Informationen zu Gesundheitszustand und – verhalten; Befragung nur in den 3 Schweizer-sprachen möglich.             | Die SUVA-Statistik stellt eine interessante Ergänzung zu anderen Datenbanken dar, wenn es gilt ein GMM durch mehrere Forschungsprojekte in einer Art von „Patchwork“ vorzubereiten. Ev. Szenario 2   |
| Archimed, HUG, Genf (siehe unter 3.12)                                | Von den Universitäts-spitälern Genfs geführte medizinische, administrative und finanzielle Daten zu den medizinischen Leistungen, die für die PatientInnen erbracht werden.  | Nationalität   | Zu wenigen migrations-relevante Variablen; Keine subjektiven Daten; Keine Informationen zum Gesundheits-zustand und – verhalten; nur Patienten, nur lokal.                                    | Archimed (als ein Beispiel einer Krankenhausstatistik) könnte eine Ergänzung zu anderen kleineren Datenbanken darstellen, wenn es gilt ein GMM durch mehrere Forschungsprojekte in einer Art von „Patchwork“ vorzubereiten, eventuell in Zusammenarbeit mit der UVM. S. Szenario 2 |
| Visite sanitaire des requérants d'asile, HUG, Genf (siehe unter 3.13) | Routinedaten, kontinuierlich erhoben zu Asylsuchenden, deren präventiv-medizinischen Mass-nahmen, Kommunikations-möglichkeiten und Über-weisungen an weitere medizinische Dienste                                      | Nationalität Einreise Herkunftsland Muttersprache Sprach-kenntnisse                                  | Keine Informationen zum Gesundheitszustand und – verhalten; keine subjektiven Daten; keine Befragung der Betroffenen, kantonale Begrenzung  | Die VSRA stellt eine Ergänzung zu anderen kleineren Datenbanken dar, wenn es gilt ein GMM durch mehrere Forschungsprojekte vorzubereiten. S. Szenario 2  |
| Gesundheits-Observatorium, Neuchâtel (siehe unter 3.14)               | Das GO ist im Aufbau begriffen; produziert keine eigenen Daten. Zusammenarbeit denkbar wenn Migration in die Indikato-renliste aufgenommen werden sollte.  | Nationalität   | Ausser Nationalität keine migrations-spezifischen Daten, Keine subjektiven Daten  | Da in den Einträgen nur die Nationalität erfasst wird, ist vorderhand kein Beitrag an ein GMM möglich.   |

|   |  |                               |  |   |
|---|--|-------------------------------|--|---|
| Krankenhausstatistik, BFS, Neuchâtel (siehe unter 3.14) | Zwei Datenbanken (medizinisch und administrativ), für die Schweizer Krankenhäuser, inklusive psychiatrische Kliniken, jährlich ihre Daten liefern. | Nationalität                  | Zu wenige migrationsrelevante Variablen; Keine subjektiven Daten; keine Informationen zum Gesundheitszustand und – verhalten; nur Patientendaten | Die Krankenhaus-Statistik stellt ähnlich wie Archmed eine mögliche Ergänzung dar, wenn es gilt ein GMM in einer Art von „Patchwork“ vorzubereiten oder aufzubauen. S Szenario 2 |
| SAMBAD, BFS, Neuchâtel (siehe unter 3.14)               | Daten zur ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich.   | Nationalität Aufenthaltsdauer | Keine subjektiven Daten; geringe Stichprobenzahlen von MigrantInnen; Unvollständigkeit   | An und für sich interessante Statistik, die aber nicht weitergeführt werden wird und darum kein weiteres Interesse für das GMM darstellt  |

## 3.2 Schweizerische Gesundheitsbefragung

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) bietet dem, der sich für ein Gesundheitsmonitoring interessiert, sicherlich am meisten. Sie findet in regelmässigen Abständen statt (1992/3, 1997, 2002), umfasst die ganze Schweiz, und wird vom Bundesamt für Statistik (BFS) verantwortet.

Befragte sind Personen im Alter von 15 und mehr Jahren, die in privaten Haushalten leben. Diese werden telefonisch und per Fragebogen zu folgenden Themenkreisen befragt: Soziodemografische Verhältnisse, physischer und psychischer Gesundheitszustand, Lebensgewohnheiten, berufliche und soziale Lebensbedingungen, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, Behinderungen und soziale Auswirkungen, Inanspruchnahme der Dienstleistungen, Versicherungsverhältnisse und Aspekte der Gesundheitsförderung.

Was die Migrationsbevölkerung angeht, erschien 1995 ein ausführlicher Bericht über eine spezifische Datenanalyse der SGB1992/3 mit dem Titel „die Gesundheit der Ausländer in der Schweiz“ (Vranjes, Bisig et al. 1996). Er ist sicherlich zu einem Grundlagenbericht geworden, weil es der erste dieser Art und Reichweite war. Allerdings wurden schon da nur Aussagen zu Gegenüberstellungen von Ausländern und Schweizern gemacht. Die Stichproben der einzelnen Nationalitäten, respektive von MigrantInnen waren zu klein, um statistisch signifikante Aussagen zu Migrationsgruppen machen zu können.

Zur Information: bei Gesamtstichproben von rund 15'000 in der SGB92/93 und 13'000 in der SGB97 fiel die Teilstichprobe der Personen mit ausländischer Herkunft relativ klein aus: respektive 2100 und 2000 AusländerInnen. In der SGB2002 sollte der Anteil von Ausländern auf die rund 20'000 Befragten entsprechend Angaben vom BFS repräsentativ ausgefallen sein (3500, also 18%).

Die SGB97 hat keinen Bericht zu AusländerInnen oder MigrantInnen gezeitigt. Immerhin enthält der Gesamtbericht (Abelin 2001) ein Kapitel über die Gesundheit der Ausländer in der Schweiz, das Aufschluss über das Thema gibt (Calmonte, Spuhler et al. 2000). Im grossen und ganzen bestätigt es die Resultate von 1992/93 und belegt zum Teil die Verstärkung einzelner Tendenzen (Calmonte 2000). Wenig befriedigend ist die Einteilung der befragten Personen in Schweizer, Italiener und andere Ausländer. Es ist dies eine Notlösung des Problems, dass die Teilstichproben der Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit zu klein ausfallen, um statistische signifikante Aussagen zu einzelnen Migrant- oder Ausländer-Communities machen zu können, zumal für Vergleiche mit der Schweizer Bevölkerung Geschlecht und Alter immer kontrolliert werden müssen.

Von der Methode her bleibt ein beachtlicher Teil der in der Schweiz lebenden MigrantInnen ausgeschlossen. Die SGB umfasst als Grundgesamtheit grundsätzlich die Wohnbevölkerung der Schweiz im Alter von >15 und beschränkt sich praktisch auf Personen, welche in einem Privathaushalt leben (Folglich sind Heime für Asylsuchende, Gefängnisse, Kliniken und andere Kollektivhaushalte ausgeschlossen), welche über einen Telefonanschluss verfügen und im Telefonverzeichnis aufgeführt sind, und welche eine der drei Hauptlandessprachen sprechen (siehe telefonische Befragung) und lesen (schriftliche Befragung) können. Die SGB ist demnach nur in der Lage, Aussagen über bereits relativ gut integrierte MigrantInnen zum machen. Ausgeschlossen sind insbesondere Illegale, MigrantInnen in Kollektivhaushalten oder Haushalten ohne Telefonanschluss, sowie Personen, welche keine der drei Landessprachen beherrschen.

Welche migrationsspezifischen demographischen Angaben enthält die SGB? Im Laufe der drei bislang durchgeföhrten Gesundheitsbefragungen wurden fortlaufend mehr Informationen bezüglich Migrationsstatus erfasst. So wird die SGB2002 Informationen zu mehrfacher Staatsangehörigkeit liefern: Es können zwei Nationalitäten genannt werden (bisher nur eine Nennung), die Nationalität der Eltern sowie die Aufenthaltsdauer in der Schweiz werden erfasst, sowie die

Nationalität des Hauptverdieners. Die 2002-Daten werden im Verlauf des Jahres 2003 verfügbar und eine entsprechend wichtige Informationsquelle zur Gesundheit von AusländerInnen und MigrantInnen sein.

Stärken der SGB im Rahmen eines GMM sind zweifellos:

- + Periodizität der Erhebung;
- + Repräsentativität;
- + Umfassende Anzahl von Indikatoren zur Gesundheit, insbesondere auch der psychosozialen Gesundheit;
- + Zugriffsmöglichkeiten (Forschungsprojekte, die einzelne Aspekte der SGB-Datenbanken bearbeiten, sind ausdrücklich erwünscht);
- + Ausgezeichnete wissenschaftliche Qualität und Aufbereitung der Daten;
- + Migrationsspezifische demographische Angaben: Nationalität(en), Aufenthaltsdauer in der Schweiz;
- + Möglichkeit als Forscherteam, im Blick auf die SGB-2007 sich in der sogenannten Begleitgruppe, welche die Fragebogen-Module aushandelt, zu beteiligen (da nicht unbeschränkt viele Fragen in den Katalog aufgenommen werden können, muss jede zusätzliche Frage überzeugend argumentiert werden).

Die Schwächen der SGB im Rahmen eines GMM können wie folgt zusammengefasst werden:

- Keine kontinuierliche Erfassung von Personen mit Migrationshintergrund (Stichproben erlauben Aussagen erst ab einer gewissen Grösse der Population);
- Ausschluss durch Sprache (keine Fragebogen in Fremdsprachen);
- Stichprobenmethode erfasst nur gewisse Gruppen von MigrantInnen;
- Keine Befragung von Asylsuchenden und Flüchtlingen;
- Weiterführung hängt jeweils von einem Bundesentscheid ab und ist darum nicht garantiert.

Die SGB spielt in jedem Fall eine wichtige Rolle beim Aufbau eines GMM und sollte in keinem Fall ausgeschlossen werden. Praktische Möglichkeiten der Zusammenarbeit und Folgerungen werden in den Szenarien (s.u.) diskutiert<sup>2</sup>.

### 3.3 Schweizer Haushalt-Panel

Das Schweizer Haushalt-Panel (SHP) geht auf eine Initiative des Schwerpunktprogramms Zukunft Schweiz des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung zurück, dessen Ziel «neben der Förderung von themenorientierter Forschung und von Forschungsnetzwerken auch Massnahmen und Initiativen zur strukturellen Stärkung der Sozialwissenschaften in unserem Land umfasst». Das Hauptziel des SHP besteht somit darin, einen Beitrag zur Verbesserung der Datengrundlage zu leisten, die eine zuverlässige Beobachtung des sozialen Wandels und eine vertiefte Analyse der gesellschaftlichen Entwicklung in der Schweiz ermöglichen soll.

Die Paneluntersuchung «Leben in der Schweiz» verfolgt drei komplementäre Ziele. Sie soll: 1) Aufschluss geben über den sozialen Wandel in der Schweiz und damit die Sozialberichterstattung bereichern, die sich für gesellschaftliche und politische Transparenz in einem sich rasch verändernden Land einsetzt; 2) die Lebensverläufe der befragten Haushalte und Menschen – d.h. das Ergebnis ihres Umganges mit gesamtgesellschaftlichen Veränderungen – beobachten und nachvollziehen; 3) eine solide empirische Grundlage für die in- und ausländische Forschung schaffen, anhand derer sich verschiedenste Hypothesen über die dynamischen Beziehungen zwischen Lebensbedingungen und Lebensqualität testen und validieren lassen<sup>3</sup>.

Konzeption und Aufbau der Erhebung stützen sich auf die Erfahrungen ab, die in den letzten drei Jahrzehnten im In- und Ausland gesammelt worden sind. Das SHP deckt ein breites Spektrum von Themen und sozialwissenschaftlichen Forschungsansätzen ab (z.B. Familienzusammensetzung und -dynamik, Gesundheit, soziale Einbindung, Freizeit und Lebensstil, politische Haltungen, Zufriedenheit). Das Faktenmaterial wird ergänzt durch «subjektive» Beurteilungen. Die längsschnittbezogenen Daten des SHP stellen eine

<sup>2</sup> Kontaktperson: Dr. R. Calmonte

<sup>3</sup> siehe [http://www.swisspanel.ch/file/about/media/leben\\_in\\_der\\_schweiz.pdf](http://www.swisspanel.ch/file/about/media/leben_in_der_schweiz.pdf)

Ergänzung zu den grossen Erhebungen des Bundesamtes für Statistik dar, indem sie das Verständnis für die Mikroprozesse des sozialen Wandels fördern. Das SHP bildet zudem eine viel versprechende Schnittstelle zwischen der öffentlichen Statistik und der akademischen Forschung im sozialwissenschaftlichen Bereich (die Trägerschaft des Schweizer Haushalt-Panels besteht aus dem Schwerpunktprogramm SPP Zukunft Schweiz, dem Bundesamt für Statistik und der Universität Neuchâtel).

Die Fragen zur Gesundheit umfassen folgende Themen: selbstevaluierter und -empfundene Gesundheit, Zufriedenheit mit Gesundheit, Gesundheitsprobleme (Rückenschmerzen, Energielosigkeit, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen), psychische Gesundheit (Depression), Gesundheitszustand als Hindernis in den täglichen Aktivitäten (Tage pro Jahr und subjektive Einschätzung), Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen (Arztbesuche, Verschreibung von Medikamenten). Die gesundheitsbezogenen Fragen entsprechen einer abgespeckten Version des SGB-Katalogs.

Die Limitiertheit der Befragung auf die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz mit Telefonanschluss, sowie eine ausreichende Kenntnis einer der Interviewsprachen Deutsch, Französisch, Italienisch ist der SGB (s.o.) und dem SHP gemeinsam. Dazu kommt auch, dass trotz ziemlich grossen Gesamtstichproben nur verhältnismässig grob zwischen einzelnen Gruppen verschiedener nationaler Herkunft unterschieden werden kann. Trotzdem liegen bereits einige interessante Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und nationaler Herkunft vor (Wanner, Neubauer et al. 2002).

