

Soziale Ungleichheit und schwere Covid-19-Verläufe in der Migrationsbevölkerung. Abschlussbericht.



Bildquelle: © Christian Jaeggi Photography

Nicole Bachmann, Lucy Bayer-Oglesby, Sarah Bühler, Samin Sepahniya und Maria Solèr
Institut für Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit
Fachhochschule Nordwestschweiz

Olten, 5. Juni 2024

Im Auftrag von



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern ED
Bundesamt für Gesundheit BAG

Impressum

Titel:	Soziale Ungleichheit und schwere Covid-19-Verläufe in der Migrationsbevölkerung. Abschlussbericht.
Autorinnen:	Nicole Bachmann, Lucy Bayer-Oglesby, Sarah Bühler, Samin Sepahniya und Maria Solèr
Korrektorat:	Monika Amann
Institut:	Institut für Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW)
Auftraggeberin:	Bundesamt für Gesundheit Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung Schwarzenburgstrasse 157 CH-3003 Bern
Vertrags-ID	Aktenzeichen 142005426 / 224-83/12
Zitierweise:	Bachmann, N., Bayer-Oglesby, L., Bühler, S., Sepahniya, S. & Solèr, M. (2024). Soziale Ungleichheit und schwere Covid-19-Verläufe in der Migrationsbevölkerung. Studie der Fachhochschule Nordwestschweiz im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: BAG

Diese Studie wurde von der FHNW im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG erstellt. Für die Inhalte dieser Studie sind die Autorinnen verantwortlich. Originaltext und Übersetzungen: Deutschsprachiger Schlussbericht. Zusammenfassung übersetzt auf Französisch, Italienisch und Englisch. Übersetzungen: Sprachdienst BAG

Dank

Diese Forschungsstudie – und damit auch der vorliegende Bericht – konnten nur entstehen, weil uns verschiedene Personen und Organisationen unterstützt haben.

An erster Stelle wollen wir den Interviewpartnerinnen und -partnern danken, die bereit waren, uns und den Lesenden des Berichts einen Einblick in ihre Lebenswelt und ihre Erfahrungen während einer schwierigen Lebensphase zu geben. Dass der Kontakt zu ihnen hergestellt werden konnte, verdanken wir den Vertreter:innen verschiedener Organisationen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich, die uns bei der Suche nach Interviewpartner:innen unterstützt haben, insbesondere auch Corinna Bisegger und Bülent Kaya vom Schweizerischen Roten Kreuz.

Des Weiteren danken wir den zuständigen Personen beim Bundesamt für Statistik für die Bereitschaft, unseren Datenverknüpfungsantrag zu prüfen, einen verlinkten Datensatz herzustellen und uns zur Verfügung zu stellen. Verschiedene Mitarbeitende des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan haben ebenfalls einen wichtigen Beitrag geleistet, damit dieser Datensatz von uns genutzt werden konnte.

Unser Dank gilt ebenfalls Dr. med. Markus Hofer, Chefarzt Allgemeine Pneumologie und Klinische Ethik, Klinik für Pneumologie Kantonsspitals Winterthur und Frau Marianne Keller, Projektmitarbeiterin Pflegeentwicklung und Co-Leiterin Klinische Ethik, Kantonsspitals Winterthur für die Unterstützung beim Rekrutieren von Studienteilnehmenden, der Datennutzung und Interpretation der Ergebnisse.

Schliesslich danken wir auch unserem Auftraggeber Bundesamt für Gesundheit, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit, namentlich Nicole Fasel, für die kompetente Begleitung dieser Studie.

In dieser Studie wurde auf Basis von quantitativen und qualitativen Analysen der Frage nachgegangen, wie stark die Migrationsbevölkerung der Schweiz in den Jahren 2020 und 2021 von schweren Verläufen von Covid-19 betroffen war und wie sie diese Krise bewältigen konnten, respektive welche Faktoren aus ihrer Sicht hilfreich und welche hinderlich waren im Umgang mit der Krankheit und ihrer teils sehr prekären sozialen Lage.

Im Rahmen dieser Studie konnte erstmalig auf der Basis von individuellen Daten die soziale Ungleichheit in den Risiken eines schweren Verlaufs von Covid-19 in der Schweizer Bevölkerung untersucht werden. Unter einem schweren Verlauf wird hier verstanden, dass die betroffenen Personen wegen einer Covid-19-Erkrankung in den Jahren 2020 und 2021 hospitalisiert werden mussten. Die Studie nimmt Bezug auf das Konzept des Bioethikers Ten Have (2015, 2018) zur Analyse der Vulnerabilität von Bevölkerungsgruppen, die mit einer Katastrophe konfrontiert sind. Ten Have schlägt drei Elemente vor, welche das Ausmass der Vulnerabilität bestimmen: **Exposition** (hier: Wohn- und Arbeitsbedingungen, die das Ansteckungsrisiko erhöhen), **Sensitivität** (hier: Vorerkrankungen, die das Risiko eines schweren Verlaufs von Covid-19 erhöhen) und **adaptive Kompetenzen** (hier: Ressourcen und Kompetenzen versus Barrieren zur Bewältigung der Erkrankung und deren langfristigen Folgen in den Personen selbst, aber auch in den Kontextbedingungen des Gesundheits- und Sozialsystems). Ten Have versteht demnach **Vulnerabilität** nicht einzig als Eigenschaft einer Person, sondern als **Wechselwirkung zwischen Person und Kontextbedingungen**.

A) Quantitativer Teil der Studie

Methodik

Der quantitative Teil der Analysen wurde durch die Erstellung einer Datenbank möglich, welche vom Bundesamt für Statistik erhobene soziale wie auch medizinische Datensätze enthält, die auf der Ebene der einzelnen Individuen verlinkt wurden. Es handelt sich dabei primär um die **Strukturerhebung (SE) und die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)**. Die SE ist ein Element der Volkszählung. Die MS ist eine Vollerhebung aller stationärer Spitalaufenthalte in Schweizer Spitälern. Der Analysezeitraum umfasst die Jahre 2015 bis 2021. Die Daten der SE und der MS wurden auf individueller Ebene verknüpft und auf Personen von 20 bis 84 Jahren mit Wohnsitz in der Schweiz eingeschränkt. Daraus resultiert eine **repräsentative Stichprobe mit rund 1,4 Millionen Personen**. Die Datenbank enthält keine Informationen, welche eine Identifikation von Personen erlauben würde, und ist mit den Schweizer Datenschutzbestimmungen konform.

Um die Bedeutung von sozio-ökonomischen und von migrationsspezifischen Faktoren auf das Hospitalisationsrisiko unterscheiden zu können, wurden verschiedene Variablen zur sozialen Lage (z. B. Schulbildung, sozio-professioneller Status und Haushaltsstruktur) wie auch zum Migrationshintergrund einbezogen (z. B. Nationalität, Aufenthaltsstatus, Sprachbarrieren).

Während sich der vorliegende Bericht auf die Migrationsbevölkerung konzentriert, wird in einem zweiten Bericht auf Basis dieser Datengrundlage auf die sozio-ökonomischen Unterschiede und die Arbeits- und Wohnbedingungen in der Schweizer Bevölkerung fokussiert (Bayer-Oglesby et al., 2024; Obsan Bulletin 04/2024).

Ergebnisse

Die untersuchte Bevölkerungskohorte umfasste 1,4 Millionen Personen zwischen 20 und 84 Jahren, davon wurden 9'638 Personen in den Jahren 2020-2021 wegen Covid-19 mindestens einmal hospitalisiert, 42 Prozent der Erkrankten waren weiblich, 58 Prozent männlich.

Auch in der Schweiz zeigte sich ein deutlicher **sozialer Gradient** im Zusammenhang mit dem Risiko, wegen eines schweren Verlaufs von Covid-19 hospitalisiert werden zu müssen. Dieser Zusammenhang gilt für die einheimische Bevölkerung wie auch die Bevölkerung mit Migrationsgeschichte. Personen mit ausschliesslich obligatorischer Schulbildung hatten ein um 80 Prozent erhöhtes, Personen mit Sekundarstufe II ein um knapp 30 Prozent erhöhtes Hospitalisationsrisiko verglichen mit Personen mit Abschluss auf Tertiärstufenniveau. Dieses Resultat ist unabhängig von Alter, Geschlecht, Migrationsvariablen, Wohn- und Arbeitssituation, etc. **Exposition** beim Wohnen (beengte Wohnverhältnisse, intergenerationale Haushalte) und Arbeiten (keine Möglichkeit zum Home-Office) erhöhten das Hospitalisationsrisiko signifikant. Auch schwere Vorerkrankungen (**Sensitivität**) hatten einen signifikanten Effekt auf das Risiko für einen schweren Verlauf von Covid-19.

Auch wenn man Unterschiede im Alter, Geschlecht, Schulbildung, Sprachkompetenzen, Wohn- und Arbeitssituation, etc. berücksichtigt, hatte die Migrationsbevölkerung der Schweiz, verglichen mit der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, ein grösseres Risiko zu einem schweren Verlauf von Covid-19.

Ausländer:innen der ersten Generation hatten ein um 33 Prozent, Schweizer:innen mit Migrationshintergrund oder Ausländer:innen der zweiten und dritten Generation hatten ein um 44 Prozent erhöhtes Risiko verglichen mit den Schweizer:innen ohne Migrationshintergrund. Das erhöhte Risiko der Migrationsbevölkerung wird durch die soziale Lage mitbeeinflusst, kann aber dadurch nicht vollständig erklärt werden. Diese Unterschiede bleiben auch bestehen, wenn schwere Vorerkrankungen ins Modell einbezogen werden. Ein besonders hohes Risiko hatten Asylsuchende und vorläufig aufgenommene Personen (Aufenthaltsstatus N und F). Ihr Hospitalisationsrisiko war 80 Prozent höher als dasjenige der Bevölkerung mit Schweizer Nationalität. Personen mit befristetem Aufenthaltsrecht (Kategorie B) unterschieden sich nicht von den Schweizer:innen, hingegen die niedergelassenen Personen mit Aufenthaltsrecht C (19 Prozent erhöhtes Risiko). Sprachbarrieren erhöhten das Risiko unabhängig von sozio-ökonomischen Faktoren, Exposition und den übrigen migrationsspezifischen Variablen.

Gleichzeitig zeigte sich in den Resultaten der vorliegenden Studie **eine grosse Heterogenität innerhalb der Migrationsbevölkerung der Schweiz**. Teile der Migrationsbevölkerung wiesen ein deutlich geringeres Risiko für eine Hospitalisation wegen Covid-19 auf als die autochthone Bevölkerung (z. B. Personen mit deutscher oder französischer Nationalität). Diese Gruppen sind charakterisiert durch ihre hohen Ressourcen in Bezug auf Schulbildung und ihren sozio-professionellen Status und damit verbunden auch eine geringere Exposition in Bezug auf das Wohnen und Arbeiten. Das heisst, sie wohnen selten in beengten Wohnverhältnissen oder in intergenerationalen Haushalten und sie haben sehr oft die Möglichkeit im Home-Office zu arbeiten. Oder sie scheinen trotz tieferem sozialem Status geschützt durch eine besonders hohe Gesundheitskompetenz im Umgang mit Covid-19, was möglicherweise mit den Normen im Herkunftsland zusammenhängen könnte, an denen sie sich orientiert haben (Beispiel Portugal). Ein besonders hohes Risiko oder eine hohe Vulnerabilität wiesen auf der anderen Seite Personen der folgenden Nationalitäten oder Nationalitätsgruppen auf: Nordmazedonien, Kosovo, Subsahara-Afrika, Westasien, Serbien, Bosnien-Herzegowina, Türkei und Zentral- und Südasien. Diese Migrationsgruppen waren auch besonders stark exponiert, was ihre Wohn- und Arbeitssituation angeht. So wohnten beispielsweise 74 Prozent der Kosovarinnen und 68 Prozent der Kosovaren in beengten Wohnverhältnissen, verglichen mit 15 Prozent der Schweizerinnen und 17 Prozent der Schweizer. Ähnlich gross ist die Diskrepanz bezüglich des Expositionsrisikos bei der Arbeit: 88 Prozent der erwerbstätigen Kosovarinnen und 82 Prozent der Kosovaren übten einen Beruf aus, der sich

nicht zum Home-Office eignet, bei den Schweizerinnen betrug der Anteil 59 Prozent, resp. 50 Prozent bei den Schweizer Männern.

Kombiniert man verschiedene Risikofaktoren zusammen waren ältere Personen mit tiefer Schulbildung, befristetem Aufenthaltsrecht und Sprachbarrieren in einer besonders vulnerablen Lage für einen schweren Verlauf der Erkrankung. Im Kontrast dazu war das Risiko am geringsten für junge Frauen mit hoher Schulbildung unabhängig von der Frage, ob sie einen Migrationshintergrund haben und interessanterweise auch unabhängig von Sprachbarrieren.

Einfluss der Zugänglichkeiten der Impfung gegen Covid-19

In der Schweiz kann die Zugänglichkeit der Impfung zum Schutz vor Covid-19-Erkrankungen in drei zeitliche Phasen gegliedert werden:

- Phase I: Es stand für keine Personengruppe ein Impfschutz zur Verfügung (2020)
- Phase II: Der Impfschutz war ausschliesslich für medizinische Risikogruppen und für Personen ab 65 Jahren zugänglich (01.01.2021 bis 30.04.2021);
- Phase III: Der Impfschutz war für alle zugänglich (ab 01.05.2021).

Wenn man das Hospitalisationsrisiko für schwere Verläufe wegen Covid-19 in diesen drei zeitlichen Phasen miteinander vergleicht, fällt auf, dass die soziale Ungleichheit zwischen Migrationsbevölkerung und autochthoner Bevölkerung in der Phase II besonders stark ausgeprägt war. Aus den vorliegenden Daten können die Ursachen dieser verstärkten Ungleichheit nicht abgeleitet werden. Mögliche Gründe könnten mit dem in dieser Phase erschwerten Zugang zu den Impfungen zusammenhängen. Sowohl der Impfstoff wie auch mögliche Termine für die Impfung waren knapp. Je nach kantonaler Organisation der Anmeldung war es (insbesondere für berufstätige Personen oder Personen mit geringen Kenntnissen des Schweizer Gesundheitssystems) schwierig und aufwändig einen Termin zu erhalten. In der Phase III, als die Impfung für alle Personen zugänglich wurde, nimmt die Heterogenität zwischen den Nationalitäten in Bezug das Risiko nochmals zu. Bei einigen Bevölkerungsgruppen (z. B. Personen mit portugiesischer Nationalität) sinkt in dieser Phase das Risiko eines schweren Verlaufs stark und ist nun, unter Berücksichtigung des sozialen Status der Personen, deutlich geringer als dasjenige der Bevölkerung mit Schweizer Pass. **Bei einem anderen Teil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund hingegen hat sich zuzusagen die Schere im Hospitalisationsrisiko mit der Zugänglichkeit der Impfungen vergrössert.** Dies betrifft am stärksten die nordmazedonische Bevölkerungsgruppe in der Schweiz. Sie haben deutlich weniger davon profitiert, dass der Impfschutz zur Verfügung steht. Eine mögliche Erklärung für die Heterogenität in der Entwicklung des relativen Risikos im Zusammenhang mit der Zugänglichkeit der Impfung ist mit der Impfquote in den Herkunftsländern der Migrationsbevölkerung verbunden: so hat beispielsweise Portugal die höchste Impfquote von Covid-19 innerhalb von Europa, während Nordmazedonien und andere Staaten des Balkans besonders tiefe Impfquoten aufweisen. Dieses Resultat weist auf eine Heterogenität der Migrationsbevölkerung in Bezug auf die von Ten Have (2015, 2018) postulierte **adaptive Kapazität** in Bezug auf die Nutzung des Impfschutzes hin.

Kantonale Unterschiede

Die Kantone waren unterschiedlich stark von schweren Verläufen von Covid-19 betroffen. Signifikant erhöhte Hospitalisationsrisiken unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht zeigten demnach die Kantone Tessin, Genf, Waadt, Jura, St. Gallen, Wallis und Neuenburg. Besonders tiefe Risiken wiesen die Kantone Nidwalden, Schaffhausen, Bern, Thurgau, Luzern und Basel-Landschaft auf. Ausserdem zeigten sich auch Unterschiede im Effekt, der mit dem Migrationshintergrund verbunden war. In einigen Kantonen war die Ungleichheit zwischen Migrant:innen der ersten Generation und der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund stärker ausgeprägt als in anderen Kantonen. **Der Effekt, der mit den Kantonen verbunden ist, ist**

aber im Vergleich deutlich schwächer als die Effekte, die mit den individuellen Risiken zusammenhängen wie Alter, sozio-ökonomischer Status, Migrationshintergrund, etc.

B) Qualitativer Teil der Studie

Methodik

Im qualitativen Teil der Studie wurden **problemzentrierte Interviews mit elf Migrant:innen mit tiefem sozialem Status geführt, die mehrheitlich von einem schweren Covid-19-Verlauf betroffen** waren. Sechs Personen waren aufgrund dessen hospitalisiert. Im Sample sind acht Frauen und drei Männer im Alter zwischen 39 und 68 Jahren vertreten. Die Herkunftsländer der Befragten befinden sich auf vier verschiedenen Kontinenten. Die Interviews fokussierten mit Bezug auf die nachstehenden Forschungsfragen die Situation vor der Erkrankung, die Erfahrungen in der akuten und postakuten Phase sowie Bewältigungsstrategien in der Genesungsphase. Besonderes Interesse galt spezifischen, mit Covid-19 verbundenen Problemen.

1. Bedürfnisse nach Unterstützung sozial benachteiligter Menschen mit Migrationshintergrund nach einem schweren Covid-19-Verlauf.
2. Wahrnehmung und Qualität des Gesundheitsversorgungssystems durch Betroffene.
3. Förderliche und hinderliche Faktoren einer gelingenden Bewältigung, Genesung und Wiedereingliederung.

Die Interviews konnten zwischen Dezember 2022 und März 2023 durchgeführt werden. Nach Bedarf erfolgte dies unter Beizug interkultureller Dolmetscher:innen. Die Datenanalyse orientierte sich an den Regeln der strukturierenden Inhaltsanalyse (Mayring 2010; Kuckartz & Rädiker 2022), was bedeutet, dass die erhobenen Daten entlang von an den Forschungsfragen orientierten Kategorien strukturiert und ausgewertet werden.

Verschärfung existenzieller Not

Eine Mehrheit der Befragten erlebte in dieser Zeit der Pandemie und der eigenen Erkrankung eine Verschlimmerung der bereits vorher bestehenden prekären sozialen Lage bis hin zu existenzieller Not. Dies aufgrund von Kurzarbeit, dem Verlust der Anstellung oder einer krankheitsbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Besonders vulnerable Personen, wie sie in der Stichprobe repräsentiert waren, verfügten kaum über die Mittel, um Krisen abzufedern, sondern ihre Lebensführung wurde direkt durch Einschränkungen betroffen. Sichtbar wird auch die Not von Armutsbetroffenen, die zeitweise nicht einmal die Ressourcen hatten, sich angemessen ernähren zu können.

Viele negative Erfahrungen bei hoher Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem allgemein

In Bezug auf ihre Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem während ihrer Erkrankung an Covid-19 schilderten die Befragten sehr viele negative Erfahrungen (schwieriger Zugang, Abweisung in Notsituationen, fehlende Dolmetscherdienste, Missverständnisse, sich allein gelassen fühlen, fehlende Aufmerksamkeit). Aus ihrer Sicht wurde ihre prekäre soziale Lage zu wenig beachtet und sie wurden nach der Spitalentlassung oder während der Erkrankung zu wenig unterstützt. Gleichzeitig äussert sich eine Mehrheit der Befragten als zufrieden mit der allgemeinen Gesundheitsversorgung in der Schweiz und verweist dabei insbesondere auf die respektvolle Behandlung und die hohe Qualität der Versorgung.

Hausärzt:innen als Schlüsselpersonen bei erschwertem Zugang zur Notfallversorgung

Viele der Befragten hatten Mühe während der akuten Erkrankung an Covid-19 Zugang zur medizinischen Versorgung zu erhalten. Sie wurden vom Notfalldienst der Spitäler abgewiesen und erhielten in ihrer

Notlage auch keine weiteren Informationen oder Unterstützung, wie sie sich verhalten sollten und wo sie Hilfe erhalten würden. In dieser Situation erwiesen sich Hausärzt:innen als Schlüsselpersonen, um den Zugang zur Spitalversorgung zu ermöglichen. Diese boten teilweise die Ambulanz auf und setzten sich dafür ein, dass die erkrankten Personen im Spital aufgenommen wurden. Einige Personen, die weder von Hausärzt:innen noch vom Notfalldienst der Spitäler Unterstützung erhielten, schilderten traumatisierende Erfahrungen. Ein Faktor, der diese Problematik verstärkte, waren die sprachlichen Barrieren, die teilweise zu ernsthaften Missverständnissen führten. Der Einbezug eines professionellen Übersetzungsangebots seitens der Spitäler wurde von den Interviewten in keinem Fall erwähnt, von einigen wurde darauf aufmerksam gemacht, dass sie dies vermisst haben. Daraus schliessen wir, dass keine Übersetzungsdienste angeboten wurden. Als Barrieren für eine gute Versorgung während ihrer Erkrankung erwähnten die Befragten denn auch oft sprachliche Barrieren, ihre unzureichenden Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems und ihre eigene prekäre Lebenslage (u.a. finanzielle Not, Überforderung durch familiäre Situation). Die finanzielle Not, welche sich während der Pandemie bei fast allen Befragten verstärkte, führte unter anderem auch dazu, dass auf medizinische Versorgung verzichtet wurde.

Fehlende Unterstützung für häusliche Notsituationen und soziale Isolation

Immer wieder erwähnt wurde auch die Problematik, dass in dieser Situation keine Unterstützung vorhanden war, um die häuslichen Anforderungen zu bewältigen (z. B. fehlende Kinderbetreuung während Krankenhausaufenthalt oder während schwerer Krankheitsphase zu Hause). Viele der Befragten leben sozial isoliert in der Schweiz und es fehlt ihnen an familiärer oder informeller Unterstützung allgemein. Professionelle soziale Unterstützungsangebote sind entweder nicht bekannt oder nicht genug niedrigschwellig zugänglich für sie. Die Pandemie verstärkte diese Problematik in der Nachbarschaft wie auch am Arbeitsplatz: Die Befragten fühlten sich teilweise stark sozial isoliert und fanden auch in akuten Notsituationen keinen Zugang zu informeller Hilfe.

Die Befragung dieser elf Personen, die teils in starker sozialer Prekarität in der Schweiz leben, erlaubt einen exemplarischen Einblick in die Erfahrung von Menschen in besonders vulnerabler Lage während der Pandemie. Die Ursachen für die negativen Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem können auf Basis dieser Befragung nicht vertieft geklärt werden. Es ist möglich, dass es sich um einen Ausdruck der allgemeinen Überforderung während der Pandemie handelt. Es ist auch möglich, dass sich in diesen Erfahrungen ein systemimmanenter Mangel in der Betreuung von besonders vulnerablen Patient:innen und Diskriminierungsprozesse ausdrücken. Um diese Fragen zu beantworten, braucht es vertiefende Studien.

Fazit

Abschliessend kann festgehalten werden, dass die quantitativen, wie auch die qualitativen Erkenntnisse der vorliegenden Studie deutlich zeigen, dass **in einer pandemischen Situation ein besonderes Augenmerk auf sozial benachteiligte Gruppen** gerichtet werden muss.

Dies betrifft umso mehr die Bevölkerung mit Migrationserfahrung in prekärer sozialer Lage, die erhöhten Expositionsrisiken ausgesetzt ist und der nur geringe adaptive Kapazitäten der Person und des Systems zur Verfügung stehen, um die gesundheitliche und die existenzielle Krisensituation zu bewältigen.

À partir d'analyses quantitatives et qualitatives, la présente étude a cherché à déterminer dans quelle mesure la population issue de la migration en Suisse a développé des formes graves du COVID-19 entre 2020 et 2021. En outre, elle a pour but de constater comment ces personnes ont réussi à surmonter la crise, ou plus précisément quels facteurs ont constitué selon ces personnes une aide ou, au contraire, un obstacle pour gérer la maladie et leur situation sociale parfois très précaire.

La présente étude a permis d'analyser pour la première fois, à partir de données individuelles, les inégalités sociales au sein de la population en Suisse quant aux risques de développer une forme grave du COVID-19. Une « forme grave » implique ici que les personnes concernées ont dû être hospitalisées pour une infection au COVID-19 en 2020 et 2021. L'étude s'appuie sur le concept du bioéthicien Ten Have (2015, 2018) pour évaluer la vulnérabilité des groupes de population confrontés à une catastrophe. Ten Have suggère trois éléments pour définir l'ampleur de la vulnérabilité : l'**exposition** (ici : conditions de travail et de logement qui augmentent le risque d'infection) ; la **sensibilité** (ici : pathologies préexistantes qui accroissent le risque de développer une forme grave de la maladie) ; les **compétences adaptatives** (ici : ressources et compétences face aux obstacles pour surmonter la maladie et ses conséquences à long terme au niveau non seulement des individus, mais aussi des systèmes sanitaire et social). Ten Have ne conçoit donc pas la **vulnérabilité** comme la seule caractéristique d'une personne, mais **comme une interaction entre l'individu et un contexte donné**.

A) Volet quantitatif

Méthodologie

Nous avons pu réaliser le volet quantitatif des analyses grâce à la création d'une banque contenant des données sociales et médicales collectées par l'OFS et liées au niveau des individus. Il s'agit principalement du **relevé structurel (RS) et de la statistique médicale des hôpitaux (MS)**. Le RS fait partie du recensement de la population, tandis que la MS est un relevé exhaustif des séjours stationnaires dans les hôpitaux suisses. La période d'analyse s'étend de 2015 à 2021. Les données ont été appariées au niveau individuel et limitées aux personnes de 20 à 84 ans domiciliées en Suisse. Nous avons ainsi obtenu un **échantillon représentatif d'environ 1,4 million de personnes**. Conforme aux dispositions suisses en matière de protection des données, la base de données ne contient pas d'informations qui permettraient d'identifier des personnes.

Afin de faire la distinction entre le rôle des facteurs socioéconomiques et celui des aspects liés à la migration dans le risque d'hospitalisation, différentes variables ont été prises en compte concernant la situation sociale (p. ex. niveau de formation, statut socioprofessionnel, structure du ménage) et le contexte migratoire (p. ex. nationalité, statut de séjour, barrières linguistiques).

Tandis que le présent rapport se concentre sur la population issue de la migration, un deuxième rapport reprendra cette base de données pour analyser les différences socioéconomiques et les conditions de travail et de logement au sein de la population suisse (Bayer-Oglesby *et al.*, 2024 ; Bulletin de l'Obsan 04/2024).

Résultats

La cohorte de population étudiée comprenait 1,4 million de personnes âgées de 20 à 84 ans. Parmi elles, 9638 ont été hospitalisées au moins une fois en raison du COVID-19 entre 2020 et 2021. En outre, 42 % des malades étaient des femmes, et 58 % des hommes.

En Suisse, nous avons observé un fort **gradient social** en rapport avec le risque d'hospitalisation en raison d'une forme grave de la maladie. Ce phénomène concernait aussi bien la population suisse que celle issue de la migration. Par rapport aux titulaires d'un diplôme du degré tertiaire, les personnes ayant suivi uniquement la scolarité obligatoire présentaient un risque accru d'hospitalisation de 80 %. Pour celles ayant suivi une formation du degré secondaire II, cette proportion s'élevait à près de 30 %. Ces résultats ne dépendent pas de l'âge, du sexe, des variables migratoires, de la situation professionnelle, des conditions de logement, etc.

L'exposition liée à l'habitat (logements exigus, ménages intergénérationnels) et au travail (impossibilité de travailler à domicile) augmentait sensiblement le risque d'hospitalisation. De même, les graves antécédents médicaux (**sensibilité**) influaient considérablement sur le risque de développer une forme grave du COVID-19.

Même en tenant compte des différences au niveau de l'âge, du sexe, de la formation, des compétences linguistiques, de la situation professionnelle, des conditions de logement, etc., la population issue de la migration courait un plus grand risque de développer une forme sévère de la maladie par rapport au reste de la population. En comparaison avec les Suisses sans passé migratoire, les étrangers de première génération présentaient un risque accru de 33 %, et les Suisses issus de la migration ou les étrangers de deuxième et troisième génération, un risque accru de 44 %. Bien que la situation sociale joue un rôle dans l'augmentation du risque, elle ne permet pas de l'expliquer entièrement. Ces différences subsistent même lorsque l'on prend en compte les graves antécédents médicaux dans le modèle. Les requérants d'asile et les personnes admises à titre provisoire (permis N et F) constituaient un groupe particulièrement exposé : leur risque d'hospitalisation était 80 % plus élevé que celui de la population de nationalité suisse. Contrairement aux titulaires d'une autorisation d'établissement (permis C ; risque accru de 19 %), les personnes disposant d'une autorisation de séjour temporaire (permis B) ne se différenciaient pas des Suisses. Par ailleurs, les barrières linguistiques augmentaient le risque, et ce, indépendamment des facteurs socioéconomiques, de l'exposition et des autres variables spécifiques à la migration.

Parallèlement, les résultats de la présente étude ont révélé **une grande hétérogénéité au sein de la population issue de la migration en Suisse**. D'une part, certains groupes présentaient un risque d'hospitalisation nettement plus faible que la population autochtone (p. ex. personnes de nationalité allemande ou française). Caractérisés par leurs importantes ressources en matière de formation et de statut socioprofessionnel, ils sont moins exposés dans le cadre de leur logement ou de leur travail. En d'autres termes, ces groupes vivent rarement dans des logements exigus ou des ménages intergénérationnels et ont bien souvent la possibilité de travailler à domicile. Ou encore, malgré un faible statut social, ils semblent protégés par des compétences en santé particulièrement élevées pour faire face au COVID-19, ce qui pourrait être lié aux normes en vigueur dans leur pays d'origine, sur lesquelles ils se sont basés (p. ex. Portugal). D'autre part, les personnes appartenant aux nationalités ou aux groupes de nationalités suivants présentaient un risque particulièrement élevé ou une grande vulnérabilité : Macédoine du Nord, Kosovo, Afrique subsaharienne, Asie occidentale, centrale et méridionale, Serbie, Bosnie-Herzégovine et Turquie. Ces groupes étaient aussi fortement exposés au regard de leur situation professionnelle et de leurs conditions de logement. Par exemple, 74 % des Kosovares et 68 % des Kosovars vivaient dans des logements exigus, contre 15 % des Suissesses et 17 % des Suisses. L'écart est tout aussi important pour ce qui est du risque d'exposition au

travail : 88 % des Kosovares actives et 82 % des Kosovars actifs exerçaient une profession incompatible avec le télétravail, contre 59 % des Suissesses et 50 % des Suisses.

La combinaison de différents facteurs de risque a montré que les personnes plus âgées disposant d'un faible niveau de formation, d'une autorisation de séjour temporaire et confrontées à des barrières linguistiques étaient particulièrement exposées à une forme grave de la maladie. En revanche, les jeunes femmes ayant un haut niveau de formation présentaient le risque le plus faible, et ce, indépendamment de leur passé migratoire et, fait intéressant, indépendamment des barrières de la langue.

Influence de l'accessibilité de la vaccination contre le COVID-19

En Suisse, l'accessibilité de la vaccination contre le COVID-19 a connu trois phases :

- phase I : vaccination non disponible (2020) ;
- phase II : vaccination réservée aux groupes à risque (motifs médicaux) et aux personnes à partir de 65 ans (du 1^{er} janvier au 30 avril 2021) ;
- phase III : vaccination ouverte à tout le monde (à partir du 1^{er} mai 2021).

En comparant le risque d'hospitalisation pour des formes graves du COVID-19 dans ces trois phases, nous constatons que les inégalités sociales entre la population migrante et celle autochtone étaient particulièrement marquées durant la phase II. Les données disponibles ne permettent pas d'en déterminer la cause. Néanmoins, ces inégalités pourraient s'expliquer par les difficultés à accéder à la vaccination pendant cette phase. En effet, la disponibilité des vaccins et les possibilités de rendez-vous étaient alors limitées. En fonction des modalités d'inscription des cantons, il était parfois difficile et laborieux d'obtenir une date pour se faire vacciner (notamment pour les personnes actives ou connaissant mal le système de santé suisse). Dans la phase III (vaccination ouverte à tout le monde), l'hétérogénéité entre les nationalités augmente encore au niveau du risque de développer une forme grave. Pour certains groupes de population (p. ex. personnes de nationalité portugaise), le risque de développer une forme grave diminue considérablement, pour atteindre, compte tenu du statut social, un niveau nettement inférieur à celui de la population titulaire d'un passeport suisse. **Par contre, pour une autre partie de la population issue de la migration, le fossé concernant le risque d'hospitalisation s'est pour ainsi dire creusé à mesure que la vaccination devenait plus accessible.** Ce phénomène concerne surtout les personnes originaires de Macédoine du Nord, qui ont nettement moins bénéficié de l'accès à couverture vaccinale. L'une des explications possibles de l'hétérogénéité dans l'évolution du risque relatif lié à l'accessibilité de la vaccination est la couverture vaccinale dans les pays d'origine de la population migrante : le Portugal affiche par exemple le taux de vaccination contre le COVID-19 le plus élevé d'Europe, tandis que la Macédoine du Nord et d'autres pays des Balkans enregistrent des taux particulièrement bas. Ce résultat souligne l'hétérogénéité de cette partie de la population quant à la **capacité adaptative** postulée par Ten Have (2015, 2018) concernant le recours à la protection vaccinale.

Différences cantonales

La prévalence des cas graves de COVID-19 variait d'un canton à l'autre. Le Tessin, Genève, Vaud, le Jura, Saint-Gall, le Valais et Neuchâtel enregistraient des risques d'hospitalisation sensiblement accrus, compte tenu de l'âge et du sexe. En revanche, Nidwald, Schaffhouse, Berne, Thurgovie, Lucerne et Bâle-Campagne présentaient des risques particulièrement bas. Par ailleurs, on constate des différences concernant l'impact du passé migratoire. Les inégalités entre les étrangers de première génération et la population non issue de la migration étaient plus marquées dans certains cantons que dans d'autres. **Néanmoins, l'effet associé aux cantons est comparativement nettement plus faible** que les effets liés aux risques individuels tels que l'âge, le statut socioéconomique, le contexte migratoire, etc.

B) Volet qualitatif

Méthodologie

Dans le volet qualitatif de l'étude, **des entretiens ciblés sur la problématique ont été menés avec onze personnes migrantes de faible statut social, dont la plupart avaient développé une forme grave du COVID-19**. Six d'entre elles avaient alors nécessité une hospitalisation. L'échantillon comprenait huit femmes et trois hommes de 39 à 68 ans. Les pays d'origine des personnes interrogées se situaient sur quatre continents différents. Se référant aux questions de recherche ci-dessous, les entretiens ont porté sur la situation avant la maladie, les expériences faites durant les phases aiguë et post aiguë et les stratégies permettant de gérer la phase de guérison. Les problèmes spécifiques liés au COVID-19 ont fait l'objet d'une attention particulière.

1. Besoins de soutien des personnes migrantes socialement défavorisées après une forme grave du COVID-19
2. Perception et qualité du système de santé selon les personnes touchées
3. Facteurs favorables et défavorables à la gestion de la maladie, à la guérison et à la réinsertion

Les entretiens ont eu lieu entre décembre 2022 et mars 2023, si nécessaire en présence d'interprètes communautaires. L'analyse des données s'est appuyée sur les règles de structuration des contenus (Mayring 2010 ; Kuckartz & Rädiker 2022). Autrement dit, les données collectées ont été structurées et évaluées sur la base de catégories définies à partir des questions de recherche.

Aggravation de la crise existentielle

Durant la pandémie et leur période de maladie, la majorité des personnes interrogées ont vu leur situation sociale déjà précaire s'aggraver au point de devenir une crise existentielle. En cause : réduction de l'horaire de travail, perte d'un emploi ou incapacité partielle de travail due à la maladie. Les personnes particulièrement vulnérables, telles que représentées dans l'échantillon, ne disposaient de pratiquement pas de ressources pour atténuer les crises, et les restrictions avaient un impact direct sur leur vie. La détresse des personnes touchées par la pauvreté, qui n'avaient parfois même pas les moyens de se nourrir décemment, est également apparue au grand jour.

De nombreuses expériences négatives, mais une grande satisfaction à l'égard du système de santé en général

S'agissant de leur ressenti par rapport au système de santé pendant leur infection au COVID-19, les personnes interrogées ont fait état d'un grand nombre d'expériences négatives (difficulté d'accès, refus d'admission en situation d'urgence, absence de services d'interprétation, malentendus, sentiment d'abandon, manque d'attention). Selon elles, la précarité de leur situation sociale n'a pas été assez prise en compte, et elles n'ont pas reçu un soutien suffisant pendant leur traitement ou après avoir quitté l'hôpital. Dans le même temps, la majorité d'entre elles se sont déclarées satisfaites du système de santé suisse en général, évoquant notamment le respect lors du traitement et la qualité élevée des soins.