Komplementär zur Gesundheitsbefragung (SGB) könnten die Daten des SHP ebenfalls eine wichtige Rolle spielen. Im SHP gibt es zwar weniger Gesundheitsindikatoren (vor allem in bezug auf Prävalenzen von Krankheiten und medizinischen Dienstleistungen) als in der SGB, das SHP hat jedoch eine Vielfalt von relevanten unabhängigen Variablen, wie zum Beispiel Merkmale des Haushalt-Kontextes (detaillierte Zusammensetzung, Mischung von ethnischer Herkunft, etc.) sowie auf individueller Ebene Angaben zu den Nationalitäten der Eltern und der eigenen, Aufenthaltsstatus, Sprachkenntnisse, etc.). Im SHP können überdies Determinanten von individuellen gesundheitlichen Veränderungen analysiert werden, was bei der SGB als wiederholte Querschnittsbefragung nicht möglich ist. Von allen evaluierten Datenbanken ist der SHP die einzige, die ein Monitoring im Sinn einer kontinuierlichen Erfassung der Bevölkerung und deren Dynamik darstellt. Das

Panel ist zudem so angelegt, dass auch die Beobachtung längerfristiger Veränderungen von einzelnen Personengruppen möglich ist.

Stärken des SHP im Rahmen eines GMM sind also:

- + Monitoring (Monitoring verstanden hier im Sinn einer kontinuierlichen Erfassung des Gesundheitszustandes von Einzel-Personen);
- + Möglichkeit, longitudinale Studien zu betreiben;
- + Ausgezeichnete Wissenschaftlichkeit und Datenaufbereitung;
- + Verknüpfung von qualitativen und quantitativen Ansätzen, was aufgrund der heterogenen Zusammensetzung der MigrantInnen in der Schweiz und den schnellen Veränderungen in dieser Zielgruppe angebracht ist;
- + Informationen über alle Mitglieder eines Haushaltes (und nicht nur einer einzelnen Person);
- + Flexibilität: die SHP-Leitung ist interessiert daran, im Rahmen des Möglichen in ihren Katalog zusätzliche Fragen über die Gesundheit von den zu Befragenden aufzunehmen<sup>4</sup>.

Schwächen des SHP im Rahmen eines GMM sind:

- Wenig ins Detail gehende Fragen zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten;
- Keine Asylsuchenden und Flüchtlinge;
- Die SHP-Stichprobenauswahl ist geringer als diejenige der SGB;
- Die Weiterführung der Untersuchung ist nicht gesichert (begrenzt auf fünf bis zehn Jahre);
- Die Methodologie erlaubt es nicht, neue MigrantInnen in die Befragung aufzunehmen, da keine zusätzlichen Stichproben vorgesehen sind.

<sup>4</sup> Kontakterson: Prof. E. Zimmermann

### 3.4 Bus Santé

Der „Bus santé“ ist eine zehn Jahre alte Institution der Abteilung für klinische Epidemiologie der Genfer Universitätsspitäler (HUG). In einem Bus, in der Stadt Genf platziert, werden stichprobenweise GenferInnen auf ihre Gesundheit hin befragt, dies zwecks eines Monitoring von Gesundheitsdeterminanten der Genfer Bevölkerung.

Da nahezu 50% aller Befragten Ausländer sind (50% Schweizer, 25% Immigranten aus den drei Mittelmeerländern Italien, Spanien und Portugal und 25% aus anderen Ländern), ist diese Datenbank für ein GMM von grosser Bedeutung. Die vorhandenen Daten, wohl einzigartig in der Schweiz, sind bisher noch nicht eingehend auf die Dimension Migration hin untersucht worden. Eine solche Datensammlung würde eine soziologische Geschichtsdarstellung der gesundheitlichen Dynamik der Mittelmeer-Migration der letzten dreissig Jahre nahe legen.

Die drei wichtigsten migrations-relevanten Variablen – Nationalität, Geburtsort und Einreisejahr (das heisst auch Aufenthaltsdauer in der Schweiz) – sind in allen Einträgen vorhanden. Die Zufallstichprobenauswahl von allen GenferInnen im Alter zwischen 34 und 60 wird im kantonalen Amt für Statistik vorgenommen. Bisher wurden auf diese Weise rund 5% der Genfer Wohnbevölkerung (ca. 10'000 Personen) erfasst. Nicht in der Datenbank enthalten sind Asylsuchende oder MigrantInnen mit irregulärem Status.

Stärken der Datenbank *Bus Santé* im Rahmen eines GMM:

- + Monitoring von homogenen Gruppen möglich;
- + Ausgezeichnete Wissenschaftlichkeit (siehe Publikationen<sup>5</sup>);
- + Umfassende Datenbank mit grossen Anteilen von Ausländern;
- + Longitudinale Untersuchung der Migrations- und Integrationsbewegung möglich;
- + Deutlich zum Ausdruck gebrachtes Interesse an einer Zusammenarbeit im Rahmen eines GMM seitens des Datenbankverantwortlichen<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> siehe <http://www.bus-sante.ch/>

Schwächen der Datenbank *Bus Santé* im Rahmen eines GMM:

- Die Befragung ist regional auf den Kanton Genf beschränkt;
- Keine sprachspezifischen Interviews (Fragebogen und Interview ausschliesslich auf Französisch);
- keine Asylsuchenden und Flüchtlinge;
- kein individuelles Gesundheits-Monitoring möglich (Personen werden nur einmal befragt).

### 3.5 A-Care

Die Datenbank A-Care beinhaltet Daten zur Gesundheitsversorgung von Personen des Asylrechts im Kanton Basel der letzten drei Jahre. Verwaltet wird sie von der Projektleitung/Leistungskontrolle des Kantonsspitals Basel. Seit dem 1.1.2000 werden jährlich rund 350 Asylsuchende, deren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und die damit verbundenen Kosten dokumentiert.

Bisher liegen keine statistischen oder epidemiologischen Studien oder auch nur Analysen vor. Die Krankenpflegekosten sind an sich schon einbrisantes Thema, und werden es noch mehr im Zusammenhang mit MigrantInnen und wären es darum wert, kühl untersucht zu werden (Frei & Tinturier 1996). Die A-Care Daten wurden bisher nicht für statistisch-epidemiologische Untersuchungen vorbereitet. Die Aufbereitung wäre denn auch mit einem Aufwand verbunden: Zusammenführung der demographischen Daten (geführt von der Sozialhilfe Basel) mit den Gesundheitskosten, welche im Kantonsspital gespeichert werden, Klärung der Datenschutzfragen, Anonymisierung und schliesslich Prozessierung von Rohdaten für biostatistische Analysen.

Stärken der A-Care Daten im Rahmen eines GMM wären:

- + Monitoring einer homogenen Gruppe und einzelner Personen ist möglich;
- + Möglichkeit, die Gesundheit von Asylsuchenden als besonders exponierte Gruppe von MigrantInnen zu beobachten;

<sup>6</sup> Kontakterson: Prof. A. Morabia

- + Kostenangaben zu einer Zeit heisser Diskussion um die Versorgung Asylsuchender;
- + Die Datenbank wurde im Hinblick auf wissenschaftliche Analysen konzipiert;
- + A-Care ist in die Struktur des Kantonsspitals Basel eingebettet, welches wiederum mit dem STI zusammenarbeitet; eine Vernetzung liegt hier auf der Hand<sup>7</sup>.

Schwächen der A-Care Daten im Rahmen eines GMM:

- Regionale Beschränkung (nur Kanton Basel);
- Keine Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Gruppen von MigrantInnen;
- Keine subjektiven Daten, das heisst Informationen aus der Patientensicht.

### 3.6 Epidemiologie und Infektionskrankheiten BAG

Die Abteilung Epidemiologie und Infektionskrankheiten des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) führt einige Krankheitsstatistiken, die von Interesse für ein Gesundheitsmonitoring von MigrantInnen sind: Hepatitis, HIV/AIDS und Tuberkulose. Diese Datenbanken werden von Unterabteilungen betreut, die autonom funktionieren, selber ihre Statistiken verwalten und Epidemiologie betreiben, sind aber – unter anderem aus Datenschutzgründen – nicht so vernetzt, wie man es erwarten würde. Allerdings wird wissenschaftliches Interesse signalisiert, die vorhandenen und qualitativ guten Daten auf migrations-relevante Fragen hin zu untersuchen.

**Virale Hepatitiden.** Die Ansteckung durch eine Hepatitis (A, B, C, D, E) variiert – neben den unterschiedlichen Übertragungsweisen natürlich (Grob & Rougemont 1996) – je nach Geographie und Mobilität; eine genauere Analyse der Hepatitis-Datenbank in Bezug auf Migration wäre daher interessant, auch für die Epidemiologen vom BAG. Die Repräsentativität der Daten – und das gilt für alle die hier erwähnten Infektionskrankheitsstatistiken – ist allerdings nicht

<sup>7</sup> Kontaktperson: Frau C. Gick; ab 2003 Dr. L.-T. Heuss

optimal, da es an den Ärzten und Laboratorien liegt, Meldung zu erstatten (Meldepflichtigkeit). Die Repräsentativität wird auf 60-70% der diagnostizierten viralen Hepatitiden geschätzt. Eine andere Frage ist die der Repräsentativität der Krankheitsmeldungen unter der Migrationsbevölkerung, das heisst: ist sie unterschiedlich je nach Herkunft? Ist sie unterschiedlich je nach Zugang zur Gesundheitsversorgung für einzelne Gruppen mit Migrationshintergrund?). Erfasst werden neben den Informationen zur Krankheit und den üblichen anonymisierten demographischen Daten nur die Nationalität und das Herkunftsland. Die Statistik wird seit 1988 geführt. Wie bei allen diesen Datenbanken werden nur Fälle erfasst, und der Nenner bleibt ein ungelöstes Problem. Die Abteilung Hepatitis zeigt trotz dieser Schwierigkeiten grosses Interesse daran, im Rahmen eines GMM eine Zusammenarbeit aufzubauen.

**HIV und AIDS** (BAG 2001). Die Datenbank ist ähnlich aufgebaut wie die der Hepatitiden. Wegen der gesetzlich verankerten Meldepflicht (Gebhardt 1996) sollte die Datenbank eigentlich flächendeckend sein, aber die Erfassung der AIDS und HIV-Fälle beschränkt sich ebenfalls auf etwa zwei Drittel. Zudem ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass viele MigrantInnen gar nicht erfasst werden. Die Angaben zum Migrationsstatus beschränken sich auf die Nationalität und – dies ist allerdings ein interessanter Aspekt – auf die Nationalität des Partners in der Partneranamnese, wenn er/sie aus einem sogenannten Hochprävalenzland stammt. Die Daten werden laufend erhoben, auf freiwilliger Basis seit 1983, und obligatorisch seit 1987. Die Vergleichbarkeit der Daten mit denen anderer Länder ist gut<sup>8</sup>.

Die BAG-HIV/AIDS-Datenbank ist ein gutes Beispiel, um Nutzen und Impakt eines Monitorings (und zwar auch eines migrationsspezifischen Monitorings) zu illustrieren: Der zuständige Epidemiologe wurde bei der Beobachtung der eintreffenden Daten aufmerksam auf hohe HIV-Prävalenz unter Subsahara-AfrikanerInnen, nahm Kontakt mit der Fachstelle Migration und Gesundheit auf, regte zu einem Rapid Assessment an. Diese wurde durchgeführt (Zupfinger, Kopp et al. 2000) und mündete in eine Projekt ausschreibung, mit der Folge, dass eine grossangelegte Präventions-Intervention in die Wege geleitet werden konnte (Kessler Bodiang & Okullo 2002).

<sup>8</sup> siehe [www.eurohiv.org](http://www.eurohiv.org)

**Tuberkulose.** Neben TB, der Datenbank des obligatorischen Meldewesens<sup>9</sup>, enthält auch die sogenannte RADVAX-Datenbank wertvolle Informationen zu Tuberkulose unter der Migrationsbevölkerung, genauer den Asylsuchenden, die vom Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) in den Empfangsstationen betreut werden. Die TB-Datenbank enthält neben der Nationalität auch das Geburtsland sowie den Aufenthaltstatus (welcher in der Radvax-Datei immer derjenige eines Asylsuchenden ist). Sie stellt eine Vollerhebung dar (im Asylbereich wird die Vollständigkeit jedoch nur auf 50%) geschätzt, und erfasst seit 1988 alle gemeldeten Ausländer und Asylsuchenden mit Tuberkulose (Radvax erfasst alle Asylsuchenden seit 1996). TB wird im Verbund der „EuroTb“ erhoben, und somit ist die Vergleichbarkeit mit EuroTb gegeben (allerdings nur bedingte Vergleichbarkeit mit der WHO wegen leicht unterschiedlicher Definitionen). Publikationen über Tuberkulose und Migration gibt es einige (Ravessoud & Zellweger 1992; Bucher 1994; BAG 1995; BAG 2002).

Der Vollständigkeit halber soll hier noch das Impfprogramm erwähnt werden. In Zusammenarbeit mit dem SRK werden (neben den Tuberkulose-Screening-Daten, s.o.) die Impfungen aller Asylsuchenden, die in einem der vier Zentren (Chiasso, Vallorbe, Kreuzlingen, Basel) aufgenommen werden, in eine Datenbank eingespielen (Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis B, Influenza). Als Nenner hätte man hier alle Asylsuchenden in der Schweiz (also ein Coverage von 100%). Leider wird auch hier nicht mehr als die Nationalität erfasst.

Stärken der BAG-Statistiken im Rahmen eines GMM:

- + Durch das BAG in der gleichen Struktur wie die Fachstelle Migration und Gesundheit angesiedelt, eine Zusammenarbeit wäre darum sicher erleichtert<sup>10</sup>;
- + Bei Tuberkulose-Daten sind auch umfassende Informationen bei den in den Empfangszentren registrierten Asylsuchenden vorhanden;
- + Longitudinale Analyse möglich;

Schwächen der BAG-Statistiken im Rahmen eines GMM:

<sup>9</sup> siehe [www.bag.admin.ch/infreporting/forms/d/14.pdf](http://www.bag.admin.ch/infreporting/forms/d/14.pdf)

<sup>10</sup> Kontaktpersonen: für Hepatitiden Dr. V. Masserey, für HIV/AIDS Dr. M. Gebhardt, für TB Dr. E. Altpeter

- An migrations-relevanten Angaben ist meist nur die Nationalität vorhanden;
- Keine subjektiven Daten (das heisst aus der Betroffenenperspektive);
- Wiewohl das Monitoring von Gruppen – das schliesst auch Migrantengruppen ein – in den BAG-Krankheitsstatistiken möglich ist, bleibt ein Monitoring von einzelnen erkrankten MigrantInnen aufgrund von deren Mobilität schwierig;
- Links zwischen Datenbanken sind zur Zeit aus Datenschutzgründen nicht möglich (zum Beispiel um den Zusammenhang von Tuberkulose in Kombination mit HIV-Infektion zu untersuchen).

### 3.7 Statistiken des Bundesamtes für Sozialversicherung

Im Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) werden mehrere Statistiken geführt, die von Interesse für ein Gesundheitsmonitoring von MigrantInnen sind. Es handelt sich dabei um folgende: AHV (Alters- und Hinterlassenenversicherung)<sup>11</sup>, IV (Invalidenversicherung)<sup>12</sup> und KV (Krankenversicherung).

Alle sind gleich aufgebaut, was der Umgang mit ihnen erleichtert. Leider wird dabei nur Nationalität festgehalten. Primäres Forschunginteresse ist wenig vorhanden, weil das BSV in erster Linie die gesetzlich verankerten Dienstleistungen erbringen muss (Zenger, Guillod et al. 1996). Erfasst werden in den BSV-Statistiken alle in der Schweiz wohnhaften Personen.

Von den verschiedenen Datensätzen sind zwei für das GMM von Interesse:  
a) die Zusammenführung von IV und AHV Daten (denn damit hätte man auch das Einreisedatum in der Schweiz als Variable in den Datensatz integriert), und  
b) die longitudinale Datenbank der Krankenversicherung (die jedoch aus Datenschutzgründen seit 1995 offiziell nicht mehr weitergeführt wird). Die erste enthält Informationen zur beruflichen Situation und zu Invalidität (als Invalidität im Sinne der IV gilt die durch einen körperlichen, psychischen oder geistigen

<sup>11</sup> Bericht siehe [http://www.bsv.admin.ch/statistik/details/d/d\\_ahv\\_2002.pdf](http://www.bsv.admin.ch/statistik/details/d/d_ahv_2002.pdf)

<sup>12</sup> Bericht siehe [http://www.bsv.admin.ch/statistik/details/d/iv\\_02\\_d.pdf](http://www.bsv.admin.ch/statistik/details/d/iv_02_d.pdf)

Gesundheitsschaden verursachte Erwerbsunfähigkeit bzw. die Unfähigkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen). Die zweite nimmt Krankheitsepisoden auf, um ihrem Mandat nachzukommen: „Die soziale Krankenversicherung gewährt allen in der Schweiz lebenden Personen Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung. Bei Krankheit oder Unfall stellt sie die medizinische Behandlung sicher, falls eine solche nicht von der Unfallversicherung abgedeckt wird“.

Zu a) Die IV- und AHV-Kassen liefern die Daten. Deren Grundgesamtheit sind alle in der Schweiz Residierenden, und die Repräsentativität der Daten ist 100% (wird in dieser seit 10 Jahren geführt).

Zu b) Hier sind es die Krankenversicherer, welche die Daten liefern, genauer die grossen Krankenkassen. Leider liefern nicht alle Krankenkassen ihre Daten an diese Datenbank weiter (im Falle einer wissenschaftlichen Analyse müsste darum vorgängig eine Validierung vorgenommen werden). Die Stichprobenanzahl umfasst um die 5,5 Millionen Krankenversicherte. Der Zeitraum der Datenerhebung reicht offiziell von 1990 bis 1995 und dauert inoffiziell noch an. Die Daten scheinen reichhaltig zu sein, umso mehr als sie auch mit anderen Daten verbunden werden können, z.B. Krankenhausstatistiken oder der Volkszählung. Trotzdem ist deren wissenschaftliche Auswertbarkeit zu bezweifeln, da diese Informationen auf einer sehr oberflächlichen medizinischen Klassifizierung beruhen. Leider werden auch keine Informationen zu Beruf, Aufenthaltsstatus oder subjektivem Empfinden erfasst.

Stärken der BSV-Statistiken im Rahmen eines GMM:

- + AHV/IV, KV: Schweizweit, umfassend;
- + KV: Monitoring möglich;
- + KV: grosses Sample;
- + Longitudinale Studien möglich.

Schwächen der BSV-Statistiken im Rahmen eines GMM:

- KV: Zugang zu den Daten technisch und juristisch erschwert;
- An migrations-relevanten Angaben ist ausschliesslich die Nationalität erfasst (immerhin könnte durch die Verknüpfung der AHV- und IV-Daten das Einreisejahr in die Schweiz dank dem Eintritt in das AHV-System eruiert werden);
- Keine subjektiven Informationen (aus der Patientenperspektive)

- Interesse am GMM vom BSV her nicht klar (siehe deren offiziellen und inoffiziellen Diskurs). Allerdings scheint das BSV bereit, für eine entsprechende Datenanalyse Unterstützung zu bieten, wenn auch unter gewissen Bedingungen, wie Garantie des Datenschutzes und Zugang zu Krankenkassen, etc.)<sup>13</sup>.

### 3.8 Statistik der Bevölkerungsentwicklung

In der Sektion Bevölkerung des BFS verwaltet die Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung BEVNAT die zwei Datenbanken: die Geburten (Lebend- und Totgeborene) und die Todesfälle. Die Todesursachenstatistik mit der CIM-10-Klassifikation (*Classification internationale des maladies et des causes de décès*) wird von der Abteilung Gesundheit verwaltet<sup>14</sup>. Die Daten werden von Ärzten (Todeschein) und den Zivilstandsämtern geliefert. Die Repräsentativität ist 100% und eine der Hauptstärken der BEVNAT-Statistiken. Jährlich werden durchschnittlich 60'000 Todesfälle erfasst. Bei dieser Art von Statistiken ist die Vergleichbarkeit mit anderen Ländern entsprechend gut.

Leider findet sich unter den 50 Variablen nur die Nationalität als migrationsrelevante Angabe. Immerhin haben mehrere Publikationen die Kindersterblichkeit untersucht, und zwar auch im Hinblick auf Nationalitäten (Ackermann-Liebrich 1990), aber auch die Berechnung von Mortalitätsrisiken (Wanner, Neubauer et al. 2002). Eine Zusammenarbeit mit dem FSM besteht schon und wäre demnach eine gute Voraussetzung, Studien zur Kinder-, Neugeborenen- und Totgeborenensterblichkeit je nach Nationalität durchzuführen.

In diesem Zusammenhang wäre noch eine Studie zu erwähnen, die für zukünftige migrationsrelevante Untersuchungen von Interesse sein könnte. In einer Machbarkeitsstudie wurde die Todesursachenstatistik durch ein sogenanntes Record Linkage mit den Informationen der Volkszählung 1990 zusammengeführt. Die Analyse anhand dieser zwei Datenquellen erlaubt es dank dem Zugang zu Informationen über Geburtsort, den Wohnort vor fünf

<sup>13</sup> Kontaktperson: Dr. T. Bandi

<sup>14</sup> für Beschreibung dieser Datenbanken siehe das europäische Projekt COMPSTAT, <http://www.compstat.org/Start/index.html>

Jahren, Hauptsprache und Religion, die Mortalitätsrisiken in einen soziokulturellen Zusammenhang zustellen (Bopp 1998).

Stärken der BEVNAT im Rahmen eines GMM:

- + Bestehende Zusammenarbeit mit dem FSM<sup>15</sup>, dank derer weitere migrationsspezifische Studien unternommen werden könnten, (siehe Publikationen auf diesem Gebiet, z.B. Bouchardy, Wanner et al. 2001);
- + Medizinische Krankheits-Klassifikation (CMI);
- + Gute wissenschaftliche Qualität der Daten, Vollerhebung (Coverage 100%), zahlenmäßig grosse Datenbank;
- + Vergleichbarkeit mit anderen Ländern.

Schwächen der BEVNAT im Rahmen eines GMM:

- Angaben zum Migrationsstatus: lediglich die Nationalität wird erfasst;
- Die Statistik erfasst nur MigrantInnen, die in der Schweiz gestorben sind.

### 3.9 Krebsregister

Das Krebsregister unter der Verantwortung der Vereinigung Schweizerischer Krebsregister (VSKR) nimmt Daten zu (im Prinzip) aller an Krebs erkrankten Personen in 13 Kantonen und Halbkantonen der Schweiz auf.

Das Hauptziel der VSKR besteht darin, eine zentralisierte Datenbank zu unterhalten, in der alle neu diagnostizierten und in einem regionalen Register erfassten Krebsfälle aufgenommen werden. Auf dieser Basis wird es möglich, Häufigkeiten und Risikofaktoren von malignen Erkrankungen zu errechnen und aufbauend auf solchen Studien Programme gegen Krebs zu entwickeln. Zu diesem Zweck gibt die Vereinigung Richtlinien zu einer normierten und epidemiologisch sinnvollen Dateneingabe heraus. Die VSKR beteiligt sich auch an der Berechnung von Survival Rates von Krebskranken und ist schliesslich zu

einem grossen Teil durch zahlreiche Zusammenarbeiten mit internationalen Forschungsprogrammen verbunden.

Die Datenbank ist von regionalen Krebsregistern abhängig. Die Weiterleitung der Daten ist nicht obligatorisch und wird von Region zu Region (Kanton) verschieden gehandhabt. Das gilt ganz besonders auch für die Ausführlichkeit von migrations-relevanten Angaben. In den meisten Krebsregistern erscheint bestenfalls die Nationalität, aber auch in diesem Datenfeld sind viele unklare Angaben anzutreffen, meist kategorisiert unter „unbekannter Nationalität“. Das *Registre de tumeur* in Genf bietet gegenüber den anderen zusätzliche Informationen, die für ein GMM interessant sind: neben der Nationalität werden auch das Ankunftsdatum der Ausländer in der Schweiz geführt, das Geburtsland, sowie der beruflich-soziale Status der Krebskranken.

Die wissenschaftliche Qualität dieser Daten ist ausgezeichnet. Die Datenanalysen haben Stoff für zahlreiche Publikationen geliefert. Es liegen auch migrationsspezifische Untersuchungen vor, die in Zusammenarbeit mit dem FSM entstanden sind (Bouchardy, Wanner et al. 2001). Daten zur Krebsmortalität sind in einem Grossteil der Länder vorhanden und eignen sich für internationale Vergleiche (Schüler & Levi 1996).

Stärken des Krebsregisters Genf im Rahmen eines GMM:

- + Monitoring (wenn auch sehr selektiver Art) der Krebskranken über mehrere Jahre, das bedeutet, dass beiderlei Monitoring möglich ist, von Gruppen, wie auch von Einzel-Personen;
- + Zusammenarbeit zwischen FSM und VSKR besteht schon und könnte ohne weiteres wieder aufgenommen werden<sup>16</sup>;
- + Migrations-relevante Angaben sind detaillierter als in den meisten anderen untersuchten Datenbanken.

Schwächen des Krebsregisters im Rahmen eines GMM:

- keine subjektiven Daten, das heisst keine Informationen aus der Betroffenenperspektive;

<sup>15</sup> Kontaktperson: Dr. M. Heiniger

<sup>16</sup> Kontaktperson: P. Pury, Statistiker

- Geringe Stichprobenanzahl von Ausländern, wenn man sich wegen der Lückenhaftigkeit der anderen Register auf das Krebsregister Genf zu beschränken hat;
- Ausschliesslicher Focus auf Krebserkrankungen, also auf ein Gesundheitsproblem, das häufiger im Alter auftritt, somit seltener in der in der Schweiz lebenden Migrationsbevölkerung zu finden ist.

### 3.10 Arbeitskräfteerhebung

Die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) ist in erster Linie eine Arbeitsmarkt-statistische Erhebung, sie ist im Rahmen des *Labour Force Survey* auf internationalem Gebiet standardisiert und harmonisiert, und inzwischen die grösste und wichtigste jährliche Haushaltsbefragung des Bundesamtes für Statistik.

Die SAKE ist eine Stichprobenerhebung, die seit 1991 bei den Haushalten mittels Telefonbefragung durchgeführt wird. Die Stichprobe setzt sich aus rund 16'000 Haushalten zusammen (ab 2002: 40'000 Haushalte, davon 6'000 Ausländer). Ähnliche Arbeitskräfteerhebungen finden auch in den EU-Ländern statt. Die Hauptaufgabe der SAKE besteht in der jährlichen Erfassung der Erwerbsstruktur und des Erwerbsverhaltens der Schweizerischen Bevölkerung. Erfasst werden Informationen über die Erwerbstätigkeit, die Erwerbslosigkeit sowie deren Merkmale, der (erlernte und ausgeübte) Beruf, die Arbeitsbedingungen, die Mobilität auf dem Arbeitsmarkt, die Wirtschaftsbranche, die Arbeitszeiten, die Aus- und Weiterbildung, die unentgeltliche Arbeit, die Familien- und Wohnsituation und die Einkommen. Dieses grosse Datenspektrum ermöglicht eine Gliederung der Ergebnisse nach zahlreichen Kriterien (z.B. die Erwerbstätigen nach Zivilstand, Einkommensklasse, Arbeitszeit; die Erwerbslosen nach Ausbildung, Dauer der Erwerbslosigkeit, Familiensituation usw.).

Die migrations-relevanten Angaben sind ausführlich und umfassend wie in keiner anderen Datenbank. Im Jahr 2001 wurden folgende Fragen gestellt: Von der befragten Person Herkunft, Geburtsort, Geburtsstaat, Staatsangehörigkeit bei der Geburt, Erwerb des Schweizer Bürgerrechts mit Jahr; dazu von Ehepartner, beiden Eltern und vier Grosseltern dieselben Informationen (Herkunft, Staatsangehörigkeit, Geburtsort, Geburtsstaat, Erwerb der Schweizer Staatsbürgerschaft). Schliesslich auch Nationalität (inklusive Nationalität Doppelbürger), Aufenthaltsstatus, Nationalität aller Haushaltmitglieder,

Aufenthaltsdauer in der Schweiz: Jahre, Tage, zivilrechtlicher Wohnsitz im Ausland.

Da die SAKE sich nicht primär für Gesundheitsfragen interessiert, sind ihre Informationen zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten entsprechend spärlich, genauer gesagt beschränken sie sich auf die Angaben von Gründen für Nichterwerbstätigkeit, welches meistens Krankheiten sind.

Wie in zahlreichen anderen BFS-Statistiken und aufgrund der verwendeten Erhebungsmethode beziehen sich die Ergebnisse lediglich auf die ständige Wohnbevölkerung. Bestimmte Gruppen von Ausländern wie Grenzgänger, Kurzzeit-Aufenthalter und Asylbewerber werden in der SAKE nicht berücksichtigt.