Le rôle clé des médecins de famille pour faciliter l'accès aux urgences

Parmi les personnes interrogées, beaucoup ont eu du mal à accéder aux soins durant la phase aiguë de leur infection au COVID-19. Refoulées aux urgences des hôpitaux, elles n'ont pas reçu d'informations ou d'assistance pour savoir quelle conduite adopter et où trouver de l'aide. Dans ces cas, il est apparu que les médecins de famille ont joué un rôle clé pour faciliter l'accès aux soins hospitaliers : certains ont organisé le transport en ambulance et ont tout fait pour que leurs patients soient admis à l'hôpital. Plusieurs

personnes qui n'ont reçu de soutien ni de leur médecin, ni des urgences ont rapporté des expériences traumatisantes. Les barrières linguistiques, qui ont parfois donné lieu à de sérieux malentendus, ont contribué à exacerber cette problématique. Aucune des personnes interrogées n'a mentionné que les hôpitaux avaient fait appel à un service professionnel d'interprétation. Certaines ont néanmoins déploré cette lacune. Nous en déduisons donc qu'aucun service d'interprétation n'était disponible. Par ailleurs, les personnes sondées ont souvent mentionné les barrières linguistiques, leur manque de connaissances du système de santé suisse et leur situation précaire (p. ex. difficultés financières, stress lié à la situation familiale) comme étant des obstacles à une prise en charge de qualité pendant la maladie. Leur détresse financière, qui s'est amplifiée chez presque chacune d'entre elles durant la pandémie, les a poussées, entre autres, à renoncer aux soins.

Manque de soutien dans les situations d'urgence domestique et isolement social

Les participants ont également cité à plusieurs reprises le problème du manque de soutien pour gérer les impératifs domestiques (p. ex. absence de garde d'enfants durant l'hospitalisation ou la phase aiguë à domicile). Nombre d'entre eux sont socialement isolés en Suisse et manquent de soutien familial ou informel en général. En outre, ils n'ont pas connaissance des offres professionnelles d'aide sociale ou n'y ont pas un accès facilité. La pandémie a accentué ces problèmes aussi bien dans le contexte professionnel que dans celui du voisinage : certaines personnes interrogées se sont senties fortement isolées socialement et n'ont pas pu accéder à une aide informelle, y compris en situation d'extrême urgence.

Les entretiens réalisés avec ces onze personnes, dont certaines vivent dans une grande précarité sociale en Suisse, dressent un aperçu exemplaire du vécu des personnes en situation particulièrement vulnérable pendant la pandémie. Pour autant, la présente enquête ne permet pas de comprendre précisément les causes des expériences négatives avec le système de santé. Il se peut qu'elles reflètent la surcharge et la souffrance générale vécue durant cette période. Il est également possible que ces expériences traduisent des processus de discrimination et une lacune inhérente au système dans la prise en charge des personnes vulnérables. Des études approfondies sont nécessaires pour répondre à ces questionnements.

Conclusion

En conclusion, les résultats quantitatifs et qualitatifs de la présente étude révèlent clairement que, **dans un contexte pandémique, il est nécessaire d'accorder une attention particulière aux groupes socialement défavorisés.**

Ce constat vaut d'autant plus pour les personnes issues de la migration qui se trouvent dans une situation sociale précaire, qui sont exposées à des risques accrus et qui ne disposent que de capacités d'adaptation limitées – aux niveaux personnel et systémique – pour surmonter une crise sanitaire ou existentielle.

Il presente studio ha esplorato, in base ad analisi quantitative e qualitative, la prevalenza delle forme gravi di COVID-19 tra la popolazione migrante in Svizzera negli anni 2020 e 2021 e la capacità di queste persone di rispondere alla crisi nonché i fattori che ai loro occhi sono stati utili o d'intralcio nella gestione della malattia e della situazione a tratti molto precaria in cui versano.

Per la prima volta, lo studio ha consentito di analizzare, in base a dati individuali, la disparità sociale nel rischio di forme gravi di COVID-19 all'interno della popolazione svizzera. In questa sede, per forma grave s'intende la necessità di ospedalizzare il paziente affetto da COVID-19 negli anni 2020 e 2021. Lo studio si rifà alla concezione bioetica di Ten Have (2015, 2018), che ha analizzato la vulnerabilità di gruppi di popolazione confrontati con una catastrofe. Ten Have propone tre elementi, che determinano il grado di vulnerabilità: l'**esposizione** (qui: condizioni abitative e lavorative che aumentano il rischio di contagio), la **sensibilità** (qui: malattie pregresse che aumentano il rischio di sviluppare una forma grave di COVID-19) e le **competenze adattive** (qui: risorse e competenze verso barriere nel far fronte alla malattia e alle sue conseguenze a lungo termine sia nelle persone stesse sia nelle condizioni di contesto del sistema sociosanitario). Per Ten Have, la **vulnerabilità** non è quindi solo una caratteristica della persona, bensì un'**interazione tra la persona e il contesto**.

A) Parte quantitativa dello studio

Metodologia

La parte quantitativa delle analisi è stata possibile grazie alla creazione di una banca dati contenente set di dati sociali e medici rilevati dall'Ufficio federale di statistica e collegati a livello dei singoli individui. I dati provenivano essenzialmente dalla **rilevazione strutturale (RS)** e dalla **statistica medica ospedaliera (MS)**. La RS fa parte del censimento federale della popolazione. La MS è una rilevazione totale di tutti i ricoveri stazionari negli ospedali svizzeri. Il periodo di analisi comprende gli anni dal 2015 al 2021. I dati della RS e della MS sono stati collegati a livello individuale, limitatamente alle persone dai 20 agli 84 anni domiciliate in Svizzera. Ne risulta un **campione rappresentativo di circa 1,4 milioni di persone**. La banca dati non contiene informazioni che consentano di identificare le persone ed è conforme alle disposizioni svizzere sulla protezione dei dati.

Per poter differenziare l'influsso dei fattori socioeconomici e migratori specifici sul rischio di ospedalizzazione sono state incluse diverse variabili relative alla situazione sociale (p. es. formazione scolastica, statuto socioprofessionale e struttura del nucleo familiare) nonché al passato migratorio (p. es. nazionalità, permesso di soggiorno, barriere linguistiche).

Il presente rapporto si concentra sulla popolazione migrante, mentre un secondo rapporto utilizzerà la stessa base di dati, ma si concentrerà sulle differenze socioeconomiche e sulle condizioni lavorative e abitative della popolazione svizzera (Bayer-Oglesby et al., 2024; bollettino Obsan 04/2024).

Risultati

La coorte di popolazione considerata comprendeva 1,4 milioni di persone dai 20 agli 84 anni. Di esse, 9638 persone sono state ricoverate per COVID-19 almeno una volta negli anni 2020-2021. Il 42 per cento dei malati era di sesso femminile e il 58 per cento di sesso maschile

Anche in Svizzera è emerso un evidente **gradiente sociale** in relazione al rischio di ospedalizzazione per una forma grave di COVID-19. Questa correlazione sussiste sia per la popolazione autoctona sia per quella con passato migratorio. Il rischio di ospedalizzazione delle persone che non sono andate oltre la scuola dell'obbligo aumentava dell'80 per cento e quello delle persone che avevano raggiunto il livello secondario II quasi del 30 per cento rispetto alle persone con un diploma di livello terziario. Questo risultato non dipende dall'età, dal sesso, da variabili migratorie, dalla situazione abitativa e lavorativa ecc. L'**esposizione** a casa (spazio ristretto, nuclei familiari intergenerazionali) e sul lavoro (nessuna possibilità di telelavoro) aumentava il rischio di ospedalizzazione in misura significativa. Anche gravi malattie pregresse (**sensibilità**) avevano un influsso significativo sul rischio di decorso grave di COVID-19.

Anche tenendo conto delle differenze di età, sesso, formazione scolastica, competenze linguistiche, situazione abitativa e lavorativa ecc., in Svizzera la popolazione migrante aveva un maggior rischio di decorso grave di COVID-19 rispetto alla popolazione senza passato migratorio. Tale rischio aumentava del 33 per cento per gli stranieri di prima generazione e del 44 per cento per gli svizzeri con passato migratorio o gli stranieri di seconda e terza generazione. Il maggior rischio della popolazione migrante è influenzato dalla situazione sociale, che però non è l'unico fattore. Le differenze permangono anche includendo nel modello gravi malattie pregresse. I richiedenti l'asilo e le persone ammesse provvisoriamente (permessi N e F) erano esposte a un rischio particolarmente elevato: il loro rischio di ospedalizzazione superava dell'80 per cento quello della popolazione di nazionalità svizzera. Le persone con un permesso di dimora di durata determinata (permesso B) non si distinguevano dagli svizzeri, contrariamente alle persone domiciliate con un permesso C (rischio del 19 % più elevato). Le barriere linguistiche aumentavano il rischio indipendentemente dai fattori socioeconomici, dall'esposizione e dalle restanti variabili migratorie specifiche.

Dai risultati del presente studio è emersa al contempo **un'elevata eterogeneità all'interno della popolazione migrante in Svizzera.** Parti della popolazione migrante presentavano un rischio di ospedalizzazione per COVID-19 nettamente inferiore a quello della popolazione autoctona (p. es. persone di nazionalità tedesca o francese). Questi gruppi sono caratterizzati da risorse elevate in termini di formazione scolastica e statuto socioprofessionale e di conseguenza anche da una minor esposizione nel contesto abitativo e lavorativo. In altre parole, raramente vivono in spazi ristretti o in nuclei familiari intergenerazionali e molto spesso hanno la possibilità di lavorare da casa. Oppure malgrado uno statuto sociale inferiore sembrano protetti da una competenza sanitaria particolarmente elevata nel gestire la malattia di COVID-19, il che potrebbe essere correlato con le norme vigenti nel Paese di origine, alle quali si sono orientati (p. es. Portogallo). Presentavano invece un rischio particolarmente elevato o un'elevata vulnerabilità le persone appartenenti alle nazionalità o ai gruppi di nazionalità seguenti: Macedonia del Nord, Kosovo, Africa subsahariana, Asia occidentale, Serbia, Bosnia e Erzegovina, Turchia e Asia centro-meridionale. Questi gruppi di migranti erano particolarmente esposti anche dal punto di vista della loro situazione abitativa e lavorativa. Il 74 per cento delle kosovare e il 68 per cento dei kosovari vivevano per esempio in spazi ristretti, contro il 15 per cento delle svizzere e il 17 per cento degli svizzeri. Per quanto riguarda il rischio di esposizione sul lavoro, la discrepanza è analoga: l'88 per cento delle kosovare occupate e l'82 per cento dei kosovari occupati esercitavano una professione che non si prestava al telelavoro, contro il 59 per cento delle svizzere e il 50 per cento degli svizzeri.

Combinando vari fattori di rischio, le persone più anziane con un livello di formazione inferiore, un permesso di dimora di durata determinata e barriere linguistiche erano in una situazione particolarmente a rischio di decorso grave della malattia. Il gruppo meno vulnerabile erano invece le giovani donne con un livello di formazione superiore, indipendentemente dal fatto che avessero un passato migratorio o meno e, aspetto interessante, indipendentemente anche dalle barriere linguistiche.

Influsso dell'accessibilità della vaccinazione anti-COVID-19

In Svizzera, l'accessibilità della vaccinazione anti-COVID-19 può essere suddivisa in tre fasi temporali:

- fase I: nessuna disponibilità per nessun gruppo di popolazione (2020);
- fase II: protezione vaccinale riservata ai gruppi a rischio per motivi medici e alle persone a partire dai 65 anni (dal 1° gennaio 2021 al 30 aprile 2021);
- fase III: protezione vaccinale accessibile a tutti (dal 1° maggio 2021).

Confrontando il rischio di ospedalizzazione per forme gravi di COVID-19 in queste tre fasi temporali spicca il fatto che la disparità sociale tra la popolazione migrante e la popolazione autoctona era particolarmente marcata nella fase II. I dati disponibili non consentono di stabilire la causa di questa maggior disparità. Possibili motivi potrebbero essere legati alle maggiori difficoltà di accesso alla vaccinazione. Durante questa fase, sia il vaccino sia i possibili appuntamenti per la vaccinazione erano scarsi. A seconda dell'organizzazione cantonale delle iscrizioni era difficile e oneroso (in particolare per le persone occupate o con scarse conoscenze del sistema sanitario svizzero) fissare un appuntamento. Nella fase III, quando la vaccinazione era accessibile a tutti, l'eterogeneità tra le nazionalità in relazione al rischio aumenta ulteriormente. Per alcuni gruppi di popolazione (p. es. persone di nazionalità portoghese) in questa fase il rischio di decorso grave diminuisce sensibilmente, scendendo nettamente al di sotto di quello della popolazione con passaporto svizzero, tenendo conto dello statuto sociale. **Per un'altra parte della popolazione con passato migratorio, con l'accessibilità della vaccinazione la forbice nel rischio di ospedalizzazione si è per contro allargata.** È il caso soprattutto delle persone originarie della Macedonia del Nord: questo gruppo di popolazione si è avvalso molto meno della disponibilità della protezione vaccinale. Una possibile spiegazione di questa eterogeneità nell'evoluzione del rischio relativo in relazione all'accessibilità della vaccinazione è legata al tasso di vaccinazione nel Paese di origine della popolazione migrante: il Portogallo ha ad esempio il tasso di vaccinazione anti-COVID-19 più alto d'Europa, mentre la Macedonia del Nord e altri Stati dei Balcani presentano tassi di vaccinazione particolarmente bassi. Questo risultato evidenzia l'eterogeneità della popolazione migrante per quanto riguarda la **capacità adattiva** postulata da Ten Have (2015, 2018) in relazione al ricorso alla protezione vaccinale.

Differenze cantionali

La prevalenza delle forme gravi di COVID-19 variava da un Cantone all'altro. I Cantoni Ticino, Ginevra, Vaud, Giura, San Gallo, Vallese e Neuchâtel hanno registrato rischi di ospedalizzazione significativamente superiore, tenendo conto dell'età e del sesso. Presentavano invece rischi particolarmente bassi i Cantoni Nidvaldo, Sciaffusa, Berna, Turgovia, Lucerna e Basilea Campagna. Sono emerse differenze anche nell'effetto legato al passato migratorio. In alcuni Cantoni la disparità tra migranti della prima generazione e popolazione senza passato migratorio era più marcata che in altri. **L'effetto associato ai Cantoni è però molto più debole** rispetto agli effetti legati a rischi individuali, come l'età, lo statuto socioeconomico, il passato migratorio ecc.

B) Parte qualitativa dello studio

Metodologia

Nella parte qualitativa dello studio sono state condotte **interviste incentrate sui problemi con 11 migranti con uno statuto sociale basso, la maggior parte dei quali è stata colpita da una forma grave di COVID-19**. Sei di queste persone hanno dovuto essere ricoverate. Il campione comprende otto donne e tre uomini di età compresa tra i 39 e i 68 anni. I Paesi di origine degli intervistati si distribuiscono su quattro diversi continenti. Le interviste vertevano sugli interrogativi di ricerca enumerati sotto, concentrandosi sulla situazione prima della malattia, sulle esperienze nella fase acuta e post-acuta nonché sulle strategie per gestire la fase di guarigione. È stata riservata particolare attenzione ai problemi specifici legati alla malattia di COVID-19.

1. Bisogno di sostegno delle persone socialmente svantaggiate con passato migratorio dopo una forma grave di COVID-19
2. Percezione e qualità del sistema sanitario da parte dei pazienti
3. Fattori che favoriscono o ostacolano la gestione della malattia, la guarigione e il reinserimento

Le interviste sono state condotte tra dicembre 2022 e marzo 2023, se necessario facendo ricorso a mediatori interculturali. L'analisi dei dati si è orientata alle regole della strutturazione dei contenuti (Mayring 2010; Kuckartz & Rädiker 2022), il che significa che i dati rilevati sono stati strutturati e analizzati in base a categorie impiegate sugli interrogativi di ricerca.

Inasprimento dell'emergenza esistenziale

Durante la pandemia e la propria malattia, una maggioranza degli intervistati ha assistito a un peggioramento della propria situazione sociale già precaria fino a cadere in un'emergenza esistenziale a causa del lavoro ridotto, della perdita del posto di lavoro o di una riduzione della capacità lavorativa per via della malattia. Le persone particolarmente vulnerabili, come quelle rappresentate nel campione, erano praticamente prive di risorse per mitigare le crisi e la loro vita risentiva direttamente delle limitazioni. Emerge anche l'emergenza delle persone povere, che talvolta non avevano neanche le risorse per nutrirsi adeguatamente.

Molte esperienze negative ed elevata soddisfazione nei confronti del sistema sanitario in generale

Per quanto riguarda le esperienze con il sistema sanitario durante la malattia di COVID-19, gli intervistati hanno descritto moltissime esperienze negative (difficoltà di accesso, atteggiamento di chiusura in situazioni di emergenza, mancanza di servizi di interpretariato, malintesi, sensazione di essere lasciati soli, mancanza di attenzione). Ritengono che sia stata prestata troppo poca attenzione alla loro situazione sociale precaria e sia stato fornito loro un sostegno insufficiente dopo la dimissione dall'ospedale e durante la malattia. Al contempo, una maggioranza degli intervistati si dice soddisfatta in generale dell'assistenza sanitaria in Svizzera, sottolineando in particolare il trattamento rispettoso e l'elevata qualità delle cure.

Il ruolo chiave dei medici di famiglia in caso di difficoltà di accesso alle cure di emergenza

Durante la fase acuta della malattia di COVID-19, molti degli intervistati hanno avuto difficoltà ad accedere alle cure mediche. Sono stati respinti dal pronto soccorso degli ospedali e, nella loro situazione di emergenza, non hanno ricevuto ulteriori informazioni o sostegno su come comportarsi o su dove chiedere aiuto. In questi casi, i medici di famiglia si sono rivelati persone chiave per consentire l'accesso alle cure ospedaliere. Talvolta sono stati loro a chiamare l'ambulanza o a impegnarsi affinché le persone malate fossero ricoverate. Alcune persone, che non hanno ricevuto sostegno né dal medico di famiglia né dal pronto soccorso dell'ospedale, hanno descritto esperienze traumatizzanti. Un fattore che ha inasprito questa

problematica sono le barriere linguistiche, che a tratti hanno portato a veri e propri malintesi. Nessuno degli intervistati ha menzionato il ricorso a un'offerta di traduzione professionale da parte degli ospedali, ma alcuni precisano di averne sentito la mancanza. Ne deduciamo che non è stato offerto nessun servizio di traduzione. Non per niente, tra gli ostacoli a una buona assistenza durante la malattia gli intervistati hanno spesso menzionato le barriere linguistiche, la conoscenza insufficiente del sistema sanitario svizzero e la loro situazione di vita precaria (tra l'altro emergenza finanziaria, stress a causa della situazione familiare). L'emergenza finanziaria, che per quasi tutti gli intervistati durante la pandemia si è inasprita, ha indotto tra l'altro anche a rinunciare alle cure mediche.

Mancanza di sostegno nelle situazioni di emergenza domestica e isolamento sociale

Tra i problemi, a più riprese è stata menzionata anche la mancanza di sostegno per far fronte alle esigenze domestiche (p. es. nessuna custodia dei figli durante il ricovero in ospedale o una fase acuta della malattia a casa). In Svizzera, molti degli intervistati sono socialmente isolati e non possono contare su un sostegno familiare o informale. Non conoscono le offerte di sostegno sociale professionale o la soglia di accesso è troppo alta per loro. La pandemia ha inasprito questa problematica sia nel contesto di vicinato sia sul posto di lavoro: gli intervistati si sono sentiti in parte molto isolati socialmente e, anche in situazioni di emergenza acuta, non hanno avuto nessun accesso a un aiuto informale.

Le interviste con queste 11 persone, che in parte vivono in Svizzera in condizioni di forte precarietà sociale, permettono di tracciare un quadro esemplare dell'esperienza vissuta dalle persone in situazioni particolarmente vulnerabili durante la pandemia. La presente indagine non consente tuttavia di chiarire le cause delle esperienze negative fatte con il sistema sanitario. È possibile che siano espressione dello stress generale vissuto durante la pandemia. È altresì possibile che queste esperienze riflettano una lacuna inerente al sistema nell'assistenza di pazienti particolarmente vulnerabili e processi di discriminazione. Per trovare risposte occorrono ulteriori studi.

Conclusione

In conclusione possiamo constatare che i risultati quantitativi e qualitativi del presente studio mostrano chiaramente che, **in una situazione pandemica, occorre prestare particolare attenzione ai gruppi socialmente svantaggiati.**

Ciò vale anche e soprattutto per la popolazione con passato migratorio in situazione sociale precaria, che presenta maggiori rischi di esposizione e dispone solo di scarse capacità di adattare se stessa e il sistema per far fronte alla situazione di crisi sanitaria ed esistenziale.

This study used quantitative and qualitative analyses to examine the question of how the migrant population was affected by severe COVID-19 in 2020 and 2021, how they were able to cope with the crisis, and which factors they found helpful and which acted as impediments in managing the illness and their – in some cases – very precarious social situation.

This study was able to investigate the social inequality in the risks of severe COVID-19 in the Swiss population, for the first time, based on individual data. Severe disease was understood here to mean that the individuals affected had to be hospitalised due to COVID-19 in 2020 and 2021. The study refers to the concept of bioethicist Ten Have (2015, 2018) to analyse the vulnerability of population groups facing a catastrophe. Ten Have proposes three elements that determine the degree of vulnerability: **exposure** (here: living and working conditions that increase the risk of infection), **sensitivity** (here: pre-existing conditions that increase the risk of severe COVID-19) and **adaptive capacity** (here: resources and skills versus barriers to managing the disease and its long-term consequences in the individuals themselves, but also in the contextual conditions of the health and social care system). Ten Have understands **vulnerability** to be not only a characteristic of an individual but **an interaction between an individual and contextual conditions**.

A) Quantitative part of the study

Methodology

A database was created containing social and medical datasets collected by the Federal Statistical Office and linked at the level of the individual, enabling the quantitative part of the analyses. These data were primarily from the **Structural Survey (SS) and the Medical Statistics of the Hospitals (MS)**. The SS is an element of the census. The MS is a complete survey of all in-patient hospitalisations in Swiss hospitals. The analysis period was 2015 to 2021. The SS and MS data were linked at the level of the individual and limited to individuals aged between 20 and 84 years with residence in Switzerland, producing a **representative sample of approximately 1.4 million individuals**. The database does not contain any information that would enable identification of individuals and complies with the Swiss data protection regulations.

To differentiate the importance of socio-economic and migration-specific factors for hospitalisation risk, a range of variables regarding the social situation (e.g. education level, socio-professional status and household structure) and migration background (e.g. nationality, residency status, language barriers) were included.

While this report focuses on migration background, a second report based on these data concentrates on socio-economic differences and working and living conditions in the Swiss population (Bayer-Oglesby et al., 2024; Obsan Bulletin 04/2024).

Results

The investigated population cohort included 1.4 million individuals aged between 20 and 84 years, of whom 9,638 had been hospitalised at least once due to COVID-19 in 2020–2021; 42% of patients were female and 58% were male.

There was a significant **social gradient** in Switzerland regarding the risk of having to be hospitalised due to severe COVID-19. This link applied to both the native population and the population with a migration background. Individuals who had only completed compulsory education had an 80% higher risk and those who had completed secondary level II an almost 30% higher risk of hospitalisation compared to individuals with a tertiary-level education. This result is independent of age, sex, migration variables, living and working situation, etc. **Exposure** in relation to housing (cramped housing conditions, intergenerational households) and work (no option to work from home) increased hospitalisation risk significantly. Severe pre-existing conditions (**sensitivity**) had a significant effect on the risk of severe COVID-19.

Even when taking into account differences in age, sex, level of education, language skills, living and working conditions, etc., the migrant population in Switzerland was at greater risk of severe COVID-19 than the population without a migration background. First-generation foreign nationals had a 33% higher risk, and Swiss nationals with a migration background and second- and third-generation foreign nationals had a 44% higher risk compared with Swiss nationals without a migration background. While the social situation of the migrant population has an impact on the increased risk, it does not fully account for it. These differences remain when severe pre-existing health conditions are included in the model. Asylum seekers and temporarily admitted foreign nationals (residence status N and F) were at particularly high risk. Their hospitalisation risk was 80% higher than that of Swiss nationals. While there was no difference between individuals with a temporary right of residence (category B) and Swiss nationals, individuals with a permanent right of residence (category C) had a 19% higher risk. Language barriers increased the risk regardless of socio-economic factors, exposure and other migration-specific variables.

At the same time, the results of the study show **strong heterogeneity within the migrant population in Switzerland**. Parts of the migrant population were at significantly lower risk of hospitalisation due to COVID-19 than the native population (e.g. individuals with German or French nationality). These groups are characterised by their considerable resources in terms of education and their socio-professional status, and the corresponding lower exposure at home and at work. In other words, they rarely live in cramped housing conditions or intergenerational households and often have the option of working from home. Or, despite their lower social status, they are protected by particularly strong health literacy with regard to managing COVID-19, which may be linked to their orienting towards the norms prevalent in their country of origin (e.g. Portugal). On the other hand, individuals of the following nationalities and nationality groups were at particularly high risk or particularly vulnerable: North Macedonia, Kosovo, Sub-Saharan Africa, West Asia, Serbia, Bosnia-Herzegovina, Turkey and Central and Southern Asia. These migrant groups were also particularly heavily exposed as regards their living and working situations. For example, 74% of female Kosovans and 68% of male Kosovans lived in cramped housing conditions, compared with 15% of Swiss females and 17% of Swiss males. There is a similarly large difference with regard to exposure risk at work: 88% of employed female Kosovans and 82% of employed male Kosovans had a job that could not be done from home, compared with 59% of Swiss females and 50% of Swiss males.

When various risk factors are combined, older people with a lower level of education, temporary residence status and language barriers were in a particularly vulnerable situation as regards severe disease. By contrast, young women with a high level of schooling were at the lowest risk, regardless of whether they had a migration background and, interestingly, also irrespective of language barriers.

Impact of COVID-19 vaccine access

In Switzerland, access to vaccines to protect against COVID-19 can be divided into three phases:

- Phase I: No vaccination available for any group (2020)
- Phase II: Access to vaccination only for medical risk groups and people aged over 65 (1 January 2021 to 30 April 2021).
- Phase III: Vaccination available for everyone (from 1 May 2021).

When the risk of hospitalisation due to severe COVID-19 during these three phases is compared, it is notable that the social inequality between the migrant and native population was particularly pronounced during phase II. The causes of this greater inequality could not be derived from the available data. Possible reasons could be related to the more difficult access to vaccinations during this phase. There was a shortage of both, the vaccine and available appointments. Depending on how the cantons organised registration, it was difficult and time-consuming to get an appointment (particularly for individuals who were working or for those with limited knowledge of the Swiss healthcare system). In phase III, when everyone had access to vaccination, the difference in risk increased again between nationalities. In some population groups (e.g. people with Portuguese nationality), the risk of severe disease decreased in this phase and, taking into account the individual's social status, was lower than that of the population with a Swiss passport. **By contrast, in another section of the population with a migration background, the accessibility of vaccinations increased the gap in hospitalisation risk.** This was particularly true in the North Macedonian population group in Switzerland. They benefitted significantly less from the availability of vaccination. One possible explanation for the difference in relative risk development in connection with access to vaccination is linked to the vaccination rate in the migrant population's country of origin: for example, Portugal had the highest COVID-19 vaccination rate in Europe, while North Macedonia and other Balkan states had particularly low vaccination rates. This result indicates the heterogeneity of the migrant population with regard to the **adaptive capacity** postulated by Ten Have (2015, 2018) in respect of their use of vaccination.

Cantonal differences

The cantons were affected by severe COVID-19 to different degrees. Accordingly, the cantons of Ticino, Geneva, Vaud, Jura, St. Gallen, Valais and Neuchâtel had significantly increased hospitalisation risks, taking into account age and sex. The cantons of Nidwalden, Schaffhausen, Bern, Thurgau, Lucerne and Basel-Landschaft had particularly low risks. There were also differences in effect associated with migration background. The inequality between first-generation migrants and the population without a migration background was more pronounced in some cantons than others. **However, the canton-associated effect is considerably weaker** compared to the effects associated with individual risks, such as age, socio-economic status, migration background, etc.

B) Qualitative part of the study

Methodology

In the qualitative part of the study, **problem-focused interviews were held with 11 migrants with low social status, most of whom had been affected by severe COVID-19.** Six of them had been hospitalised as a result. The sample included eight women and three men aged between 39 and 68 years. The countries of origin of those interviewed are located on four different continents. The interviews focused on the situation before the illness, experiences in the acute and post-acute phases, and management strategies in the

recovery phase, with reference to the following research questions. Specific COVID-19-related problems were an area of particular focus.

1. Needs for support of socially disadvantaged individuals with a migration background following severe COVID-19.
2. Perception and quality of the healthcare system according to those affected.
3. Beneficial factors for and obstacles to successful management, recovery and reintegration.

The interviews were held between December 2022 and March 2023. Intercultural interpreters were present, as required. The data analysis was based on the rules of structured content analysis (Mayring 2015; Kukartz & Rädiker 2022), meaning that the data obtained were structured and analysed along categories based on the research questions.

Exacerbation of existential hardship

During the pandemic and during their own illness, a majority of those interviewed experienced a worsening in their already precarious social situation to the point of existential hardship. This was due to short-time working, loss of employment or illness-related restriction of their ability to work. Particularly vulnerable individuals, as represented in the sample, barely had the means to mitigate crises; rather, their lives were directly impacted by restrictions. The plight of people living in poverty, who in some cases did not even have the resources to feed themselves adequately, is also apparent.

Many negative experiences but high satisfaction with the health system in general

With regard to their experiences of the healthcare system during their COVID-19 illness, those surveyed described a large number of negative experiences (difficult access, turned away in emergency situations, lack of interpreting services, misunderstandings, feeling abandoned, lack of attention). They believe that too little account was taken of their precarious social situation and that they received too little support after being discharged from hospital or during their illness. At the same time, a majority of those surveyed stated that they were satisfied with healthcare in Switzerland in general, referring in particular to respectful treatment and high quality of care.

General practitioners as key players during limited access to emergency care

Many of those surveyed had difficulty accessing medical care during the acute phase of their COVID-19 illness. They were turned away by the hospital emergency department. Moreover, they did not receive any information or support on what to do and where to obtain help in their emergency situation. General practitioners proved to be key players in enabling access to hospital care in these situations. Some called an ambulance and took action to have their sick patients admitted to hospital. Some individuals, who did not receive support from general practitioners or the hospital emergency department, described traumatic experiences. One factor that exacerbated this issue was language barriers, which sometimes resulted in serious misunderstandings. None of those interviewed mentioned the hospitals involving a professional translation service, with some mentioning that this was lacking. We therefore conclude that no translation services were offered. Thus, language barriers, their lack of knowledge of the Swiss healthcare system and their own precarious situation (e.g. financial hardship, excessive family demands) were often mentioned as barriers to good care during their illness. Financial hardship, which worsened during the pandemic for almost all of those surveyed, also led, among other things, to forgoing medical care.

Lack of support for domestic emergencies and social isolation

The lack of available support to help manage domestic needs (e.g. lack of childcare during a hospital stay or during severe illness at home) in these situations was also repeatedly mentioned as an issue. Many of those surveyed are socially isolated in Switzerland and lack family or informal support in general. Professional social support services are either not known or not sufficiently low-level in access. The pandemic exacerbated these issues in neighbourhoods and in the workplace: some of those surveyed felt severely socially isolated and were also unable to access informal support in acute emergency situations.

The study of these 11 individuals, some of whom are living in an extremely socially precarious situation in Switzerland, provides an exemplary insight into the experience of individuals in particularly vulnerable situations during the pandemic. The causes of the negative experiences of the healthcare system cannot be explained in detail based on this survey. It is possible that they reflect a general inability to cope during the pandemic. It is also possible that these experiences are a reflection of a systemic lack of care for particularly vulnerable patients and discrimination processes. More detailed studies are needed to answer this question.

Conclusions

In conclusion, both the quantitative and qualitative findings of this study clearly show that **particular attention needs to be paid to socially disadvantaged groups in a pandemic situation.**

This applies all the more to persons with a migration background who are in a precarious social situation, are subject to increased exposure risks and have access to only limited adaptive capacities – at the personal as well as the systemic level – to cope with health-related and existential crisis situations.

Inhaltsverzeichnis

MANAGEMENT SUMMARY

1	EINLEITUNG	1
1.1	Ausgangslage	1
1.2	Zielsetzung	3
1.3	Fragestellungen	3
1.3.1	Arbeitspaket 1: Soziale Ungleichheit in schweren Erkrankungen	3
1.3.2	Arbeitspaket 2: Bewältigung von schweren Erkrankungen	4
1.4	Methodik des quantitativen Teils der Studie (AP1)	4
1.4.1	Zu den verwendeten Daten	4
1.4.2	Beschreibung der zentralen Variablen zum Migrationshintergrund	5
1.4.3	Statistische Verfahren	6
1.5	Methodik des qualitativen Teils der Studie (AP2)	6
1.5.1	Projektpopulation, Ein- und Ausschlusskriterien	6
1.5.2	Feldzugang und Rekrutierung	7
1.5.3	Datenerhebung	8
1.5.4	Datenanalyse	8
2	ERGEBNISSE DER QUANTITATIVEN ANALYSE (AP 1)	9
2.1	Beschreibung Sample (BFS-Daten)	9
2.2	Vulnerabilität für schwere Verläufe von Covid-19-Erkrankungen in der Migrationsbevölkerung	12
2.2.1	Migrationsvariablen und Hospitalisationsrisiko	12
2.2.2	Die Bedeutung von schweren Vorerkrankungen	17
2.3	Soziale Lage und Exposition der Migrationsbevölkerung	20
2.3.1	Migrationsvariablen und sozio-ökonomischer Status	20
2.3.2	Expositionsrisiken nach Nationalität	22
2.4	Kumulation von Risiken, intersektionale Zusammenhänge	26
2.5	Bedeutung der Zugänglichkeit der Impfungen	31
2.5.1	Analysen nach Phase der Zugänglichkeit der Impfungen	31
2.5.2	Deskriptive Ergebnisse in Bezug auf den Impfstatus im Kantonsspital Winterthur	33
2.6	Vergleich des Hospitalisationsrisikos der Migrationsbevölkerung in der Schweiz mit den Impfquoten in den Herkunftsländern	36
2.7	Kantonale Unterschiede	37
2.8	Fazit	39
3	ERGEBNISSE DER QUALITATIVE ANALYSE (AP2)	41
3.1	Charakteristika, Lebenslage und gesundheitliche Situation der teilnehmenden Personen	41
3.2	Zugänglichkeit des Gesundheitsversorgungssystems aus Sicht der erkrankten Personen	45

3.3	Wahrgenommene Qualität der Leistungen des Gesundheitssystems	50
3.3.1	Erwähnte positive Aspekte	50
3.3.2	Erwähnte negative Aspekte	51
3.4	Förderliche und hinderliche Faktoren für eine gelingende Bewältigung, Genesung und Wiedereingliederung	52
3.4.1	Bewältigung der akuten Krankheit	52
3.4.2	Bewältigung der materiellen Probleme während der Pandemie und der Krankheitsphase	54
3.5	Wünsche und Vorschläge zur Unterstützung von sozial benachteiligten Menschen mit Migrationshintergrund während der Pandemie	55
3.5.1	Abbau von Sprach- und Informationsbarrieren	56
3.5.2	Abbau sozialer Isolation	56
3.6	Fazit	57
4	DISKUSSION	61
5	REFERENZEN	67
6	ANHANG	I

1 Einleitung

Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der Studie «Soziale Ungleichheit und schwere Covid-19-Verläufe in der Migrationsbevölkerung der Schweiz» vor, welche das Institut Soziale Arbeit und Gesundheit ISAGE im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG durchgeführt hat.

1.1 Ausgangslage

In den ersten beiden Jahren der Covid-19-Pandemie wurde festgestellt, dass das Risiko von SARS-CoV-2-Infektionen und von **schweren Krankheitsverläufen von Covid-19** sozial ungleich verteilt ist. In internationalen und nationalen Studien wurde beobachtet, dass die Pandemie bereits bestehende gesundheitliche Ungleichheiten aufgrund von bekannten sozialen Disparitäten von Covid-19-Risikofaktoren verstärkt (Bambra et al., 2020a; Hoebel, Michalski, Diercke, et al., 2021; Hoebel, Michalski, Wachtler, et al., 2021; Riou et al., 2021; Wahrendorf et al., 2021). Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind in allen Ländern, für die bisher Covid-19-Statistiken vorliegen, in der Kaskade von laborbestätigten Fällen über Krankenhausaufenthalte und intensivmedizinische Behandlungen bis zu den Todesfällen überrepräsentiert. Dies wird u. a. mit dem sozial ungleich verteilten Risiko zu Vorerkrankungen (z. B. Diabetes) und den unterschiedlichen Expositionsrisiken im Privathaushalt (Grösse des Haushalts, Wohndichte und Generationen-Mix) und bei der Erwerbstätigkeit (z. B. systemrelevante Berufsgruppen ohne Möglichkeit zum Home-Office) in Verbindung gebracht. Dies zeigt sich für die Phase vor und nach der Zugänglichkeit von Impfungen (Bambra et al., 2020b; Chen & Krieger, 2021). Studien aus den USA, Kanada und europäischen Ländern lassen darauf schliessen, dass nebst der sozialen Lage auch **spezifisch mit Migration verbundene Aspekte** eine wichtige Rolle in Bezug auf das Risiko für schwere Covid-19-Erkrankungen spielen (El Arab et al., 2023; Fabiani et al., 2021; Fong et al., 2024; Mazzalai et al., 2023; Mengesha et al., 2022).