Stärken der SAKE im Rahmen eines GMM:

- + Umfassende Datenlage von migrations-relevanten Angaben (keine andere Datenbank bietet mehr Angaben);
- + Daten erlauben Schlüsse im Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit;
- + Grösste Haushaltbefragung der Schweiz;
- + Signalisiertes Interesse an einer Zusammenarbeit bezüglich GMM<sup>17</sup>.

Schwächen der SAKE im Rahmen eines GMM

- Äusserst spärliche gesundheitliche Angaben;
- Nichtberücksichtigung gewisser Ausländergruppen (Asylsuchende);
- Kein Monitoring im Sinn eines Verfolgens einzelner Personen;
- Erfasst nur Personen, die eine der nationalen Sprachen sprechen.

### 3.11 Unfallversicherungsanstalt

Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) ist die wichtigste Trägerin der obligatorischen Unfallversicherung in der Schweiz. Sie versichert

<sup>17</sup> Kontaktperson: Dr. M. Kolly

rund 1,9 Millionen Berufstätige gegen Berufsunfälle, Berufskrankheiten und ausserberufliche Unfälle<sup>18</sup>.

Die gemeinsame Statistik der UVG-Versicherungen enthält Angaben über die Nationalität des Verunfallten. Die erfasste Population sind die Arbeitnehmer (entspricht etwa 46% der Wohnbevölkerung). Die SUVA weiss allerdings nicht, wie viel Arbeitsnehmer bei ihr versichert sind, weil die Individuen erst in Erscheinung treten, wenn sie verunfallen. (Die Gesamtzahl der Arbeitnehmer kann aber aus der Summe der Angestellten der Betriebe entnommen werden). Die SUVA-Statistik ist eine Vollerhebung, d.h. 100% aller Verunfallten (aber nicht aller Arbeitnehmer) werden erfasst (Bisig & Addor 1996). Die Datensammlung erfolgt seit 1984 und umfasst etwa 700'000 Unfälle pro Jahr; davon 5-10% der Einträge mit einer medizinischen Diagnose versehen.

Neben der Nationalität wird (oder wurde) ausserdem der Saisonner-Status erfasst (erübrigt sich aber mit der Abschaffung desselben). Jährlich werden zirka 2000 Unfälle von Saisonniern gezählt, Tendenz fallend. Unklar ist bei diesem Datenfeld, ob die Angabe des Saisonner-Status auf den Meldeformularen immer deutlich ist, ob also die Datenqualität zufriedenstellend ist. Bei der Auszahlung von Taggeldern durch die Agenturen ist die sogenannte Quellensteuer-Pflichtigkeit zu beachten. Diese Information kann indirekt auf den Aufenthalts-Status hinweisen, ist aber kein eindeutiger Indikator. Die Information über Quellensteuerabzug wird normalerweise nicht für statistische Auswertungen verwendet und befindet sich daher nur auf den operativen Datenbanken der SUVA. Die Übertragung von dort auf die Statistik-Datenbanken wäre mit einem Aufwand verbunden.

Nur für eine Stichprobe aus diesen Unfällen sind Diagnosen in den Datenbanken für die Spezialstatistiken gespeichert. Grundsätzlich werden nur Diagnosen gespeichert, die einen direkten Bezug zum Unfall oder zum Verlauf der Heilung haben. Die Stichprobe umfasst ausserdem nur 5% der Unfälle, zusätzlich alle Rentenfälle und Berufskrankheiten. Somit würden u.U. wegen der zu kleinen Fallzahlen in den Spezialstatistiken Probleme auftauchen.

Stärken der SUVA-Statistik im Rahmen eines GMM:

- + Umfassende Datensammlung aller Unfälle in der Schweiz;

<sup>18</sup> Daten siehe [www.unfallstatistik.ch](http://www.unfallstatistik.ch)

- + Neben der Nationalität sind, wenn auch nur zum Teil, Angaben zum Saisonner-Status vorhanden.

Schwächen der SUVA-Statistik im Rahmen eines GMM

- Keine Aussagen über Nichtarbeitstätige (Asylsuchende);
- Die Zusammenführung der Unfalldaten und der migrationsspezifischen Angaben (Quellensteuer) wäre mit grossem Aufwand verbunden;
- Bisher keine Untersuchungen oder Interesse an migrationsspezifischen Fragen von Seiten der SUVA<sup>19</sup>.

### 3.12 Visite sanitaire des requérants d'asile

Die UVM (*Unité de médecine des voyages et des migrations*, Abteilung für Reise- und Migrationsmedizin, HUG, Genf) ist die Stelle, die die Fortsetzung der grenzsanitarischen Visite für alle dem Kanton Genf zugeteilten Asylbewerber organisiert. Diese beinhaltet das Impfprogramm, das Tuberkulose-Screening und auch ein Gespräch zwischen den Asylsuchenden und einer Pflegeperson, das einen ersten Kontakt zwischen dem Gesundheitsdienst und dem Neuankömmling bilden soll. Dieses Gespräch bildet die Grundlage für eventuelle therapeutische Massnahmen oder weitere Überweisungen des Asylsuchenden an entsprechende Dienste; dabei sollen speziell auch Anzeichen für eine posttraumatische Belastungsstörung erfasst werden, die weitere psychologische Betreuung verlangen (Loutan, Bollini et al. 1999; Eytan, Bischoff et al. 2002).

Die UVM führt seit 1998 eine Statistik aller Asylsuchenden des Kantons Genf, die das medizinische System zum erstenmal aufgesucht haben. Die Daten zu jedem einzelnen Asylsuchenden geben Aufschluss neben dem üblichen (Geschlecht, Alter, Nationalität) über Herkunftsland, Religion, Muttersprache und andere Sprachkenntnisse (Bischoff 2002), sowie Beizug von Dolmetschern oder Familienangehörigen zum Übersetzen, Einweisung über das betreffende

<sup>19</sup> Kontaktperson: Dr. S. Scholz

Aufnahmezentrum, Schwangerschaft. Die medizinischen Informationen beschränken sich auf den Impfstatus, Hepatitis-Serologie, Tuberkulose-Screening (Mantoux, Röntgen), schliessen aber auch die Informationen über Überweisungen an andere Spitaldienste ein (medizinische Poliklinik, Gynäkologie/Geburtshilfe, ORL, Chirurgie, Pädiatrie, Ophtalmologie, Privatarzt, Spitex-Krankenschwester, Sozialarbeiter/in). Bisher sind rund 5'000 Einträge in die Statistik zu verzeichnen.

Stärken von VSRA im Rahmen eines GMM<sup>20</sup>:

- + Zahlreiche migrations-relevante Angaben;
- + Informationen zu Kommunikation und Fremdsprachigkeit, und deren möglichen Einfluss auf das Verschreiben medizinischer Leistungen (Bischoff, Bovier et al. 2002);
- + Beobachtung und Monitoring der Gruppe von Asylsuchenden (mit denselben Einschränkungen wie bei A-Care).

Schwächen von VSRA im Rahmen eines GMM:

- Regionale Beschränkung (nur Kanton Genf);
- Keine Vergleichsmöglichkeiten mit MigrantInnen oder Asylsuchenden anderer Kantone;
- Keine subjektiven Daten;
- Keine Kostenangaben;
- Keine diagnostischen und medizinischen Angaben.

### 3.13 Archimed

Alle Kantonsspitäler verwalten Daten, aufgrund derer Statistiken zwecks Ressourcen-management oder finanzieller Planung erstellt werden können. Archimed ist der Name des medizinischen Informationssystems der Genfer Universitätsspitäler (Thurler, Borst et al. 2000) und enthält die administrativen und medizinischen Angaben jeder PatientIn (ob ambulant oder stationär). Es

wird hier als Beispiel einer Spitalstatistik beschrieben. Es wird verwaltet von der UIME (*Unité d'Informatique Médicale*). Alle medizinischen Leistungen werden in die Datenbank eingespielt: Hospitalisierungen, Sprechstunden, Diagnostik, Operationen, Laboruntersuchungen, Radiologie etc. Es sind dabei die Akteure des Spitals, die die Daten eingeben: administratives, Ärzte- und Pflegepersonal. Das Coverage ist 100%, wobei die Qualität des administrativen Bereiches besser ist als die des medizinischen (weil hier die Dateneingabe anfangs, d.h. um 1990, fakultativ war). Jährlich kommen zirka 40'000 Patienteneinträge dazu. Leider wird jeweils nur die Nationalität erfasst. Immerhin ist eine Zusammenarbeit mit der UMVM (*Unité de Médecine des Voyages et des Migrations*) geplant<sup>21</sup>. Die Nomenklatur und Kodierung richtet sich nach DRG und TARMED.

Stärken von Archimed im Rahmen eines GMM:

- + Kostenangaben;
- + Vergleichbarkeit Ausländer – Schweizer;
- + Umfassende Dokumentierung medizinischer Leistungen aller Patienten der HUG.

Schwächen von Archimed im Rahmen eines GMM:

- Regional;
- ausser Nationalität keine migrationsspezifischen Angaben;
- ausschliesslich kurative Ausrichtung.

### 3.14 Andere BFS-Datenbanken

Neben den für ein GMM in Frage kommenden Datenbanken, seien hier noch drei erwähnt, die aber nach unserer Evaluation nur beschränkt tauglich sind:

**Gesundheitsobservatorium.** Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (GO) ist eine neue Institution von Bund und Kantonen, die vorhandene Gesundheitsinformationen in der Schweiz aufbereitet und analysiert. Es ist eine Sektion des BFS und unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, Entscheidfindung

<sup>20</sup> Kontaktperson: Dr. L. Loutan

<sup>21</sup> Kontaktperson: Dr. F. Borst

und in ihrem Handeln. Mit seinen Analysen und Berichten soll das Gesundheitsobservatorium zu einem wissensbasierten Gesundheitswesen in der Schweiz beitragen. Eines seiner Hauptachsen ist das Monitoring. Beim Gesundheitsmonitoring geht es um ein systematisches Beobachten der zeitlichen Entwicklung der gesundheitlichen Situation und Versorgung der Schweizer Bevölkerung. Beobachtet werden Gesundheitszustand, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und sozioökonomische Rahmenbedingungen einschliesslich des Gesundheitswesens. Das Gesundheitsmonitoring liefert die informationellen Grundlagen für die Gesundheitspolitik, die Planung und das Management der Gesundheitsdienste gemäss den Prinzipien: Ausrichtung auf die gesundheitlichen Bedürfnisse der Gesamtbevölkerung, Ziel- und Ergebnisorientierung, Effektivitäts- und Effizienzkontrolle<sup>22</sup>. Das Monitoringprogramm beinhaltet eine Serie von Einzelindikatoren, thematischen Modulen sowie umfassende Gesundheitsberichte.

Leider ist das Thema Migration und Gesundheit weder in den Indikatoren noch in den thematischen Modulen zu finden. Eine Zusammenarbeit GO-FSM wäre seitens des GO ins Auge zu fassen, doch hat das GO noch keine Möglichkeit die Daten, die es erhält (und ohnehin nicht selber erhebt), zur spezifischen Analyse weiterzugeben. Das gilt auch für die Daten, die neuerdings die Krankenkassen dem GO liefern: diese wären für das GMM hochinteressant, können aber einstweilen nicht bearbeitet werden.

**Krankenhaus-Statistik.** Die Krankenhausstatistik ist eine Vollerhebung, bei der Schweizer Spitäler inklusive der psychiatrischen Kliniken jährlich ihre Statistiken liefern. Der medizinische Teil (die „medizinische Krankenhausstatistik“, seit 1998) umfasst Angaben wie Datum des Spitäleintritts und -austritts, Aufenthalt vor Eintritt und nach Austritt, einweisende Instanz, Behandlung nach Austritt, Dauer der Intensivbehandlung, Krankheiten und andere Gesundheitsprobleme, medizinische Eingriffe, sowie Alter, Geschlecht, Wohnregion und Nationalität. Der administrative Teil (eine separate Datenbank, seit 1997) liefert Angaben zu Name und Adresse des Krankenhauses, Rechtsform, Angaben über Subventionen, vorhandene Infrastruktur, angebotene eigene Dienstleistungen oder solche Dritter, beschäftigtes Personal nach Alter, Geschlecht und Nationalität, erbrachte

<sup>22</sup> siehe <http://www.obsan.ch/monitoring/berichte/d/index.htm>

Leistungen, Finanzbuchhaltung, Tarife und Preise. Die fehlenden migrationsspezifischen Angaben machen auch hier eine GMM-Zusammenarbeit weniger interessant.

**SAMBAD.** In der Schweiz besteht eine eigene Statistik der „ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich“; auch sie ist dem BFS eingegliedert. Es werden darin die Beratungen im Zusammenhang mit Alkohol und illegalen Drogen erhoben. Zwar nehmen nur etwa 40% der Institutionen an der Statistik teil, und zudem mit sinkender Tendenz, aber die erfassten Informationen wären interessant im Zusammenhang mit einem GMM. So werden nicht nur die Nationalität (in zwölf Kategorien aufgeteilt) erfasst, sondern auch der Wohnort in der Schweiz oder im Ausland, die Aufenthaltsdauer in der Schweiz, und der Geburtsort der Ausländer in der Schweiz. Der Zugang zu diesen Daten, um sie in ein GMM einzubeziehen, wäre problemlos, aber die Statistik wird voraussichtlich nicht weitergeführt.

## 4. Diskussion

In diesem Diskussionsteil sollen zuerst die vorhandenen Datenbanken miteinander verglichen und auf ihre GMM-Nützlichkeit hin abgewogen werden. Was für Gesundheits-Daten im Monitoring-Stil sind in der Schweiz vorhanden? Kapitel 4.1 stellt sie nochmals zusammen. Zu welchen Gesundheitsthemen können migrationsspezifische Aussagen gemacht werden? Die Tabelle 2 stellt die Datenlage schematisch dar.

Ein paar grundsätzliche Gedanken zu einem idealen GMM folgen in Kapitel 4.2: Was soll eigentlich ein GMM? Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit man von einem GMM sprechen kann? Eine Checkliste fasst die Rahmenbedingungen nochmals zusammen, die beim Aufbau eines GMM nicht ausser Acht gelassen werden sollten (4.3).