Marti et al. (2023) haben in einem systematischen Review die bis Juni 2023 vorliegenden Publikationen zu den Folgen der Pandemie in der **Schweiz** zusammengefasst. Sie schliessen aus den Erkenntnissen, dass sozio-ökonomische Faktoren eine zentrale Rolle spielen in Bezug auf die gesundheitlichen Konsequenzen der Pandemie. Armutsbetroffene oder bildungsferne Bevölkerungsgruppen oder Personen, die in sozial benachteiligten Nachbarschaften leben, haben u. a. ein höheres Risiko der Ansteckung mit Covid-19, ein höheres Hospitalisations- und Sterberisiko (Marti et al., 2023). So haben beispielsweise Plümecke et al. (2022) untersucht, wie stark sich die Anzahl der Todesfälle vor der Pandemie – verglichen mit den ersten zwei Wellen der Pandemie – unterschieden haben, je nachdem, ob es sich um die Bevölkerung mit oder ohne Schweizer Nationalität handelt (Plümecke et al., 2022). Es wurden alle Todesfälle, unabhängig von den Todesursachen, berücksichtigt. Die Studie zeigt einen deutlichen Unterschied in der Exzessmortalität während der ersten beiden Covid-19-Wellen zwischen den untersuchten Gruppen: Bei der Bevölkerung mit Schweizer Pass stiegen die Anzahl der Todesfälle um 11.4 Prozent verglichen mit dem Jahr vor der Pandemie, bei der Bevölkerung ohne Schweizer Pass um 21.8 Prozen, also um fast das Doppelte. Die Autor:innen haben eine vergleichsweise besonders hohe Vulnerabilität bei den älteren Personen (65 bis 74 Jahre) ohne Schweizer Pass festgestellt.

Es zeigen sich auch in mehreren Studien sozial ungleiche Folgen der Pandemie auf die **psychische Gesundheit**. Stress, Angst und Sorgen im Zusammenhang mit der Pandemie und den begleitenden

Massnahmen haben vor allem bei der Bevölkerung mit tiefem sozio-ökonomischem Status zugenommen (Beyeler et al., 2021; Marti et al., 2023).

Die Pandemie und die damit verbundenen präventiven Massnahmen verstärkten nicht nur die soziale Ungleichheit in den Gesundheitschancen, sondern auch in Bezug auf die sozio-ökonomische Situation respektive im **Armutsrisiko**. In einer Bestandesaufnahme des Forschungsstandes zum Thema Armut und sozio-ökonomische Ungleichheit als Folge der Pandemie in der Schweiz von 2020 bis Juli 2021, halten Beyeler und Kolleg:innen (2021) fest, dass die zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Studien auf eine unmittelbare Verschärfung der sozio-ökonomischen Ungleichheit hinweisen. Je tiefer das Einkommen und Vermögen vor der Pandemie war, umso grösser war der finanzielle Verlust. Der wichtigste Grund dafür ist, dass die Massnahmen zur Prävention die Erwerbsmöglichkeiten im unteren Einkommensbereich stärker eingeschränkt haben als im höheren Einkommensbereich. Diese Zunahme der Prekarität hat auch die psychische Gesundheit in den einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen stärker beeinträchtigt.

Repräsentative Daten der Schweizer Bevölkerung, die auf individueller Ebene die soziale Lage, migrationspezifische Faktoren und das Risiko für schwere Covid-19-Erkrankungen verknüpfen, fehlten bisher. Es existieren deshalb noch keine Studien, die auf individueller Ebene untersuchen, welche sozialen und mit der Migration verbundenen Aspekte einen Einfluss auf das Risiko einer schweren Covid-19-Erkrankung in der Schweizer Bevölkerung haben. In der Schweiz existieren zudem kantonale Unterschiede einerseits in der Ausgestaltung des Gesundheitssystems und andererseits in der Zusammensetzung der Migrationsbevölkerung. Die Analyse von kantonalen Unterschieden im Ausmass der sozialen Ungleichheit im Risiko von Covid-19-Erkrankungen sind deshalb ebenfalls von grossem Interesse.

Zur Konzeptualisierung der Analyse des Hospitalisationsrisikos wegen einer schweren Covid-19 Erkrankung stützen wir uns auf das Konzept der Vulnerabilität des Bioethikers Ten Have (2015, 2018).

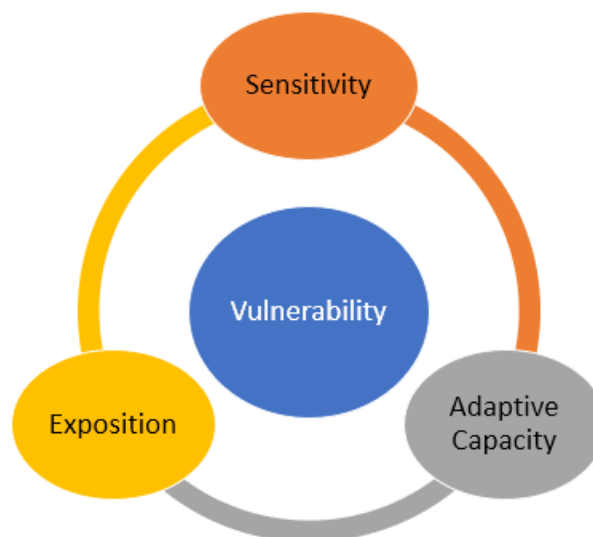


Abbildung 1: Konzept der Vulnerabilität im Angesicht einer Krise gemäss Ten Have (2015, 2018)

Vulnerabilität wird in diesem Verständnis nicht als individuelle Eigenschaft gefasst, sondern als Ausdruck von drei Faktoren: Exposition, Sensitivität und Adaptive Kapazitäten.

Angewandt auf eine Pandemie kann dieses Konzept folgendermassen verstanden werden:

- Exposition: Ausmass (Zeit und Dosis), in dem eine Person dem Virus ausgesetzt ist.
- Sensitivität: Ausmass der Anfälligkeit für einen schweren Verlauf der Erkrankung, falls sich eine Person angesteckt hat. Dies hängt mit Faktoren wie Alter, genetischen Dispositionen, Immunstärke und bestimmten Vorerkrankungen zusammen.
- Adaptive Kapazität: Möglichkeiten und Fähigkeiten, sich an die Krisensituation anzupassen und diese gelingend zu bewältigen. Dazu gehören Eigenschaften der Person (z. B. Ressourcensituation, Gesundheitskompetenz) und Eigenschaften des Systems respektive der Kontextbedingungen wie Zugänglichkeit und Responsivität des Gesundheitsversorgungssystems, informelles und formelles Unterstützungsnetz, Gesundheits-, Arbeits- und Sozialpolitik.

1.2 Zielsetzung

Mit dieser Forschungsstudie wird das Ziel angestrebt, diejenigen Gruppen der Migrationsbevölkerung, die ein besonders hohes Risiko einer schweren Erkrankung oder erschwerten Bewältigung an Covid-19 aufweisen, identifizieren zu können. Ausserdem sollen die migrationsspezifischen, sozialen und sozio-ökonomischen Risikofaktoren für schwere Covid-19-Erkrankungen in der Migrationsbevölkerung analysiert werden, damit die entsprechenden Bevölkerungsgruppen und Communities besser sensibilisiert und die Massnahmen und Unterstützungsangebote für die Prävention der Krankheit zielgerichteter ausgerichtet und zugänglich gemacht werden können (z. B. bei der Priorisierung von migrations-sensiblen Präventionsprogrammen). Andererseits sollen die Erfahrungen von Menschen mit Migrationshintergrund bei der Bewältigung einer CovidID-19-Erkrankung erforscht werden. Im Fokus stehen dabei ihre Beurteilung der Zugänglichkeit und Qualität des Gesundheitsversorgungssystems, aber auch Faktoren, die eine gelingende Bewältigung der gesundheitlichen und zugleich sozialen Probleme erlauben. Die Studie soll wissenschaftlich fundierte Informationen bereitstellen, um vulnerable Bevölkerungsgruppen besser schützen, den chancengerechten Zugang zu einem qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgungssystem für alle Menschen ermöglichen und Personen in prekärer Lage nach einer schweren Covid-19-Erkrankung besser begleiten zu können.

1.3 Fragestellungen

1.3.1 *Arbeitspaket 1: Soziale Ungleichheit in schweren Erkrankungen*

Arbeitspaket 1 (AP1) stützt sich auf zwei Datengrundlagen, die vom Bundesamt für Statistik (BFS-Daten) und vom Kantonsspital Winterthur (KSW-Daten) erhoben werden. Anhand dieser Daten sollen folgende Fragestellungen bearbeitet werden:

1. Welche Teile der Migrationsbevölkerung der Schweiz zeigen eine erhöhte Vulnerabilität für schwere Verläufe von Covid-19-Erkrankungen (Hospitalisationen)?
2. Welche sozio-ökonomischen und sozialen Risikofaktoren haben einen Zusammenhang mit der erhöhten Vulnerabilität der Migrationsbevölkerung?
3. Mit welchen migrationsspezifischen Faktoren (Nationalität, Aufenthaltsstatus, sprachliche Barrieren, etc.) hängt dieses Risiko zusammen?

4. Zeigen sich besonders vulnerable Gruppen mit einer Kumulation von Risiken (tiefer sozialer Status, Wahrscheinlichkeit einer erhöhten Exposition im Haushalt und am Arbeitsplatz)? Gibt es Hinweise auf intersektionale Zusammenhänge?
5. Zugänglichkeit der Impfungen: Ergeben sich Unterschiede in Bezug auf die Risikoprofile vor und nach der Zugänglichkeit der Impfungen? Zeigen sich Unterschiede nach Migrationshintergrund in Bezug auf den Anteil geimpfte und ungeimpfte hospitalisierte Patient:innen?
6. Existieren kantonale Unterschiede im Erkrankungsrisiko und im Ausmass der beobachteten sozialen Ungleichheit in Bezug auf das Hospitalisationsrisiko in der Migrationsbevölkerung?

1.3.2 *Arbeitspaket 2: Bewältigung von schweren Erkrankungen*

Im Arbeitspaket 2 (AP 2) werden mittels eines explorativen, qualitativen Vorgehens die Erfahrungen von Personen aus der Migrationsbevölkerung mit der Bewältigung einer Covid-19-Erkrankung untersucht. Im Fokus steht dabei ihre Beurteilung der Zugänglichkeit und Qualität des Gesundheitsversorgungssystems, aber auch Faktoren, die eine gelingende Bewältigung der gesundheitlichen und zugleich sozialen Probleme erlauben. Dabei sollen die folgenden Forschungsfragen beantwortet werden:

1. Welche Bedürfnisse nach Unterstützung haben sozial benachteiligte Menschen mit Migrationshintergrund nach einem schweren Covid-19-Verlauf?
2. Wie nehmen Betroffene die Zugänglichkeit und Qualität des Gesundheitsversorgungssystems wahr?
3. Welches sind förderliche und hinderliche Faktoren einer gelingenden Bewältigung, Genesung und Wiedereingliederung?

1.4 Methodik des quantitativen Teils der Studie (AP1)

Für die Details zur Methodik der Datenverknüpfung und der Validierung der Datenbank wird auf bereits publizierte Paper und technische Berichte verwiesen (Bachmann et al., 2022; Bayer-Oglesby et al., 2019, 2022). Im Folgenden wird kurz auf die im quantitativen Teil der Studie (AP1) verwendeten Daten, die Definition von zentralen Variablen sowie die statistischen Methoden eingegangen.

1.4.1 *Zu den verwendeten Daten*

Der quantitative Teil der Studie stützt sich auf zwei Datengrundlagen, die vom Bundesamt für Statistik (**BFS-Daten**) und vom Kantonsspital Winterthur (**KSW-Daten**) zur Verfügung gestellt wurden.

Bei den **BFS-Daten** handelt es sich um eine grosse retrospektive Kohorte mit Zensusdaten und medizinischen Daten auf individueller Ebene von rund 1,4 Mio. Personen mit rund 11'000 Krankenhauseinweisungen aufgrund von Covid-19. Die Datenbank besteht im Kern aus der Strukturserhebung (SE), einer obligatorischen Erhebung als Teil des Volkszählungssystems der Schweiz und der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) und einer Vollerhebung aller stationären Spitalaufenthalte. Zur Methodik der Datenverlinkung verweisen wir auf die Berichte von Bayer-Oglesby et al. (2019, 2020). Mit der für diesen Bericht vorgenommenen Verlinkung entsteht die bisher einzige Datengrundlage, die es

erlaubt, soziale Unterschiede in der Vulnerabilität für Covid-19 auf Ebene einzelner Individuen für die gesamte Schweiz zu analysieren.

Es muss beachtet werden, dass die in diesem Bericht im Kapitel 2.1 zur Beschreibung des Samples dargestellten **absoluten Hospitalisationsraten** in Prozenten, die realen Raten in der Schweizer Bevölkerung unterschätzen, da die Matching-Rate zwischen der Medizinischen Statistik und der Strukturerhebung rund 85 Prozent beträgt. Der Vergleich der **relativen Hospitalisationsrisiken** zwischen den Bevölkerungsgruppen (z. B. die Aussage, dass Personen mit tiefem Bildungsabschluss ein dreifach höheres Krankheitsrisiko aufweisen als Personen mit hohem Bildungsabschluss) wird von diesem Problem jedoch nicht tangiert, da es dabei um **relative Risiken** geht. Die Ergebnisse der multivariaten Modelle mit Risikoschätzern (Odds Ratios) sind deshalb von diesem Problem nicht betroffen.

Als Ergänzung zu den BFS-Daten wurden die Daten, der im Kantonsspital Winterthur (**KSW-Daten**) stationär behandelten Covid-19-Patient:innen analysiert, da diese für den Zeitraum von September 2021 bis März 2022 Informationen über den Impfstatus der hospitalisierten Personen enthalten. Diese Information fehlt in der Medizinischen Statistik des BFS. Insgesamt besteht der Datensatz aus 1228 Hospitalisationen wegen Covid-19, davon sind 372 Hospitalisationen wegen Covid-19 mit Informationen zum Impfstatus.

1.4.2 Beschreibung der zentralen Variablen zum Migrationshintergrund

Die für die Analysen verwendete Variable **Migrationshintergrund** wurde zu drei Gruppen aggregiert:

- **Ausländer:innen der ersten Generation:** Als Personen mit Migrationshintergrund der Ersten Generation gelten Personen, die im Ausland geboren sind und bei ihrer Geburt nicht über die Schweizer Nationalität verfügten, unabhängig davon, ob sie sich später einbürgern liessen oder nicht. Dazu gezählt werden auch Personen, die im Ausland geboren sind, bei der Geburt bereits die Schweizer Nationalität hatten, aber deren beide Eltern im Ausland geboren sind.
- **Schweizer:innen mit Migrationshintergrund, Ausländer:innen der zweiten und höheren Generation:** Als Schweizer:innen mit Migrationshintergrund gelten alle Personen, die sich eingebürgert haben. Zu dieser Gruppe werden zusätzlich Personen mit Migrationshintergrund der zweiten Generation und höher gezählt. Es handelt sich dabei um Personen, die in der Schweiz geboren sind und von denen mindestens ein Elternteil (beziehungsweise Grosselternteil bei der dritten Generation) im Ausland geboren ist.
- **Als Schweizer:innen ohne Migrationshintergrund** gelten Personen, die in der Schweiz geboren sind, von Geburt an über die Schweizer Nationalität verfügten und von denen mindestens ein Elternteil bereits in der Schweiz geboren ist. Ausserdem gehören zu dieser Gruppe in der Schweiz geborene Personen, deren beide Elternteile ebenfalls in der Schweiz geboren sind, unabhängig davon, ob die Person selbst eingebürgert ist oder nicht zu dieser Gruppe gehört.

Die Variable **Aufenthaltsstatus** wurde zu vier Kategorien aggregiert:

- Die erste Kategorie besteht aus Personen mit **Ausweis B**. Es handelt sich um ausländische Personen aus EU-/EFTA-Staaten, die sich für einen bestimmten Zweck längerfristig mit oder ohne Erwerbstätigkeit in der Schweiz aufhalten (sog. Aufenthalter und Aufenthalterinnen).
- Die zweite Kategorie umfasst Personen im Asylprozess mit **Ausweis N** und vorläufig Aufgenommene mit **Ausweis F**.

- Die dritte Kategorie umfasst Personen mit einer Niederlassungsbewilligung (**Ausweis C**). Zusätzlich wurde die Kurzaufenthaltsbewilligung (**Ausweis L**) zu dieser Kategorie aufgenommen. Es haben nur EU-/EFTA-Staatsangehörige für einen bestimmten Aufenthaltswitz Anspruch auf Erteilung dieser Bewilligung.
- Die letzte Kategorie sind gebürtige sowie eingebürgerte Schweizer:innen, die einen **Schweizer Pass** besitzen.

Zur Variable **Nationalitätengruppen**:

Die Herkunftsländer respektive Nationalitäten wurden für die Analysen zu diesem Bericht zu 16 Nationalitätsgruppen zusammengefasst, wobei bei genügend grosser Anzahl Personen im Sample einzelne Nationalitäten berücksichtigt wurden oder aber mehrere Nationalitäten zu sinnvollen geografischen Regionen zusammengefasst wurden. Die Tabelle mit der detaillierten Angabe der Zuordnung der einzelnen Nationalitäten ist im Anhang (Tab. A7) aufgeführt.

Die Variable **Sprachkompetenz** wurde auf zwei Levels definiert:

- Der erste Level gibt an, ob eine Person eine der Amtssprachen deutsch, französisch, italienisch oder romanisch spricht.
- Der zweite Level gibt an, ob die Person eine der Amtssprachen oder Englisch oder weder eine Amtssprache noch Englisch spricht.

1.4.3 **Statistische Verfahren**

Um die Fragestellungen dieser Studie zu analysieren, wurden je nach Datenlage und Fragestellung deskriptive statistische Kennzahlen dargestellt, um das Sample zu beschreiben oder die Verteilung von sozialen oder expositionsbezogenen Variablen. Zur Analyse des Hospitalisationsrisikos wurden logistische Regressionen verwendet. Handelt es sich um hierarchisch strukturierte Daten (kantonale Analysen und intersektionale Analysen), wurde Multilevel Modelling als statistische Methode eingesetzt. Die Vorgehensweise wird bei den einzelnen Analyseschritten genauer vorgestellt.

1.5 **Methodik des qualitativen Teils der Studie (AP2)**

Auch für den qualitativen Teil der Studie wird für die Details der Methodik auf den Methodikbericht vom 28. November 2022 verwiesen (Bachmann et al., 2022).

1.5.1 **Projektpopulation, Ein- und Ausschlusskriterien**

Die angestrebte **Projektpopulation** umfasste erwachsene Personen mit Migrationshintergrund, die von einem schweren Covid-19-Verlauf betroffen und in diesem Zusammenhang hospitalisiert waren und die aufgrund ihres sozialen Status als sozial benachteiligt klassifiziert werden können. Aufgrund schwerer Erreichbarkeit der Zielgruppe wurden die Kriterien für die Auswahl der Teilnehmenden teilweise erweitert (vgl. 3.1.2). Als Gesamtzahl waren zehn Personen vorgesehen. Von den 21 Personen, die kontaktiert werden konnten, wurden 11 Personen entsprechend den angepassten Kriterien für ein Interview ausgewählt.

Vorgesehene Einschlusskriterien:

- Covid-19-Erkrankung im Zeitraum 2020 bis 2021 (positiver Test beziehungsweise positive ärztliche Covid-19-Diagnose)
- Hospitalisierung aufgrund Covid-19-Erkrankung im oben genannten Zeitraum
- Schwerer Verlauf (Gesundheitszustand gemäss eigener Einschätzung seit der Erkrankung weniger gut als vor der Erkrankung wie beispielsweise Belastungseinschränkungen/Müdigkeit, Atemnot)
- Ausländische Staatsangehörigkeit oder Geburt im Ausland (süd- oder osteuropäische oder nicht-westliche Staaten)
- Tiefer sozialer Status (Bildungs-, Erwerbs- und Aufenthaltsstatus sowie Sprachkenntnisse)
- Alter über 18 Jahre
- Psychische Stabilität im Sinne, dass (nach eigener Einschätzung) durch die Teilnahme am Interview kein nachteiliger Einfluss auf das psychische Wohlbefinden erwartet wird
- Fähigkeit, sich mithilfe einer Übersetzerin/eines Übersetzers sprachlich verständigen zu können. Dies umfasst auch das kognitive Nachvollziehen der Patient:inneninformation sowie der Grundlagen für die Einverständniserklärung.

Vorgesehene Ausschlusskriterien:

- Im Verlauf des Interviews festgestellte, mangelnde Fähigkeit, sich mithilfe einer Übersetzerin/eines Übersetzers sprachlich eindeutig auszudrücken
- Im Verlauf des Interviews festgestellte psychische Instabilität beziehungsweise markante Anzeichen von Unwohlsein
- Widerruf der Einverständniserklärung.

1.5.2 Feldzugang und Rekrutierung

Die Interviewteilnehmenden wurden über klinische Sozialdienste, Gesundheitsligen und Organisationen, die im Migrations- und Gesundheitsbereich tätig sind (u. a. Schweizerisches Rotes Kreuz, Kantonsspital Winterthur, FemmesTische, Spitalübersetzer:innen, ATD 4. Welt,) sowie über Unterstützungsstrukturen für Covid-19-Patient:innen (z. B. longcovid.ch; altea) rekrutiert. Als Gatekeeper fungierende Fachpersonen wurden mündlich und mittels Merkblatt über ihre Aufgabe informiert. Teilnehmende erhielten eine Entschädigung in Form eines Einkaufsgutscheins von —40 Franken. Die Fahrspesen zum Durchführungsort des Interviews wurden gegebenenfalls ersetzt.

Die Rekrutierung der angestrebten zehn Personen aus der Zielgruppe gestaltete sich ausserordentlich schwierig. Dies, obwohl relevante Akteure wie das Departement Gesundheit und Integration des SRK sowie Femmes-Tische die Rekrutierung mit eigenen Bestrebungen unterstützten und eine grosse Zahl an Sozialen Organisationen, auch im niederschweligen Bereich, sowie die Post-Covid-Anlaufstellen verschiedener Spitäler angefragt wurden. Ein Kantonsspital unterstützte die Rekrutierung mit dem Versand des Flyers an rund 200 ehemalige Covid-Patient:innen. Dass letztlich elf Personen interviewt werden konnten, erforderte, nebst verstärkten Rekrutierungsbemühungen, auch **Anpassungen der ursprünglichen Einschlusskriterien**. So wurden nicht nur Personen ins Sample aufgenommen, die wegen einer Covid-19-Erkrankung hospitalisiert waren, sondern auch solche, die aufgrund der Erkrankung eine ambulante medizinische Behandlung, i. d. R. durch den Hausarzt oder die Hausärztin, in Anspruch nehmen mussten. Die Personen im Sample unterscheiden sich in Bezug auf die Schwere des Verlaufs. Eine weitere Erweiterung der Sampling-Kriterien betrifft den sozialen Status der

Zielgruppe, indem auch einzelne Personen einbezogen wurden, welche sich nicht in einer prekären Lage befinden.

1.5.3 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte mittels **problemzentrierter Interviews** (siehe Interviewleitfaden im Anhang, A8). Beim problemzentrierten Interview handelt es sich um eine offene, halbstrukturierte Befragung, welche die Befragten möglichst frei zu Wort kommen lässt, um spontane, möglichst wenig beeinflusste Antworten, zu erzeugen (Witzel, 2000). Der Interviewleitfaden wurde mittels eines Pretests auf seine Funktionalität und Verständlichkeit getestet. Die Interviews konnten zwischen Dezember 2022 und März 2023 durchgeführt werden, nach Bedarf erfolgte dies unter Beizug interkultureller Dolmetscher:innen. Die teilnehmenden Personen waren an zwei Zeitpunkten involviert:

- Studieninformation und Screening (Dauer 30 Minuten pro Person)
- Durchführung des Interviews (Dauer, rund 60 Minuten pro Person).

1.5.4 Datenanalyse

Die Datenanalyse orientiert sich an den Regeln der strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz & Rädiker, 2022; Mayring, 2010). Dabei werden die textanalytischen Fragestellungen aus den Fragestellungen der Studie abgeleitet und in Form von Kategorien operationalisiert. Die Extraktion der Daten erfolgte mit Orientierung an einem gemeinsam definierten Kodierleitfaden. Im ersten Materialdurchlauf erarbeitete das Forschungsteam entsprechende Definitionen, Kodierregeln und Ankerbeispiele, um zu einer gemeinsamen Interpretationsgrundlage zu gelangen. Die kodierten beziehungsweise einer Kategorie zugeordneten Textstellen wurden zusammengeführt und systematisiert (Bildung von Subkategorien). Im Verlauf der Analyse wurden Aussagen miteinander verglichen, schrittweise abstrahiert (Paraphrasierung, Generalisierung, Reduktion) und mit Orientierung an der Forschungsfragestellung strukturiert.

Grenzen der Aussagekraft

Aufgrund der kleinen Stichprobe von elf Teilnehmenden erlaubt die Studie zwar einen wertvollen Einblick in die konkreten Erfahrungen der befragten Personen, die Erkenntnisse haben gleichzeitig aber auch einen **explorativen Charakter**. Mit einer selektiven Fallauswahl wurde versucht, eine **angemessene Heterogenität** zu erreichen und Einseitigkeiten zu vermeiden, indem Merkmale wie Herkunftsland, Geschlecht und Lebensalter im Sample in ausgeglichener Verteilung berücksichtigt wurden. Dies konnte mit Ausnahme der Geschlechterverteilung (Übervertretung von Frauen) weitgehend realisiert werden (vgl. Tabelle 12). Eine weitere Einschränkung betrifft **Sprachbarrieren** zwischen der Zielgruppe und den Forschenden. Um die Quellen für Missverständnisse möglichst zu reduzieren, wurden die folgenden Vorkehrungen getroffen: Durchführung und Auswertung eines Test-Interviews mit Dolmetscher:in; Vorbereitende Orientierung der Dolmetscher:innen über den Interviewleitfaden beziehungsweise Fragestellungen; Etablierung verbindlicher Gesprächs- beziehungsweise Übersetzungsregeln für die Interviewdurchführung (z. B. Klärungspausen während des Interviews); nachgehende Reflexion des Einflusses der Dolmetscherin oder des Dolmetschers auf den Interviewverlauf und Dokumentation der Ergebnisse dieser Analyse (Lauterbach, 2014; Squires, 2009).

2 Ergebnisse der quantitativen Analyse (AP 1)

2.1 Beschreibung Sample (BFS-Daten)

In der folgenden Tabelle 1a werden die Eigenschaften des Samples, welches für die quantitativen Analysen verwendet wurde, vorgestellt.

Tabelle 1a. Beschreibung des Samples nach demografischen und sozialen Indikatoren; Gesamtsample und aufgeteilt in Personen, die wegen Covid-19 hospitalisiert waren (Fälle) vs. Personen, die nicht wegen Covid-19 hospitalisiert waren (Vergleichsgruppe)

	Gesamt		Hospitalisation wegen Covid-19			
	N	in %	Ja Anzahl	in %	Nein Anzahl	in %
Gesamt	1'445'576	100.0	9'638	100.0	1'435'938	100.0
Alter						
Durchschnittliches Alter in Jahren (SD)	50.3	16.7	64.1	14.3	50.2	16.7
Altersgruppen						
20 bis 29	186'447	12.9	162	1.7	186'285	13.0
30 bis 39	248'921	17.2	483	5.0	248'438	17.3
40 bis 49	265'606	18.4	964	10.0	264'642	18.4
50 bis 59	290'039	20.1	1'786	18.5	288'253	20.1
60 bis 69	223'331	15.4	2'093	21.7	221'238	15.4
70 bis 84	231'232	16.0	4'150	43.1	227'082	15.8
Geschlecht						
Anteil Frauen	752'165	52.0	4'047	42.0	748'118	52.1
Anteil Männer	693'411	48.0	5'591	58.0	687'820	47.9
Höchste abgeschlossene Ausbildung						
Obligatorische Schule	263'235	18.2	3'233	33.5	260'002	18.1
Sekundarstufe II	664'074	45.9	4'162	43.2	659'912	46.0
Tertiärstufe	518'267	35.9	2'243	23.3	516'024	35.9
Sozioprofessioneller Status						
Nichterwerbstätige	519'197	35.9	6'119	63.5	513'078	35.7
Fachkräfte und Lernende	612'335	42.4	2'282	23.7	610'053	42.5
Akademiker:innen und Führungskräfte	314'044	21.7	1'237	12.8	312'807	21.8
Migrationsstatus						
CH ohne MH	896'070	62.0	5'338	55.4	890'732	62.0
CH mit MH, Ausländer:innen der 2. und höheren Generation	252'580	17.5	1'984	20.6	250'596	17.5
Ausländer:innen der 1. Generation	296'926	20.5	2'316	24.0	294'610	20.5

Tabelle 1b: Fortsetzung Beschreibung des Samples

	Gesamt		Hospitalisation wegen Covid-19			
	N	in %	Ja Anzahl	in %	Nein Anzahl	in %
Aufenthaltsstatus						
Personen mit Schweizer Pass	1'121'090	77.6	7'220	74.9	1'113'870	77.6
Niedergelassene (Ausweis C, L)	221'679	15.3	1'988	20.6	219'691	15.3
Befristete Aufenthalter:innen (B)	98'810	6.8	383	4.0	98'427	6.9
Asylsuchende und vorläufig Aufgenommene (N, F)	3'997	0.3	47	0.5	3'950	0.3
Nationalitäten						
Schweiz	1'121'090	77.6	7'220	74.9	1'113'870	77.6
Europa						
Deutschland	48'880	3.4	144	1.5	48'736	3.4
Frankreich	24'241	1.7	111	1.2	24'130	1.7
Italien	59'144	4.1	634	6.6	58'510	4.1
Österreich	6'907	0.5	42	0.4	6'865	0.5
Vereinigtes Königreich	7'168	0.5	14	0.1	7'154	0.5
Bosnien und Herzegowina	4'852	0.3	83	0.9	4'769	0.3
Serbien	8'444	0.6	136	1.4	8'308	0.6
Kosovo	12'798	0.9	220	2.3	12'578	0.9
Nordmazedonien	7'424	0.5	166	1.7	7'258	0.5
Portugal	40'448	2.8	141	1.5	40'307	2.8
Spanien	13'909	1.0	84	0.9	13'825	1.0
Osteuropa	21'182	1.5	100	1.0	21'082	1.5
Rest Südosteuropa	4'856	0.3	32	0.3	4'824	0.3
Übrige Europa	11'340	0.8	56	0.6	11'284	0.8
Asien & Afrika						
Zentral-, Südasien	5'903	0.4	54	0.6	5'849	0.4
Türkei	8'906	0.6	123	1.3	8'783	0.6
Westasien	5'816	0.4	65	0.7	5'751	0.4
Ost-, Südostasien	7'400	0.5	46	0.5	7'354	0.5
Nordafrika	3'504	0.2	23	0.2	3'481	0.2
Ostafrika	4'730	0.3	39	0.4	4'691	0.3
Zentral-, Westafrika, Südl. Afrika	3'566	0.2	51	0.5	3'515	0.2
Rest						
Nordamerika	3'418	0.2	12	0.1	3'406	0.2
Zentral-, Südamerika, Karibik	5'381	0.4	35	0.4	5'346	0.4
Brasilien	3'420	0.2	5	0.1	3'415	0.2
Übrige	849	0.1	2	0.0	847	0.1
Sprachliche Kompetenzen						
keine Amtssprache	140'044	9.7	1'373	14.2	138'671	9.7
keine Amtssprache u. kein Englisch	113'526	7.9	1'280	13.3	112'246	7.8

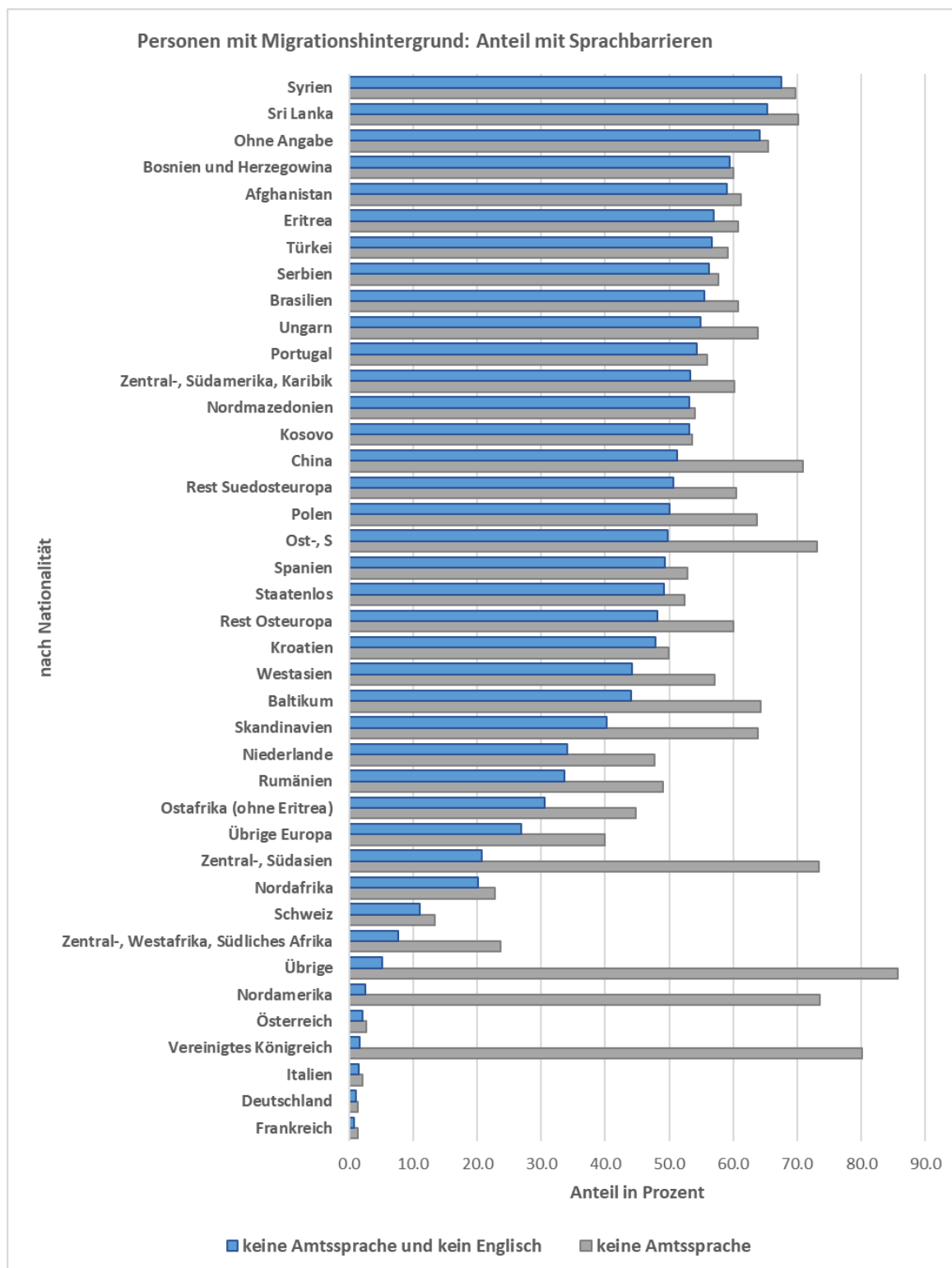


Abbildung 2: Anteil Personen im Bevölkerungs-Sample mit Migrationshintergrund, die eine Sprachbarriere aufweisen nach Staatsangehörigkeit (n=548'274)

Als Lesebeispiel: Bei den Personen mit syrischer Nationalität, die in der Schweiz leben, besteht eine hohe Sprachbarriere. Rund 70 Prozent verstehen keine der Amtssprachen der Schweiz und etwa 67 Prozent keine der Amtssprachen und auch kein Englisch. Bei den Personen, die Bürger:innen eines zentral- oder südasiatischen Landes sind (z. B. Indien, Kasachstan oder Kirgistan), ist zwar der Anteil sehr hoch, der ebenfalls keine Amtssprache versteht, aber kaum jemand versteht kein Englisch.

Das gesamte Sample dieser Studie besteht aus rund 1,4 Millionen Personen zwischen 20 und 84 Jahren, davon werden 9'638 Personen als Fälle identifiziert (wegen Covid-19 in den Jahren 2020 bis 2021 hospitalisiert). Das Sample der Hospitalisierten ist älter, der Anteil an Männern höher, die Schulbildung tiefer und der Anteil an Nichterwerbstätigen höher als in der Vergleichsgruppe. In Bezug auf die Migrationsvariablen (vgl. dazu Tabelle 1b) zeigt sich, dass in der Gruppe der Hospitalisierten der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund höher ist, wobei dieser Unterschied mit den Personengruppen mit Ausweis C (Niedergelassene) und Ausweise F (vorläufig Aufgenommene) und N (Asylsuchende) verbunden ist. Der Anteil der Personen, die eine Sprachbarriere aufweisen, ist deutlich höher in der Gruppe der Hospitalisierten als in der Vergleichsgruppe. All diese Unterschiede sind an dieser Stelle lediglich deskriptiv und univariat dargestellt.

In der Abbildung 2 wird das unterschiedliche Ausmass von Sprachbarrieren in der Schweizer Migrationsbevölkerung nach Nationalität dargestellt. Es handelt sich hier um alle Personen mit Migrationshintergrund (unabhängig davon, ob sie wegen Covid-19 hospitalisiert waren oder nicht). Zu der Gruppe von Menschen mit einer wahrscheinlichen Sprachbarriere wurden Personen zugeordnet, die bei der Strukturerhebung angaben, dass sich unter den Hauptsprachen, die sie sprechen¹ keine Amtssprache der Schweiz befindet (in der Abbildung grau dargestellt) und zu der Gruppe mit einer wahrscheinlich starken Sprachbarriere diejenigen Personen, die zusätzlich auch kein Englisch sprechen (in der Abbildung blau dargestellt). Wir gehen davon aus, dass insbesondere bei der zweiten Gruppe eine relevante Barriere in der Kommunikation mit dem Gesundheitssystem vorliegt.

2.2 Vulnerabilität für schwere Verläufe von Covid-19-Erkrankungen in der Migrationsbevölkerung

In diesem Bericht werden vier verschiedene migrationsspezifische Variablen in Zusammenhang mit dem Hospitalisationsrisiko gebracht: Migrationshintergrund, Aufenthaltsstatus, Nationalität und Sprachbarrieren. Aus Gründen der Kollinearität müssen Migrationshintergrund, Aufenthaltsstatus und Nationalität je getrennt in einem Modell analysiert werden. Die Sprachkompetenz ist hingegen ausreichend unabhängig von den übrigen drei migrationsspezifischen Variablen, so dass diese gleichzeitig ins Modell integriert werden kann. Auf diese Weise ist es möglich, beispielsweise den Effekt von Sprachbarrieren, unabhängig vom Effekt der Nationalität, zu untersuchen. Dann wird auch untersucht, inwiefern schwere Vorerkrankungen einen Effekt auf das Hospitalisationsrisiko und als interagierende Variablen auch auf den Zusammenhang zwischen den Migrationsvariablen und dem Hospitalisationsrisiko hatten. Es ist wahrscheinlich, dass sich einige der sozialen Variablen, die in der Strukturerhebung erfasst wurden, innerhalb der Beobachtungszeit bei einem Teil der Personen verändert haben (z.B. Sprachkompetenz oder Wohnsituation). Der Effekt des Erfassungszeitpunkts der Strukturerhebung wird deshalb bei allen Modellen berücksichtigt, respektive adjustiert.

2.2.1 Migrationsvariablen und Hospitalisationsrisiko

In der folgenden Tabelle 2 wird in einer logistischen Regression analysiert, welchen Effekt der **Migrationshintergrund**, und getrennt davon, die **Sprachkompetenz** auf das Hospitalisationsrisiko hatten unter Berücksichtigung von anderen wichtigen demografischen und sozialen Variablen. Die Ergebnisse

¹ Es konnten max. drei Sprachen als Hauptsprachen angegeben werden. Theoretisch ist daher denkbar, dass eine Person mehr als drei Sprachen gut beherrscht und als vierte oder fünfte Sprache eine der Amtssprachen angeben würde.

zeigen ein deutlich erhöhtes Hospitalisationsrisiko von Schweizer:innen mit Migrationshintergrund oder Ausländer:innen der zweiten und dritten Generation (Odds Ratio: 1.44) verglichen mit der Referenzgruppe der Schweizer:innen ohne Migrationshintergrund. Etwas weniger hoch war das Risiko der Ausländer:innen der ersten Generation (Odds Ratio: 1.33). Dieses erhöhte Risiko kann nicht durch unterschiedliche Alters- oder Geschlechtsstrukturen, durch die Schulbildung, Erwerbstätigkeit oder Wohnsituation etc. erklärt werden, da diese Variablen alle im Modell integriert sind. Unabhängig vom Migrationshintergrund spielen Sprachbarrieren eine wichtige Rolle: Wer keine Amtssprache spricht und auch nicht Englisch, hatte ein deutlich erhöhtes Risiko für eine Hospitalisation wegen Covid-19 (Odds Ratio: 1.57). Es zeigt sich des Weiteren der aus der Literatur bekannte soziale Gradient in Bezug auf die Schulbildung und ein erhöhtes Risiko von Personen, die nicht erwerbstätig waren. Die Wohnsituation spielt unabhängig davon ebenfalls eine wichtige Rolle: Wer in einem Haushalt mit Kindern und Jugendlichen wohnt, in beengten Verhältnissen und in einem Haus mit vielen Parteien, hatte ein signifikant erhöhtes Risiko.

*Tabelle 2: Logistische Regression zur Erklärung des Hospitalisationsrisikos wegen Covid-19 in den Jahren 2020 bis 2021 nach **Migrationshintergrund**, **Sprachbarrieren**, **Schulbildung** und Variablen der Wohnsituation in der Schweizer Bevölkerung 20 bis 84 Jahre (N= 1'445'576); Modell adjustiert für Alter (drei Splines), Geschlecht, Erwerbstätigkeit und Erhebungsjahr SE.*

	OR	Sg.	95%CI	
			Unterer Wert	Oberer Wert
Migrationshintergrund:				
Schweizer:in ohne MH (Ref.)	1.00			
Schweizer:in mit MH und Ausländer:in höhere Generation	1.44	***	1.37	1.53
Ausländer:in der ersten Generation	1.33	***	1.25	1.41
Sprachbarrieren:				
Spricht Amtssprache oder Englisch (Ref.)	1.00			
Spricht keine Amtssprache und kein Englisch	1.57	***	1.46	1.69
Schulbildung:				
Tertiärstufe (Ref.)	1.00			
Sekundarstufe II	1.28	***	1.21	1.36
obligatorische Schule	1.81	***	1.70	1.93
Haushaltsstruktur:				
Haushalt ohne Kinder oder Jugendliche (Ref.)	1.00			
Haushalt mit Kindern oder Jugendliche	1.26	***	1.18	1.36
Beengter Wohnraum	1.29	***	1.21	1.38
Wohnt in Mehrfamilienhaus	1.20	***	1.15	1.27

Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt, welche sich mit der Frage befassen, ob **der Aufenthaltsstatus** der Migrationsbevölkerung mit dem Risiko eines schweren Covid-19-Verlaufs im Zusammenhang stand. Die Anzahl der asylsuchenden Personen (Status N) im vorliegenden Datensample ist

zu klein, um diese Bevölkerungsgruppe getrennt analysieren zu können. Die Kategorie umfasst deshalb vorläufig aufgenommene Personen (Status F) und asylsuchende Personen (Status N)².

Die Ergebnisse in Tabelle 3 zeigen, dass in der Schweiz tatsächlich ein entsprechender Effekt zu beobachten ist: Personen, die vorläufig aufgenommen wurden und Asylsuchende hatten ein deutlich erhöhtes Risiko für eine Hospitalisation wegen Covid-19 (Odds Ratio: 1.8). Auch sogenannt niedergelassene Personen, die sich also unbefristet in der Schweiz aufhalten dürfen, hatten ein erhöhtes Risiko für einen schweren Covid-19-Verlauf (Odds Ratio: 1.2). Dies gilt nicht für Personen mit Aufenthaltsrecht B, die sich befristet zu einem bestimmten Zweck in der Schweiz aufhalten dürfen. Diese Unterschiede im Hospitalisationsrisiko sind unabhängig von den übrigen Indikatoren, die im Modell berücksichtigt wurden (u. a. Alter, Geschlecht, Schulbildung, Sprachkompetenzen etc.). Auch in diesem Modell zeigt sich ein starker Effekt der Sprachkompetenz und der Schulbildung. Die Ergebnisse bezüglich der Wohnverhältnisse entsprechen ebenfalls denjenigen des Modells zum Migrationshintergrund.

*Tabelle 3: Logistische Regression zur Erklärung des Hospitalisationsrisikos wegen Covid-19 in den Jahren 2020 bis 2021 nach **Aufenthaltsstatus**, **Sprachbarrieren**, **Schulbildung** und **Variablen der Wohnsituation** in der Schweizer Bevölkerung 20 bis 84 Jahre (N=1'445'576); Modell adjustiert für Alter (drei Splines), Geschlecht, Erwerbstätigkeit und Erhebungsjahr SE*

			95%CI	
	OR	Sg.	Unterer Wert	Oberer Wert
Aufenthaltsstatus				
Schweizer Nationalität (Ref.)	1.00			
Unbefristetes Aufenthaltsrecht Status Cund L	1.19	***	1.12	1.26
Befristetes Aufenthaltsrecht, Status B	1.04	n.s.	0.93	1.16
Befristetes Aufenthaltsrecht Status Fund N	1.82	***	1.35	2.46
Sprachbarrieren:				
Spricht Amtssprache oder Englisch (Ref.)	1.00			
Spricht keine Amtssprache und kein Englisch	1.70	***	1.58	1.83
Schulbildung:				
Tertiärstufe (Ref.)	1.00			
Sekundarstufe II	1.25	***	1.18	1.33
obligatorische Schule	1.80	***	1.68	1.91
Haushaltsstruktur:				
Haushalt ohne Kinder oder Jugendliche (Ref.)	1.00			
Haushalt mit Kindern oder Jugendliche	1.28	***	1.19	1.37
Beengter Wohnraum	1.32	***	1.24	1.41
Wohnt in Mehrfamilienhaus	1.23	***	1.17	1.29

² In der Kategorie N (Asylsuchende) hat es n=2 Personen mit Spitalaufenthalt wegen Covid-19. D. h., die Fallzahl ist zu klein. In der kombinierten Kategorie N/F hat es n=47 Personen mit Spitalaufenthalt wegen Covid-19. Das statistische Kriterium von mindestens 10 Fällen pro Kategorie ist damit erfüllt.

Im letzten Modell, das für diese Studie berechnet wurde, wurde die Nationalität und wiederum die Sprachkompetenz als erklärende Migrationsvariablen einbezogen. In der Tabelle 4 sind die Ergebnisse dargestellt.

Tabelle 4: Logistische Regression zur Erklärung des Hospitalisationsrisikos wegen Covid-19 in den Jahren 2020 bis 2021 nach **Nationalität und Sprachbarrieren** in der Schweizer Bevölkerung 20 bis 84 Jahre (N=1'445'576); Modell adjustiert für Alter, Geschlecht und Erhebungsjahr SE, Schulbildung, Erwerbstätigkeit und Variablen der Wohnsituation.

	OR	Sig.	95% CI	
			Unterer Wert	Oberer Wert
Nationalität:				
Schweiz (Ref.)	1.00			
Portugal	0.53	***	0.44	0.63
Deutschland	0.69	***	0.58	0.81
Spanien	0.71	**	0.57	0.89
Übrige Länder (kleine N's)	1.04	n.s.	0.92	1.17
Frankreich	1.07	n.s.	0.89	1.30
Osteuropa	1.07	n.s.	0.87	1.32
Italien	1.29	***	1.18	1.40
Zentral- Südasien	1.35	*	1.02	1.79
Türkei	1.65	***	1.36	2.00
Bosnien und Herzegowina	1.91	***	1.51	2.40
Serbien	1.95	***	1.62	2.35
Westasien	2.10	***	1.62	2.72
Kosovo	2.39	***	2.06	2.79
Nordmazedonien	3.21	***	2.71	3.81
Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika	3.37	***	2.54	4.47
Sprachbarrieren:				
ohne Sprachbarriere (Ref.)	1.00			
mit Sprachbarriere	1.59	***	1.46	1.73

Die Ergebnisse zeigen, dass die Nationalität der Migrationsbevölkerung, auch unter Berücksichtigung von sozio-ökonomischen und demografischen Unterschieden sowie der für diese Studie erfassten Expositions-faktoren beim Wohnen und Arbeiten, einen bedeutsamen Effekt auf das Risiko hatten, schwer an Covid-19 zu erkranken. Dieses Risiko war teilweise deutlich geringer als bei der Bevölkerung mit Schweizer Nationalität wie beispielsweise bei der Migrationsbevölkerung mit portugiesischer, deutscher und spanischer Nationalität. Die portugiesische Bevölkerung hatte knapp ein halb so grosses Risiko wie die Personen mit Schweizer Nationalität. Auf der anderen Seite stehen Personen mit süd-osteuropäischer Herkunft respektive Nationalität wie Bosnien-Herzegowina, Serbien, Kosovo und Nordmazedonien, die ein deutlich erhöhtes Risiko hatten (knapp doppelt so gross bis gut dreimal so gross verglichen mit den Schweizer:innen). Ein ebenfalls deutlich erhöhtes Risiko wiesen Personen mit türkischer, westasiatischen und Subsahara-afrikanischen Nationalitäten auf.

In der folgenden Abbildung 3 wird der Effekt der Nationalität dargestellt, ausschliesslich kontrolliert für Alter, Geschlecht und Erhebungsjahr der Strukturerhebung (mit roter Farbe). Dann wird schrittweise gezeigt, welcher Anteil dieses Effekts mit dem sozio-ökonomischen Status (blaue Farbe), den Wohnverhältnissen (grüne Farbe) und schliesslich allfälligen Sprachbarrieren (violette Farbe) erklärt werden kann.

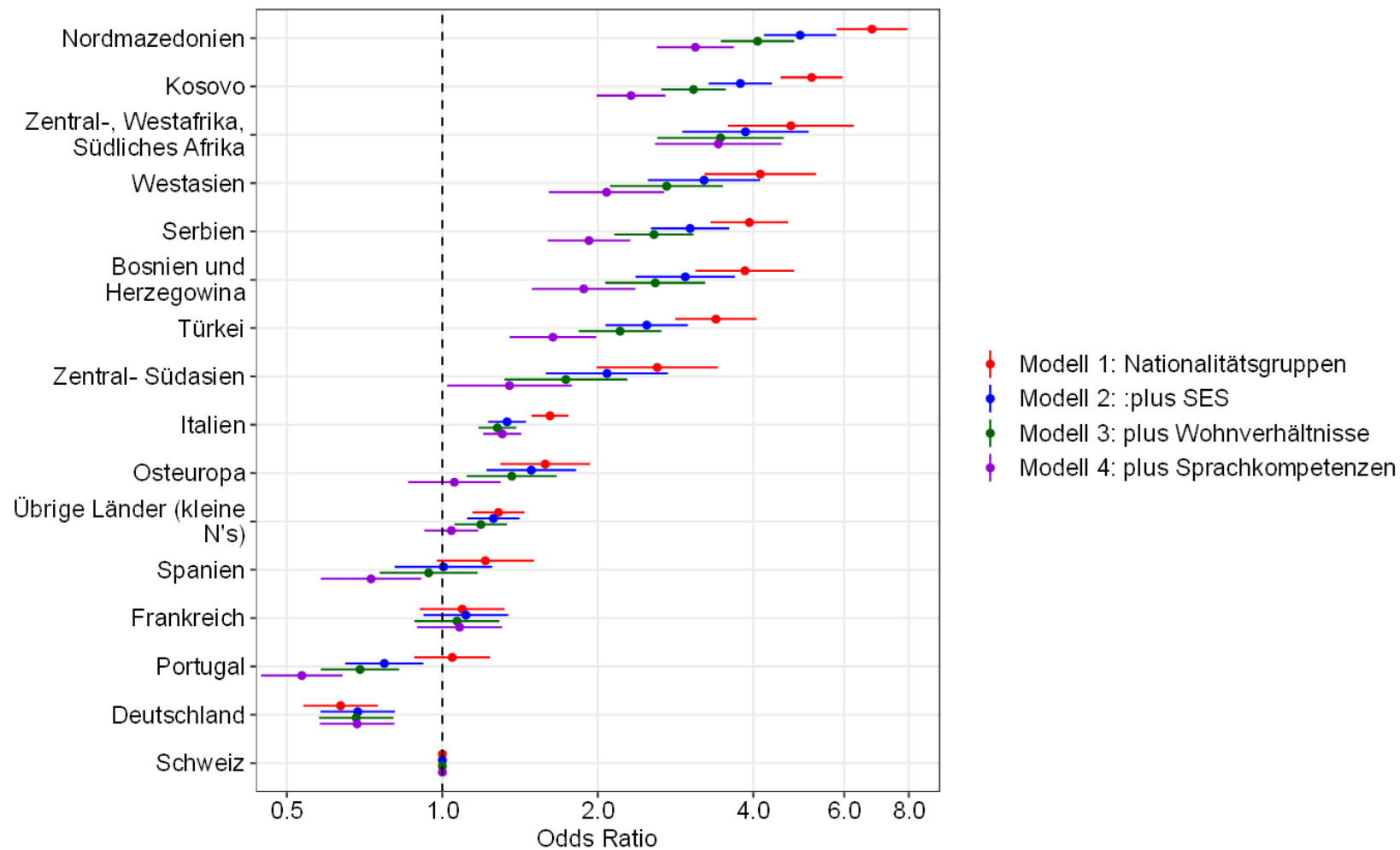


Abbildung 3: Hospitalisationsrisiken wegen Covid-19 nach Nationalitätsgruppen, sozio-ökonomischem Status (Bildung und beruflicher Status), Wohnverhältnissen und Sprachkompetenzen. Bevölkerungskohorte 20 bis 84 J. N=1'445'576. Konfidenzintervalle (95 %). Hospitalisationen wegen Covid-19 (2020 bis 2021). Modelle adjustiert für Alter, Geschlecht, Erhebungsjahr SE.

Als Lesebeispiele: Die Migrationsbevölkerung mit Nationalität Nordmazedonien hatte ein rund sieben Mal höheres Hospitalisationsrisiko wegen schweren Covid-19-Erkrankungen verglichen mit der autochthonen Bevölkerung (respektive hier der Bevölkerung mit Schweizer Nationalität), wenn ausschliesslich die Alters- und Geschlechtsverteilung im Modell kontrolliert werden. Diese grosse Differenz des Hospitalisationsrisikos reduziert sich merklich, wenn die insgesamt eher tiefe Schulbildung und der niedrigere berufliche Status der nordmazedonischen Bevölkerung, die in der Schweiz leben, berücksichtigt werden. Auch das erhöhte Expositionsrisiko durch beengte Wohnverhältnisse, die höhere Anzahl Personen pro Haushalt und die häufigere Anwesenheit von Kindern und Jugendlichen erklärt einen Teil des erhöhten Risikos. Wenn man im letzten Schritt berücksichtigt, dass diese Bevölkerungsgruppe einen hohen Anteil von Personen aufweist, die weder eine Amtssprache noch Englisch sprechen und daher in den Kommunikationsmöglichkeiten eingeschränkt sind, reduziert sich ihr Risiko auf das rund Dreifache der autochthonen Bevölkerung.

Bei der portugiesischen Bevölkerung in der Schweiz zeigt sich interessanterweise, dass sich ihr Hospitalisationsrisiko nicht von der autochthonen Bevölkerung unterschieden hat, wenn man nur die Alters- und Geschlechtsverteilung berücksichtigt. Werden in den weiteren Schritten auch ihr vergleichsweise tieferer sozio-ökonomischer Status, die weniger günstigen Wohnverhältnisse und Sprachkompetenzen in Betracht gezogen, wiesen sie ein deutlich geringeres Risiko für einen schweren Covid-19-Verlauf aus als die Bevölkerung mit Schweizer Nationalität.

Im abschliessenden Diskussionsteil des Berichts (Kapitel 4) wird die Frage aufgegriffen, wie die unterschiedlichen Risiken in Zusammenhang mit den Nationalitäten, die sich auch nach Kontrolle von verschiedenen Risikofaktoren (soziale Lage, Exposition, Sprachbarrieren etc.) im Modell 4 noch immer zeigen, erklärt werden können.

2.2.2 Die Bedeutung von schweren Vorerkrankungen

Eine Hypothese, welche in der internationalen Literatur diskutiert wurde, betrifft die Frage, ob die Migrationsbevölkerung möglicherweise deshalb ein höheres Hospitalisationsrisiko wegen Covid-19 hatte, da sie bereits vor der Pandemie stärker unter Vorerkrankungen litt, welche sie sensibler für schwere Verläufe machte.

In der vorliegenden Studie wurden Personen mit Vorerkrankungen, die nachweislich das Risiko eines schweren Verlaufs einer Covid-19-Erkrankung erhöhen wie Herz-Kreislauferkrankungen und Diabetes, auf Basis der Daten der Medizinischen Statistik, BFS, der Jahre 2015 bis 2019, erfasst. Alle Patient:innen, die in diesen fünf Jahren wegen einer der aus der Literatur bekannten relevanten Vorerkrankungen mindestens einmal hospitalisiert waren, wurden als Personen mit einer relevanten Vorerkrankung definiert. Die Logik der Selektion stützt sich u. a. auf den AOK-Bericht aus dem Jahr 2020 zu relevanten Vorerkrankungen für Covid-19 (Schröder et al., 2020), ergänzt mit Informationen aus den aktuellen Impfeempfehlungen (Herbst 2023) des BAGs und des Robert-Koch Instituts (RKI). Zu den erfassten relevanten Erkrankungen zählen bestimmte Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus, Asthma, Krebs, Lebererkrankungen, Nierenerkrankungen, bestimmte Infektionskrankheiten (z. B. HIV), ein Zustand nach einer Transplantation sowie neurologische und psychiatrische Erkrankungen. Die Liste der Diagnosen nach ICD-10-GM ist im Anhang (Tab. A6) ersichtlich.

Das bedeutet, dass ausschliesslich Erkrankungen, die zu einer stationären Behandlung geführt hatten, berücksichtigt werden konnten. Dies stellt nur einen Ausschnitt aus der für diese Fragestellung

interessierenden Realität des gesundheitlichen Geschehens dar. Einige der für schwere Covid-19-Verläufe bekannten Vorerkrankungen wie z. B. ein Herzinfarkt, werden in aller Regel zu einer stationären Behandlung führen und können deshalb hier berücksichtigt werden. Andere chronische Erkrankungen, die für die Fragestellung relevant sind (z. B. Diabetes) können in der Regel ambulant behandelt werden. Dieses Geschehen kann mit der vorliegenden Datenlage nicht berücksichtigt werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass mit der vorliegenden Methodik die schweren Verläufe relevanter Vorerkrankungen mehrheitlich erfasst werden, die leichteren Verläufe hingegen nicht.

Von den rund 1,9 Millionen Behandlungs-Records der Medizinischen Statistik der Jahre 2015 bis 2019 wurden 470'671 Hospitalisationen mit einer Hauptdiagnose selektiert (19,5 %), die eine relevante Vorerkrankung für schwere Covid-19-Verläufe darstellen. In der Bevölkerungskohorte dieser Studie betrifft das 111'185 Personen (7,1 %) von den erfassten 1,4 Millionen Personen.

In der folgenden Abbildung 4 wird dargestellt, wie häufig eine solche für schwere Covid-19-Verläufe relevante Vorerkrankung in unserem Sample nach Alter und Geschlecht identifiziert wurde. Es ist die erwartete starke Zunahme nach Alter zu beobachten sowie eine häufigere Verbreitung bei Männern.

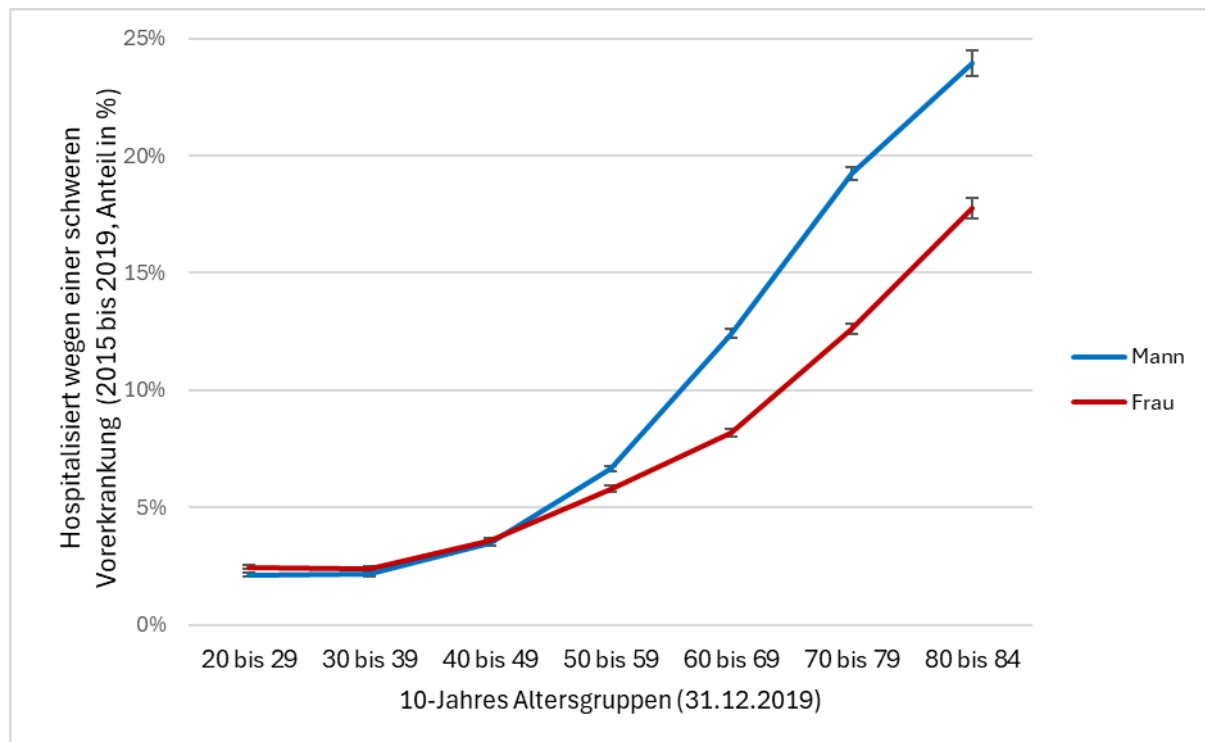


Abbildung 4: Häufigkeit von schweren Vorerkrankung nach Alter und Geschlecht (Anteil in % mit 95 % Konfidenzintervallen). Bevölkerungskohorte, 20 bis 84 Jahre, N=1'445'576

Die Ergebnisse der multivariaten Analyse des Effekts der Vorerkrankungen auf das Hospitalisationsrisiko wegen Covid-19 können der Tabelle A4 im Anhang entnommen werden. Personen, die in den Jahren 2015 bis 2019 mindestens einmal wegen einer Vorerkrankung mit erhöhtem Risiko für einen schweren Covid-19-Verlauf hospitalisiert waren, haben ein 3.4 Mal höheres Covid-19-Hospitalisierungsrisiko im Vergleich zu Personen, die nie wegen einer solchen Vorerkrankung hospitalisiert waren (OR crude 3.41, Modell nur für das Erhebungsjahr kontrolliert). Wird das Modell zusätzlich für Alter, Geschlecht und Schulbildung kontrolliert, reduziert sich das Risiko der Vorerkrankungen weiter auf den

Faktor 1.88. Bei Einbezug der weiteren Variablen (Migrationsfaktoren, Wohnvariablen und Sprachkompetenzen) ändert sich die OR nicht mehr.

In der folgenden Abbildung 5 werden die Ergebnisse des Logistischen Modells zur Erklärung des Hospitalisationsrisikos einmal ohne Berücksichtigung der relevanten Vorerkrankungen (Modell 4) und einmal mit Berücksichtigung der Vorerkrankungen (Modell 5) nach Nationalität der Bevölkerung dargestellt. Wie man erkennen kann, ändern sich die relativen Risiken (OR) kaum unter Einbezug der Vorerkrankungen. Auch für die weiteren im Modell integrierten Prädiktoren (Geschlecht, Exposition) ergeben sich durch den Einbezug der Vorerkrankung keine relevanten Änderungen der Koeffizienten im Modell. Eine Ausnahme betrifft das Alter: Der Alterseffekt wird durch den Einbezug der schweren Vorerkrankungen verringert.

Dies bedeutet, dass das Ausmass von vorhandenen schweren Vorerkrankungen, wie sie in dieser Studie erfasst werden konnten, den Zusammenhang zwischen Hospitalisationsrisiken und Nationalität nicht beeinflusst. Diese Aussage trifft auf alle untersuchten Migrationsvariablen zu. Der Zusammenhang zwischen Hospitalisationsrisiko und Migrationshintergrund oder Aufenthaltsstatus oder Nationalität ist also unabhängig von den vorbestehenden relevanten Erkrankungen. Mit anderen Worten: das erhöhte Hospitalisationsrisiko bestimmter Gruppen der Migrationsbevölkerung kann nicht dadurch erklärt werden, dass diese bereits vor der Pandemie in stärkerem Ausmass an Vorerkrankungen wie z. B. Diabetes oder COPD gelitten haben. Wie bereits erwähnt, betrifft diese Aussage lediglich die schweren Vorerkrankungen, die zu einer Hospitalisation führten, nicht aber leichtere Verläufe, die ambulant oder gar nicht behandelt wurden.

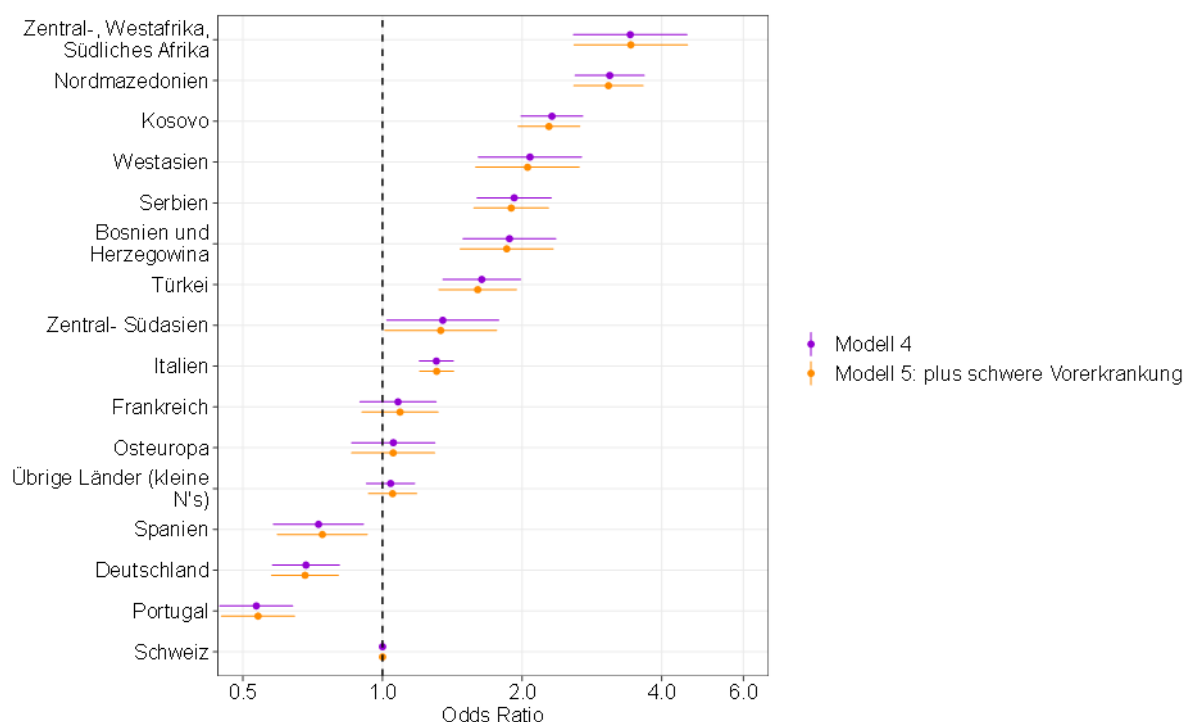


Abbildung 5. Hospitalisationsrisiken wegen Covid-19 nach Nationalitätsgruppen, sozio-ökonomischem Status (Bildung und beruflicher Status), Wohnverhältnisse, Sprachkompetenzen und schwere Vorerkrankungen. Bevölkerungskohorte 20 bis 84 Jahre. N=1'445'576. Konfidenzintervalle (95 %). Hospitalisationen wegen Covid-19 (2020 bis 2021). Modelle adjustiert für Alter, Geschlecht, Erhebungsjahr SE.

2.3 Soziale Lage und Exposition der Migrationsbevölkerung

Wie im Kapitel 2.2.1 dargestellt, war das Risiko einer Hospitalisation wegen eines schweren Covid-19-Verlaufs für sozial benachteiligte Personen in der Schweiz signifikant erhöht. Es stellt sich deshalb die Frage, ob die Migrationsbevölkerung, resp. Teile der Migrationsbevölkerung stärker benachteiligt sind in Bezug auf ihre soziale Lage und damit zusammenhängend auch in wichtigen Expositionsrisiken in Zusammenhang mit dem Wohnen und der Arbeit. In diesem Kapitel werden die deskriptiven Zusammenhänge zwischen den Migrationsvariablen auf der einen Seite und sozio-ökonomischem Status und Expositionsrisiko beim Wohnen und Arbeiten auf der anderen Seite vorgestellt.

2.3.1 Migrationsvariablen und sozio-ökonomischer Status

Tabelle 5: Migrationshintergrund und sozio-ökonomischer Status: Anteil in Prozent; Bevölkerungskohorte 20 bis 84 Jahre, N=1'445'576

	Ausl. erste Generation in %	Schweizer:in mit MH oder Ausl. höhere Ge- neration in %	Schweizer:in ohne Migra- tionshinter- grund in %
Schulbildung			
Ohne nachobligatorische Ausbildung	33.3	19.1	11.8
Sekundarstufe II	28.3	45.1	52.8
Tertiärstufe	38.4	35.8	35.4
Total	100.0	100.0	100.0
Sozio-professionelle Kategorie			
Oberes Management, freie und akademische Berufe	23.5	21.2	21.5
Intermediäre Berufe	17.0	18.1	18.2
Qualifizierte nichtmanuelle Berufe	7.5	14.6	14.2
Qualifizierte manuelle Berufe	5.5	4.5	4.9
Ungelernte Angestellte und Arbeiter:innen	11.6	5.4	1.7
Lehrlinge	0.4	0.6	0.4
Nicht zuteilbare Erwerbstätige	2.1	1.5	1.2
Erwerbslose	6.1	4.2	1.9
Nichterwerbspersonen in Aus- / Weiterbildung	1.7	2.6	2.4
Nichterwerbspersonen im Ruhestand	12.2	17.6	27.2
Invalide Nichterwerbspersonen	2.2	2.8	1.7
Nichterwerbstätige Hausfrauen/-männer	7.1	4.8	3.2
Andere Nichterwerbspersonen	3.0	2.0	1.3
Total	100.0	100.0	100.0

Bei der Bevölkerungsgruppe mit ausländischer Nationalität der ersten Einwanderungsgeneration fällt der hohe Anteil an Personen auf, die lediglich über eine obligatorische Schulbildung verfügen und der ebenfalls sehr hohe Anteil an Personen, die als Ungelernte erwerbstätig sind. Als Kontrast dazu findet sich in derselben Bevölkerungsgruppe der höchste Anteil mit einem tertiären Bildungsabschluss und mit denjenigen Erwerbstätigen, die in der obersten sozio-professionellen Kategorie tätig sind. Dies zeigt die hohe Heterogenität innerhalb dieser Migrationsgruppe. Die Schweizer:innen mit Migrationshintergrund und die Ausländer:innen, die in der Schweiz geboren sind, sind als Gruppe weniger heterogen. Insgesamt haben sie einen etwas geringeren Status als die Schweizer:innen ohne Migrationshintergrund (höherer Anteil an Personen ohne nachobligatorische Schulbildung, in ungelernter Tätigkeit und Erwerbslose).

Tabelle 6: Aufenthaltsstatus und sozio-ökonomischer Status; Bevölkerungskohorte 20 bis 84 Jahre, N=1'445'576

	Aufenthalter:innen (B)	Asylsuchende (N) und vorläufig Aufgenommene (F)	Niedergelassene (C) und Kurzaufenthalter (L)	Personen mit Schweizer Pass
Schulbildung				
Ohne nachobligatorische Ausbildung	24.8	64.8	34.6	13.3
Sekundarstufe II	25.9	22.9	33.3	50.8
Tertiärstufe	49.3	12.4	32.1	35.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Sozio-professionelle Kategorie				
Oberes Management, freie und akademische Berufe	27.8	3.6	21.0	21.6
Intermediäre Berufe	18.9	6.5	16.9	18.1
Qualifizierte nichtmanuelle Berufe	7.2	4.2	9.7	14.1
Qualifizierte manuelle Berufe	5.6	2.0	5.9	4.7
Ungelernte Angestellte und Arbeiter:innen	9.7	12.2	11.6	2.5
Lehrlinge	0.9	4.2	0.4	0.4
Nicht zuteilbare Erwerbstätige	2.4	3.1	1.9	1.3
Erwerbslose	8.5	15.5	4.9	2.3
Nichterwerbspersonen in Aus- / Weiterbildung	3.4	8.2	1.4	2.4
Nichterwerbspersonen im Ruhestand	2.2	3.7	15.6	25.7
Invalide Nichterwerbspersonen	0.7	2.1	3.0	1.9
Nichterwerbstätige Hausfrauen/-männer	9.1	16.5	5.5	3.6
Andere Nichterwerbspersonen	3.6	18.3	2.4	1.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

In der Tabelle 6 zeigt sich die stark ausgeprägte soziale Heterogenität der Migrationsbevölkerung nach Aufenthaltsstatus. Den höchsten sozio-ökonomischen Status haben die Personen mit befristetem Aufenthaltsrecht mit Ausweis B, von denen die Hälfte einen Schulabschluss auf Tertiärstufe aufweist und

auch ein sehr hoher Anteil im obersten Management oder in freien und akademischen Berufen in der Schweiz arbeitet. Die niedergelassene Migrationsbevölkerung mit unbefristetem Aufenthaltsrecht (Ausweis C) hat im Schnitt einen deutlich tieferen sozio-ökonomischen Status. Den niedrigsten sozio-ökonomischen Status weisen diejenigen Personen auf, die sich als Asylsuchende oder vorläufig Aufgenommen in der Schweiz aufhalten. Mehr als ein Viertel der Schweizer:innen in diesem Sample befinden sich im Ruhestand. Dieser Anteil ist bei der Bevölkerung ohne Schweizer Nationalität deutlich tiefer.