Nach einer Reihe von generellen Empfehlungen (4.4) werden drei mögliche Vorgehensweisen – Szenarien – vorgeschlagen, die alle zu einem GMM hinführen (4.5). Im letzten Teil der Diskussion werden provisorische Projektskizzen zu den drei Szenarien entworfen und die Schlussfolgerungen gezogen (4.6).

## 4.1 Gesamtbeurteilung der Datenbanken

An Datenbanken, die Monitoring-Charakter haben oder als Monitoring-Instrumente benützbar wären, ist folgendes vorhanden (wieder der Wichtigkeit nach):

- **SGB.** Die Schweizerische Gesundheitsbefragung bietet den umfassendsten Fragenkatalog zu Gesundheit, Gesundheitsverhalten, und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Wiederkehrende Befragungen finden auch hier statt (alle fünf Jahre), aber es handelt sich bestenfalls um ein allgemeines Monitoring und kein spezifisches (sei es was das Individuum angeht, sei es was einzelne Gruppen betrifft).
- **SHP.** Der Schweizer Haushalt Panel bietet wohl die einzige Datenbank, die einem Gesundheitsmonitoring für MigrantInnen am nächsten kommt: die Befragungen finden regelmässig statt, die Stichprobenzahlen sind beträchtlich gross, die demographischen und migrationsspezifischen Variablen sind umfassend, und es werden immer wieder die gleichen Personen befragt. Zwar werden viele andere Themengebiete im Telefon-Interview angesprochen werden, doch ist eine Anzahl interessanter Fragen zur Gesundheit vorhanden, auf Krankheiten bezogen und auf das Gesundheitsverhalten, sowohl objektive als auch subjektive. Migrationsspezifische Untersuchungen wurden bisher nicht gemacht (Ausnahme Wanner, Neubauer et al. 2002).
- **BSV.** Die Krankenversicherungs-Statistiken des Bundesamtes für Sozialversicherungen enthalten eine Datenbank mit 5,5 Millionen Einträgen, anhand derer ein Monitoring vorgenommen werden kann. Migrationsspezifische Untersuchungen wurden bisher nicht realisiert.
- **Krankheits-Monitoring.** Folgende Datenbanken können Aussagen im Monitoringstil, inklusive Follow-up einzelner Personen machen: Epidemiologie von Krebserkrankungen (VSKR), Hepatitiden, Tuberkulose und HIV/AIDS (BAG).
- **Lokales Monitoring.** Auf folgende Datenbanken kann zurückgegriffen werden, um ein spezifisches lokales Monitoring durchzuführen: ARCHIMED (kantonal, Krankenhaus, stellvertretend für andere Statistiken von Universitätsspitalern), Bus-Santé (kantonal, Bevölkerung), A-Care (kantonal, Asylsuchende und deren medizinische Dienstleistungen).

Fazit: keine der untersuchten Datenbanken kann statistische signifikante Aussagen zu einzelnen Migrationsgruppen machen (weder was die Qualität vorhandener Datenbanken noch was die inhaltlichen Informationen (migrationsspezifisch, gesundheitsthematisch) angeht). In diesem Sinn existiert zum jetzigen Zeitpunkt kein GMM in der Schweiz. Elemente sozialer oder kultureller Epidemiologie finden sich nur in den ersten zwei erwähnten Datenbanken.

Tabelle 2 : Die von den Datenbanken behandelten Gesundheits-Themen

|   | SGB | SHP | BUS | ACARE | BAG | BSV | BEVNAT-BFS | VSRK | SAKE-BFS | SUVA | ARCHIMED | VSRA | GES-BFS |
|---|-----|-----|-----|-------|-----|-----|------------|------|----------|------|----------|------|---------|
| Gesundheitszustand                        | +   | +   | +   | -     | -   | +   | -          | -    | -        | -    | -        | -    | -       |
| Gesundheitsverhalten                      | +   | +   | +   | -     | -   | -   | -          | -    | -        | -    | -        | -    | -       |
| Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten   | +   | +   | +   | +     | -   | +   | -          | -    | -        | -    | -        | +    | (+)     |
| Medizinische Leistungen                   | +   | -   | -   | +     | -   | +   | -          | -    | -        | -    | +        | +    | (+)     |
| Infektionskrankheiten                     | -   | -   | -   | -     | +   | -   | -          | -    | -        | -    | -        | -    | -       |
| Krebskrankungen                           | -   | -   | -   | -     | -   | -   | -          | +    | -        | -    | -        | -    | -       |
| Mortalitätsrisiken                        | -   | -   | -   | -     | -   | -   | +          | -    | -        | -    | -        | -    | -       |
| Alkohol-, Drogenbereich                   | +   | -   | -   | -     | -   | -   | -          | -    | -        | -    | -        | -    | (+)     |
| Soziale Ungleichheit und Gesundheit       | +   | -   | -   | -     | -   | -   | -          | -    | -        | -    | -        | -    | -       |
| Unfälle                                   | +   | -   | -   | -     | -   | -   | -          | -    | -        | +    | -        | -    | -       |
| Arbeit und Gesundheit                     | +   | -   | -   | -     | -   | -   | -          | -    | +        | -    | -        | -    | -       |
| Behinderungen                             | +   | -   | -   | -     | -   | +   | -          | -    | -        | -    | -        | -    | -       |
| Kinder und Jugendliche                    | -   | -   | -   | -     | -   | -   | +          | -    | -        | -    | -        | -    | -       |
| Betagte                                   | +   | -   | +   | -     | -   | +   | +          | -    | -        | -    | -        | -    | -       |
| Familiengesundheit                        | -   | +   | -   | -     | -   | -   | -          | -    | -        | -    | -        | -    | -       |
| Gewalterfahrung                           | +   | -   | -   | -     | -   | -   | -          | -    | -        | -    | -        | -    | -       |
| Gesundheit Asylbereich                    | -   | -   | -   | +     | (+) | -   | -          | -    | -        | -    | -        | +    | -       |
| Interaktionsformen (Anbieter-Klienten)    | -   | -   | -   | -     | -   | -   | -          | -    | -        | -    | -        | -    | -       |
| Kulturelle Epidemiologie                  | +   | -   | -   | -     | -   | -   | -          | -    | -        | -    | -        | -    | -       |
| Migrationsspezifische Belastungsstörungen | -   | -   | -   | -     | -   | -   | -          | -    | -        | -    | -        | -    | -       |

Tabelle 2 zeigt, zu welchen Gesundheitsthemen Aussagen zur Gesundheit von MigrantInnen gemacht werden können oder dank spezifischer Analyse gemacht werden könnten (Liste inhaltlicher Themen, die durch die untersuchten Datenbanken erforscht werden können/könnten, im Blick auf die Migrationsbevölkerung). Es ist relativ leicht ersichtlich, dass zum jetzigen Zeitpunkt zwar schon vieles erforscht wurde, dass aber migrationsspezifisches Monitoring äusserst spärlich und lückenhaft unternommen worden ist.

## 4.2 Das GMM im Idealfall

Die unternommene Beurteilung der vorhandenen Datenbanken mit Ansätzen eines Monitorings erlaubt es uns nun auch, ein paar generelle Gedanken zu einem idealen GMM zu machen: Was soll es eigentlich? Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit man von einem GMM sprechen kann?

Ein GMM soll nicht dazu dienen, einzelne Individuen, Ausländer, Gruppen oder Betroffene zu stigmatisieren, ebenso wenig wie irgendeiner Kulturalisierung oder Stereotypisierung Vorschub zu leisten. Es geht nicht um Ausschluss (durch ein Festlegen auf „Daten“), sondern um Integration, um das Einbeziehen von Bedürfnissen und spezifischen Kontexten, in denen MigrantInnen stehen. Ein GMM kann dazu beitragen, gesundheitsrelevante Interventionen zu planen, die nicht auf anekdotischen, sondern auf epidemiologischen Daten beruhen.

Ein GMM muss, um einen Nenner zu haben, klare Definitionen festlegen: wer gilt als Ausländer, als Migrant, als Flüchtling. Es wäre in diesem Zusammenhang zu überlegen, ob nicht sinnvoller von Minoritäten anstelle von Migrationsgruppen die Rede sein sollte. Damit könnten mit einem Monitoring auch Fragen der Diskriminierung angegangen werden. Ähnlich könnten auf einer anderen Ebene – nicht auf derjenigen der „Ausländerfrage“ oder der Fremdenfeindlichkeit – Gesundheitsunterschiede von Minderheiten (Smedley, Stith et al. 2003), und entsprechender Handlungsbedarf aufgezeigt werden. Werden Minderheiten ausgeschlossen, so ist das auch ein ethisches Problem. Die Diskussion auf eine andere ethische Ebene zu verlagern, würde unter Umständen eine neue Argumentation zugunsten besserer Gesundheitspolitik (der Schweizerbevölkerung inklusive aller ihrer Minderheiten, Benachteiligten, Randgruppen etc.) erlauben.

Die Entwicklung der Schweiz zu einer pluralisierten Gesellschaft, in der MigrantInnen Teil der Bevölkerung sind, lässt – ähnlich Grossbritannien (Nazroo 2001) – dieselbe Frage auftreten, ob nicht für ein Monitoring Minoritäten als Zielgruppe definiert werden sollten. Damit wäre ein Monitoring konzeptuell offener angelegt und würde es erlauben, zu ganz verschiedenen Tendenzen der Marginalität in pluralen Gesellschaften komplementär zur Gesundheitsbefragung, die mehrheits-orientiert ist, Auskunft zu geben.

Dies führt zu einer weiteren wichtigen Funktion des GMM: es soll nicht nur die Gesundheit, -verhalten und -probleme der MigrantInnen beobachten, sondern auch die Antworten, welche die Gesundheitdienste auf diese Probleme geben, kurz gesagt: beurteilen, ob die Interventionen greifen. Damit steht das Monitoring ganz klar in einer Logik der Pflegequalität, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung, ein Ansatz, der, gerade weil er im Quality of Care Movement steht, nicht sektoruell arbeitet (also nicht nur für die MigrantInnen), sondern die Gesundheitssituation aller verbessern kann, in dem er die Qualitätsunterschiede vermindert und dadurch mehr Gerechtigkeit und Chancengleichheit schafft (Brach & Fraser 2002; Fiscella 2002; Nerenz 2002).

Die Überlegungen bezüglich GMM wären hinfällig, wenn die grossen Datenbanken der Institutionen, die Monitoring-relevanten Daten sammeln, erstens systematisch migrationsspezifische demographische Variablen routinemässig einschliessen (Zeeb & Razum 1999) und, zweitens, sprach-sensitiv vorgehen (und so nicht einen grossen Teil der Betroffenen von vornherein aufgrund der Sprachbarriere ausschliessen) würden (Guillemin, Bombardier et al. 1993). Letztlich sind dies zwei wichtige Gründe, weshalb im Hinblick auf ein GMM so grosse Lücken in den an sich sehr interessanten Datenbanken zu beklagen sind und diese in ihrer jetzigen Form für ein GMM nicht optimal sind.

### 4.3 Checkliste für den Aufbau eines GMM

Beim Aufbau eines GMM dürfen einige wichtige Punkte nicht ausser Acht gelassen werden. Es sind Bedingungen, die erfüllt werden müssen, soll ein adäquates Monitoring-Instrument von Migranten und Minderheiten aufgebaut werden. Sie sind im Stil einer Checkliste aufgeführt:

*Beachten, dass Migranten-communities heterogen sind.* Die verschiedenen Communities unterscheiden sich beträchtlich von einander, im Aufenthaltstatus (z.B. Asylsuchende, B-Ausweis, C-Ausweis), dem Geburtsort (in der Schweiz

oder im Herkunftsland), der Nationalität, oder in Gesundheitsproblemen. Zum Beispiel handelt es sich bei Italienern und Spaniern der ersten Generation häufig um Krankheiten, die im Alter aufgrund der Schichtzugehörigkeit auftreten oder mit zunehmender familiärer oder sozialer Isolierung zu tun haben; beim Asylsuchenden, der nicht in sein Land zurückkehren kann, stehen oft gesundheitliche Probleme im Vordergrund, die vor der Migration in die Schweiz bereits bestanden; ein Praktikant aus einem Nachbarland, der nur für kurze Zeit hier ist, hat nochmals eine andere Gesundheitssituation. Die skizzierten Situationen verschiedener Migrations-Hintergründe zeigen die Schwierigkeit auf, die gesundheitlichen Charakteristika von MigrantInnen zu erfassen. Aus diesem Grund drängt es sich auf, spezifische Evaluations-Instrumente zu entwickeln. Diese Instrumente sollten es ermöglichen, die ganze Bandbreite der gesundheitlichen Situationen von MigrantInnen zu messen (und nicht einfach deren „durchschnittliche“ Gesundheitssituation).

*Sozio-ökonomische Charakteristika beachten.* Die gesundheitliche Situation hängt stark mit der sozio-ökonomischen eines Einzelnen zusammen. Sie kann mittels klassischer Indikatoren wie Ausbildungsniveau, berufliche Tätigkeit etc. eruiert werden. Die Migrantengruppen sind häufig übervertreten in den unteren sozialen Schichten. Studien in den Neunziger Jahren haben gezeigt (OFS 2000), dass MigrantInnen häufiger arbeitslos waren (als Schweizer), wenn die ökonomische Konjunktur ungünstig war (Piguet & Mahnig 2000). MigrantInnen leben häufig unterhalb der Armutsgrenze, eine Tatsache, die den Gesundheitszustand entscheidend beeinflusst (Leu, Burri et al. 1997). Diesem Umstand ist beim Aufbau eines GMM unbedingt Rechnung zu tragen. Die Interaktion zwischen Gesundheitszustand, Lebensumständen und Arbeit muss aus diesem Grund einbezogen werden, wenn die Gesundheit von MigrantInnen beurteilt werden soll.