Tabelle 7: Sprachbarrieren und sozio-ökonomischer Status; Bevölkerungskohorte 20 bis 84 Jahre, N=1'445'576

Schulbildung	Sprachbarriere	
	mit	ohne
Ohne nachobligatorische Ausbildung	50.8	14.6
Sekundarstufe II	25.7	48.2
Tertiärstufe	23.5	37.2
Total	100.0	100.0
Sozio-professionelle Kategorie		
Oberes Management, freie und akademische Berufe	12.6	22.6
Intermediäre Berufe	13.1	18.4
Qualifizierte nichtmanuelle Berufe	6.9	13.4
Qualifizierte manuelle Berufe	6.7	4.8
Ungelernte Angestellte und Arbeiter:innen	20.0	3.1
Lehrlinge	0.4	0.5
Nicht zuteilbare Erwerbstätige	2.5	1.3
Erwerbslose	6.6	2.9
Nichterwerbspersonen in Aus- / Weiterbildung	1.3	2.4
Nichterwerbspersonen im Ruhestand	10.7	23.5
Invalide Nichterwerbspersonen	3.7	1.9
Nichterwerbstätige Hausfrauen/-männer	11.4	3.7
Andere Nichterwerbspersonen	4.2	1.5
Total	100.0	100.0

Die Unterscheidung der Bevölkerung in Personen mit Sprachbarriere (Person spricht keine der Amtssprachen und auch kein Englisch) und übrige Personen zeigt erwartungsgemäss einen deutlichen Zusammenhang mit dem sozialen Status. Dies betrifft die Schulbildung: Bei 51 Prozent in dieser Gruppe fehlt eine nachobligatorische Ausbildung versus 15 Prozent in der Vergleichsgruppe. Es betrifft auch die sozio-professionelle Kategorie: 20 Prozent arbeiten in der Schweiz als ungelernte Angestellte versus drei Prozent bei der Vergleichsgruppe. Auch der Anteil der Erwerbslosen wie auch der nichterwerbstätigen Hausfrauen und -männer ist deutlich höher.

2.3.2 Expositionsrisiken nach Nationalität

Im folgenden Unterkapitel wird dargestellt, wie sich die Expositionsrisiken beim Wohnen und bei der Arbeit (berufsbezogene Möglichkeit zum Home-Office) auf die verschiedenen Nationalitätsgruppen in der Schweiz verteilen.

In der folgenden Abbildung 6 sind die Anteile der Bevölkerung dargestellt, welche in beengten Wohnverhältnissen leben. Dies bedeutet, dass die Bewohner:innen eines Haushalts kein Zimmer für sich selbst beanspruchen können, wenn man eines der Zimmer als gemeinsamen Wohnraum nutzt³.

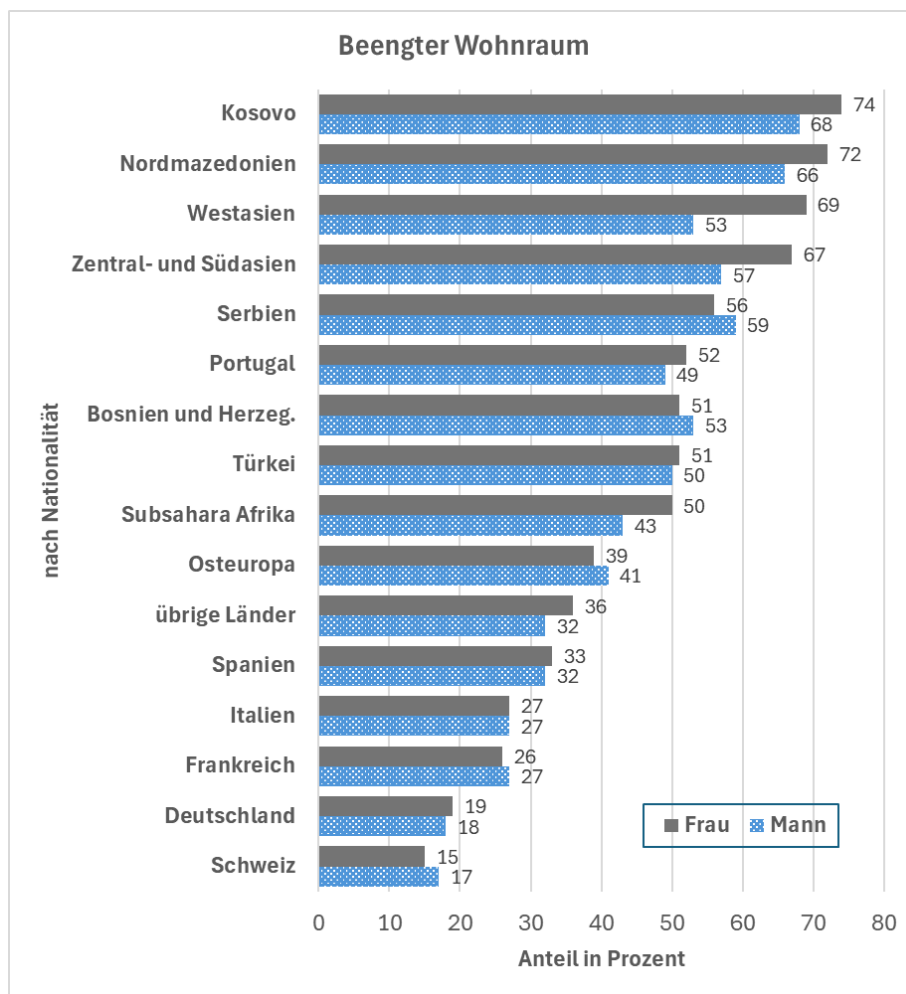


Abbildung 6: Anteil der Personen, die in einem beengten Wohnraum wohnen, getrennt nach Nationalitätsgruppen und Geschlecht. N=1'445'576. Bevölkerungskohorte 20 bis 84 Jahre.

Die Ergebnisse in Bezug auf die Expositionsvariable «beengte Wohnverhältnisse» (Abbildung 6) zeigen, dass es dabei sehr grosse Ungleichheiten gibt. So beträgt der Anteil bei den Frauen mit kosovarischer Nationalität, die in einem Haushalt mit beengten Verhältnissen wohnen, 74 Prozent, bei den Männern gleicher Nationalität 68 Prozent. Bei der Bevölkerung mit Schweizer Nationalität ist dieser Anteil ungleich tiefer mit 17 Prozent bei den Frauen und 15 Prozent bei den Männern.

Auch in Bezug auf das Expositionsrisiko, ob man in einem Haushalt mit Kindern und Jugendlichen lebt, zeigen sich grosse soziale Ungleichheiten sowohl in Bezug auf die Nationalität der Personen wie auch ihr Geschlecht. Frauen leben in sehr vielen der dargestellten Migrationsgruppen deutlich häufiger mit Kindern und Jugendlichen zusammen als Männer (vgl. Abbildung 7).

³ Definition beengte Wohnverhältnisse: Anzahl Zimmer pro Haushalt – 1 / Anzahl Personen pro Haushalt < 1

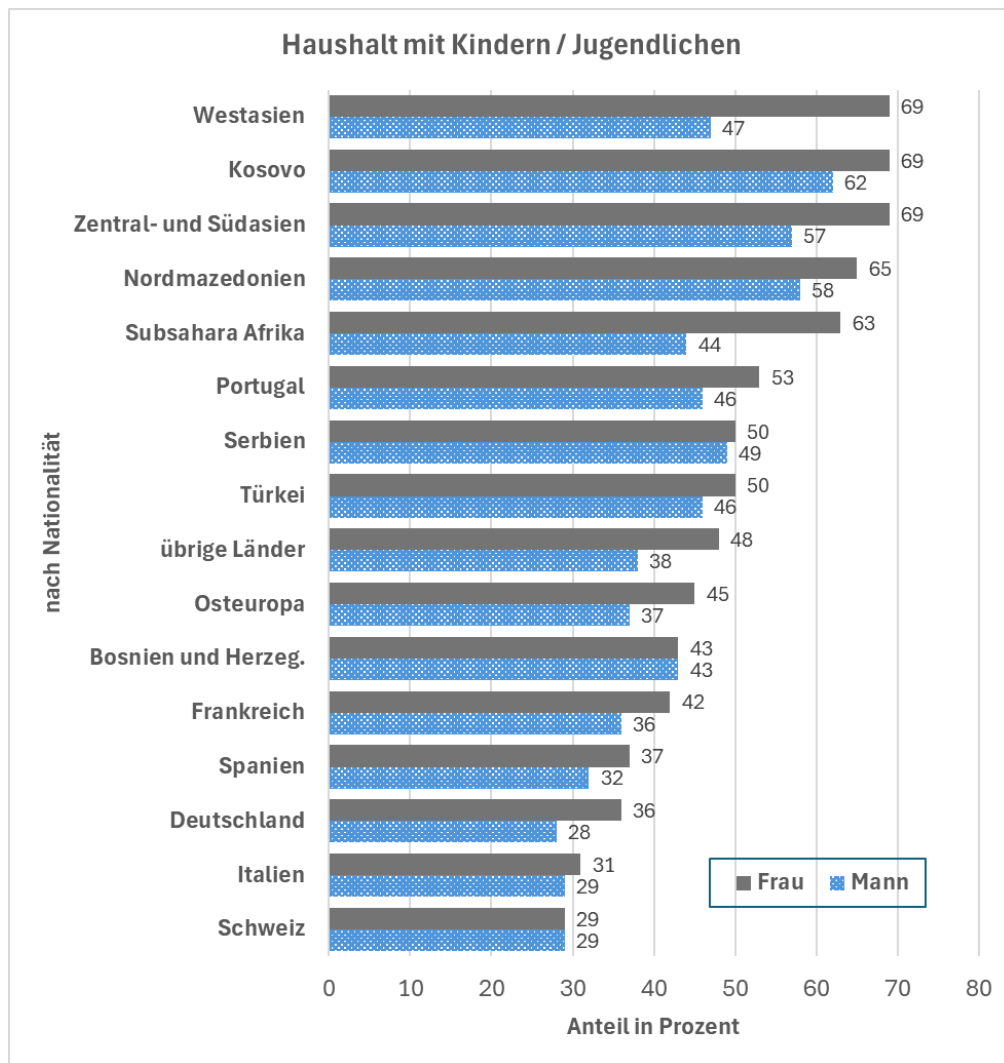


Abbildung 7: Anteil der Personen, die in einem Haushalt mit Kindern oder Jugendlichen (0 bis 19 Jahre) wohnen, getrennt nach Nationalitätsgruppen und Geschlecht. N=1'445'576. Bevölkerungskohorte 20 bis 84 Jahre.

Als letztes wird dargestellt, wie hoch der Anteil der erwerbstätigen Migrationsbevölkerung ist, die einen Beruf ausüben, der sich für Home-Office eignet oder nicht. Um dies zu analysieren, wurden die Berufe in Gruppen eingeteilt, bei denen mit grosser Wahrscheinlichkeit kein Home-Office möglich ist (z. B. Reinigungsberufe, handwerkliche Berufe und Gesundheitsberufe) und solche, bei denen dies wahrscheinlich möglich ist (z. B. Büroberufe (ohne Kundenkontakt), wissenschaftliche Berufe, juristische Berufe). Nicht erwerbstätige Personen und Personen in Berufen, deren Zuordnung in die zwei

Kategorien (Home-Office geeignet oder nicht) unklar ist, wurden ausgeschlossen. Die Stichprobe ist deshalb auf 852'539 Personen reduziert.

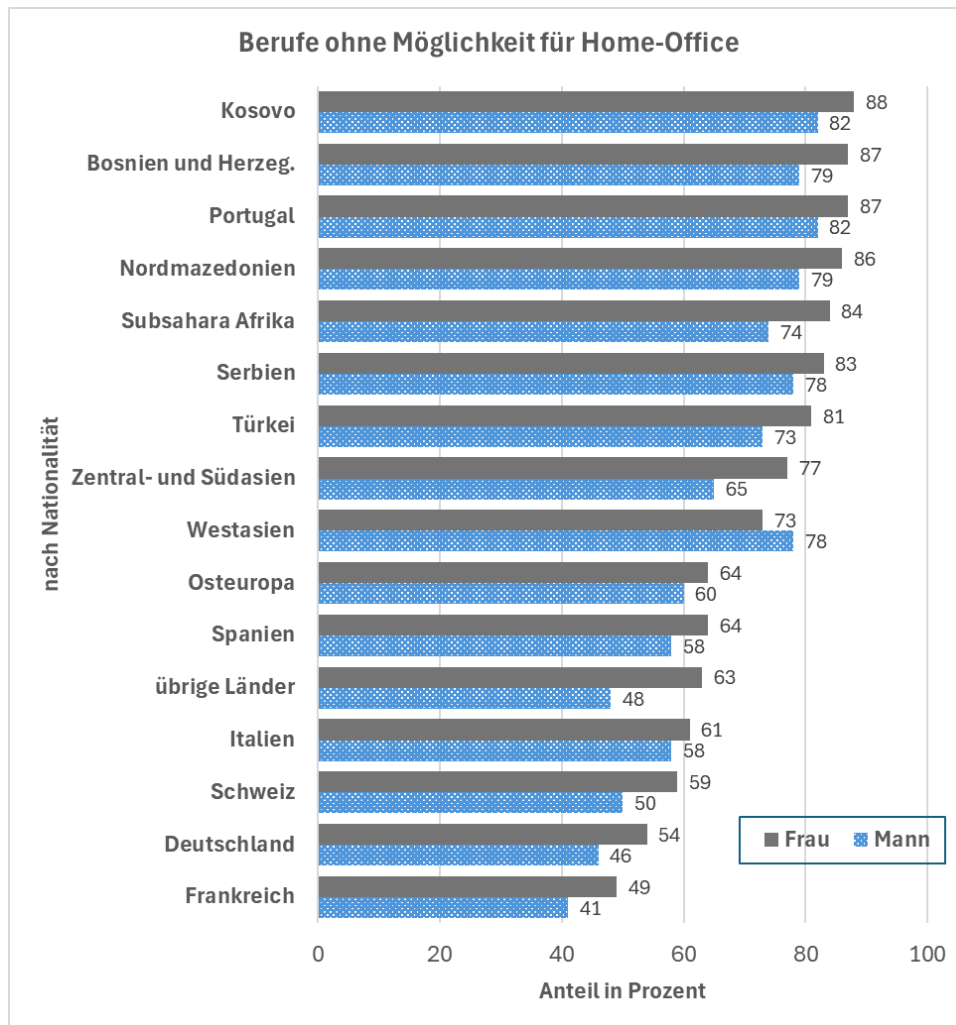


Abbildung 8: Anteil der erwerbstätigen Personen **ohne** Möglichkeit für Home-Office. n=852'539. Working Population: erwerbstätige Personen zwischen 20 bis 64 Jahren (ohne Personen in nicht zuordenbaren Berufen und in Kulturberufen)

Ein Lesebeispiel: Während bei den erwerbstätigen Personen mit kosovarischer Nationalität die grosse Mehrheit einer Tätigkeit nachgeht, die vor Ort (also nicht im Home-Office) verübt werden muss (88 Prozent der Kosovarinnen und 82 Prozent der Kosovaren), beträgt dieser Anteil bei den Französischen und Franzosen lediglich 49 Prozent respektive 41 Prozent.

Wie man in Abbildung 8 erkennen kann, gibt es sehr grosse Unterschiede im beruflichen Expositionsrisiko während der Pandemie und in den Lockdown-Phasen, je nach Nationalität der Migrationsbevölkerung in der Schweiz. Migrantinnen und Migranten aus Frankreich und Deutschland arbeiten mehrheitlich in Berufen, die während den Lockdown-Phasen im Home-Office ausgeübt werden konnten. Bei den Migrantinnen und Migranten aus dem Kosovo, Bosnien Herzegowina, Portugal und Nordmazedonien war dieser Anteil ungleich tiefer und damit das Ansteckungsrisiko bei der Berufsausübung ungleich höher.

2.4 Kumulation von Risiken, intersektionale Zusammenhänge

Soziale Benachteiligung insgesamt kann einerseits als Summe von einzelnen Faktoren der sozialen Lage verstanden werden oder aber, wie in der Theorie der Intersektionalität postuliert, als ein ineinandergreifendes System von Privilegien oder Diskriminierung, wobei die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kombination von sozialen Kategorien eine je einmalige soziale Identität ergibt. Diese intersektionale Identität kann sich auch in spezifischen Chancen und Risiken in Bezug auf die Gesundheit ausdrücken, die mehr als nur die Summe der Nachteile oder Vorteile der einzelnen Kategorien darstellt. Der Ursprung dieses theoretischen Ansatzes liegt in der Beobachtung, dass People of Color in den USA weniger Lohn für vergleichbare Erwerbsarbeit erhalten als die Weisse Bevölkerung und Frauen weniger Lohn als Männer, dass aber Schwarze Frauen in den USA in Bezug auf den Lohn stärker diskriminiert werden als nur die Summe dieser beiden Faktoren. Die Intersektion von «weiblich» und «Schwarz» bildet damit eine spezifische Identität, welche besonders starker Diskrimination ausgesetzt ist (Heard et al., 2020). In diesem Unterkapitel soll beispielhaft untersucht werden, ob die intersektionale Perspektive in Zusammenhang mit dem Hospitalisationsrisiko wegen Covid-19 zusätzliche Erkenntnisse bietet.

Die Datenstruktur, die zur Analyse dieser Frage benutzt wird, ist hierarchisch geordnet, wobei auf der Ebene 1 die individuellen Eigenschaften der Personen berücksichtigt werden und auf der Ebene 2 die Zugehörigkeit zu einer bestimmten intersektionalen Gruppe. Mit dieser Vorgehensweise wird untersucht, ob die Zugehörigkeit zu bestimmten intersektionalen Gruppen (Beispiel: älterer Mann mit tiefer Schulbildung, ausländischer Nationalität und geringen Sprachkompetenzen) ein grösseres Risiko für einen schweren Covid-19-Verlauf darstellt als die Summe der einzelnen Risikofaktoren, welche diese Person aufweist (höheres Alter plus tiefe Schulbildung plus ausländische Nationalität etc.). Um die hierarchische Struktur der Daten zu berücksichtigen, wird ein Multilevel Modelling Verfahren eingesetzt (Goldstein, 2011; Leeuw et al., 2008). Dabei wird für die hier bearbeitete Fragestellung die Gesamtvarianz aufgeteilt in die Varianz, welche durch individuelle Eigenschaften erklärt wird (z. B. Alter, Geschlecht) und in die Varianz, welche darüber hinaus durch intersektionale soziale Merkmale erklärt wird, also die Zugehörigkeit zu einer intersektionalen Identität oder Gruppe (Li & Spini, 2022).

«Intersectional group memberships relate to the cognitive, affective, and attitudinal aspects of social identities, and reveal the multiple advantage or disadvantages experienced by individuals sharing intersectional group memberships» (Li & Spini, 2022, S. 3)

Für die Analysen in diesem Bericht wurde MLwiN, Version 3.01, ©Centre of Multilevel Modelling, University of Bristol, UK verwendet.

Auf Basis der Ergebnisse zu den wichtigsten Risikofaktoren wurden folgende Charakteristika benutzt, um intersektionale Gruppen zu definieren: Geschlecht, Alter, Schulbildung, Aufenthaltsstatus in der Schweiz und Sprachbarrieren. Eine Sprachbarriere liegt in dieser Analyse vor, wenn die Teilnehmenden in der Strukturhebung (SE) angaben, dass sie keine der Amtssprachen und kein Englisch als eine ihrer Hauptsprachen bezeichnen. Werden diese Eigenschaften zu intersektionalen Gruppen kombiniert, ergeben sich insgesamt 108 Gruppen. Diese Gruppen wurden als Ebene 2 (N=108) in der Multilevel Analyse verwendet, Ebene 1 stellen die einzelnen Individuen dar (N=1'437'255).

In dieser Analyse stellen sich primär drei Fragen:

1. Unterscheiden sich die intersektionalen Gruppen im Nullmodell signifikant voneinander oder anders formuliert; können diese Gruppen einen signifikanten Beitrag zur Erklärung des Hospitalisationsrisikos in der Schweizer Bevölkerung erklären?
2. Falls ja: Welches sind die Gruppen in der vulnerabelsten Lage respektive mit dem höchsten Risiko?
3. Die letzte Frage betrifft die Intersektionalitätsthese als solche: Wenn man die Risikofaktoren als Prädiktoren im Modell berücksichtigt (z. B. Alter, Sprachbarrieren etc.), zeigen sich darüber hinaus einzelne Gruppen, bei denen die Zugehörigkeit zu dieser spezifischen Gruppe ein besonders hohes Risiko bedeutet, das über die Summe der einzelnen Faktoren hinausgeht?

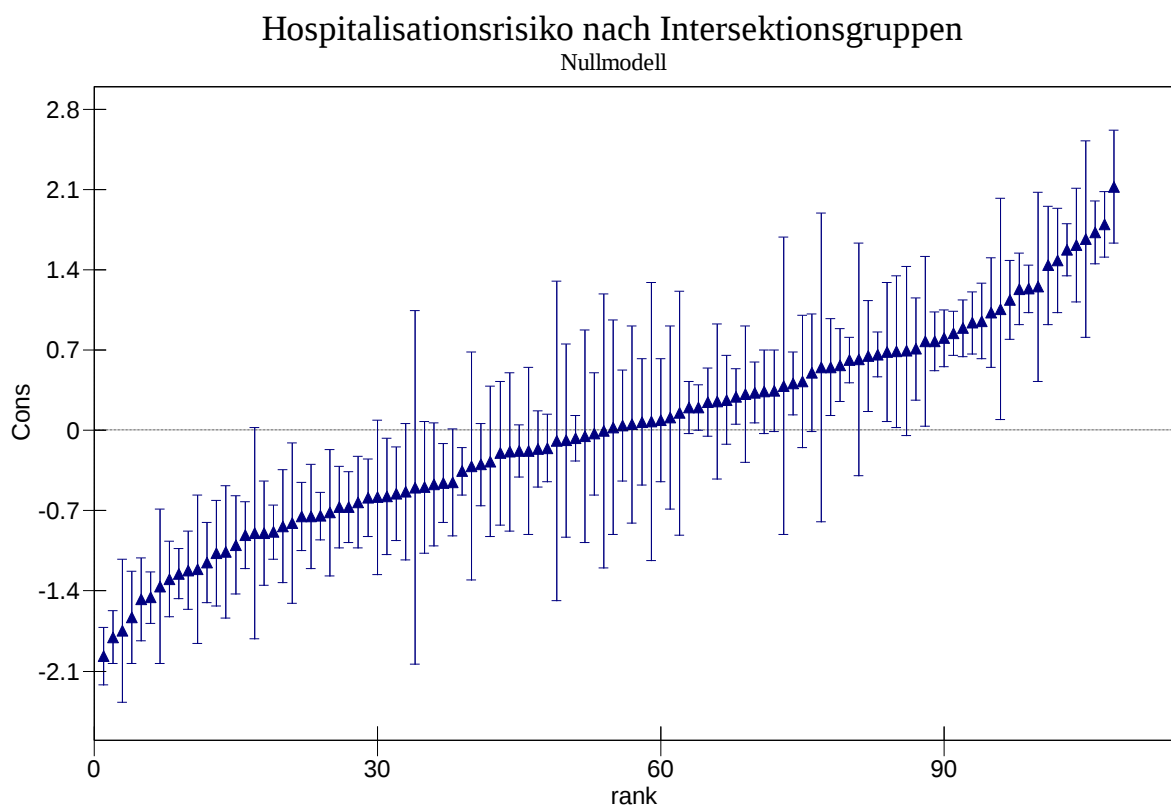


Abbildung 9: Multilevel Analyse Intersektionalität des Hospitalisationsrisikos wegen Covid-19 2020 bis 2021, Nullmodell: Residualwerte auf Ebene 2 mit 95 %-Vertrauensintervall (Ebene 1: N=1'437'255; Ebene 2: N=108)

	Nullmodell		Modell B				Modell C				Modell D			
	B	S.E.	B	S.E.	OR	Sign.	B	S.E.	OR	Sign.	B	S.E.	OR	Sign.
Fixed Part Level 1														
Intercept	137.28	10.21	138.88	10.33			137.22	10.32			137.64	10.30		
<i>Altersgruppen:</i>														
20-29 J. (Ref.)					1.00				1.00				1.00	
30 bis 49 J.			1.09	0.08	2.97	***	1.10	0.08	3.00	***	1.09	0.08	2.97	***
50 bis 65 J.			2.00	0.15	7.40	***	2.01	0.12	7.46	***	1.98	0.09	7.27	***
66 bis 79 J.			2.69	0.15	14.75	***	2.68	0.12	14.63	***	2.69	0.10	14.78	***
80 bis 85 J.			3.34	0.15	28.16	***	3.33	0.13	27.88	***	3.34	0.10	28.22	***
<i>Geschlecht:</i>														
Frauen (Ref.)					1.00				1.00				1.00	
Männer			0.40	0.11	1.50	***	0.43	0.08	1.53	***	0.44	0.05	1.55	***
<i>Schulbildung:</i>														
Tertiärstufe (Ref.)									1.00				1.00	
Sekundarstufe II							0.46	0.10	1.58	***	0.38	0.06	1.46	***
obligatorische Schule							0.92	0.10	2.51	***	0.78	0.06	2.19	***
<i>Aufenthaltsstatus:</i>														
Nationalität CH (Ref.)													1.00	
Ausl.: unbefristeter Aufenthalt											0.13	0.05	1.14	*
Ausl.: befristeter Aufenthalt											0.01	0.07	1.01	
<i>Sprachbarriere:</i>														
nein (Ref.)													1.00	
ja											0.59	0.05	1.79	***
Random Part														
Varianz level 2	0.855	0.127	0.243	0.041			0.112	0.022			0.027	0.007		
ICC	20.6%		6.9%				3.3%				0.8%			
Chi square	45.25		35.22				27.01				14.12			
df	1		1				1				1			
p	0.000		0.000				0.000				0.000			

Tabelle 8: Multilevel Analyse der Intersektionalität des Hospitalisationsrisiko: Gruppen gebildet mit Alter, Geschlecht, Schulbildung, Aufenthaltsstatus und Sprachbarriere (ja / nein); Ebene 1 (N= 1'437'255 Individuen); Ebene 2 (N=108 Gruppen); Schätzmethode IGLS (PQL, 2. Ordnung)

In der Tabelle 8 sind die Ergebnisse der verschiedenen gerechneten Modelle aufgeführt. Im Nullmodell wurde getestet, ob sich die intersektionalen Gruppen signifikant in ihrem Risiko zur Hospitalisierung unterscheiden. Es zeigt sich ein sehr hoher Varianzanteil auf der Ebene 2 (ICC) mit einem Anteil von 20.6 Prozent an der Gesamtvarianz (Chi square=45.23 (df=1); p=.000).

Die erste Frage kann damit mit ja beantwortet werden; die gebildeten Gruppen unterscheiden sich stark in Bezug auf das Hospitalisationsrisiko in der Schweizer Bevölkerung. Dies ist auch aus der Abbildung 9 ersichtlich, in der die Residualwerte der Gruppen mit ihrem Konfidenzintervall gemäss dem Nullmodell dargestellt sind. In der folgenden Tabelle 9 sind diejenigen zehn intersektionalen Gruppen aufgeführt, die in den Jahren 2020 und 2021 das höchste Risiko aufwiesen wegen einer schweren Covid-19-Erkrankung hospitalisiert zu werden.

Tabelle 9: Zehn intersektionale Gruppen mit dem höchsten Risiko einer Hospitalisierung wegen Covid-19 2020 bis 2021

Rang	Eigenschaften
1	Frau über 65 J., oblig. Schulbildung, ausl. Nationalität, befristeter Aufenthalt, Sprachbarriere ja
2	Mann über 65 J., oblig. Schulbildung, ausl. Nationalität, unbefristeter Aufenthalt, Sprachbarriere ja
3	Frau über 65 J., oblig. Schulbildung, ausl. Nationalität, unbefristeter Aufenthalt, Sprachbarriere ja
4	Mann über 65 J., oblig. Schulbildung, ausl. Nationalität, befristeter Aufenthalt, Sprachbarriere ja
5	Mann über 65 J., Sekundarstufe, Schweizer Nationalität, Sprachbarriere ja
6	Mann über 65 J., oblig. Schulbildung, ausl. Nationalität, befristeter Aufenthalt, Sprachbarriere nein
7	Mann über 65 J., Sekundarstufe, ausl. Nationalität, unbefristeter Aufenthalt, Sprachbarriere ja
8	Mann über 65 J., oblig. Schulbildung, Schweizer Nationalität, Sprachbarriere ja
9	Frau über 65 J., oblig. Schulbildung, ausl. Nationalität, befristeter Aufenthalt, Sprachbarriere nein
10	Mann über 65 J., oblig. Schulbildung, Schweizer Nationalität, Sprachbarriere nein

Es handelt sich ausschliesslich um ältere Personen über 65 Jahre mit mehrheitlich tiefer Schulbildung ohne nachobligatorische Ausbildung. Mit Ausnahme einer einzigen Gruppe handelt es sich um Menschen, die nicht über die Schweizer Nationalität verfügen und die sich teils befristet, teils unbefristet in der Schweiz aufhalten. Fast alle diese Gruppen mit dem höchsten Risiko sind durch mangelnde Sprachkompetenzen eingeschränkt in ihren Kommunikationsmöglichkeiten und in der Zugänglichkeit zu Informationen. Die Ausnahme in Bezug auf die Nationalität betrifft eine Gruppe von älteren Männern, die trotz Schweizer Nationalität ebenfalls in ihrer Sprachkompetenz eingeschränkt sind.

Als Kontrast dazu finden sich in der folgenden Tabelle diejenigen Bevölkerungsgruppen mit dem tiefsten Hospitalisationsrisiko. Es handelt sich mehrheitlich um jüngere Frauen zwischen 20 und 49 Jahren mit hoher Schulbildung auf Tertiärstufe. Interessanterweise scheint für diese Gruppe weder eine ausländische Nationalität mit befristetem Aufenthalt noch eine eingeschränkte Sprachkompetenz zwingend ein Handicap darzustellen. Auch jüngere Männer mit hoher Schulbildung mit und ohne Schweizer Nationalität finden sich bei den Bevölkerungsgruppen mit dem tiefsten Risiko.

Tabelle 10: Zehn intersektionale Gruppen mit dem tiefsten Risiko einer Hospitalisierung wegen Covid-19 2020 bis 2021

Rang	Eigenschaften
1	Frau, 20-49 J., Tertiärstufe, CH, Sprachbarriere nein
2	Frau, 20-49 J., Sekundarstufe, CH, Sprachbarriere nein
3	Frau, 20-49 J., Tertiärstufe, Non-CH befristeter Aufenthalt, Sprachbarriere ja
4	Frau, 20-49 J., Tertiärstufe, Non-CH befristeter Aufenthalt, Sprachbarriere nein
5	Frau, 20-49 J., Tertiärstufe, Non-CH unbefristeter Aufenthalt, Sprachbarriere nein
6	Mann, 20-49 J., Tertiärstufe, CH, Sprachbarriere nein
7	Frau, 20-49 J., Sekundarstufe, Non-CH befristeter Aufenthalt, Sprachbarriere ja
8	Mann, 20-49 J., Tertiärstufe, Non-CH unbefristeter Aufenthalt, Sprachbarriere nein
9	Mann, 20-49 J., Sekundarstufe, CH, Sprachbarriere nein
10	Frau, 20-49 J., Sekundarstufe, Non-CH unbefristeter Aufenthalt, Sprachbarriere nein

In der Tabelle 8 sind neben dem Nullmodell noch weitere Modelle dargestellt. Im Modell B wurde das Alter und das Geschlecht als Prädiktoren auf der Individualebene einbezogen, was die Varianz auf der Ebene 2 stark reduzierte: von einem ICC von 20.6 Prozent auf 6.9 Prozent. Im Modell C wurde zusätzlich die Schulbildung als Prädiktor einbezogen, was nochmal eine Reduktion des ICC auf 3.3 Prozent ergab. Im letzten Modell D wurden auch die Migrationsfaktoren Aufenthaltsstatus und Sprachkompetenz einbezogen und die Varianz auf der Ebene 2 beträgt nun nur noch 0.8 Prozent. Dies lässt sich folgendermassen interpretieren: Werden die einzelnen Risikofaktoren ins Modell einbezogen, zeigt sich darüber hinaus kein relevanter Effekt mehr durch die intersektionalen Gruppen. Das bedeutet, dass sich das Hospitalisationsrisiko durch die Summe der Risikofaktoren gut erklären lässt und intersektionale Effekte nicht erkennbar sind. Bei einigen wenigen intersektionalen Gruppen bleibt ein signifikant erhöhtes Risiko, welches sich nicht durch die Summe der einzelnen Risikofaktoren erklären lässt. Es handelt sich entweder um jüngere Menschen, die ausländischer Nationalität sind, ein befristetes Aufenthaltsrecht haben, eine tiefe Schulbildung und sprachliche Einschränkungen oder um ältere Personen ausländischer Nationalität, mit hoher Schulbildung auf Tertiärstufe, keinen sprachlichen Einschränkungen, aber einem befristeten Aufenthaltsrecht. Um zu verstehen, weshalb diese beiden Gruppen ein erhöhtes Risiko aufweisen, das nicht alleine durch die Summe der Risikofaktoren erklärbar ist, müssten weitere Studien durchgeführt werden, die sich vertieft mit diesen Gruppen und ihrer Lebenslage befassen.

Fazit

Die Intersektionalitätsanalysen zeigen die grosse Heterogenität zwischen den hier gebildeten 108 Gruppen auf, von den jungen, hoch gebildeten Frauen Schweizer Nationalität auf der einen Seite, bis zu den älteren ausländischen Frauen ohne nachobligatorische Schulbildung, mit befristetem Aufenthaltsrecht in der Schweiz und ausgeprägten Sprachbarrieren. Einzelne Gruppen, die eine Summe von Risikofaktoren und Belastungen aufwiesen, befanden sich während der Pandemie offenbar in einer hoch vulnerablen Lage. Es zeigen sich auch einige weniger erwartete Resultate: dass zum Beispiel bestimmte Migrationsgruppen trotz Sprachbarrieren in der Schweiz ein aussergewöhnlich tiefes Hospitalisationsrisiko aufwiesen, was wahrscheinlich auf ihre ansonsten hohen Ressourcen zurückzuführen sind. Die durchgeführte Analyse zeigt an diesem Beispiel keinen eigentlichen Intersektionalitätseffekt: Das Hospitalisationsrisiko lässt sich gut mit der Summe der Risikofaktoren der einzelnen Gruppen erklären.

2.5 Bedeutung der Zugänglichkeit der Impfungen

Im Datensatz der medizinischen Statistik BFS sind keine Informationen zum Impfstatus der Patient:innen enthalten. Um dennoch Hinweise auf die Bedeutung der Zugänglichkeit der Impfungen auf die soziale Ungleichheit im Hospitalisationsrisiko wegen Covid-19 zu erhalten, wurden in dieser Studie zwei Vorgehensweisen gewählt:

- Vergleich der sozialen Ungleichheit in den Hospitalisationsrisiken in der **Schweizer Bevölkerung** (Datensatz: MedStat, BFS) in den **verschiedenen zeitlichen Phasen** vor der Zugänglichkeit eines Impfschutzes, während der eingeschränkten Zugänglichkeit und in der dritten Phase, als der Impfschutz für alle Bevölkerungsgruppen zugänglich war.
- Analyse eines exemplarischen Datensatzes des **Kantonsspital Winterthur**, in dem von September 2021 bis März 2022 auch der Impfstatus der Covid-19-Patient:innen erhoben wurde.

Der Datensatz des Kantonsspitals Winterthur ist allerdings zu klein, um detaillierte Auswertungen in Bezug auf die Migrationsbevölkerung machen zu können. Da ausschliesslich Informationen über den Impfstatus der Erkrankten vorliegen, aber nicht über die Impfquote in der Population des Einzugsgebiets des Spitals, können keine Prävalenzen oder Risikoraten berechnet werden. Der Datensatz wird deshalb ausschliesslich deskriptiv ausgewertet.

2.5.1 Analysen nach Phase der Zugänglichkeit der Impfungen

Zuerst werden die Ergebnisse in Bezug auf die Risikoprofile, abhängig von der Zugänglichkeit der Impfung in der Schweizer Bevölkerung, vorgestellt. Die entsprechende Fragestellung lautet: Zeigen sich unterschiedliche Risikoprofile in der Migrationsbevölkerung für die Phasen:

- Phase I: Bevor ein Impfschutz zugänglich war (01.01.2020 bis 31.12.2020);
- Phase II: Als der Impfschutz lediglich für Risikogruppen und ab 65 Jahren zugänglich war (01.01.2021 bis 30.04.2021);
- Phase III: Als der Impfschutz für alle zugänglich war (ab 01.05.2021).