*Aufenthalts- und Migrationsstatus beachten.* In der Regel ist in den Datenbanken nur die Nationalität und in einigen wenigen anderen der Aufenthaltstyp angegeben. Die Variable Nationalität ist nicht sehr aussagekräftig, um die Gesundheitsprobleme von MigrantInnen zu bestimmen, denn Migrationsstudien haben nicht nur auf den Einfluss genetischer Faktoren auf die Prävalenz gewisser Krankheiten hingewiesen, sondern vor allem auch auf die Rolle des soziokulturellen Kontextes, in dem die betreffende Person geboren und aufgewachsen ist (siehe zur Diskussion der Ansätze Chimienti, Efionayi et al. 2001). Der Kontext (der soziokulturelle, geschichtliche, migrationsbedingte) beeinflusst das Gesundheitsverhalten entscheidend. Die fehlenden Angaben über den Migrationsstatus können die Einschätzungen

gesundheitlichen Verhaltens insgesamt verfälschen; so z.B. wenn bei Inzidenz und Mortalitätsraten die betroffene Population in eins gesetzt wird mit derjenigen, die der Krankheit oder dem Risiko ausgesetzt ist (Biais Zähler-Nenner).

*Beachten, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung für einige Gruppen von MigrantInnen erschwert ist.* Einige Gruppen werden vom Gesundheits-Meldewesen nicht oder nur schlecht erfasst (MigrantInnen mit irregulärem Status zum Beispiel). Andere sind wegen Sprachbarrieren ausgeschlossen; den in dem Gesundheitsbereich Tätigen wird so die Aufgabe erschwert, die Gesundheit von MigrantInnen einzuschätzen. Dazu gehören auch Fremdsprachige, die keine der autochtonen Sprachen sprechen, Mitbewohner in gemeinsamen Haushalten, und solche, die kein Telefon besitzen. Nun sind es aber genau diese Gruppen, die für diese Art von Untersuchungen in Betracht gezogen werden müssten.

*Beachten, dass es grosse Stichproben für zahlenmäßig kleinere Gruppen braucht, um epidemiologische Aussagen machen zu können.* Trotz des grossen Anteils von 20% der Wohnbevölkerung ist die Zahl der Migrationsbevölkerung zu gering, um die Risiken seltener (oder erst im Alter auftauchender) Krankheiten zu berechnen. Das gilt auch für die Analyse von Todesursachen. Migranten in der Schweiz sind grossenteils unter 60 Jahren alt, und die Krankheiten, die sie durchmachen, werden allgemein nicht von einer Surveillance-Statistik erfasst (Krebsregister, Todesursachenstatistik, Invaliditäts-statistiken). So lassen auch die bisherigen Gesundheitsbefragungen aufgrund der kleinen Stichprobenzusammensetzung pro Nationalität keine Rückschlüsse auf die generelle Gesundheitslage einzelner Migrationsgruppen zu.

*Beachten, dass in Befragungen im Stile eines GMM auch Fragen zur Migrationserfahrung integriert werden müssen, z.B. das fehlende soziale Netz oder die psychosoziale Gesundheit nach der Migration.* Die bisher zitierten Befragungen wurden konzipiert, um Fragen zu beantworten, welche die Gesamtbevölkerung betreffen, und enthalten aus diesem Grund keine spezifischen Fragen zur Migrationsbevölkerung, die Zusammenhänge zwischen Migrationsgeschichte und Gesundheitsproblemen aufzeigen könnten.

*Beachten, dass die Gesundheit von MigrantInnen schnellen Veränderungen unterworfen ist:* Erstens durch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes von MigrantInnen, bedingt nicht nur durch das Alter, sondern auch durch die erschweren Lebensbedingungen, sowie durch spärlich vorhandene

Präventionsprogramme. Zweitens, weil sich die betroffene Bevölkerungsgruppe durch Migrationsbewegungen erneuert, ist die Chance gross, dass Personen in schlechter Gesundheit, bedingt unter Umständen durch politische Krisen im Ursprungsland, einen grossen Teil dieser Gruppen ausmachen. Beispiel dafür sind etwa Ankömmlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien in den 90er Jahren, deren Gesundheitszustand sich markant von demjenigen der emigrierten Jugoslawen in den Sechziger und Siebziger Jahren unterschied <sup>§ref.</sup> Aufgrund der sich schnell ändernden Zusammensetzung der ausländischen Bevölkerung hat der Gesundheits-„Zustand“ einer immigrierten Bevölkerung, der zu einem gegebenen Zeitpunkt erstellt wurde, nur (zeitlich) beschränkte Gültigkeit.

#### 4.4 Empfehlungen für ein GMM

Wenn wir nun ein Gesundheits-Monitoring von MigrantInnen planen, müssen wir aus den dargelegten Gründen die einzelnen Bevölkerungsgruppen für sich allein und unabhängig betrachten können. Die vorhandenen Datenbanken müssten daraufhin untersucht werden und das geplante Monitoring in regelmässigen Abständen wiederholt werden können.

Ein beim Monitoring häufig übersehenes Problem ist die fehlende sprachliche Anpassung, d.h. das Instrument ist nicht sprach-sensitiv: weder sind die Fragebogen in genügend viele Sprachen übersetzt, noch werden die Interviewers sprachkompetent ausgewählt oder ausgebildet. Auch dies führt wieder zu Ausschluss von Minoritäten, was die Aussagekraft eines Monitoring aufs schwerste in Frage stellt.

Ein GMM darf keinesfalls in die Dichotomie Schweizer-Ausländer fallen (auch wenn die Vergleiche in einer ersten Zeit der Forschung im Migrationsbereich durchaus hilfreich waren, siehe Vranjes, Bisig et al. 1996). Aus diesem Grund sollten einzelne Migrationsbevölkerungen als Ganzes und als Community angesehen werden. In eine Auswahl der zahlenmäßig meist vertretenen Gruppen gehören: Personen aus Italien, Spanien, Portugal, Balkan und Türkei. Eine Stichprobe von SchweizerInnen wäre die entsprechende Kontrollgruppe. Eine Gruppe von neuangekommenen MigrantInnen wäre zum Vergleich wichtig (zB aus Angola, Sri Lanka).

Das GMM muss die drei Bereiche Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen umfassen, nicht zuletzt, sondern womöglich vordringlich, zwecks eines Monitorings der Performance von Diensten, was die Gesundheitsversorgung von MigrantInnen anbetrifft.

In jedem Fall, ob GMM oder schweizweites Monitoring (welches die ganze Wohnbevölkerung, also Schweizer und Nichtschweizer einschliesst), müssen adäquate Instrumente (Fragebogen) weiterentwickelt werden: sprach-sensitiv (s.o.), an soziokulturellen Kontext des Herkunftslandes angepasst, die Perspektive der MigrantInnen berücksichtigend, validiert, und den Erkenntnissen der kulturellen Epidemiologie entsprechend.

Die Dimension der sozialen und kulturellen Epidemiologie und die emische Perspektive (Weiss 2001), also auch eine Verbindung qualitativer und quantitativer Forschung, könnten die Perspektive der MigrantInnen darlegen, deren Kenntnis wiederum helfen würde, zu verstehen, wie es zum jeweiligen Gesundheitsverhalten kommt, zu den Handlungsstrategien und Lebensentwürfen.

Ziel eines Monitoring kann es nicht sein, analytische Epidemiologie zu betreiben, sondern zu beobachten, wie die Gesundheit von einzelnen Migrantencommunities sich entwickelt. Dieses Beobachten kann nicht nur aus der Distanz (quantitativ, statistisch) vollzogen werden, es braucht auch das Wissen aus der Nähe, nämlich die Ansicht, die Haltung und Meinung des Migranten und der Migrantin.

## 4.5 Szenarien eines GMM

Aufgrund der Evaluation der bestehenden Datenbanken, die aufzeigt, was jeweils vorhanden ist und was fehlt, schlagen wir drei mögliche Vorgehensweisen – Szenarios – vor, die alle auf die eine oder andere Weise (je nach finanziellen Ressourcen, Hauptgewicht, Akzent, und Priorität) ausgewählt werden und unter Umständen kombiniert werden können. Keines der Szenarien ist perfekt, doch liegt auf der Hand, dass ein umfassenderes auch ein kostspieligeres ist.

Szenario 1 – siehe Tabelle 3 – baut auf Bestehendem auf und schlägt vor, mit den vorhandenen, aber regelmässig im Monitoring-Stil erhobenen Daten zu arbeiten, und darauf aufzubauen, genauer zu erweitern. Das kann entweder in Zusammenarbeit mit dem SHP oder der SGB geschehen. Bei beiden Partnern wäre ein zusätzliches Fragenmodul zum Migrationshintergrund und migrationsgruppen-spezifische Stichproben vorzuschlagen.

Szenario 2 beinhaltet ein sogenanntes Patchwork-Monitoring: schon bestehende Datenbanken können migrationsspezifisch und als hinführende Arbeit zu einem eigentlichen GMM untersucht werden.

Szenario 3 würde es erlauben, ein GMM zu entwickeln, welches alle Kritikpunkte der untersuchten Datenbanken aufnimmt, von Grund auf eine eigene Befragung ausgewählter Migrationsgruppen durchzuführen und den im vorhergehenden Kapitel dargelegten Aspekten Rechnung zu tragen.

*Tabelle 3 : Übersicht über drei Szenarios  
(mögliche Vorgehensweisen in Bezug auf ein GMM)*

| Szenario   | Vorteile   | Nachteile   |
|--|--|---|
| <b>Szenario 1</b>  |  |   |
| Verwendung einer bestehenden Befragung um ein GMM daraus zu entwickeln, indem das Sampling von zu befragenden Personen mit Migrationshintergrund vergrössert wird und indem spezifische Fragen zur Migration einbezogen werden |  |   |
| 1a) „SGB+Migration“<br>Zusammenarbeit mit der SGB (Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007) mit Migrations-Modul und migrationsspezifischem Sampling  | Enge Zusammenarbeit mit dem BFS<br>Interesse des BFS (SGB)<br>Wissenschaftlichkeit<br>Daten liegen vor<br>Logistik ist vorhanden<br>Große Samples (für Migrationsgruppen genügend gross)<br>Aufbaumöglichkeit und Vorlaufzeit<br>Angepasste Stichprobenstrategie möglich   | Langfristig punktuell<br>Kein Monitoring im Sinn eines Verlaufes von Einzelpersonen<br>Schwerfällige Zusammenarbeit in der Begleitgruppe<br>Langwierige Fragebogenentwicklung inklusive Übersetzung<br>Datenherrschaft beim BFS                     |
| Quantitative Daten migrationspezifischer (klinischer und kultureller) Epidemiologie von Gesundheitsproblemen und Gesundheitseinschätzungen von einzelnen Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund.                       |  |   |
| 1b) „SHP+Migration“<br>Zusammenarbeit mit SHP (Schweizer Haushalt-Panel) mit Migrations-Modul und migrationsspezifischem Sampling  |  |   |
| Quantitative Daten migrationspezifischer (klinischer und kultureller) Epidemiologie von Gesundheitsproblemen und Gesundheitseinschätzungen von einzelnen Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund                        | Startbereit<br>Interessierte Partner<br>Ressourcen-günstig<br>Daten liegen vor<br>Wissenschaftlichkeit<br>SGB kompatibel<br>Als Vorstudie zu einer eigentlichen migrationsspezifischen<br>Gesundheitsbefragung denkbar<br>Einziges Monitoring von Einzelpersonen unter den Szenarien<br>Demographische Daten ausführlich | Focus auf somatischen Gesundheitsproblemen, wenig psychosoziale Aspekte einbezogen<br>Keine kulturelle Epidemiologie<br>Beschränkte Anzahl Fragen zu Gesundheit und -verhalten<br>Keine Fragebogen in Fremdsprachen<br>Keine Migrations-Perspektive |

| Szenario   | Vorteile   | Nachteile  |
|--|--|--|
| <b>Szenario 2</b><br>“Patchwork-monitoring”  |  |  |
| Einzelne Studien zu ausgewählten Themen aufgrund bestehender Datenbanken.<br>Zu untersuchende Datensätze wären folgende: Bus Santé (Gesundheitsdeterminanten der Genfer Bevölkerung), A-Care (Medizinische Leistungen für Asylsuchende in Basel), SGB2002, Infektionskrankheiten BAG (Tuberkulose, HIV/AIDS, Hepatitiden), SHP1999-2002 BEVNAT (Mortalitätsstatistiken). Quantitative Daten zum Teil migrationsspezifischer Epidemiologie von einzelnen Gesundheitsproblemen von einzelnen Migrationsbevölkerungen | Startbereit, als einzelnes Projekt oder parallel mit anderen Zusammenarbeit mit verschiedenen Partnern Nützliche Vorarbeiten im Hinblick auf eine spätere umfassende Studie Ausnützen vorhandener Daten (keine Datenerhebung nötig!) Unmittelbarer Beginn möglich Erschwinglich Flexibles Szenario, welches je nach vorhandenen Ressourcen und Prioritäten angepasst werden kann. Möglichkeit, verschiedene Partner zu Evaluation der Gesundheit von MigrantInnen beizuziehen.   | Selektive Aussagen über einzelne Migrationsbevölkerungen nur bedingt möglich (Ausnahme SGB und SHP)<br>Kein Zusammenhang unter den einzelnen Datenbanken, kein eigentliches Monitoring<br>Sehr unterschiedliche Zähler und Nenner<br>Quantitativ, somatisch, klinisch (wenig qualitativ, psychosozial, subjektiv)<br>Keine Klientenbefragung (Ausnahme SGB und SHP)<br>Keine Migrantenperspektive pathologieorientiert |
| <b>Szenario 3</b><br>„Migrationsspezifische Gesundheitsbefragung“  |  |  |
| Eigens aufgebaute Gesundheitsbefragung mit der Perspektive eines Monitoring, mit Migrationsgruppen angepassten, migrationshintergrundspezifischen und sprachlich angepassten Fragen zu Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten Ausgewählte Migrationsbevölkerungen Planungsinstrument für Gesundheits- und migrationspezifische Interventionen Übersetzung von Fragebogen Aufbau von Interviewerteams Sampling anhand von ZAR Face to face interviews                         | Stichprobenmethode kann den Gegebenheiten der ausgewählten Migrationsbevölkerung angepasst werden<br>Einbeziehen der verschiedenen Dimensionen: qualitativ-quantitativ, Gesundheitszustand, -verhalten und Inanspruchnahme von Dienstleistungen<br>Möglichkeit, klinische, soziale und kulturelle Epidemiologie zu verknüpfen<br>Planung der Studie erlaubt zweierlei: die Befragung im Hinblick auf ein zu wiederholendes Monitoring zu konzipieren, und, zweitens, kunden- (patienten-) zentriert zu arbeiten (Einbeziehen der Betroffenenperspektive) | Aufwendig und teuer<br>Lange Vorlaufzeit bis zur Datenerhebung wegen der aufwendigen Vorbereitung  |

## 4.6 Projektskizzen und Schlussfolgerungen

### Szenario 1 – „SGB+Migration“ oder „SHP+Migration“

Dieses Szenario beschränkt sich auf eine Datenerhebung durch Fragen, die am Telefon gestellt werden können. Die Zahl migrationsspezifischer Fragen wird von den Vereinbarungen mit dem verantwortlichen Forschungspartner abhängen. Eine finanzielle Unterstützung ist einerseits nötig, um für die Zusatzkosten aufzukommen, die sich durch das nötige Oversampling der Migrationsbevölkerung (oder besser –Gruppen) ergeben, welche für die Befragung ausgewählt worden sind, und anderseits für die Anpassung der Fragebogen in zusätzlichen Sprachen. Wir schätzen die Kosten für das Szenario 1 auf ungefähr 250'000.- (siehe Kostenschätzungen für die einzelnen Aktivitäten im Anhang), ein Budget, das mit dem Partner, also den Verantwortlichen der Gesundheitsbefragung vom Bundesamt für Gesundheit oder den Verantwortlichen des Schweizer Haushalt-Panels auszuhandeln ist.