In Abbildung 11 werden die Ergebnisse für die Variable Migrationshintergrund dargestellt. Es zeigt sich, dass die soziale Ungleichheit im Hospitalisationsrisiko zwischen den Gruppen «Schweizer:innen ohne MH», «Schweizer:innen mit MH und Ausländer:innen der zweiten und höheren Generation» sowie «Ausländer:innen der ersten Generation» in allen drei Phasen der Zugänglichkeit zu den Impfungen signifikant vorhanden ist. Diese soziale Ungleichheit war deutlich verstärkt in der zweiten Phase, als die Impfung ausschliesslich für Risikogruppen und Personen ab 65 Jahren zugänglich war. In der dritten Phase verringerte sich dieser Unterschied wieder auf das Niveau der Phase 1, als der Impfschutz für niemanden zugänglich war.

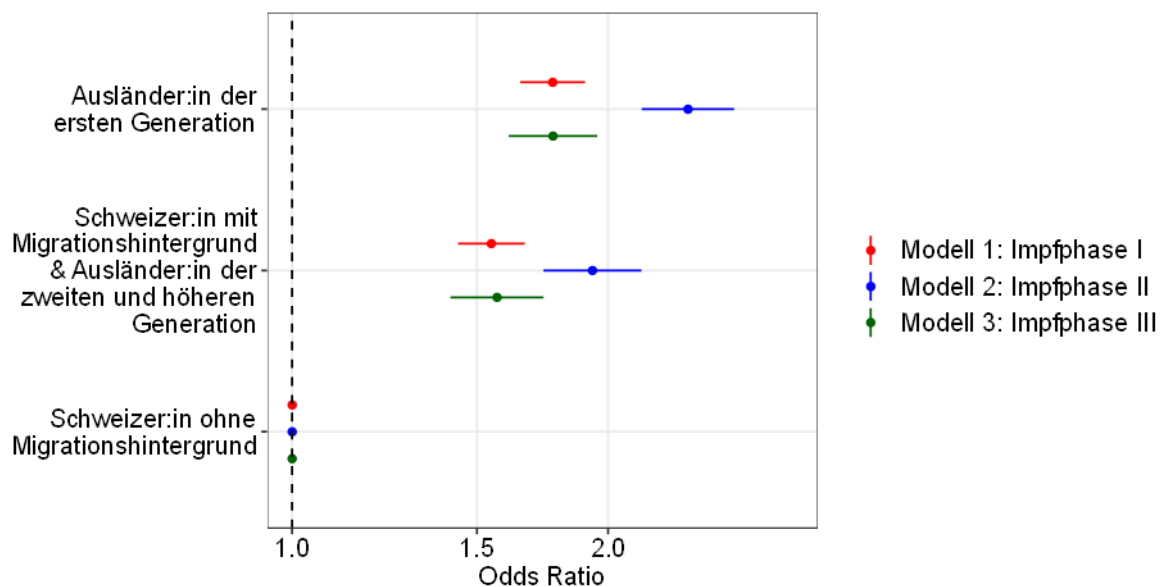


Abbildung 10: Hospitalisationsrisiken nach Migrationshintergrund, separat nach Impfphasen

Bemerkungen: Bevölkerungskohorte 20 bis 84 Jahre. N=1'445'576. Konfidenzintervalle (95 %). Hospitalisationen wegen Covid-19 (2020 bis 2021). Modelle adjustiert für Alter, Geschlecht, Erhebungsjahr SE, sozio-ökonomischer Status (Bildung und beruflicher Status), Wohnverhältnisse und Sprachkompetenzen.

In der folgenden Abbildung 12 werden die Ergebnisse auf Basis derselben Modellierung in Bezug auf die Nationalitäten dargestellt. Hier zeigt sich eine Heterogenität des Musters. Bei einem Teil der Bevölkerungsgruppen, wie den Personen mit portugiesischer Nationalität, zeigt sich ein grosser Unterschied im Hospitalisationsrisiko zwischen den Impfphasen. Als die Impfung für alle Personen zugänglich wurde (Impfphase 3), reduzierte sich ihr Hospitalisationsrisiko im Vergleich zu der autochthonen Bevölkerung stark, wenn alle übrigen Variablen im Modell berücksichtigt werden (Alter, Geschlecht, Erhebungsjahr SE, sozio-ökonomischer Status (Bildung und beruflicher Status), Wohnverhältnisse und Sprachkompetenzen. Bei anderen Bevölkerungsgruppen zeigt sich hingegen kaum eine Veränderung des Risikoprofils abhängig von den Impfphasen (z. B. Subsahara-Afrika oder Türkei). Bei einem weiteren Teil der Bevölkerung hat sich sozusagen die Schere im Hospitalisationsrisiko mit der Zugänglichkeit der Impfungen vergrössert. Dies betrifft am stärksten die nordmazedonische Bevölkerungsgruppe in der Schweiz.

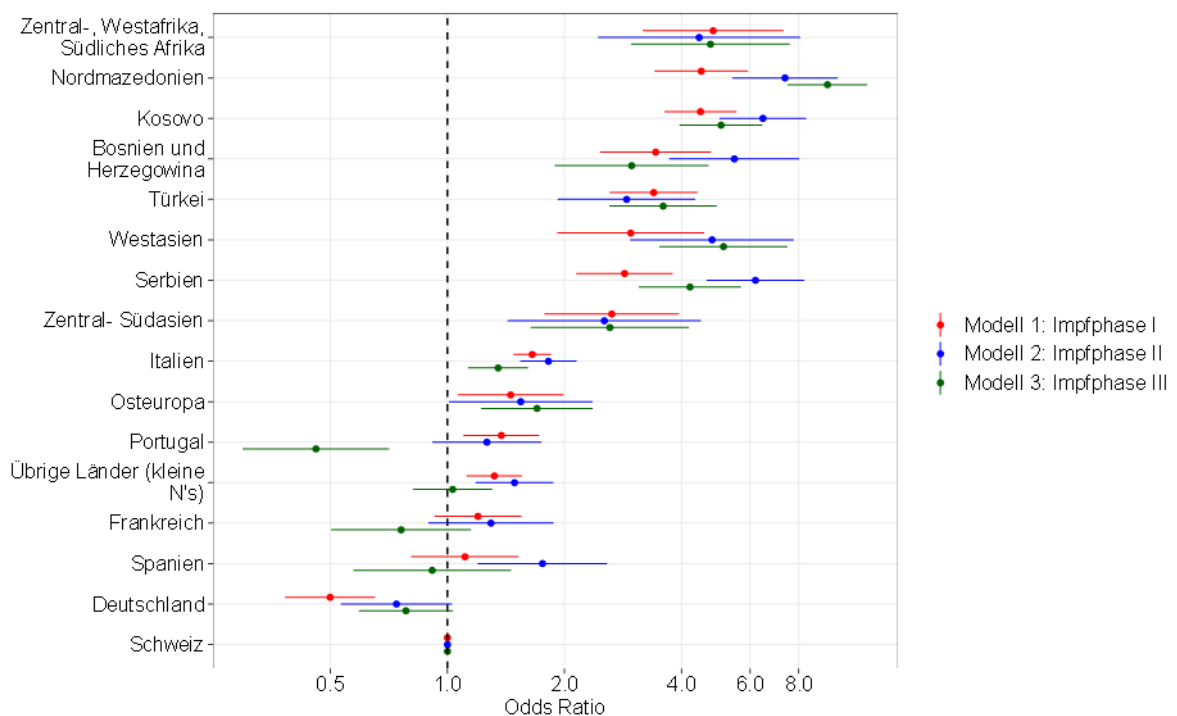


Abbildung 11: Hospitalisationsrisiken nach Nationalität, separat nach Impfphasen

Bemerkungen: Bevölkerungskohorte 20 bis 84 Jahre. N=1'445'576. Konfidenzintervalle (95 %). Hospitalisationen wegen Covid-19 (2020 bis 2021). Modelle adjustiert für Alter, Geschlecht, Erhebungsjahr SE, sozio-ökonomischer Status (Bildung und beruflicher Status), Wohnverhältnisse und Sprachkompetenzen.

2.5.2 Deskriptive Ergebnisse in Bezug auf den Impfstatus im Kantonsspital Winterthur

Das Spitalsample des Kantonsspitals Winterthur (KSW) umfasst alle Hospitalisationen wegen Covid-19 seit Beginn der Pandemie. Es stehen Daten von März 2020 bis März 2022 zur Verfügung. Der Datensatz des KSW enthält folgende Variablen: Alter, Geschlecht, Nationalität, Diagnosen und Nebendiagnosen (ICD-10), Behandlung, Aufenthaltsmerkmale wie IPS, Beatmung, Todesfälle Inhouse. Zudem ist der Impfstatus der Patient:innen des KSW – erfasst ab September 2021 – in diesem Datensatz enthalten. Insgesamt besteht der Datensatz aus 1'228 Hospitalisationen wegen Covid-19, und davon sind 372 Hospitalisationen wegen Covid-19 mit Informationen zum Impfstatus. Dies bedeutet 30.3 Prozent des gesamten Datensatzes.

In der folgenden Abbildung 13 wird das Patientensample des KSW, das wegen Covid-19 bis März 2022 hospitalisiert wurde, nach Eintrittsmonat und Altersgruppen dargestellt.

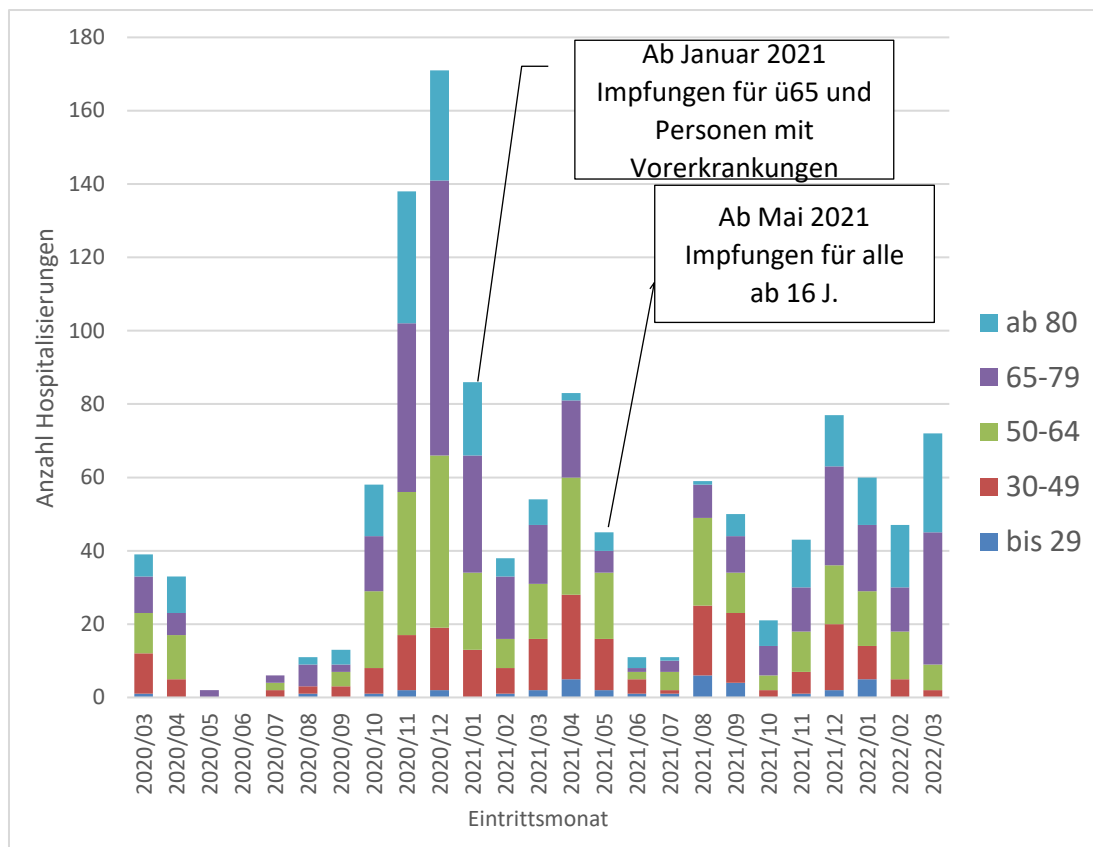


Abbildung 12: Covid-19-Hospitalisierungen nach Eintrittsmonat und Alter

Ab September 2021 wurden im KSW erste Hospitalisationen von geimpften Personen beobachtet, der Impfstatus der Patient:innen wurde zusätzlich festgehalten und kann deshalb dargestellt werden. Von September 2021 bis zum Ende der hier dargestellten Beobachtungszeit März 2022 wurden 372 Patient:innen wegen Covid-19 stationär behandelt, davon waren 166 Personen geimpft, was einem Anteil von 44.6 Prozent entspricht. Nicht geimpft waren entsprechend 206 Personen (55.4%).

In der folgenden Abbildung 14 wird der zeitliche Verlauf von geimpften und ungeimpften Hospitalisationen von September 2021 bis März 2022 dargestellt.

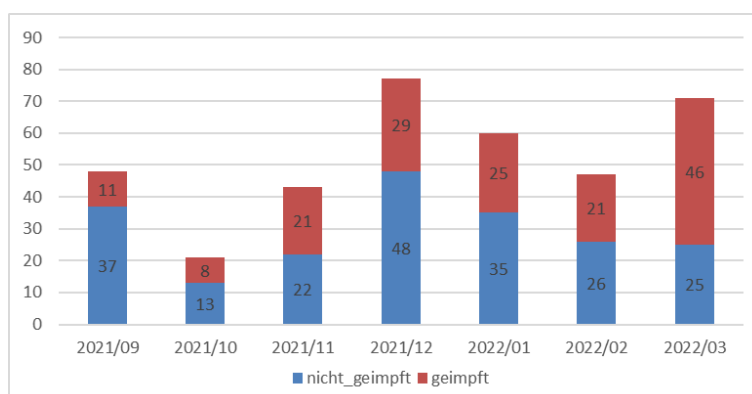


Abbildung 13: Anzahl Hospitalisierungen im KSW (inkl. Impfstatus) seit September 2021 bis März 2022 (n=372)

Mit dem zunehmenden Anteil an geimpften Personen in der Bevölkerung nimmt auch die Anzahl der geimpften Patient:innen zu, die im KSW wegen schweren Verläufen von Covid-19 behandelt werden mussten. Es handelt sich hier um eine Beschreibung des Patientensamples, das, wie oben erwähnt, keine Rückschlüsse auf das Hospitalisationsrisiko in der Bevölkerung erlaubt.

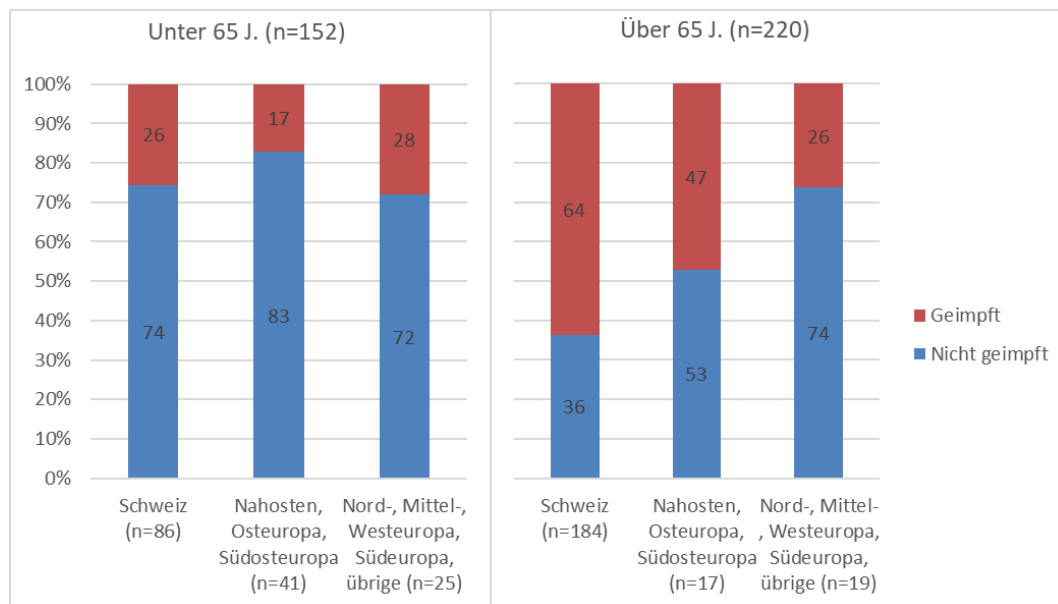


Abbildung 14: Impfstatus nach Nationalität und Alter bei den wegen Covid-19-Hospitalisierten im KSW (n=372)

In der Abbildung 14 werden die wegen Covid-19 stationär behandelten Patient:innen des KSW nach Alter, Nationalitätsgruppen und Impfstatus dargestellt. In der Altersgruppe «unter 65 Jahre» sind bei allen drei Bevölkerungsgruppen, ungeachtet ihrer Nationalität, rund drei Viertel der Hospitalisierten ungeimpft. In der Altersgruppe «über 65 Jahre» gibt es jedoch Unterschiede zwischen den Anteilen der geimpften und nicht geimpften Patient:innen aus den verschiedenen Nationalitätsgruppen. Bei den Schweizer:innen über 65 Jahren ist der Anteil der ungeimpften Personen, welche hospitalisiert werden mussten, im Vergleich zu den beiden anderen Nationalitätsgruppen, deutlich tiefer.

Dieser Befund kann verschiedene Ursachen haben. Geht man hypothetisch davon aus, dass zu diesem Zeitpunkt (ab September 2021) die Gruppe der über 65-Jährigen entsprechend den Empfehlungen des Bundes fast vollzählig geimpft war, dann müsste die Anzahl der Ungeimpften – und damit auch der Anteil der ungeimpft hospitalisierten Personen – klein sein, wie sich dies bei der Gruppe mit Schweizer Nationalität zeigt, bei der nur 36 Prozent der Hospitalisierten über 65 Jahre ungeimpft waren. Bei den Personen mit ausländischer Nationalität könnte das vorliegende Ergebnis dementsprechend darauf hinweisen, dass unter den älteren ausländischen Personen ein grösserer Anteil noch ungeimpft war. Studien aus anderen Ländern kommen zum Schluss, dass der Unterschied zwischen ausreichend geimpften und nicht ausreichend gegen Covid-19 geimpften Bevölkerungsgruppen mit und ohne Migrationshintergrund am stärksten bei den über 65-Jährigen ausgeprägt war (Burns et al., 2023). Ausserdem ist die Altersstruktur der Bevölkerung des Einzugsgebiets des KSW unterschiedlich, mit einer ungleich höheren Anzahl an hochaltrigen Personen mit Schweizer Nationalität. Die Notwendigkeit einer Hospitalisation bei hochaltrigen geimpften Personen ist ungleich wahrscheinlicher als bei jüngeren Personen.

Abschliessend muss aber festgehalten werden, dass die Wirkung der Impfung auf das Hospitalisationsrisiko und die Frage, ob in dieser Hinsicht eine soziale Ungleichheit in Bezug auf den Schutz der Migrationsbevölkerung verbunden ist, mit den vorliegenden Daten des KSW nicht beantwortet werden kann und dafür weitere Studien notwendig wären.

2.6 Vergleich des Hospitalisationsrisikos der Migrationsbevölkerung in der Schweiz mit den Impfquoten in den Herkunftsländern

Zu heuristischen Zwecken und als Ergänzung zu den bisherigen Analysen wurde in diesem Bericht ein Vergleich vorgenommen zwischen den Hospitalisationsrisiken der Migrationsbevölkerung und den Impfquoten in den Herkunftsländern der Migrationsbevölkerung. Zum Vergleich wurden auch Personen mit Schweizer Nationalität dargestellt. Datengrundlage dieser Darstellung sind einerseits die Hospitalisationsrisiken in der Schweiz (berechnet in einer logistischen Regression mit verlinkten Daten der Strukturerhebung und der Medizinischen Statistik, BFS) und andererseits die Angaben zu den Impfquoten in den Herkunftsländern selbst (Quelle: ourworldindata.org).

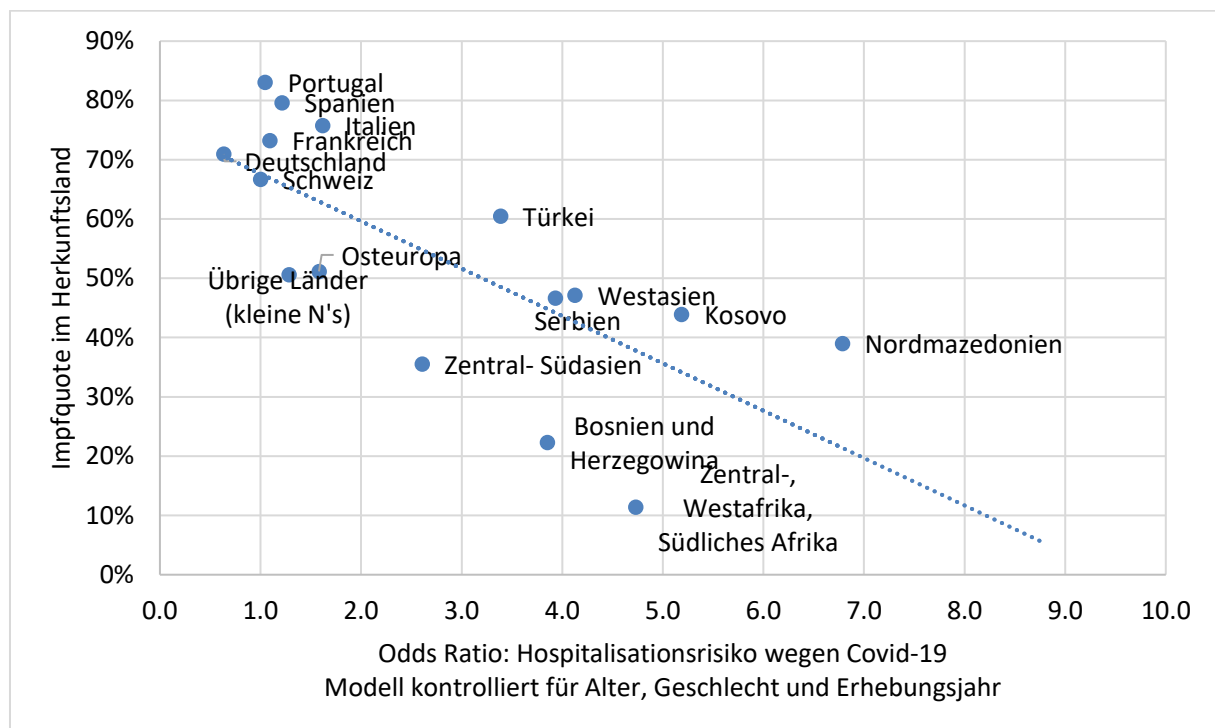


Abbildung 15: Zusammenhang zwischen der Impfquote im Herkunftsland (Stand 31.12.2021) und dem Hospitalisationsrisiko der Migrationsbevölkerung wegen Covid-19 in der Schweiz. Die Odds Ratios des Hospitalisationsrisikos basieren auf einem logistischen Modell mit dem Prädiktor Nationalitäts(-gruppen) kontrolliert für Alter, Geschlecht und Erhebungsjahr SE. Datenquelle Impfquoten: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

In dieser Darstellung wird ein korrelativer Zusammenhang zwischen Impfquote im Herkunftsland und Hospitalisationsrisiko in der Schweiz nach Nationalität sichtbar. Dieser Zusammenhang könnte darauf hinweisen, dass sich die Migrationsbevölkerung in ihrem Umgang mit der Pandemie am Herkunftsland orientiert hat. Dabei geht es einerseits um Informationsquellen, die genutzt und denen Vertrauen geschenkt wurde, aber auch um sozial geteilte Einstellungen wie dem Vertrauen in Behörden und Wissenschaft (kulturelles Kapital), welche nachweislich die Befolgung von Empfehlungen zum Umgang mit

der Pandemie beeinflusst haben (Heiniger et al., 2022). Die Bedeutung von sozialen Normen und Einstellungen auf das Gesundheitsverhalten wird beispielsweise auch im Konzept der WHO von Gesundheitskompetenz als sozialer Praxis berücksichtigt (Goldstein, 2011; Leeuw et al., 2008). Der hier gefundene Zusammenhang kann allerdings auch durch weitere Faktoren (z. B. Armut des Herkunftslandes mit Einfluss auf die Ausstattung des Gesundheitssystems wie auch die soziale Lage der Migrant:innen) mitbeeinflusst werden, die hier nicht berücksichtigt werden konnten.

2.7 Kantonale Unterschiede

Was die kantonalen Unterschiede betrifft, wurden in dieser Studie zwei Fragestellungen untersucht:

- Unterscheiden sich die Kantone in Bezug auf das Hospitalisationsrisiko wegen Covid-19?
- Falls ja: Zeigen sich Unterschiede im Ausmass der sozialen Ungleichheit im Zusammenhang mit Migrationsfaktoren zwischen den Kantonen?

Entsprechend der hierarchischen Struktur der Daten und der Anzahl von Gruppen (respektive Kantonen), wurde als Methode eine Mehrebenen-Varianzanalyse oder Multilevel Modelling gewählt (Goldstein, 2011; Leeuw et al., 2008). Dabei wird davon ausgegangen, dass das Modell auf Ebene 1 die individuellen Eigenschaften berücksichtigt und auf der höheren Ebene 2 die Unterschiede, die mit den Kantonen verbunden sind. Als Schätzmethode wurde IGLS, PQL 2nd order eingesetzt. Die Ergebnisse der Analyse zur **ersten Frage** werden im Anhang (Tab. A5) vorgestellt.

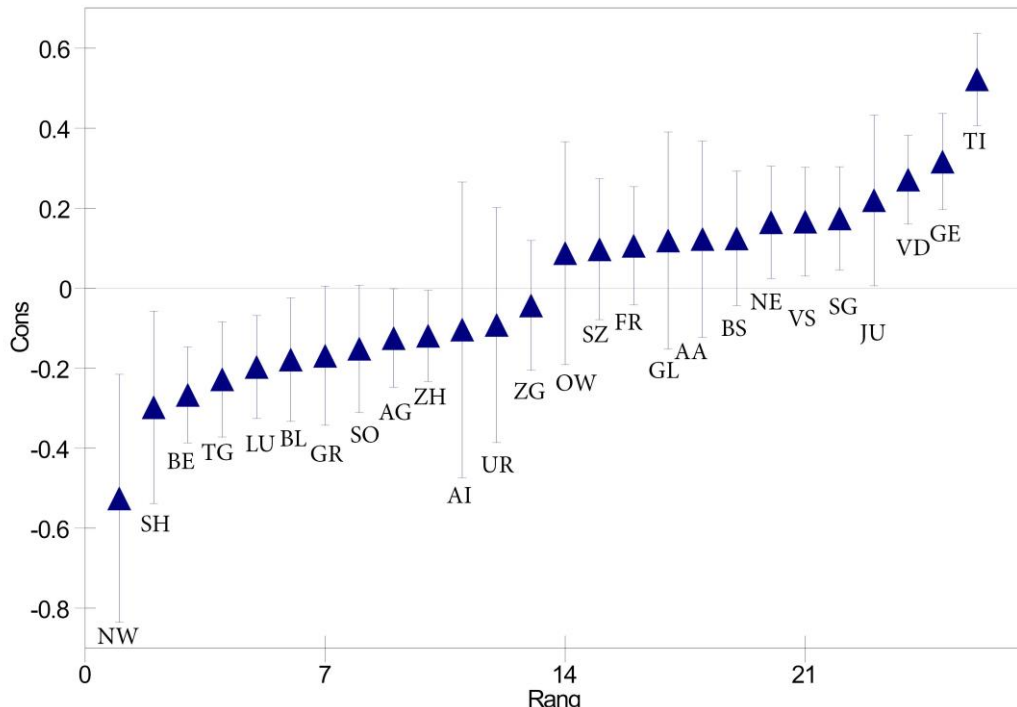


Abbildung 16: Ergebnisse der Multilevel Analyse des Hospitalisationsrisikos wegen Covid-19 2021 bis 2022 in den 26 Kantonen: Residuen und Konfidenzintervalle der Kantone; Modell adjustiert für Alter und Geschlecht; Level 1: N= 1'437'255; Level 2: N=26; Chisquare=9.968 (df=1); p=0.002.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Varianz auf der Ebene 2, also zwischen den Kantonen, klein ist, verglichen mit der Varianz auf der Ebene 1 (zwischen den Individuen). In dem Modell, in welchem Alter- und Geschlechtseffekte berücksichtigt sind, ergibt sich ein Anteil von lediglich 1.8 Prozent der Gesamtvarianz zur Erklärung des Hospitalisationsrisikos, welche auf Unterschiede zwischen den Kantonen zurückzuführen ist.

Die Residuen der Kantone zeigen auf, welche Kantone ein besonders hohes oder tiefes Risiko aufwiesen (vgl. Abbildung 17). Signifikant erhöhte Hospitalisationsrisiken unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht zeigten demnach die Kantone Tessin, Genf, Waadt, Jura, St. Gallen, Wallis und Neuenburg. Besonders tiefe Risiken wiesen die Kantone Nidwalden, Schaffhausen, Bern, Thurgau, Luzern und Basel-Landschaft auf.

Tabelle 11: Ergebnisse der Logistischen Regression zur Erklärung des Hospitalisationsrisikos mittels Multilevel Analyse nach Kantonen; MLwiN, V3.01; Modell mit random Effekt für die Variable Migrationshintergrund 1: Schweizer:innen mit Migrationshintergrund und Ausländer:innen der zweiten und höheren Einwanderungsgeneration und dem Modell mit random Effekt für die Variable Migrationshintergrund 2: Migrationsbevölkerung der ersten Generation; Schätzmethode IGLS PQL (penalized quasi-likelihood; 2nd order).

	Modell mit random Effekt Migrationshintergrund 1				Modell mit random Effekt Migrationshintergrund 2			
	B	S.E.	OR	p-value	B	S.E.	OR	p-value
<i>Fixed Part</i>								
Cons	-7.744	0.092	0.00	0.000	-7.76	0.10	0.00	0.000
Geschlecht, Ref.: Frau			1.00				1.00	
Mann	0.551	0.021	1.73	0.000	0.55	0.02	1.73	0.000
Altersgruppen, Ref.: 20-29 J.			1.00				1.00	
30 bis 49	1.106	0.079	3.02	0.000	1.10	0.08	3.02	0.000
50 bis 65	1.997	0.077	7.37	0.000	2.00	0.08	7.39	0.000
66 bis 79	2.745	0.077	15.56	0.000	2.75	0.08	15.64	0.000
ab 80	3.336	0.08	28.11	0.000	3.34	0.08	28.33	0.000
Schulbildung, Ref.: Tertiärstufe			1.00				1.00	
Sekundarstufe II	0.318	0.026	1.37	0.000	0.32	0.03	1.37	0.000
Ohne nachobligatorische Ausbildung	0.737	0.029	2.09	0.000	0.74	0.03	2.09	0.000
Migrationshintergrund, Ref.: ohne MH			1.00				1.00	
Migrationshintergrund 1	0.408	0.033	1.50	0.000	0.35	0.03	1.42	0.000
Migrationshintergrund 2	0.377	0.027	1.46	0.000	0.48	0.06	1.62	0.000
<i>Random Part (Level Kantone)</i>								
Var(Cons), chi2 (df=1)	0.048	0.016	9.36	0.002	0.07	0.02	9.76	0.002
Covar(Migrationshintergrund/Cons), chi2 (df=1)	-0.018	0.009	4.42	0.036	-0.06	0.02	8.48	0.004
Var(Migrationshintergrund), chi2 (df=1)	0.008	0.006	1.68	0.195	0.07	0.03	7.08	0.008
joint chi2 test (df=3)			9.57	0.023			11.19	0.011
N level 2 = 26								
N level 1 = 1437255								
Estimation: IGLS (PQL2)								

Die **zweite Frage** wurde analysiert, indem getestet wurde, ob sich die Kantone in Bezug auf den Effekt, der mit dem Migrationshintergrund verbunden ist, unterscheiden. Oder mit anderen Worten, ob es für Menschen mit Migrationshintergrund darauf ankommt, in welchem Kanton sie wohnen, ob sie einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind. Die Ergebnisse zeigen, dass dies tatsächlich der Fall ist, was die ausländische Bevölkerung mit Migrationshintergrund der ersten Generation angeht (vgl. Tabelle 11).

Kantone mit stärker ausgeprägter Ungleichheit in dieser Hinsicht sind Nidwalden, Schaffhausen, Solothurn, Aargau, Luzern, Thurgau. Kantone mit schwächer ausgeprägter diesbezüglicher Ungleichheit sind Tessin, Genf, Waadt. Für die übrigen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund (Schweizer:innen mit Migrationshintergrund sowie Ausländer:innen der zweiten und höheren Einwanderungsgeneration) ist dies nicht der Fall: Es zeigen sich keine unterschiedlich starken Ausprägungen der Ungleichheit zwischen den Kantonen. Dies bedeutet, dass es für diese Personengruppen nicht relevant war, in welchem Kanton sie wohnten, ob sie ein tieferes oder höheres Risiko für einen schweren Covid-19-Verlauf hatten.

2.8 Fazit

Auch in der Schweiz zeigt sich ein deutlicher sozialer Gradient im Zusammenhang mit dem Risiko, wegen eines schweren Verlaufs von Covid-19 hospitalisiert werden zu müssen. Dieser Zusammenhang gilt für die einheimische Bevölkerung ohne Migrationshintergrund wie auch die Migrationsbevölkerung.

Die Migrationsbevölkerung der Schweiz insgesamt hatte, verglichen mit der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, ein grösseres Risiko zu einem schweren Verlauf von Covid-19 in den Jahren 2020 und 2021. Dieser Effekt ist unabhängig von schweren Vorerkrankungen. Das erhöhte Risiko kann zu einem grossen Teil durch die soziale Benachteiligung dieser Gruppen in Bezug auf die Schulbildung und sozio-professionellen Status sowie die erhöhte Exposition beim Wohnen und Arbeiten erklärt werden. Auch sprachliche Barrieren zeigten einen starken Effekt auf das Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf.

Gleichzeitig zeigte sich in den Resultaten der vorliegenden Studie eine grosse Heterogenität innerhalb der Migrationsbevölkerung. Teile der Migrationsbevölkerung wiesen ein deutlich geringeres Risiko für eine Hospitalisation wegen Covid-19 auf als die autochthone Bevölkerung. Diese Gruppen sind entweder charakterisiert durch ihre hohen Ressourcen in Bezug auf Schulbildung und ihren sozio-professionellen Status sowie, damit verbunden, auch eine geringere Exposition in Bezug auf das Wohnen und Arbeiten. Oder sie scheinen, trotz tieferem sozialem Status, geschützt durch eine besonders hohe Gesundheitskompetenz im Umgang mit Covid-19, was möglicherweise mit den Normen im Herkunftsland zusammenhängen könnte, an denen sie sich orientiert haben (Beispiel Portugal).

Ein besonders hohes Risiko oder eine hohe Vulnerabilität wiesen Personen der folgenden Nationalitäten oder Nationalitätsgruppen auf: Nordmazedonien, Kosovo, Subsahara-Afrika, Westasien, Serbien, Bosnien-Herzegowina, Türkei sowie Zentral- und Südasien. Ein besonders tiefes Risiko hatten Personen deutscher und portugiesischer Nationalität.

In Bezug auf die sozialen Kategorien oder intersektionalen Gruppen zeigten sich ältere Personen mit tiefer Schulbildung, befristetem Aufenthaltsrecht und eingeschränkter Kommunikationskompetenzen als besonders vulnerabel für einen schweren Verlauf der Erkrankung. Im Kontrast dazu war das Risiko am geringsten für junge Frauen mit hoher Schulbildung, unabhängig von der Frage, ob sie einen Migrationshintergrund haben und interessanterweise auch unabhängig von einer Sprachbarriere.

In der ersten Phase der Zugänglichkeit der Impfungen war die soziale Ungleichheit zwischen Migrationsbevölkerung und autochthoner Bevölkerung besonders stark ausgeprägt, was mit einem erschweren Zugang zu den Impfungen zusammenhängen könnte. Möglicherweise erklärt dieser Umstand auch, weshalb sich bei den wegen Covid-19 im Kantonsspital Winterthur hospitalisierten Personen über 65 Jahren, die wegen ihres Alters zur Risikogruppe gehören, ein deutlicher Unterschied zwischen Schweizer und ausländischer Bevölkerung im Anteil der geimpften und ungeimpften Patient:innen zeigt. Auch bei diesem Aspekt ist die Heterogenität der Migrationsbevölkerung gross: In Zusammenhang mit den Nationalitäten der Personen zeigen sich starke Unterschiede, wie sich die Zugänglichkeit der Impfung auf das Risikoprofil ausgewirkt hat. Einzelne Gruppen haben stark profitiert (z. B. Portugies:innen), für andere Gruppen wurde die Ungleichheit noch verstärkt (z. B. Personen aus Nordmazedonien).