### Szenario 2 – „Patchwork-Monitoring“

Die Flexibilität der Auswahl von bereits existierenden Datenbanken und die Tatsache, dass keine Datenerhebung mehr gemacht zu werden braucht, sind die Hauptvorteile des Patchwork. Dieses sollte sich aus verschiedenen Sekundäranalysen zusammensetzen, je nach finanziellen Möglichkeiten oder Monitoring-Prioritäten. Die Kosten für dieses Szenario belaufen sich auf 50'000.- bis 300'000.- Um eine einigermassen umfassende Sicht der Gesundheitsprobleme der Migrationsbevölkerung zu haben, sollten allerdings mehrere Analysen gemacht werden. Eine Zusammenstellung von möglichen Studien und deren Kosten für eine biostatistische Analyse findet sich im Anhang.

### Szenario 3 – „Migrationsspezifische Gesundheitsbefragung“

Dieses Forschungsprojekt sollte mittels Face-to-face Interviews in den Haushalten durchgeführt werden, um die spezifischen Fragen zu Gesundheit und Migration ansprechen zu können, wie dies per Telefon nicht möglich wäre. Die Kosten einer solchen Umfrage können aufgrund ähnlicher Befragungen geschätzt werden. Für 1000 Interviews in fünf verschiedenen MigrantInnen-communities käme das Projekt auf 500'000.- bis 600'000.- zu stehen (Details siehe Anhang). Die Projektdauer (von Projektbeginn bis zur Lieferung des Schlussberichts) schätzen wir auf 18 Monate.

### Schlussfolgerungen:

Unterstudien sollten in jedem Fall unternommen werden (das entspricht Szenario 2). Die Zusammenarbeit stärkt die Vernetzung, hilft beim sukzessiven Aufbau einer Methodologie und eines adäquaten Studiendesign. Die Unterstudien von Szenario 2 könnten parallel zu anderen Szenarien ausgeführt werden und als zusätzlichen Output die Datenproduzenten für Migrationsfragen sensibilisieren.

Was bei Szenario 1 und 3 in jedem Fall Aufwand, aber gleichzeitig auch die Stärke einer Untersuchung bedeuten würde, wäre ein Forschungsinstrument (Fragebogen), das sprachlich und damit auch lebensweltlich an die MigrantInnen und Communities anzupassen ist (Frayne, Burns et al. 1996).

Wie den Projektskizzen zu entnehmen ist, stellt das Szenario 1 kostenmässig mit seinen 250'000.- einen Mittelweg dar. Szenario 2, flexibel und modular umsetzbar, ist das kostengünstigste (zwischen 50'000 und 250'000.-) und kann darum zumindest teilweise zügig in Angriff genommen werden. Das dritte Szenario ist auf den ersten Blick das aufwendigste (Aufbaukosten einer ersten Untersuchung mit fünf Communities, ca. 500'000.-, oder 100'000.- pro Gruppe) aber zweifellos auch das aussagekräftigste; es entspricht am besten den Anforderungen eines idealen Gesundheitsmonitoring von MigrantInnen, wie es sich nach und nach in der Einleitung, der Beurteilung der einzelnen Datenbanken und der Diskussion herauskristallisiert hat.

## 5. Bibliographie

- Abelin, T. (2001). Santé et comportements vis-à-vis de la santé. Neuchâtel, OFS.
- Ackermann-Liebrich, U. (1990). Mortinatalité et mortalité infantile en Suisse 1982-1985. Bern, OFS.
- Ali, J. (2002). "La santé mentale des immigrants au Canada." Statistique Canada (Supplément aux Rapports sur la Santé) 13(82): 1-13.
- BAG (1995). "Grenzsanitarische Untersuchung bei Asylbewerbern." Bulletin der Bundesamtes für Gesundheit 4, 3-5.
- BAG (2001). Aids und HIV in der Schweiz - Epidemiologische Situation Ende 2000. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2002). Migration und Gesundheit: strategische Ausrichtung des Bundes - 2002-2006. Bern, Bundesamt für Gesundheit, Bundesamt für Flüchtlinge, Bundesamt für Ausländerfragen und Eidgenössische Ausländerkommission.
- BAG (2002). "Tuberkulose in der Schweiz: 1999 bis 2000." Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit(9): 168-174.
- Bischoff, A. (2002). "Gesund werden erfordert verstanden werden. Gute Erfahrungen mit professionellen Dolmetscherdiensten." Soziale Medizin 29(4): 48-50.
- Bischoff, A., P. Bovier, et al. (2002). "Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral rates." Soc Sci Med (in press).
- Bischoff, A., L. Loutan, et al. (1997). Migration and Health in Switzerland. Bern, BAG.
- Bischoff, A., C. Tonnerre, et al. (1999). "Addressing language barriers to health care, a survey of medical services in Switzerland." Soz Praventivmed 44(6): 248-56.
- Bisig, B. and V. Addor (1996). Strassenverkehrsunfälle. Sozial- und Präventivmedizin - Public Health. F. Gutzwiller and O. Jeanneret. Bern, Verlag Hans Huber.
- Bisig, B. and F. Paccaud (1996). Wichtigste demographische und gesundheitsbezogene Indikatoren. Sozial- und Präventivmedizin - Public Health. F. Gutzwiller and O. Jeanneret. Bern, Verlag Hans Huber.

- Bloechliger, C., N. Ries, et al. (1998). "[Asylum seekers and refugees in the medical polyclinic: a comparison between the Basel, Bern and Geneva polyclinics]." *Soz Praventivmed* **43**(1): 29-38.
- Bopp, M. (1998). Record linkage der anonymisierten Individualdaten aus Todesursachenstatistik und Volkszählung 1990. Machbarkeitsanalyse am Beispiel der Sterbefälle im Kanton Aargau 1990-1995. Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- Bouchardy, C., P. Wanner, et al. (2001). La mortalité des étrangers en 1989-92.
- Brach, C. and I. Fraser (2002). "Reducing disparities through culturally competent health care: an analysis of the business case." *Quality Management in Health Care* **10**(4): 15-28.
- Bucher, H. C. (1994). "Die erweiterte grenzsanitärische Untersuchung im Kanton Basel-Stadt - Erfahrungen mit TBC-Screening und Impfprogrammen 1992-1993." *Schweiz. Z. Milit. Med.* **71**(4): 111-113.
- Calmonte, R. (2000). Die Gesundheit der ausländischen Bevölkerung. *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. R. Calmonte, T. Spuhler and W. Weiss. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Calmonte, R., T. Spuhler, et al. (2000). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Chimienti, M., D. Efionayi, et al. (2001). Des caractéristiques de santé des migrants en Suisse. Neuchâtel, FSM.
- Drack, G., U. Ackermann-Liebrich, et al. (1998). Mortinatalité et mortalité infantile en Suisse 1986 à 1992. Bern, OFS.
- Egger, M., C. Minder, et al. (1990). "Health inequalities and migrant workers in Switzerland." *Lancet*(Sept 29): 816.
- Eytan, A., A. Bischoff, et al. (2002). "Screening of mental disorders in asylum-seekers from Kosovo." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*(36): 499-503.
- Fiscella, K. (2002). Using existing measures to monitor minority healthcare quality. *Improving healthcare quality for minority patients*. NQF. Washington, The National Quality Forum.
- Frayne, S. M., R. B. Burns, et al. (1996). "The exclusion of non-English-speaking persons from research." *J Gen Intern Med* **11**: 39-43.
- Frei, A. and G. Tinturier (1996). Das Gesundheitswesen: Kosten und Finanzierung. *Sozial- und Präventivmedizin - Public Health*. F. Gutzwiller and O. Jeanneret. Bern, Verlag Hans Huber.
- Gebhardt, M. (1996). HIV und AIDS in der Schweiz. *Sozial- und Präventivmedizin - Public Health*. F. Gutzwiller and O. Jeanneret. Bern, Verlag Hans Huber.

- Gliber, M. (1997). Migration and Health in France. *Country Reports on Migration and Health in Europe, compiled on behalf of the Commission of the European Communities*. A. Huismann, C. Weilandt and A. Geiger. Bonn, WIAD.
- Grob, P. and A. Rougemont (1996). Virale Hepatitiden. *Sozial- und Präventivmedizin - Public Health*. F. Gutzwiller and O. Jeanneret. Bern, Verlag Hans Huber.
- Guillemin, F., C. Bombardier, et al. (1993). "Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines." *J Clin Epidemiol* **46**(12): 1417-1432.
- Gutzwiller, F. and O. Jeanneret (1996). *Sozial- und Präventivmedizin - Public Health*. Bern, Verlag Hans Huber.
- Hilton, C. (1996). "Collecting ethnic group data for inpatients: is it useful?" *BMJ* **313**: 923-925.
- Kessler Bodiang, C. and J. Okullo (2002). "La prévention du VIH pour les migrant(e)s d'origine africaine: un défi pour la politique de santé en Suisse." *Infothèque Sida* **14**(3): 4-9.
- Lehmann, P., C. Maboury, et al. (1990). "Health and social inequalities in Switzerland." *Soc Sci Med* **31**(3): 369-386.
- Leu, R., S. Burri, et al. (1997). *Lebensqualität und Armut in der Schweiz*. Bern, P. Haupt.
- Lindström, M. and J. Sundquist (2002). "Ethnic differences in daily smoking in Malmö - varying influence of psychosocial and economic factors." *European Journal of Public Health* **12**(4): 287-294.
- Loutan, L., P. Bollini, et al. (1999). "Impact of trauma and torture on asylum seekers." *European Journal of Public Health* **9**: 93-96.
- Loutan, L. and C.-L. Chaignat (1994). "Afflux de réfugiés en Suisse: quels problèmes de santé?" *Schweiz. Z. Milit. Med.* **71**(4): 105-109.
- Loutan, L. and L. Subilia (1995). "Torture et violence organisée: leurs conséquences sur les requérants d'asile et les réfugiés." *Médecine & Hygiène*(49): 1942-1950.
- Meyer, P. C. and O. Jeanneret (1996). Soziale Umwelt - Sozialstrukturelle Determinanten der Gesundheit. *Sozial- und Präventivmedizin - Public Health*. O. Jeanneret. Bern, Verlag Hans Huber.
- Nazroo, J. Y. (2001). *Ethnicity, Class and Health*. Westminster, Policy Studies Institute.
- Nerenz, D. R. (2002). Quality of care measures of special significance to minority populations. *Improving healthcare quality for minority patients*. NQF. Washington, The National Quality Forum.

- NQF (2002). Improving healthcare quality for minority patients. Washington, The National Quality Forum.
- OFS (2000). La population étrangère en Suisse. Neuchâtel, OFS.
- OMS (1985). Les buts de la santé pour tous, buts de la stratégie régionale européenne de la santé pour tous. Kopenhagen, Organisation mondiale de la santé, bureau régional de l'Europe.
- Paccaud, F. and B. Bisig (1996). Diagnostik im Gesundheitswesen. Sozial- und Präventivmedizin - Public Health. F. Gutzwiller and O. Jeanneret. Bern, Verlag Hans Huber.
- Pérez, C. E. (2002). "Etat de santé et comportements influant sur la santé des immigrants." Statistique Canada (Supplément aux Rapports sur la Santé) 13(82): 14-27.
- Piguet, E. and H. Mahnig (2000). Quotas d'immigration. L'expérience suisse. Genève, International Labour Office / Bureau International du travail (ILO/BIT).
- Ravessoud, M. and J.-P. Zellweger (1992). "Présentation clinique de la tuberculose chez les immigrants vus au dispensaire antituberculeux de Lausanne." Schweiz Med Wochenschr 49(9): 600-608.
- Raymond, L., C. Bouchardy, et al. (1995). Taux de participation à la mammographie de dépistage, d'après l'enquête suisse de santé 1992-1993. Dépistage du cancer du sein en Suisse. Berne.
- Raymond, L., C. Bouchardy, et al. (1996). "Migration bias in cancer survival rates." Journal of Epidemiology and Statistics 1(3): 167-173.
- Schüler, G. and F. Levi (1996). Krebserkrankungen. Sozial- und Präventivmedizin - Public Health. F. Gutzwiller and O. Jeanneret. Bern, Verlag Hans Huber.
- Smedley, B. D., A. Y. Stith, et al. (2003). Unequal treatment. Confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington, The National Academies Press.
- Thurler, G., F. Borst, et al. (2000). "ARCHIMED: a network of integrated information systems." Methods of Information in Medicine(39): 36-43.
- Tjepkema, M. (2002). "La santé des autochtones vivant hors réserve." Statistique Canada (Supplément aux Rapports sur la Santé) 13(82): 28-44.
- Vranjes, N., B. Bisig, et al. (1996). Gesundheit der Ausländer in der Schweiz. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- Wanner, P., C. Bouchardy, et al. (1996). "Comportement des étrangers en Suisse en matière d'alimentation, de consommation d'alcool et de tabac et de prévention." Démos(2): 3-20.