Die Kantone waren unterschiedlich stark von schweren Verläufen von Covid-19 betroffen. Dieser Unterschied bleibt bestehen, wenn man Alters- und Geschlechtseffekte, sozio-ökonomische Lage und Migrationshintergrund der Bevölkerung berücksichtigt. Besonders stark betroffen waren die Kantone Tessin, Genf, Waadt, Jura, St. Gallen, Wallis und Neuenburg. Besonders tiefe Risiken wiesen die Kantone Nidwalden, Schaffhausen, Bern, Thurgau, Luzern und Basel-Landschaft auf. In einigen Kantonen war die soziale Ungleichheit zwischen Menschen mit Migrationshintergrund der ersten Generation und autochthoner Bevölkerung stärker ausgeprägt als in anderen. Diese Effekte, die mit dem Wohnkanton verbunden sind, sind aber im Vergleich zu den individuellen Faktoren (wie Alter, soziale Lage, Migrationsfaktoren) deutlich weniger stark ausgeprägt.

3 Ergebnisse der qualitativen Analyse (AP2)

Im qualitativen Teil dieser Studie wurden Personen in besonders vulnerabler Lage zu ihren **Erfahrungen während der Pandemie** im Allgemeinen und zu ihrer Erkrankung an Covid-19 (akute Phase und danach) im Speziellen befragt. Es handelte sich um **elf Personen mit Migrationserfahrung, die sich mehrheitlich in prekärer sozialer Lage befinden**, was spezifisch mit Migrationsfaktoren, aber auch unspezifisch mit sozio-ökonomischen und sozialen Faktoren, zusammenhängt. Die prekäre Lage hängt mit einer Kombination aus beispielsweise unsicherem Aufenthaltsstatus, finanzieller Prekarität, Sozialhilfeabhängigkeit, unsicheren oder Working Poor-Anstellungsbedingungen, mit sozialer Isolation, Sprachbarrieren und Doppelbelastung durch Erwerbstätigkeit und alleiniger Verantwortung für Kinder sowie mit vorbestehenden chronischen Erkrankungen zusammen. Im Folgenden werden zuerst das methodische Vorgehen, die Charakteristika der teilnehmenden Personen und die Ergebnisse der qualitativen Analyse vorgestellt

3.1 Charakteristika, Lebenslage und gesundheitliche Situation der teilnehmenden Personen

Demografische, soziale und migrationsbezogene Charakteristika

Die meisten befragten Personen waren zum Zeitpunkt des Interviews in mittlerem Alter zwischen 41 bis 50 (vier Personen) und 51 bis 60 (fünf Personen) Jahre alt. Eine Person war jünger (39 Jahre) und eine älter (68 Jahre). Es handelt sich um acht Frauen und drei Männer. Neun Personen lebten mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin gemeinsam in einem Haushalt, sechs davon auch mit ihren Kindern zusammen. Eine Person ist alleinerziehendes Elternteil, eine Person lebt allein in einem Haushalt.

Die **Herkunftsländer** der Befragten befinden sich auf vier verschiedenen Kontinenten: Drei Personen stammten aus verschiedenen Balkanstaaten, eine Person aus der Türkei, drei weitere aus dem Iran, zwei Personen aus verschiedenen lateinamerikanischen Ländern, eine Person aus Eritrea, eine weitere von den Philippinen. Was den **Aufenthaltsstatus** angeht, verfügen sechs Personen über eine sichere, unbefristete Aufenthaltsgenehmigung: Vier Personen im Sample leben schon länger in der Schweiz und sind eingebürgert, zwei Personen haben eine Niederlassungsbewilligung (Status C). Fünf der befragten Personen befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in einem unsicheren Aufenthaltsstatus in der Schweiz: Eine Person hatte den Status B (befristete Aufenthaltsgenehmigung), zwei Personen den Aufenthaltsstatus F, das heisst, sie sind nur vorläufig aufgenommen und zwei Personen waren **Asylsuchende** (Status N). Von diesen beiden wohnte ein Asylsuchender mit seiner Familie in einer Privatwohnung, der zweite Asylsuchende war mit seiner Familie in einem kantonalen Asylheim untergebracht. Sechs der elf Personen verfügten über gute Deutschkenntnisse, fünf Personen verständigten sich zur Zeit der Befragung ausschliesslich in der Sprache ihres Herkunftslandes, das heisst, sie wurden durch **Sprachbarrieren** in der Verständigung mit der lokalen Bevölkerung, dem Gesundheitssystem und den Behörden eingeschränkt.

Tabelle 12: Charakteristika der teilnehmenden Personen und wirtschaftliche Lage (N=11)

ID-Nr.	Geschlecht (Alter)	Herkunftsland	Aufenthaltsstatus (während Pandemie)	Einkommen (während Pandemie)	Anmerkungen
D4	Mann (68)	Iran	Asylsuchende	Sozialhilfe	stark prekäre Lage vor, während und nach Pandemie
D5	Mann (43)	Türkei	Asylsuchende	Sozialhilfe	prekäre Lage vor, während und nach Pandemie
D8	Frau (41)	Iran	vorläufig aufgenommen	Sozialhilfe	stark prekäre Lage vor, während und nach Pandemie
D10	Frau (49)	Eritrea	vorläufig aufgenommen	Erwerbstätig	prekäre Lage vor, während und nach Pandemie
D9	Frau (58)	Brasilien	befristete Aufenthaltsge- nehmigung	Erwerbslos	prekäre Lage, die sich während der Pandemie verstärkt hat (Ver- lust der Anstellung im Stunden- lohn)
D13	Frau (56)	Philippinen	Niederlassungs- bewilligung	Erwerbstätig	prekäre Lage während der Pan- demie (Kurzarbeit)
D7	Frau (54)	Kuba	Niederlassungs- bewilligung	Selbständig erwerbend	keine prekäre Lage, Corona-Ent- schädigung für Erwerbsausfall er- halten
D3	Frau (60)	Iran	eing. CH	Erwerbstätig	stark prekäre Lage während der Pandemie (Kurzarbeit)
D1	Frau (54)	Mazedonien	eing. CH	Erwerbstätig	prekäre Lage während der Pan- demie
D11	Mann (39)	Kosovo	eing. CH	Erwerbslos/ Temporär	prekäre Lage während der Pan- demie
D6	Frau (43)	Albanien	eing. CH	Erwerbstätig im Stun- denlohn	prekäre Lage erst nach der Pan- demie wegen Covid-19-Erkrän- kung

Sozio-ökonomische Lage und Wohnsituation

Ein grosser Teil der befragten Personen befindet sich dauerhaft in einer prekären **wirtschaftlichen Si-
tuation**. Drei Personen dürfen aus rechtlichen Gründen nicht erwerbstätig sein oder sind aus anderen
Gründen erwerbslos und abhängig von der Sozialhilfe (n=3). Die Mehrheit der Befragten (n=6) ist er-
werbstätig, lebt trotzdem in prekärer Lage, die sich mit der Pandemie nochmals deutlich verschärft
hat. Eine Personen lebte während der Pandemie, gemäss den Kriterien dieser Studie, nicht in einer
prekären Lage, eine weitere gab an, erst nach der Pandemie aus gesundheitlichen Gründen in eine
prekäre Lage geraten zu sein.

Ursachen für die **Verschlechterung der sozio-ökonomischen Lage während der Pandemie** waren Kurz-
arbeit, ein Stellenverlust, der mit Temporärarbeit kompensiert wurde oder der Wegfall der Arbeit im
Stundenlohn. Eine Frau, die aufgrund der Covid-19-Erkrankung ihre Anstellung im Stundenlohn verlor
und auch nach der Erkrankung während eineinhalb Jahren ohne Arbeit war, berichtet, sie habe zusam-
men mit ihrem ebenfalls erwerbslosen Freund das «Notessen» aufgebraucht und «von Reis und Eiern»

gelebt. Zeitweise habe sie nicht genug zu essen gehabt, und vom Sozialdienst Gutscheine erhalten, um sich etwas kaufen zu können.

«Es ist so wie überall. Es ist nicht, dass es nur hier, also wenn du nicht arbeitest, dann hast du kein Geld, zum deine Miete zu bezahlen, deine Wohnung, zum Essen, alles. Du musst arbeiten können. Und das spielt keine Rolle, ob du da bist oder in Brasilien. Dann denke ich, ja, es hat mich dann beeinträchtigt, aber also jeder hat das. Es war ich nicht nur die Person, die Probleme hatte.» (D9: 253 – 259)

In einem anderen Fall musste eine Familie aufgrund von Kurzarbeit beider Partner mit 50 Prozent dessen auskommen, was sie vor der Pandemie hatten und alle Ersparnisse aufbrauchen, um über die Runden zu kommen. (D 3: 9) Eine erwerbstätige alleinerziehende Mutter war aufgrund von Einbussen auf die Unterstützung der Gemeinde angewiesen, um die Kinderkrippe bezahlen zu können (D 13).

Vereinzelte hat die Erfahrung des Einkommensverlusts eine Verunsicherung hinterlassen:

«Ja, also meine Lebenssituation, da hat sich eigentlich nichts geändert, das Einzige, was sich geändert hat, ist vielleicht meine Wahrnehmung und dass ich einfach gemerkt habe, dass in einem Tag auf den anderen etwas sich komplett verändern kann, und das habe ich so vorher eigentlich nicht wahrgenommen, das. Und das hat mir dann einfach noch einmal gezeigt, dass in also Sekunden oder Tage alles komplett eine ganze Lebenssituation sich verändern kann.» (D 11: 237)

Eine Ausnahme in Bezug auf die Prekarität bildet eine befragte Person mit sicherem Aufenthaltsstatus, die als Selbständigerwerbende während der Pandemie Entschädigungszahlungen für ihre Ausfälle erhalten hat und sich nicht in einer prekären Lage befindet.

Asylsuchende Personen beschreiben in Zusammenhang mit der Lebenssituation während der Pandemie die **Wohnverhältnisse** sowie die hygienischen Verhältnisse als schwierig. In einer Asylunterkunft (Asylcamp) untergebracht zu sein, bedeutete, eng mit anderen Familien zusammenzuleben und über sehr knappe sanitäre Einrichtungen zu verfügen.

«Wir haben zwanzig square Meter oder Quadratmeter, ein Zimmer, fünf Personen. Meine Tochter, damals 17, 15, zehn Jahre alt, so drei Mädchen plus eine Frau mit vier Frauen, ich bin der Mann mit (lacht). Ja, sehr schwierig.» (D5: 7-8)

Mit dem infolge der Erkrankung erfolgten Transfer der Familien in eine eigene Wohnung hat sich die Hygienesituation der Betroffenen verbessert, nicht unbedingt aber die prekäre Lage. So musste eine an Covid-19 erkrankte Familie die ersten zwei Wochen in einer neu zugewiesenen Wohnung auf dem Boden schlafen, weil diese noch nicht möbliert war (D8: 125-127).

Auch die Home-Schooling-Situation in der Asylunterkunft wird als ungünstig beschrieben, da nicht genügend Internetverbindungen und Laptops verfügbar waren.

«Ja, fernlernen, so. Wir haben nicht ein Laptop für meine Kinder. Wir haben keine genug Internetverbindung. Wir haben nur ein SMS, oh nein, wir haben nur ein mit Phone Verbindung via Internet, nur ein Person, wir haben wir ein Internetconnection, aber das ist nicht genug für vier oder fünf Menschen. So, drei Kinder beginnen fernlernen. So, das ist ein bisschen, ja, okay, wir beginnen fernlernen. Okay, aber für geflüchtete Menschen haben nicht genug Internet, genug Internetverbindung, und das ist sehr grosse Thema.» (D5: 23)

Covid-19 Erkrankung und gesundheitliche Lage

Von den insgesamt elf Personen im Sample kann bei neun Personen. entsprechend ihren Angaben. ein **schwerer Verlauf der Erkrankung** festgestellt werden: Sechs Personen mussten aufgrund eines schweren Covid-19-Verlaufs hospitalisiert werden. Zwei weitere Betroffene litten unter einem schweren Krankheitsverlauf, wurden aber nicht hospitalisiert. Eine weitere Person beschrieb einen leichten, akuten Verlauf, aber danach eine langdauernde Belastung mit gesundheitlichen Beschwerden, die mit Post-Covid kompatibel sind. Zwei Personen beschrieben einen insgesamt **leichteren Krankheitsverlauf**. Die Symptome der Covid-19-Erkrankung wie Atemnot und Folgen, wie die oft genannte schwere Erschöpfung, wurden als einschneidende und Angst erzeugende Erfahrung beschrieben.

Vier Personen litten **bis zu einem Jahr nach der Covid-19-Erkrankung unter belastenden gesundheitlichen Einschränkungen** wie beispielsweise extreme Müdigkeit, Kraftlosigkeit, wiederholte Erkrankungen, Atemprobleme, Schlafstörungen.

«Also wenn ich vergleiche, vor der Erkrankung und ein Jahr nach der Erkrankung, habe ich schon gemerkt, dass ich einfach sehr oft müde war, also das war halt schon extrem noch da, die Müdigkeit vor allem, aber jetzt [...] kann ich eigentlich nichts mehr feststellen oder keine Unterschiede feststellen.» (D11: 221)

Zwei der elf befragten Personen berichteten über **dauerhafte Langzeitfolgen der Covid-19-Erkrankung**. Beide Personen konstatierten, dass es ihnen gesundheitlich schlechter gehe als vor der Covid-19-Infektion. Sie kämpften mit starker Erschöpfung und Müdigkeit und mussten aufgrund wiederholter gesundheitlicher Probleme ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.

«Ich selbst kämpfe mit starker Erschöpfung und Müdigkeit, Lustlosigkeit. Und all das, kann ich sagen, ist nach Corona gekommen. [...] Ich war sehr aktiv und habe nie im Leben mich so erschöpft gefühlt. aber diese Müdigkeit heute, als hätte sich das alles gesammelt [...] Ich weiss auch nicht / ich will nicht sagen Faulheit aber sehr lustlos, das alles ist nach Corona aufgetaucht» (D4: 114)

Die Person, die oben zitiert wird, musste nach der Covid-19-Erkrankung aufgrund **psychischer Probleme** länger hospitalisiert werden und bringt dies mit den Belastungen aufgrund der Corona-Infektion in Verbindung. Eine zweite Person, die von fortdauernden Nachwirkungen betroffen war, gab an, aufgrund andauernder eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und gescheiterter Arbeitsversuche ihre Stelle gekündigt zu haben und auf eine geplante Ausbildung (Studium) verzichten zu müssen. Sie beschreibt ebenfalls psychische Probleme *«in ein tiefes Loch gefallen»* und Belastungen ihrer Familie durch die schweren krankheitsbedingten Einschränkungen. (D6: 111-115)

Die Covid-19-Infektion sowie die Überlastung der Gesundheitsversorgung während der Pandemie hatte auch **Folgen für die Befragten mit einer chronischen Vorerkrankung** (u. a. psychische

Erkrankung, Autoimmunerkrankung). Sie erlebten Unterbrechungen der laufenden Therapie und langdauernde Verzögerungen von wichtigen Untersuchungen, die zu einem negativen Verlauf der Erkrankung und deutlichen Verschlechterung ihrer gesundheitlichen Situation führten.

3.2 Zugänglichkeit des Gesundheitsversorgungssystems aus Sicht der erkrankten Personen

Wichtige Themen, die in Zusammenhang mit der Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem erwähnt wurden, war die Schwierigkeit zu verlässlichen Informationen rund um Covid-19 zu gelangen, der Zugang zur medizinischen Versorgung und insbesondere zu notfallmässigen Eintritten ins Spital sowie der Zugang zu weiterer Unterstützung, die während einer akuten Erkrankung benötigt wurde (z. B. Betreuung von Kleinkindern).

Zugang zu verlässlichen Informationen während der Pandemie

Die Berichte mehrerer befragter Personen verdeutlichen die **erlebte Ungewissheit während der Pandemie**. Diese wurde im Zusammenhang mit den wechselnden Informationen über die Bedrohungslage und die Wirksamkeit von Schutzmassnahmen genannt. So war es für Betroffene schwierig einzuschätzen, wie gefährlich das Virus für sie sein konnte.

«Also es war nicht so einfach. Jeden Tag hat man Informationen gehabt. (...) Auch Schutzmassnahmen war viel, was geht nicht, was ist gut. Da wurde auch ständig auch geändert. Das war nicht so das und das bleibt.» (D1: 23 – 27)

Was die **Informationsstrategie** betrifft, so suchten die meisten befragten Personen **proaktiv** nach gesundheitsrelevanten Informationen über Covid-19 (Risiken, Schutzmassnahmen) und nutzten **verschiedene Informationsquellen, darunter öffentliche Medien** (wie Fernsehen, Zeitungen und Online-Nachrichten), soziale Medien (Telegram Messenger, Gruppenchats in WhatsApp, Instagram) sowie das Internet. Manche stellten fest, dass es schwierig sein kann, im Internet zwischen wahren und falschen Informationen zu unterscheiden. Wie das nachfolgende Zitat zeigt, hatten offizielle Medien diesbezüglich eine wichtige Funktion.

«[...] nur die offiziellen Medien. Ja, man kannte oder man kennt viele Leute, die ein bisschen Gegner waren, und da waren immer diese Diskussionen, "Ah, ja, das ist alles erfunden", oder das oder das. Aber man hat immer oder ich habe immer so eine Richtung genommen, oder, ich habe gefolgt mehr den offiziellen Nachrichten.» (D7: 43-49)

Eine wichtige Informationsquelle waren auch **Menschen im sozialen Umfeld** (Familienmitglieder, Freund:innen, Nachbar:innen). Personen, die berufstätig waren, berichten, dass sie am Arbeitsplatz über Schutzmassnahmen informiert wurden.

«Also ich hatte schon genug Informationen über die Krankheit, wie man damit umgeht. Halt wegen meiner Arbeit waren wir viel damit konfrontiert. (...) Also das mit Isolieren und so, das war mir klar.» (D3: 61)

Ein Teil der befragten Personen war **weniger aktiv in der Informationssuche**, sondern erhielt diese aus dem **Umfeld, beispielsweise von Familienangehörigen** mit besseren Sprachkenntnissen. Auch **Professionelle** wie ein Hausarzt, Sozialarbeitende (im Bereich Asyl) oder eine Lehrperson im Deutschkurs

wurden genannt sowie interkulturelle Beratungsstellen. In Zusammenhang mit einem Deutschkurs wurden auch Fehlinformationen durch eine Skeptikerin thematisiert. Einige Personen nutzten aufgrund von Sprachschwierigkeiten **Kanäle aus ihrem Heimatland**, da sie sich in der Schweiz nicht ausreichend informieren konnten. Dieser Informationsweg wurde auch **kritisch betrachtet**:

«Aber im Heimatland war ganz eine andere Situation. Ich habe öfters auch gesagt: "Das kann man nicht vergleichen." In der Schweiz ist das so, im Ausland oder im [Heimatland] ist ganz etwas anderes. Die haben wirklich Mühe gehabt.»

Bei einzelnen Betroffenen scheinen die Schutzmassnahmen Ängste reaktiviert zu haben:

«Alle mussten zuhause bleiben. Es war wie in einem Krieg. Und ich dachte, ja, die werden dann rum schiessen, man muss aufpassen dann, sich verstecken.» (D9: 245)

Angewendete Schutzmassnahmen

Die Aussagen aus den Interviews werfen auch ein Licht auf die Schutzmassnahmen. Es handelt sich dabei um **spontane Antworten**, das Thema wurde nicht systematisch erhoben. Es zeigt sich, dass die Befragten **Schutzmassnahmen kannten und auch befolgten** soweit sie aufgrund ihrer Lebensumstände (erschwert in Asylunterkünften) dazu in der Lage waren. In zehn der elf Interviews wird das Tragen von Masken erwähnt. Quarantäne zu Hause wird von sieben Personen als Massnahme beschrieben, die sie eingehalten hätten, um sich sowie Dritte zu schützen. Die Forschenden haben den Eindruck, dass diese Massnahmen gut angenommen und kaum kritisiert wurden. Bei einer Person (D11), die anfangs nicht an die Existenz von Covid-19 geglaubt und sich daher nicht an Schutzmassnahmen des Bundes gehalten hatte, wandelte sich die Einstellung durch die eigene Erkrankung. In zwei Interviews gibt es Hinweise darauf, dass es **in den Flüchtlingsunterkünften – aufgrund der beengten Wohnsituation und der sprachlichen Barrieren – erschwert** war, sich vor Corona zu schützen.

Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen während der Covid-19-Erkrankung

Während der Covid-19-Erkrankung erschwerten **sprachliche Barrieren und unzureichende Kenntnisse des Gesundheitssystems** für einige der befragten Personen den Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen:

«Alles kann es erschweren. Eins ist die Sprache, wenn man die Sprache nicht kann. Das ist am schlimmsten. Du kannst keine Informationen geben, du kannst keine Informationen holen. Wenn man keine Familie hat. Und speziell für uns Ausländer:innen, wenn wir keine richtigen Informationen haben über das Gesundheitssystem des Landes. Welche Möglichkeiten haben wir und welche haben wir nicht.» (D8: 211)

«[...] Und zweitens die Unterstützungen von Staat für die Bekämpfung gegen eine Ansteckung waren gut. Aber die Behandlungen der kranken Personen waren / also vielleicht haben sie Systeme / also ich habe später davon erfahren, dass sie solche Systeme haben namens Spitex. Aber wir wussten gar nicht davon. Also dass zum Beispiel jemand hätte vorbeikommen können und nachzuschauen, wie unser Zustand ist.» (D4: 90)

Die Berichte geben auch Hinweise auf **zu hochschwellige Informationen durch Fachstellen** sowie eine **Überlastung und /oder mangelnde Sensibilität der Kontaktpersonen im Gesundheitssystem**, besonders auch von Notfallstationen (siehe folgenden Abschnitt). Die mangelnde Orientierung sowie

ausbleibende medizinische Unterstützung waren, nebst der Belastung durch die Erkrankung, ein zusätzlicher Stressfaktor für die betroffenen Personen und ihre Angehörigen.

In einem Fall wusste die betroffene Person, dass die Gemeinde Unterstützung anbietet, hatte aber keine ausreichenden Informationen und war aufgrund der Erkrankung zu schwach, dem weiter nachgehen zu können. Sie war von einer kantonalen Stelle auch auf Informationen im Internet hingewiesen worden, fand sich aber nicht in der Lage, diese zu verstehen, da *«alles sehr kompliziert geschrieben»* gewesen sei. Auch die Orientierung über unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten oder beispielsweise darüber, wie man den Hausarzt wechseln kann, erwies sich aufgrund der genannten Barrieren als schwierig. Eine geflüchtete Person vermisste einen Arzt oder eine Ärztin, der sie beziehungsweise ihre Krankheitsgeschichte kennt und sie richtig über ihre Covid-19-Erkrankung informieren würde. **Der Zugang zu konkreter Unterstützung war auch dadurch erschwert, dass Betroffene den Bedarf selbst artikulieren und Angebote suchen mussten beziehungsweise von professioneller Seite keine Hilfe angeboten oder eingeleitet wurde.** So wurde eine erkrankte Person zwar von der kantonalen Stelle über den Verlauf der Erkrankung und Schutzmassnahmen orientiert, es sei aber nicht danach gefragt worden, ob Unterstützung benötigt werde. Dieses Vorgehen habe die Angst verstärkt (D3: 65).

Erschwerter Zugang zu medizinischer Versorgung während der Covid-19-Erkrankung

Ein zentral wichtiges Thema für die sechs befragten Personen, die wegen einem schweren akuten Verlauf stationär behandelt werden mussten, war der Zugang zur Spitalbehandlung in der akuten Notsituation. Zwei dieser schwer Erkrankten wurden **direkt über ihren Hausarzt** ins Spital eingewiesen.

«[...] Hausarzt hat uns medizinisch geholfen. Und auch dass der Krankenwagen mich abgeholt hat. Das war sicher auch gut. (...). Das hat mich sehr gefreut, dass der Hausarzt das für uns gemacht hat.» (D4: 82)

Eine weitere Person schildert, wie sie auf der Notfallaufnahme des Spitals zuerst abgewiesen wurde, danach erneut den Hausarzt aufgesucht hat, der dann den Spitaleintritt organisiert hat.

«Und das Einzige, was ich mir dann gedacht habe, ist: Ja, was wäre, wenn ich nicht zum Hausarzt gegangen wäre? Was wäre dann passiert? Wenn ich diese Entscheidung nicht getroffen hätte, ja, jetzt muss ich wirklich etwas machen, es geht mir nicht gut.» (D11: 91-95)

Drei Personen berichten von mangelnder Unterstützung beziehungsweise **erfolglosen Versuchen, in Notsituationen telefonisch durch die Notfallstationen Unterstützung zu erhalten** respektive stationär aufgenommen zu werden. Zwei der Betroffenen verfügen über gute Sprachkompetenzen, die Ursache der Problematik lag also nicht in Sprachbarrieren. Gemäss den Betroffenen reagierte die Notfallaufnahme jeweils nicht hilfreich oder gar nicht auf die Notlage.

«[...] Aber zweimal hat [Person 1] den Notfall angerufen und gesagt, meiner Frau geht es ganz schlecht. Sie haben gesagt, nein ihr musst zum Hausarzt gehen und der Arzt muss / (...) Und [Person 1] hat ihnen gesagt, ja wir sind aber in Quarantäne, wie sollen wir zum Arzt gehen? Sie haben dann gesagt, ich weiss nicht, das ist euer Problem.» (D8: 71-72)

Eine Betroffene, die zum Zeitpunkt des Interviews noch unter gravierenden Krankheitsfolgen leidet, berichtet, sie sei nicht von ihrem Hausarzt unterstützt worden und auch von der Notfallstation abgewiesen worden:

«Und dann habe ich Krankenhaus angerufen hier in der Nähe. Und die sagten, wir verbinden Sie mit der Hauptverantwortlichen von Covid-19. Und die sagte dann ernst, Sie atmen ja noch. Habe ich gesagt, wenn ich nicht mehr atme, dann kann ich nicht anrufen.» (D6: 103-104)

Eine weitere befragte Person schildert die Schwierigkeit, in der Not medizinische Hilfe zu erhalten, folgendermassen:

«Als der Arzt uns angerufen hat, hat er gesagt / oder was ich mich noch erinnern kann, ist, dass sie speziell das betont haben, dass wir die Wohnung nicht verlassen dürfen. Wenn wir die Wohnung verlassen, bekommen wir eine Strafe. Das war's. Sie haben gar nicht zur Behandlung gesagt, gar nichts (...) wirklich gar nicht.» (8: 101-102)

In einem Fall nahm der Hausarzt die Erkrankung anfänglich nicht ernst und die Person musste danach notfallmässig ins Spital eingewiesen werden

«Nachdem ich noch zwei Tage zu Hause geblieben bin, mussten wir, also meine Frau und ich, den Hausarzt regelrecht dann bitten, noch eine Kontrolle zu machen, weil es nicht besser wurde. Es wurde immer schlimmer. (...) Man hat mir dann die Lunge fotografiert und erst da hat dann wirklich der Arzt gemerkt, dass ich in einem sehr schlechten Zustand bin.» (D11: 45-49)

Insgesamt erhielten neun der elf Befragten den ersten Zugang zu medizinischer Versorgung über einen Hausarzt, eine Hausärztin. Diese können insofern als Schlüsselpersonen gelten. Die befragte Person, die mit ihrer Familie in einem kantonalen Asylzentrum lebte, berichtet, dass sie nur einen eingeschränkten Zugang zu hausärztlicher Betreuung hatte. Während der Pandemiezeit betraf dies gesundheitliche Fragen mit Bezug auf die Kinder. Sie hätte nicht verstanden, weshalb sie diesbezüglich nicht direkt mit dem Hausarzt Kontakt aufnehmen durften, wie dies in ihrem Heimatland der Fall gewesen sei, sondern der Kontakt via Sozialarbeiterin vermittelt wurde. Diesbezüglich sei es zu Konflikten gekommen. Während die ganze Familie an Corona erkrankt gewesen sei – damals seien sie in einer Wohnung untergebracht gewesen – seien sie über die Quarantäneregeln auf professionelle Weise informiert worden und hätten eine Notfallnummer erhalten. Sie hätten jedoch keine medizinische Unterstützung erhalten, sondern sind durch die Sozialarbeitenden begleitet worden. Die Covid-19-Fachstelle habe sich 12 Tage später wieder gemeldet, um festzustellen, dass sie die Quarantäne verlassen dürften.

Verzicht auf Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aus finanziellen Gründen

Finanzielle Einschränkungen beziehungsweise eine prekäre Lebenslage hatten teils zur Folge, dass **auf medizinische Behandlungen oder Medikamente verzichtet wurde**, weil dies mit Kosten verbunden sei.

«Und halt wegen dieser finanziellen Situation entscheiden wir uns oft dafür, einfach selber damit klarzukommen.» (D3: 91-94)

So hat eine Person in einer prekären wirtschaftlichen Situation nach dem Spitalaufenthalt auf ein ärztlich empfohlenes Atemtraining verzichtet, da sie nebst der Arbeit die Kinder betreuen musste und sich keine externe Betreuung leisten oder organisieren konnte.

Zugang zu privater sozialer Unterstützung und professionellen Hilfeangeboten während der Covid-19-Erkrankung

Nebst dem Zugang zu medizinischer Versorgung war für viele der befragten Personen auch der Zugang zu psycho-sozialen Unterstützungsangeboten von Bedeutung. Während der Covid-19-Erkrankung haben zehn der elf Befragten solche Hilfestellungen erhalten. Bei sechs Personen waren dies ausschliesslich **von privater Seite geleistete Hilfen** (Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis, Kirchengemeinschaft, organisierte ehrenamtliche Tätigkeiten, Arbeitgeberschaft, Kolleg:innen). Vier Personen nutzten zusätzlich auch **professionelle Hilfen** (Spital, Sozialdienst, Flüchtlingsunterkunft, Polizei, sozialer Verein). Nur eine Person erhielt ausschliesslich professionelle Hilfe.

Es fällt in diesem Zusammenhang auf, dass die **professionelle Hilfe wesentlich über bereits etablierte Kontakte** zustande kam, da sich die Personen beispielsweise im Spital oder in der Flüchtlingsunterkunft befanden (passiver Zugang) und weniger darüber, dass Personen sich aktiv an entsprechende Stellen gewendet hatten.

Die erhaltenen professionellen und privaten Hilfeleistungen reichen von der Betreuung der Kinder bis hin zur Unterstützung bei IV-Anträgen. Mehrfach wurde Einkaufshilfe genannt (7 Nennungen), Hilfe im Haushalt (3 Nennungen) sowie (punktuelle) finanzielle Hilfe⁴ (3 Nennungen). Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang auch die Übersetzungshilfe im Spital, die von Angehörigen oder befreundeten Personen geleistet wurde. Zwei Befragte berichten von privater Unterstützung, die sie vor der Erkrankung zur Bewältigung der Pandemie erhielten. Eine Risikopatientin wurde von der Nachbarschaft durch die Erledigung von Einkäufen unterstützt. Es fanden Zoom-Gespräche gegen Einsamkeit statt und die Familie hat sie bei Haushaltstätigkeiten ausserhalb der Wohnung (z. B. Waschen in der Waschküche) vertreten.

«Wir haben da so ein in unserer Siedlung so wie ein Chat gehabt ganz am Anfang. Konnte auch mitmachen, aber ich war selber Risikogruppe. Haben wir ein Chat gehabt oder eigentlich war eine Liste mit jungen Leuten und die sind in Migros gegangen. Ich sollte jetzt mal eine Liste stellen und auch einkaufen gehen. Haben wirklich, sind auch sehr nett und sehr lieb. Und dann viele haben mich auch gefragt: "Brauchst du etwas?"».» (D1: 59)

Für sozial isolierte Personen (insbesondere Geflüchtete) fehlte die in einer solchen Krisensituation notwendige Unterstützung durch ein soziales Netz. Zwei befragte Personen vermissten ein Betreuungsangebot für Kinder während der Akutphase der Covid-19-Erkrankung beziehungsweise während der Hospitalisierung, da sie als Eltern ausfielen.

«Wir waren zweimal 14 Tage lang halbtot zu Hause. Und wie ich gesagt habe, weil wir niemanden hatten, keine Bekannte, die in der Nähe wären und sich um uns hätten kümmern können, (...) ausser dieser Familie, die ich gesagt habe [...] wir waren dann einfach gezwungen, aufzustehen, gezwungen einfach etwas zu machen für unsere kleinen Kinder zu Hause». (D4: 90-91)

Auch aus den Schilderungen einer alleinerziehenden Mutter wird deutlich, dass das **Fehlen von Betreuungsmöglichkeiten für Kinder** zu einer Notsituation führen kann: Während sie notfallmässig hospitalisiert war, musste die Polizei temporär die Betreuung ihrer Kinder übernehmen.

⁴ Zahlen eines Taxis durch das Spital, Familie im Ausland nimmt sie auf, sozialer Verein übernimmt kleine Anteile der Rechnungen, die durch den Krankenhausaufenthalt entstanden sind.

Weitere genannte Probleme beziehen sich darauf, dass **der Zugang zu benötigter Hilfe nicht gefunden** wurde. Es werden Aspekte angesprochen, die bereits beim Zugang zur Gesundheitsversorgung Thema waren wie beispielsweise gut verständliche Informationen über das Hilfesystem, auch, was nicht-medizinische Hilfe betrifft, ärztliche Hausbesuche oder auch weiterführende Hilfen nach dem Spitalaufenthalt.

3.3 Wahrgenommene Qualität der Leistungen des Gesundheitssystems

Aus der wissenschaftlichen Literatur ist bekannt, dass die subjektive Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung (z. B. Spitalbehandlung) auch davon abhängt, wie hoch die Erwartungen der betreffenden Person an die Qualität sind. Diese **Erwartungen hängen mit dem sozialen Status und den bisherigen Erfahrungen mit der medizinischen Versorgung zusammen**. So haben insbesondere Patient:innen mit einer geringen Schulbildung erfahrungsgemäss tiefere Erwartungen und sind mit weniger hochstehenden Leistungen zufrieden, privilegiere Patient:innen mit einer hohen Schulbildung äussern sich kritischer (Bachmann, 2012; Batbaatar et al., 2017). Deshalb wird die Qualität von Leistungen der Gesundheitsversorgung zunehmend durch Instrumente erhoben, die anstelle der Zufriedenheit konkrete Erfahrungen der Patient:innen wie Zugänglichkeit, Wartezeit, Verständlichkeit der erhaltenen Informationen, Freundlichkeit, Empathie, respektvoller Umgang etc. erheben, sogenannte «patient-reported experience measures (PREM)» (Friedel et al., 2023)⁵.

Es zeigte sich eine starke **Heterogenität in der Beurteilung der Leistungen des Gesundheitssystems**. Die Qualität der medizinischen Versorgung während der akuten Erkrankung an Covid-19 wurde von den elf befragten Personen unterschiedlich beurteilt, von sehr gut bis schlecht. Gleichzeitig wurden von der Mehrheit der Befragten konkrete Erfahrungen geschildert, die klar negativ erlebt wurden.

3.3.1 Erwähnte positive Aspekte

Von den elf befragten Personen äusserten sich vier als zufrieden, sie fühlten sich insgesamt gut betreut. Zwei der Betreffenden verfügten sprachlich, familiär, beruflich und finanziell über vergleichsweise gute Ressourcen (im Spektrum des Samples), während zwei Personen, beide mit einem sehr schweren Krankheitsverlauf, punkto Sprachkompetenz und sozio-ökonomischem Status eher benachteiligt waren und über wenig soziale Unterstützung verfügten. **Qualitätsaspekte, die positiv erwähnt wurden, betreffen die Freundlichkeit des medizinischen Personals sowie hilfreiche Formen von Unterstützung**. Die Betroffenen brachten ihre Dankbarkeit für die erhaltene medizinische Behandlung und Betreuung deutlich zum Ausdruck.

«Ich bin sehr, sehr dankbar. Also die alle waren sehr nett, also die Ärzte, Ärztinnen, also auch die Pfleger, Fachleute im Spital, aber auch also in der Klinik, vor allem in der Klinik. Sie waren ganz nett. Also sie haben mir viel unterstützt also im Sport, auch allgemein. Ich bin also unendlich dankbar.» (D10: 85-91)

⁵ In diesem Zusammenhang ist die Einschätzung der Forschenden dieser Studie interessant, dass sich einige der Befragten entsprechend den soziokulturellen Normen, in denen sie sozialisiert wurden, aus Prinzip zufrieden und dankbar gegenüber der Schweiz und ihrem Gesundheitssystem äusserten.

Auch das **Engagement des medizinischen Personals** wurde betont:

«Sie haben alles gemacht, was sie machen könnten. Ich war ein Fall, wo sie wirklich gekämpft haben.» (D9: 229)

Gleichzeitig beschrieben auch diese **Personen, die mehrheitlich zufrieden waren, Erfahrungen mit Kommunikationsschwierigkeiten** beziehungsweise Missverständnisse im Verlauf ihrer Covid-19-Behandlung.

3.3.2 Erwähnte negative Aspekte

Sieben Personen im Sample äusserten sich zur Qualität der Gesundheitsversorgung eher unzufrieden. Drei der Betreffenden verfügten über gute sprachliche Ressourcen, fühlten sich aber vom Gesundheitspersonal **nicht ernst genommen**. Die übrigen «unzufriedenen» Personen waren in einer **besonders vulnerablen Lage**, da sie sich sprachlich nicht gut verständigen konnten und sich gleichzeitig in besonders prekärer Lage befanden.