- Wanner, P., A. Neubauer, et al. (2002). Caractéristiques de vie et d'intégration des populations issues de l'immigration. Une analyse des données du Panel suisse des ménages 1999-2000. Neuchâtel, FSM.
- Weiss, M. G. (2001). "Cultural epidemiology: an introduction and overview." Anthropology & Medicine 8(1): 5-29.
- Weiss, R. (2002). Migration und Gesundheit, interdisziplinäre Perspektiven und psychosoziale Schwerpunkte. Neuchâtel, FSM.
- Weiss, W. (1993). La santé en Suisse. Lausanne, Payot.
- Westerling, R. and M. Rosén (2002). "'Avoidable' mortality among immigrants in Sweden." European Journal of Public Health 12(4): 279-286.
- WHO (1998). Gesundheit 21. Kopenhagen, Weltgesundheitsorganisation.
- Zeeb, H. and O. Razum (1999). "Analytisch-epidemiologische Studien unter Migranten in Deutschland: Planung und Design." Soz Praventivmed 44: 152-159.
- Zenger, C. A., O. Guillod, et al. (1996). Das Gesundheitswesen - Gesetzliche Grundlagen. Sozial- und Präventivmedizin - Public Health. F. Gutzwiller and O. Jeanneret. Bern, Verlag Hans Huber.
- Zuppinger, B., C. Kopp, et al. (2000). Plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida parmi les migrant(e)s des régions subsahariennes. Rapid assessment sur commande de l'OFSP. Bern, OFSP.

## 6. Anhang

### 6.1 Tabellenübersicht

|   |    |
|---|----|
| Tabelle 1 : Übersicht über ausgewertete Datenbanken, nach Relevanz geordnet               | 15 |
| Tabelle 2 : Die von den Datenbanken behandelten Gesundheits-Themen                        | 44 |
| Tabelle 3 : Übersicht über drei Szenarios (mögliche Vorgehensweisen in Bezug auf ein GMM) | 52 |

### 6.2 Kostenschätzungen der drei GMM-Szenarios

#### Szenario 1 („SGB+Migration“ oder „SHP+Migration“)

|   |                  |
|---|------------------|
| Auswahl der MigrantInnen-Communities, Vorsondierende Interviews, um die Themen herauszuarbeiten, Vorbereitung des Fragebogens | 30'000.-         |
| Übersetzung, Abstimmung und Adaptierung der CATI-Fragebogen (Computer assisted telephone interviewing)                        | 40'000.-         |
| Ausbildung der Interviewers, Pre-Tests, Sampling  | 30'000.-         |
| Telefonische Befragung der Zusatz-Stichprobe (600 Personen mit Migrationshintergrund)   | 80'000.-         |
| Datenverarbeitung   | 20'000.-         |
| Datenanalyse und Formulierung eines Monitoring  | 60'000.-         |
| <b>Total</b>  | <b>260'000.-</b> |

**Szenario 2 („Patchwork-Monitoring“)**

|   |           |
|---|-----------|
| Voranalyse der prioritären Fragen und Auswahl der Datenquellen  | 20'000.-  |
| Migrationsspezifische Datenanalyse der Gesundheitsfragen einer Volksbefragung (SHP1999-2002 oder SGB2002) | 40'000.-  |
| Migrationsspezifische Datenanalyse Bus-Santé (von Italienern, Spaniern und Portugiesen)                   | 40'000.-  |
| Migrationsspezifische Datenanalyse der Krankenversicherungsdaten von älteren Ausländern                   | 60'000.-  |
| Analyse der A-Care-Datenbank über Asylsuchende in Basel   | 30'000.-  |
| Migrationsspezifische Datenanalyse von Infektionskrankheiten BAG  | 20'000.-  |
| Morbiditäts-Datenanalyse BEVNAT von ausländischen Kindern   | 40'000.-  |
| Total   | 250'000.- |

**Szenario 3 („Migrationsspezifische Gesundheitsbefragung“)**

|   |           |
|---|-----------|
| Auswahl der MigrantInnen-Communities, Vorsondierende Interviews, um die Themen herauszuarbeiten, Vorbereitung des Fragebogens | 60'000.-  |
| Übersetzung der Fragebogen  | 40'000.-  |
| Abstimmung und Adaptierung der Fragebogen   | 40'000.-  |
| Druck der Fragebogen  | 10'000.-  |
| Ausbildung der Interviewers, Pre-Tests, Sampling  | 30'000.-  |
| Telefonischer Kontakt mit den befragten Personen  | 10'000.-  |
| Befragung der Personen (1000 Personen mit Migrationshintergrund)  | 300'000.- |
| Datenverarbeitung   | 40'000.-  |
| Datenanalyse und Formulierung eines Monitoring  | 10'000.-  |
| Total   | 540'000.- |

**6.3 Gesprächspartner**

Mit folgenden GesprächspartnerInnen haben wir die Datenbanken besprochen und die entsprechenden Beurteilungen vorgenommen (in alphabetischer Reihenfolge, mit Email-Adresse):

Ekkehardt Altpeter – [ekkehardt.altpeter@bag.admin.ch](mailto:ekkehardt.altpeter@bag.admin.ch)

Till Bandi – [till.bandi@bsv.admin.ch](mailto:till.bandi@bsv.admin.ch)

Anne Bardet – [anne.bardet@hcuge.ch](mailto:anne.bardet@hcuge.ch)

François Borst – [francois.borst@hcuge.ch](mailto:francois.borst@hcuge.ch)

Catherine Bourquin – [catherine.bourquin@bag.admin.ch](mailto:catherine.bourquin@bag.admin.ch)

Markus Buri – [markus.buri@bsv.admin.ch](mailto:markus.buri@bsv.admin.ch)

Roland Calmonte – [Roland.CALMONTE@bfs.admin.ch](mailto:Roland.CALMONTE@bfs.admin.ch)

Anthony Francis – [anthony.francis@bfs.admin.ch](mailto:anthony.francis@bfs.admin.ch)

Nicolas Eschmann - [nicolas.eschmann@bsv.admin.ch](mailto:nicolas.eschmann@bsv.admin.ch)

Ludwig Gaertner [ludwig.gaertner@bsv.admin.ch](mailto:ludwig.gaertner@bsv.admin.ch)

Martin Gebhardt – [martin.gebhardt@mbox.bag.admin.ch](mailto:martin.gebhardt@mbox.bag.admin.ch)

Cora Gick – [cgick@uhbs.ch](mailto:cgick@uhbs.ch)

Maryvonne Gognalons-Nicolet – [maryvonne.gognalons-nicolet@hcuge.ch](mailto:maryvonne.gognalons-nicolet@hcuge.ch)

Christoph Hatz – [christoph.hatz@unibas.ch](mailto:christoph.hatz@unibas.ch)

Marcel Heiniger – [marcel.heiniger@bfs.admin.ch](mailto:marcel.heiniger@bfs.admin.ch)

Christoph Junker – [Junker@ispm.unibe.ch](mailto:Junker@ispm.unibe.ch)

Raoul Kammerlander – [raoul.kammerlander@hospvd.ch](mailto:raoul.kammerlander@hospvd.ch)

Herbert Käenzig – [herbert.kaenzig@bsv.admin.ch](mailto:herbert.kaenzig@bsv.admin.ch)

Chekhi Mehdi – [chekhi.mehdi@bsv.admin.ch](mailto:chekhi.mehdi@bsv.admin.ch)

Michel Kolly [michel.kolly@bfs.admin.ch](mailto:michel.kolly@bfs.admin.ch)

Louis Loutan – [louis.loutan@hcuge.ch](mailto:louis.loutan@hcuge.ch)

Jean-Michel Lutz [Jean-michel.lutz@imsp.unige.ch](mailto:Jean-michel.lutz@imsp.unige.ch)

André Meister – [andre.meister@ bfs.admin.ch](mailto:andre.meister@ bfs.admin.ch)  
 Katharina Meyer – [katharina.meyer@ obsan.ch](mailto:katharina.meyer@ obsan.ch)  
 Alfredo Morabia [alfredo.morabia@ hcuge.ch](mailto:alfredo.morabia@ hcuge.ch)  
 Jürgen Oberreich – [juergen.oberreich@ bag.admin.ch](mailto:juergen.oberreich@ bag.admin.ch)  
 Patrice Pauli – [patrice.pauli@ redcross.ch](mailto:patrice.pauli@ redcross.ch)  
 Pierre Pury – [pierre.pury@ inst.hospvd.ch](mailto:pierre.pury@ inst.hospvd.ch)  
 Stefan Scholz – [stefan.scholz@ suva.ch](mailto:stefan.scholz@ suva.ch)  
 Rafaa Trigui – [rafaa.trigui@ hcuge.ch](mailto:rafaa.trigui@ hcuge.ch)  
 Walter Weiss - [walter.weiss@ bfs.admin.ch](mailto:walter.weiss@ bfs.admin.ch)  
 Walter Werthmueller – [walter.werthmueller@ bsv.admin.ch](mailto:walter.werthmueller@ bsv.admin.ch)  
 Daniel Zahnd – [daniel.zahnd@ bsv.admin.ch](mailto:daniel.zahnd@ bsv.admin.ch)  
 Erwin Zimmermann – [erwin.zimmermann@ unine.ch](mailto:erwin.zimmermann@ unine.ch)

## 6.4 Abkürzungen

*Abkürzungen (in Klammern die Abkürzungen auf Französisch)*

AHV Alters- und Hinterlassenenversicherung (AVS)  
 BAG Bundesamt für Gesundheit (OFSP)  
 BEVNAT Bevölkerungsentwicklung  
 BFF Bundesamt für Flüchtlinge (ODR)  
 BFS Bundesamt für Statistik (OFS)  
 BSV Bundesamt für Sozialversicherungen (OFAS)  
 EKA Eidgenössische Kommission für Ausländer (CFE)  
 FSM *Forum Suisse pour l'étude des migrations et de la population*  
 – Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien

GMM Gesundheitsmonitoring von MigrantInnen  
 GO Gesundheitsobservatorium (OS)  
 HUG *Hôpitaux Universitaires de Genève*  
 IV Invalidenversicherung (AI)  
 KV Krankenversicherung (AM)  
 SAKE Schweizerische Arbeitskräfteerhebung  
 SAMBAD Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol und Drogenbereich  
 SGB Schweizerische Gesundheitsbefragung (ESS)  
 SHP Schweizer Haushalt Panel  
 SRK Schweizerisches Rotes Kreuz (CRS)  
 STI Schweizerisches Tropeninstitut  
 UVM *Unité de Médecine des Voyages et des Migrations*  
 VSRA *Visite sanitaire des requérants d'asile*  
 VSKR Vereinigung Schweizerischer Krebsregister (ASRT)  
 WHO World Health Organisation  
 ZAR Zentrales Ausländerregister

**Veröffentlichungen der Reihe  
« Sozialer Zusammenhalt und kultureller  
Pluralismus »**

*Christin Achermann, Stefanie Gass (2003).* Staatsbürgerschaft und soziale Schliessung. Eine rechtsethnologische Sicht auf die Einbürgerungspraxis der Stadt Basel.

*Claudio Bolzman, Rosita Fibbi, Marie Vial (2003).* Secondas – Secondos. Le processus d'intégration des jeunes adultes issus de la migration espagnole et italienne en Suisse.

*Hans-Rudolf Wicker, Rosita Fibbi, Werner Haug (Hrsg.) (2003).* Migration und die Schweiz. Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms "Migration und interkulturelle Beziehungen".

*Regula Weiss (2003).* Macht Migration krank ? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten.

*Etienne Piguet, Stefano Losa (2002).* Travailleurs de l'ombre ? Demande de main-d'oeuvre du domaine de l'asile et ampleur de l'emploi d'étrangers non déclarés en Suisse.

*Denise Efionayi-Mäder, Milena Chimienti, Janine Dahinden, Etienne Piguet (2001).* Asyldestination Europa. Eine Geographie der Asylbewegungen.

*Pierre Centlivres, Isabelle Girod (Sous la direction de) (1998).* Les défis migratoires: Actes du colloque CLUSE "Les défis migratoires à l'aube du troisième millénaire".

*Wenn Sie mehr Informationen betreffend dieser Publikationen wünschen, wollen Sie bitte die website des SFM konsultieren : <http://www.migration-population.ch> oder jene des Herausgebers : <http://www.seismoverlag.ch>*

*Diese Publikationen können bei Seismo bestellt werden: [seismo@gmx.ch](mailto:seismo@gmx.ch).*

## Letzte vom SFM veröffentlichte Berichte

- 32 : *Dahinden, Janine, Rosita Fibbi, Joëlle Moret, Sandro Cattacin (2004). Integration am Arbeitsplatz in der Schweiz. Probleme und Massnahmen. Ergebnisse einer Aktionsforschung.*
- 31 : *Rosita Fibbi, Bülent Kaya, Etienne Piguet (2003). Le passeport ou le diplôme ? Etude des discriminations à l'embauche des jeunes issus de la migration.*
- 30 : *Josef Martin Niederberger unter Mitarbeit von Christin Achermann (2003). Brückenangebote: Struktur und Funktion. Die Rolle von Geschlecht und Nationalität. Projekt im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms Bildung und Beschäftigung.*
- 29 : *Jenny Maggi, in collaboration with Sandro Cattacin (2003). Needed Basic Research in „Migration and Public Health“ 2002-2006 in Switzerland.*
- 28 : *Martin Niederberger, in Zusammenarbeit mit Sandro Cattacin (2003). Migrationspolitik in Agglomerationen. Eine explorative Analyse der zentralen Problem- und Interventionsfelder in der Schweiz.*
- 27 : *Milena Chimienti, Denise Efionayi-Mäder, avec la collaboration de Romaine Farquet (2003). La répression du travail clandestin à Genève. Application des sanctions et conséquences pour les personnes concernées.*
- 26 : *Sandro Cattacin, in Zusammenarbeit mit Igor Rothenbühler (2003). Interkulturelle Vermittlung. Formative Evaluation eines Projektes der Gemeinschaftszentren Bachwiesen, Heuried und Loogarten.*
- 25 : *Janine Dahinden, Milena Chimienti (2002). Professionelles Sprachmitteln und interkulturelles Vermitteln im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich. Theoretische Perspektiven.*
- 24 : *Philippe Wanner, Anna Neubauer, Joëlle Moret (2002). Caractéristiques de vie et d'intégration des populations issues de l'immigration. Une analyse des données du Panel suisse des ménages 1999-2000.*

*Wenn Sie mehr Informationen betreffend der Publikationen des SFM wünschen, wollen Sie bitte die website <http://www.migration-population.ch> konsultieren.*

*Diese Berichte können frei heruntergeladen oder beim SFM bestellt werden.*