Mehrheitlich unzufrieden äussern sich jene Betroffenen, die **von der Notfallaufnahme anfänglich oder definitiv abgewiesen** wurden:

«Was mich halt wirklich enttäuscht hat, (...), war vor allem, dass man mich am Anfang nicht angenommen hat, dass man meine Probleme nicht wahrgenommen hat, und dass man auch, als ich dann, wie zu sagen, (mit der Sani?) geliefert wurde, dass man mir nicht einmal gesagt hat, wohin.» (D11: 91-92)

Was die **Spitalbehandlung** betrifft, so kritisieren Betroffene im Wesentlichen nicht die medizinische Versorgung, sondern berichten, dass sie sich **allein gelassen oder unverstanden** fühlten, nicht ausreichend informiert waren oder auch in einem Fall vom medizinischen Personal respektlos behandelt wurden. Genannt wurden in diesem Zusammenhang **lange Wartezeiten, mangelnde Kommunikation sowie fehlende Aufmerksamkeit seitens des medizinischen Personals**, was die Angst und Ohnmacht während der Erkrankung noch verschärft habe.

«Und dann um drei Uhr morgens, ich kann nicht mehr atmen, ich denke, ich sterbe, ja. [...] Ich habe so Hunger und Durst, und dann habe ich gesagt, bitte Wasser und dann habe ich kein Wasser bekommen. Schon vier Stunden kein Wasser. Ja und dann, bringe, bringe und dann niemand gebracht und dann wieder, ich habe gesagt, bitte, Wasser.» (D13: 113, ähnlich auch D8: 139-143)

Ein **kritisches Thema ist auch der Spitalaustritt beziehungsweise die Versorgung danach**. So litt ein Patient unter dem Druck, trotz schwerer gesundheitlicher Belastung möglichst schnell aus dem Spital austreten zu müssen:

«[...] Aber im Spital wollten sie unbedingt, dass sie mich so schnell wie möglich wieder nach Hause schicken. Und sehr / sie haben mich sehr schlecht behandelt. [...] aber vielleicht hatten sie auch recht, zu dieser Zeit gab es viele Patienten im Spital und wenig Platz.» (D4: 43-51)

Der Betreffende würde nicht mehr in dieses Spital gehen. Eine Patientin mit schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen konnte sich nach dem Spitalaustritt nicht erinnern, an wen sie sich für

gesundheitliche Unterstützung wenden konnte. Da sie als berufstätige, alleinerziehende Mutter mit vielen Verpflichtungen belastet war, suchte sie in der Folge keine weitere Hilfe:

«[...] weil zum Beispiel bei mir, ich habe noch Probleme mit atmen, schlafen, Konzentration und ja, die Memory, vergesse, schnell. Eigentlich diese Unterstützung fehlt. Nach Hospital muss man eine weitere Unterstützung. Das war, weil das war da lange gedauert, sechs, sieben Monate. [...] ich bin sehr beschäftigt, viel zu tun und dann, ich habe ignoriert, was ich habe gefühlt. [...] Ja, eigentlich muss man nach dem Hospital, muss man immer geben, eine weitere Hilfe.» (D13: 281-282)

Immer wieder wurden **Kommunikationsprobleme** erwähnt, die oft mit Sprachbarrieren, aber auch mit einer ungenügenden Patientenzentriertheit zusammenhängen. **Sprachbarrieren** während der Behandlung konnten dann zeitnah überwunden werden, wenn **Angehörige zur Übersetzung eingesetzt wurden**, Patient:innen proaktiv mehrmals nachfragten oder sich mithilfe eines **«Translators» (Übersetzungsprogramm auf dem Handy)** zu verständigen versuchten. Auch Spitalpersonal, das Fremdsprachen beherrschte, erwies sich als hilfreich. Die Initiative ging diesbezüglich eher von den Patient:innen aus beziehungsweise spielten verfügbare personale, familiäre und soziale Ressourcen eine wichtige Rolle. **Der Einbezug eines professionellen Übersetzungsangebots seitens des Spitals wurde von den Interviewten in keinem Fall erwähnt, von einigen wurde darauf aufmerksam gemacht, dass sie dies vermisst haben.** Daraus schliessen wir, dass keine Übersetzungsdienste angeboten wurden. Eine Person konnte aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse ihr Anliegen bei der Behandlung nicht mitteilen und auch keine Nachfragen stellen. Bei einer anderen Person entstand aufgrund sprachlicher Barrieren ein schwerwiegendes Missverständnis bezüglich der weiteren medizinischen Behandlung, das erst beim Spitalaustritt erkannt und (mithilfe einer übersetzenden Freundin) behoben werden konnte.

3.4 Förderliche und hinderliche Faktoren für eine gelingende Bewältigung, Genesung und Wiedereingliederung

Die Interviewteilnehmenden wurden gefragt, welche Faktoren aus ihrer Erfahrung förderlich oder hinderlich bei der Bewältigung der akuten Erkrankungsphase, aber auch der nachfolgenden Beschwerden und der Auswirkungen der Pandemie, auf ihre Lebenslage generell sind. Die in den Interviews genannten Faktoren werden hier zusammengefasst dargestellt, da sich die Ergebnisse zu einem grossen Teil mit den bereits erwähnten Problemlagen und Erfahrungen in Zusammenhang mit dem Zugang und der Qualität des Gesundheitssystems decken.

3.4.1 Bewältigung der akuten Krankheit

Man kann die von den Interviewten genannten Faktoren entweder der Ebene des Gesundheits- und Sozialsystems zuordnen (Systemebene) oder den Individuen und ihrem sozialen Umfeld.

Förderliche und hinderliche Faktoren auf Ebene des Gesundheitssystems

Auf der Systemebene als förderlicher Faktor genannt wurde der Zugang, die hohe Verfügbarkeit und **gute Erreichbarkeit der Hausärzt:innen in Notlagen**. Als hinderlich erwähnt wurden **abweisende Reaktionen der Spitalnotfalldienste** (nicht ernst genommen werden, nicht auf Notlage eingehen, keine Triage, falls der Notfalldienst nicht zuständig ist). Als hilfreich für die Bewältigung der Krankheit wurde

Freundlichkeit und Engagement des Gesundheitspersonals erlebt. Das **Fehlen eines Dolmetscherdienstes in den Spitälern** wurde vielfach als hinderlicher Faktor genannt. In Zusammenhang mit der Kommunikation wurden nicht nur sprachliche Schwierigkeiten als Hindernis wahrgenommen, sondern auch **mangelnde Sensibilität in der Kommunikation mit den Patient:innen**, was Missverständnisse fördert. Ebenfalls als hinderlich wurde eine **mangelnde Vorbereitung des Spitalaustritts** bezeichnet (nicht ausreichende Informationen zu medizinischer und sozialer Nachsorge). Als förderlich wurde in diesem Zusammenhang auf die **Vermittlung einer verlässlichen Ansprechperson für Gesundheitsfragen nach Spitalaustritt** verwiesen. Förderlich für eine gelingende Bewältigung der Erkrankung wären aus Sicht der Betroffenen ebenfalls **gut zugängliche Informationen über das Gesundheits- und Sozialhilfesystem der Schweiz** (inklusive Angebote auf Gemeindeebene) in den Sprachen der Migrationsbevölkerung *und* in einfach verständlicher Sprache. Ebenfalls als förderlich erwähnt wurde **professionelle Unterstützung zur Alltagsbewältigung**⁶.

Box: Erfahrungen und Wünsche des Vaters einer an Covid-19 erkrankten Familie im Asylverfahren

Der Zugang zu medizinischer Behandlung sei schon vor Corona in der Asylunterkunft eine Herausforderung gewesen, schildert der Familienvater. In seinem Heimatland hätten sie einen gut zugänglichen Familienarzt gehabt und diesen bei Bedarf regelmässig aufsuchen können. Während der Pandemiesituation in der Schweiz hätten sie nicht verstanden, weshalb der Arzt nicht habe erreicht werden können. Der Zugang sei nur über die Sozialarbeitenden möglich gewesen, und es habe diesbezüglich manchmal Konfliktsituationen mit der Leitungsperson der Asylunterkunft gegeben. Nach dem Transfer in eine eigene Wohnung nach etwa eineinhalb Monaten seien alle Familienmitglieder im November/Dezember 2020 während zehn Tagen erkrankt. Aufgrund der Wohnsituation habe sich die Hygienesituation verbessert. Zudem habe sich die Sensibilität der Verantwortlichen (Chef oder Chefin der Asylunterkunft) verändert. Masken und Desinfektionsmittel seien einfacher zugänglich geworden. Die Familie sei in dieser Phase durch eine Covidfachstelle über die Quarantäneregeln auf professionelle Weise informiert worden und habe eine Notfallnummer erhalten. Während der Erkrankungsphase hätten sie jedoch keine medizinische Unterstützung erhalten, sondern seien durch die Sozialarbeitenden begleitet worden. Die Covidfachstelle habe sich 12 Tage später wieder gemeldet um festzustellen, dass sie die Quarantäne verlassen dürften. Der Befragte wünsche sich mehr medizinische, psychosoziale und materielle Unterstützung um Menschen in einer Situation wie der seinigen bei einer Covid-Erkrankung zu unterstützen. Der Umzug in eine eigene Wohnung sei für seine Familie eine Chance gewesen, die nicht alle Betroffenen in seinem damaligen Umfeld erhalten hätten.

⁶ Es zeigte sich in den Interviews, dass bestehende Angebote nur unter der Bedingung genutzt werden konnten, dass bereits ein Kontakt zum Sozialdienst etc. bestand oder eine durch den Dienst / die Organisation aufsuchende Hilfe angeboten wurde.

Förderliche und hinderliche Faktoren auf individueller Ebene und im sozialen Umfeld

Auf der individuellen Ebene wurden **gute Kenntnisse des Gesundheitssystems und des Sozialhilfesystems** als förderlicher Faktor genannt, was allenfalls auch durch Angehörige oder Freunde abgedeckt werden könne. Gerade beim Fehlen von Dolmetschdiensten seien **Angehörige oder Freunde mit guten Kenntnissen der lokalen Sprache** sehr hilfreich. Als hilfreich zur Alltagsbewältigung wurde **soziale Unterstützung im Quartier, Nachbarschaft** etc. erwähnt (u. a. Chatgruppe im Quartier, Kinderbetreuung, Nachbarschaftshilfe zum Einkaufen etc.). Als hinderlicher Faktor zur Bewältigung der schwierigen Situation wurde hingegen mehrfach das **Fehlen der eigenen Familie** genannt, die im Herkunftsland eine zentral wichtige Unterstützungsquelle darstellte.

Als besonders belastend wirkten sich für einige Personen im Sample **ablehnende soziale Reaktionen des Umfelds** aus. So berichtet eine Betroffene, dass Personen in ihrem sozialen Umfeld ihre krankheitsbedingten Einschränkungen nicht akzeptieren konnten (wie sie selbst auch nicht). Einer schwer erkrankten Frau wurde in einer akuten Notsituation aus Angst vor einer Ansteckung Unterstützung versagt, als sie versuchte, Hilfe in der Nachbarschaft zu mobilisieren. In einem anderen Fall verzichtete eine Betroffene darauf, Hilfe zu erwarten, nachdem sie erlebt hatte, wie eine Kollegin aus Angst vor einer Ansteckung vor ihr geflüchtet war.

Mangelnde Unterstützung verstärkte **Gefühle von Einsamkeit und Nicht-Zugehörigkeit**:

«Ich habe wirklich gespürt, wie das ist, also das Gefühl von einsam zu sein als Ausländerin in einem Land. Und sozusagen fast niemanden zu haben, die einen unterstützen kann in dieser Zeit. Auch bei der Arbeitsstelle hatte ich das Gefühl, ich arbeite jetzt dort seit circa zehn Jahren, dass ich sehr gute Arbeit leiste, aber trotzdem habe ich diese Einsamkeit dort auch gespürt.» (D3: 5-6)

Auch **auf Diskriminierung verweisende, fehlende Unterstützung am Arbeitsplatz** wurde thematisiert. So berichtet eine Betroffene, erkrankte «Ausländer» hätten im Betrieb keine Empathie oder Unterstützung erhalten, während Leitungspersonen in der gleichen Lage bevorzugt behandelt worden seien (D3: 5-6.) Eine andere Person erzählt, es habe niemand gefragt, wie es gehe oder wie die Krankheit erlebt worden sei. Im Vordergrund seien die Arztzeugnisse gestanden beziehungsweise die Frage der Einsatzfähigkeit im Betrieb (D13: 285-289).

Eine geflüchtete Person musste aufgrund des Fehlens der Herkunftsfamilie auf Unterstützung verzichten und reduzierte aufgrund dessen ihre Erwartungen:

«Und zu der Zeit hatten wir gar keine Erwartungen von niemandem. Wir sahen ja, dass die Erkrankung für jede sehr schwierig sein kann. Das hat uns sehr gefehlt als Ausländer, Ausländerin.» (D8: 135-136)

3.4.2 Bewältigung der materiellen Probleme während der Pandemie und der Krankheitsphase

In Zusammenhang mit den erwähnten materiellen Einschränkungen bis hin zu massiven Armutserfahrungen während der Pandemiesituation oder der Covid-19-Erkrankung, kann nur äusserst begrenzt von einer «Bewältigung» gesprochen werden. Die Berichte der Betroffenen zeigen, dass sie

sich mit den materiellen Beschränkungen weitgehend arrangieren mussten und sich auch nur vereinzelt Unterstützung organisieren konnten.

Berichte über individuelle Strategien wie das Aufbrauchen von Reserven und Ersparnissen, das Sparen beim Essen oder der Verzicht auf medizinische Behandlungen (aufgrund befürchteter Kostenfolgen) werfen ein Licht auf den **hinderlichen Einfluss materieller Notlagen auf die Lebensqualität der Betroffenen und die Bewältigung einer Erkrankung wie Covid-19**. Davon zeigten sich auch geflüchtete Personen betroffen, die bereits vor der Pandemie Sozialhilfe bezogen, aufgrund ihrer Position aber nicht in die Lage kamen, an der knappen materiellen Ressourcenlage etwas ändern zu können. Mit wenigen Ausnahmen (Essensbons sowie anteilmässige Bezahlung von Rechnungen durch einen «sozialen Verein», Übernahme der Kinderkrippe-Kosten) wurde in keinem dieser Fälle über die Suche nach oder den Erhalt materieller Unterstützung berichtet. Zu den Hintergründen finden sich keine erkennbaren Hinweise.

Von den zwei Personen, die angaben, während der Pandemie in materieller Hinsicht «einfach» oder «eher einfach» über die Runden gekommen zu sein, war eine selbstständig erwerbend und erlitt während der Pandemie einen erheblichen Erwerbsausfall, da Aufträge wegfielen. Förderlich wirkte sich bei dieser Person die **Corona-Erwerbsersatzentschädigung** aus, so dass sie keine Einbussen erlitt. Die zweite Person gibt zwar an, während der Pandemie finanziell eher einfach über die Runden gekommen zu sein. Sie formuliert aber Zukunftssorgen. Hinderlich war in diesem Fall die **eingeschränkte Arbeitsfähigkeit nach der Covid-19-Erkrankung**, die dazu führte, dass sie ihre Teilzeitstelle kündigte und nur noch im Stundenlohn beschäftigt ist und welche ebenfalls die berufliche Zukunftsplanung einschränkte.

Übers Ganze betrachtet, zeigt sich, dass die **Personen im Sample kaum gegen die krankheits- oder pandemiebedingten wirtschaftlichen Belastungen oder Einkommenseinbussen abgesichert** waren. Die einzige Ausnahme betrifft die Corona-Erwerbsersatzentschädigung für eine Selbstständigerwerbende Betroffene. In den anderen Fällen waren es vereinzelte private Hilfeleistungen wie Essensbons, die zum Überleben beitrugen oder Beiträge an Krankheitskosten oder an eine Kinderkrippe, welche zumindest einen Teil der finanziellen Belastung mildern konnten.

Es wurden in diesem Sinn von den Befragten (mit Ausnahme der Person, die Erwerbsausfallentschädigung erhielt) keine materiellen Angebote genannt, die für sie förderlich waren oder förderlich gewesen wären, um eine solche Situation zu bewältigen.

3.5 Wünsche und Vorschläge zur Unterstützung von sozial benachteiligten Menschen mit Migrationshintergrund während der Pandemie

Sechs der elf Befragten machen Angaben dazu, was sie in der Schweiz als besonders hilfreich empfinden würden, um Menschen mit einer Corona-Erkrankung zu unterstützen. Sie beziehen sich dabei sowohl auf die Zeit der Pandemie als auch auf die Phase, in der sie selbst an Covid-19 erkrankt waren. **Die Vorschläge widerspiegeln das Ergebnis, dass krankheitsspezifische Informationen sowie teilweise soziale Unterstützung während der Pandemie – und besonders in der Phase der Erkrankung – gefehlt haben.**

3.5.1 **Abbau von Sprach- und Informationsbarrieren**

Die Überwindung von Sprach- und Informationsbarrieren ist in diesem Zusammenhang ein wichtiges Thema. Drei Personen wünschen sich Angebote, die den Zugang zu Informationen über Schutzmassnahmen sowie die Erkrankung niederschwellig sicherstellen könnten. Die Ideen für solche Angebote reichen von Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen, die an alle Haushalte verteilt werden sollten, über regionale Anlaufstellen, bei denen man Informationen in verschiedenen Sprachen einholen kann bis hin zu Übersetzer:innen in den Spitälern:

«Ich glaube, dass es damals hilfreich gewesen wäre, wenn es z. B. spezielle Broschüre gegeben hätte und darin / dass sie diese Broschüre für alle / für alle zugänglich gemacht hätten, allen gegeben hätten. Also eine Broschüre mit wirklich richtigen Informationen, über diese Krankheit, mit allen "was soll man tun und was soll man nicht tun". Und dass sie das für alle / wie diese Zeitungen, die sie überall im Post verteilen, dass sie diese Broschüre für alle verteilt hätten. Das wäre sehr hilfreich sehr hilfreich gewesen. Das wäre etwas von Seite der Kantone. Und die Gemeinden / weiss ich nicht, inwiefern sie was machen können. Aber das Wichtigste finde ich, die korrekten Informationen vermitteln über Zeitungen, über Broschüren oder wie auch immer.» (D8: 203)

«Während dieser Zeit habe ich mich eigentlich nur gefragt, wenn jetzt etwas passiert, was müssen wir machen? Ich hatte ja zwei Nächte hintereinander starke Atemnot, ich konnte nur sehr schwer atmen. Und ich hätte gerne dann irgendwie Hilfe gebraucht, dass mir jemand sagt, was ich machen sollte, wenn das passiert, wenn ich keine Luft mehr bekomme. Was wäre gut oder hilfreich, dass sich der Zustand verbessert. Und eben einerseits konnte ich die Sprache nicht, um irgendwie nachfragen zu können und zweitens [Person 1] als Übersetzer ging es auch ganz schlecht und (...) und wenn wir jemanden (...) Und als wir eben fragten, erhielten wir keine Antwort. Und deshalb mussten wir einfach verzweifelt und hoffnungslos diese Zeit überstehen.» (8:24, 101)

3.5.2 **Abbau sozialer Isolation**

Was die soziale Isolation betrifft, so wird angeregt, **Räume zu schaffen, in denen Menschen mit Migrationshintergrund soziale Kontakte knüpfen können**, um die fehlende familiäre Unterstützung vor Ort auszugleichen:

«Einerseits weil Ausländer:innen oftmals in der Schweiz keine Familie oder Verwandte haben, dass es so sein könnte, dass sie das Gefühl haben können, dass sie nicht alleine sind. Das ist ganz wichtig. Wir, es ist richtig, dass wir fast niemanden hatten, aber auch einfach diese Familie (Anm. Familie aus der Nachbarschaft) haben uns SEHR SEHR gerettet. Und ich bin froh, dass auch in andere Situation wir ihre Unterstützung haben. Also irgendwie eine Organisation, ein Verein, ein organisiertes System, es wäre nicht schwierig. (...). Auch hier könnte man Raum schaffen, damit Migranten das Gefühl bekommen könnten, zuhause zu sein, in einer Familie zu sein. Es würde emotional und psychisch stark helfen.» (D4: 134)

Spezifisch für die Situation in den **Asylunterkünften** wird gewünscht, den **Internetzugang für alle** sicherzustellen (für Informationen rund um Covid-19 sowie um das Home-Schooling für die Kinder zu ermöglichen). Als weitere Vorschläge, welche die Situation in den Asylunterkünften betreffen, wird

Chancengleichheit in Bezug auf den Zugang zu medizinischer Hilfe genannt (unabhängig vom Aufenthaltsstatus) sowie eine Verbesserung der Wohnsituation, der finanziellen Situation und der psychosozialen Unterstützung, vor allem von alleinstehenden geflüchteten Menschen. **Geflüchtete Familien** sind im System – laut Aussage des Befragten – bessergestellt. Sie durften in der Pandemie in eigene Wohnungen umziehen und erhalten mehr finanzielle Unterstützung.

3.6 Fazit

Die Pandemiezeit, die Covid-19-Erkrankung sowie für einzelne Betroffene auch die Verschärfung vorbestehender chronischer Erkrankungen wegen Behandlungsausfällen, stellten **für die befragten Personen mit Migrationshintergrund schwerwiegende gesundheitliche Belastungen** dar. Der Einblick in die Lebensverhältnisse der in dieser Studie befragten Working Poor zeigt, dass sie **durch die Pandemie und / oder die Erkrankung phasenweise oder dauerhaft wirtschaftlich schwer betroffen** waren. Dies aufgrund von Kurzarbeit, dem Verlust der Anstellung oder einer krankheitsbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Besonders vulnerable Personen, wie sie in der Stichprobe repräsentiert waren, verfügten kaum über die Mittel, um Krisen abzufedern, sondern ihre Lebensführung wurde direkt durch Einschränkungen betroffen. Sichtbar wird auch die **Not von Armutsbetroffenen**, die zeitweise nicht einmal die Ressourcen hatten, sich angemessen ernähren zu können.

Zu erwähnen ist auch die **besondere Verletzbarkeit eines Teils der geflüchteten Personen**, die aufgrund der Umstände ihrer Flucht traumatisiert und psychisch belastet sind. Die Herausforderungen in der Pandemiesituation, (beispielsweise Abstand halten und Home-Schooling der Kinder in der beengten Asylunterkunft) sowie die Covid-19-Erkrankung und deren Folgen, müssen diesbezüglich als massive Zusatzbelastung betrachtet werden. Bei einzelnen Betroffenen scheinen die Schutzmassnahmen Ängste reaktiviert zu haben, die mit Kriegserfahrungen in Zusammenhang stehen. Dies unter Lebensbedingungen, in denen nur äusserst knappe Ressourcen zur Verfügung standen, um diesen Belastungen wirksam begegnen zu können.

Bezüglich des **Zugangs zu verlässlichen Informationen, zu Unterstützung und medizinischer Versorgung**, erweisen sich fehlende oder begrenzte Kenntnisse der lokalen **Sprache**, mangelnde **Kenntnisse des Gesundheitssystems** sowie mangelnde Kontakte und **Unterstützung im sozialen Nahraum** als Defizite auf der personalen Ebene. Auf der Ebene des Gesundheits- und Sozialsystems stellt die **Hochschwelligkeit der Informationsvermittlung** (schwer zu finden, kompliziert geschrieben und überfordernd in Bezug auf die Erwartung einer aktiven Suche nach Information) ein Hindernis dar. Was den Zugang zu medizinischer Behandlung, und besonders die Spitalversorgung betrifft, weisen die Ergebnisse auf die **Schlüsselrolle der Hausärzt:innen** hin beziehungsweise auf den Nachteil, wenn der Zugang zur hausärztlichen Betreuung nicht, oder nur begrenzt, verfügbar war. Als kritisch erscheint auch die beschriebene **mangelnde Sensibilität von professionellen Akteuren im System**, was die Notlagen der Betroffenen und ihre Schwierigkeiten, Hilfe zu finden, angeht. In diesem Zusammenhang ist die in einzelnen Fällen beschriebene, mangelnde Unterstützungsbereitschaft von Hausärzt:innen und Notfallstationen zu erwähnen.

Die interviewten elf Personen schilderten teilweise sehr kritische Erfahrungen, die sie während der Pandemie mit dem Schweizer Gesundheitssystem gemacht haben. **Im Rahmen der vorliegenden Studie konnte nicht vertieft analysiert werden, welche Faktoren ursächlich zu diesen kritischen Situationen geführt haben.** Es wäre wichtig, in weiterer Forschung zu untersuchen, ob die Ursache für die mangelnde Zugänglichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung dieser Patient:innen in besonders

vulnerabler Lage mit der generellen Überlastung des Gesundheitssystems während der Pandemie als Ausnahmesituation zu erklären ist oder, ob es sich um dauerhafte, systemimmanente Barrieren der Zugänglichkeit zur Versorgung handelt, wie es von Elena Mazzalai und Kolleginnen für Europa postuliert wird:

«Social determinants of health are among the main factors involved in the genesis of health inequalities: a disadvantaged socio-economic status, a framework of structural racism and asymmetric access to healthcare are linked to increased susceptibility to the consequences of Covid-19.» (Mazzalai et al., 2023, S. 1305).

Professionelle Unterstützung im psychosozialen Bereich wurde von den Betroffenen nicht aktiv gesucht, sondern über bereits bestehende Beziehungen in Institutionen (wie Asylunterkunft oder Spital) vermittelt. Dies stützt das Ergebnis, dass es für die Betroffenen schwer war, selbst Informationen über Unterstützungsangebote zu finden. Die vielen Erwähnungen erhaltener privater Hilfe, unterstreichen die **Bedeutung von Unterstützung im sozialen Nahraum**, die wichtige Bereiche abdeckte wie Einkäufe oder Kinderbetreuung. Begrenzte medizinische Hilfe konnte dadurch aber nicht kompensiert werden.

Die Art und Weise, wie die befragten Personen sich behandelt und betreut fühlten, beeinflusst ihre Wahrnehmung der Qualität der Gesundheitsversorgung. **Ausserhalb der Kritik steht die medizinische Behandlung an sich**, während jedoch der **Zugang dazu sowie das wahrgenommene Engagement und die Aufmerksamkeit des Gesundheitspersonals unterschiedlich bewertet** werden. Es sind bestimmte Aspekte, welche diesbezüglich eine zentrale Rolle spielen: Während der Hospitalisation ist das wahrgenommene **Engagement des Gesundheitspersonals und dessen Aufmerksamkeit für die individuelle Situation der Patient:innen entscheidend** für die Zufriedenheit der Betroffenen. Dies zeigt sich sowohl mit Bezug auf den Spitalaufenthalt als auch bei der Vorbereitung des Spitalaustritts. Ob die Behandlung positiv oder negativ erlebt wurde, scheint nur zum Teil von Sprachbarrieren abzuhängen, denn **auch Personen mit guten Sprachkenntnissen klagen teilweise darüber, dass sie sich alleingelassen und ungenügend informiert fühlten. Umgekehrt haben auch sprachlich benachteiligte Personen positive Unterstützung erfahren**. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass **Sprachbarrieren in der Hauptsache durch den spontanen und informellen Einsatz von Angehörigen oder Spitalmitarbeitenden überwunden** werden konnten, während die Interviewten **professionelle Übersetzungsdienste nie erwähnten, ausser wenn sie darauf aufmerksam machten, dass sie ein solches Angebot vermisst haben**.⁷ Professionelle Dolmetschdienste wurden in keinem Fall erwähnt, obwohl die Notwendigkeit dafür aus der Literatur bekannt und auch durch diese Studie wieder bestätigt ist (Jäger, 2017).

In den Ergebnissen zur (begrenzten) **Bewältigung der Covid-19-Erkrankung** bei den befragten elf Migrantinnen und Migranten widerspiegelt sich im Konkreten, was aus Modellen zur allgemeinen Krankheitsbewältigung bekannt ist wie beispielsweise dem Modell von Wolf-Kühn & Morfeld (2016). Die obenstehenden Schlüsse zu förderlichen oder hinderlichen Faktoren in der untersuchten Gruppe lassen sich entsprechend einordnen.

⁷ Die Personen erwähnten Kommunikationsprobleme als Problem und Übersetzungshilfen aus ihrem persönlichen Umfeld als Hilfe in Zusammenhang mit Fragen nach der Zugänglichkeit und Qualität des Gesundheitsversorgungssystems (siehe den Interviewleitfaden im Anhang, ab S. VII). Professionelle Übersetzungshilfe wurde in keinem Fall erwähnt. Beim problemzentrierten Interview handelt es sich um eine offene, halbstrukturierte Befragung, welche die Befragten möglichst frei zu Wort kommen lässt, um spontane, möglichst wenig beeinflusste Antworten zu erzeugen. Es wurde deshalb nicht explizit nach Übersetzungsangeboten beziehungsweise anderen Angeboten gefragt.

Faktoren im Modell von Wolf-Kühn & Morfeld (2016) sind:

- die Schwere der Erkrankung beziehungsweise deren Folgen (Notwendigkeit und Dringlichkeit medizinischer Behandlung und Nachsorge, erkrankungsbedingte eingeschränkte Arbeitsfähigkeit)
- der sozio-ökonomische Status (Arbeitsverhältnisse, soziale Absicherung, Mittel für die Überbrückung von Einkommenseinbussen, für die medizinische Behandlung oder Medikamente)
- Ressourcen im sozialen Nahraum (Netzwerke für Kontakte und soziale Unterstützung)
- die Lebenswelten (soziale Isolation, prekäre Wohnsituationen als Belastung)
- das Gesundheits- und Sozialsystem (Offenheit des Zugangs beziehungsweise Zugangsbarrieren, Bedürfnisgerechtigkeit der Behandlung beziehungsweise mangelnde Beachtung psychosozialer Bedürfnisse)
- personale Ressourcen (Sprachkenntnisse sowie Kenntnisse des Gesundheits- und Sozialsystems).

Als **spezifisches Erschwernis für Patient:innen mit Migrationshintergrund, die in prekären materiellen Verhältnissen leben, erweisen sich Sprachbarrieren**, die sowohl hinsichtlich der Informationsbeschaffung, der Suche nach Unterstützung, des Zugangs zum Gesundheitsversorgungssystem als auch während der Behandlung und in der Vorbereitung des Spitalaustritts einen hinderlichen Einfluss ausüben, wenn sie nicht überwunden werden können. Damit in Zusammenhang sind auch die sich hinderlich auswirkenden **mangelnden Kenntnisse des Gesundheits- und Sozialsystems** zu sehen. Die Ergebnisse zu förderlichen Faktoren verweisen darauf, dass **private soziale Unterstützung diesbezüglich einiges abfedern konnte, wo sie verfügbar war und dass der Leidensdruck besonders stark war, wo diese fehlte wie beispielsweise bei Asylsuchenden**. Ebenso wurde deutlich, dass die **Aufmerksamkeit und die Unterstützungsbereitschaft der professionellen Fachkräfte** im Gesundheitssystem entscheidend dafür waren, ob die Betroffenen den Zugang zur notwendigen Hilfe erhielten und nicht nur medizinisch, sondern auch psychosozial ihren Bedürfnissen entsprechend behandelt werden konnten. Dies wirft ein Licht darauf, wie entscheidend es für prekär lebende Migrant:innen mit wenig Sprachressourcen ist, dass die Akteure im Gesundheitssystem über das Wissen und die Ressourcen (Zeit, Übersetzungsdienste) verfügen, um aufmerksam und angemessen auf die Bedürfnisse solcher vulnerabler Patient:innen reagieren zu können.

In den Interviews widerspiegelt sich schliesslich auch, dass die befragten Personen nicht nur vor gesundheitliche Probleme gestellt waren, sondern auch vor grossen Herausforderungen in anderen Lebensbereichen, welche wiederum die Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung tangierten. Eine Übersicht über die verschiedenen Problemstellungen findet sich in Tabelle 12.

Tabelle 12: Zusammenfassung der multiplen Problemlagen, denen sich die Personen im Sample vor, während und nach der Erkrankung mit Covid-19 gegenüber sahen

Vorbestehend	Pandemiesituation	Akute Erkrankung	Nach der akuten Erkrankung
Chronische Erkrankungen	Ungewissheit über die individuelle Bedrohungslage (Ansteckungsrisiko, Risiko eines schweren Verlaufs und Folgen) Verspätete und abgebrochene Behandlungen der vorbestehenden Krankheiten	Schwerer Verlauf	Beschwerden der Covid-19-Erkrankung Verschlechterung der vorbestehenden chronischen Erkrankungen
Prekäre Wohnsituation (insbesondere von Asylsuchenden)	ungünstige hygienische Situation aufgrund beengter Wohnverhältnisse Ungenügender Zugang zur Schulbildung während Home-Schooling	Eingeschränkter Zugang zu hausärztlicher Versorgung	
Soziale Isolation, Diskriminierungserfahrungen	Verstärkung der Isolation, Einsamkeit	Fehlende praktische und emotionale Unterstützung während der Erkrankung Eingeschränkte Alltagsbewältigung (Einkaufen, Kochen, Kinderbetreuung)	Verstärkung der sozialen Isolation durch negative Erfahrungen in einer Krisensituation
Prekäre Anstellungsbedingungen, Armut	Pandemiebedingter Verlust der Arbeit, Kurzarbeit, Ausfall von Aufträgen	Behandlung und Medikamente nicht bezahlen können oder nicht in Anspruch nehmen können	Weiter bestehende oder verschärfte prekäre wirtschaftliche Situation und dauerhafter Verlust der Anstellung

Die multiplen Problemlagen, denen sich einige der befragten Personen gegenüber sahen, zeigen unseres Erachtens eindrücklich, dass bei Menschen in besonders vulnerabler Lage ein erweitertes Konzept der Krankheitsbewältigung sinnvoll ist, welches nebst der gesundheitlichen Perspektive auch die Autonomie, soziale Integration und Lebensqualität der Betroffenen beziehungsweise die Erreichung einer gewissen Stabilisierung und Normalisierung des Lebens berücksichtigt (Wolf-Kühn & Morfeld, 2016).

4 Diskussion

Die vorliegende Studie zeigt, dass in der Schweiz die Krankheitslast, gemessen an schweren Verläufen von Covid-19, die eine Hospitalisation erforderten, sozial ungleich verteilt war. Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen und Personen mit Migrationshintergrund waren ungleich stärker betroffen.

Der exemplarische Einblick in die persönlichen Erfahrungen von Migrant:innen in prekärer Lebenslage während der Krankheitsphase, aber auch während der Zeit der präventiven Massnahmen in Zusammenhang mit der Pandemie, weisen auf die multiple und kaum zu bewältigende Problemlage hin, mit denen sich viele Menschen in vulnerabler Lage in dieser Zeit konfrontiert sahen. Dazu gehören viele kritische Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung während der akuten Erkrankungsphase und mit der mangelnden medizinischen und sozialen Unterstützung nach dem Spitalaustritt. Einige Betroffene schildern existenzielle Notlagen und massive Einsamkeitsgefühle während dieser Zeit.

Ausgehend vom **Modell von Ten Have** zur Erklärung von sozialer Ungleichheit in der Vulnerabilität angesichts einer Katastrophe, lassen sich die Erkenntnisse unserer Studie folgendermassen zusammenfassen:

- **Exposition:** Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass sozial benachteiligte Migrantinnen und Migranten tatsächlich in stärkerem Ausmass dem Virus ausgesetzt waren. Dies betrifft die Wohnsituation (u. a. beengte Verhältnisse, Mehrgenerationenhaushalte) und auch die Arbeitssituation (wenig Möglichkeit zum Home-Office). Es zeigt sich gleichzeitig eine grosse Heterogenität des Ausmasses der Exposition innerhalb der Migrationsbevölkerung der Schweiz: Bei gewissen Gruppen (z. B. mit Nationalität Deutschland, Frankreich) war ein geringeres Ausmass der Exposition, verglichen mit Schweizerinnen und Schweizern, zu beobachten, bei anderen Gruppen (z. B. mit Nationalität Nordmazedonien, Kosovo und aus dem asiatischen und Subsahara-afrikanischen Raum) stark erhöhte Ausmasse der Expositionen beim Wohnen und Arbeiten. Gemäss den Ergebnissen unserer qualitativen Studie befanden sich asylsuchende Personen in Kollektivunterkünften in einer besonders exponierten Lage.
- **Sensitivität:** Das zweite Element des Modells von Ten Have erwies sich als nicht relevant für unser Thema. Das Ausmass der Anfälligkeit für einen schweren Verlauf der Erkrankung wurde in dieser Studie mit relevanten schweren Vorerkrankungen operationalisiert (z. B. eine Herz-erkrankung, die in den fünf Jahren vor Beginn der Pandemie stationär behandelt werden musste). Diese Vorerkrankungen erhöhten zwar erwartungsgemäss das Risiko für einen schweren Verlauf von Covid-19 deutlich, konnten aber die soziale Ungleichheit zwischen Personen mit und ohne Migrationserfahrung nicht erklären. Die so definierte Sensitivität kann also als Ursache für das erhöhte Risiko der Migrationsbevölkerung ausgeschlossen werden. Leider konnten mit den vorliegenden Daten die lediglich ambulant behandelten Vorerkrankungen nicht berücksichtigt werden. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese zusätzlichen gesundheitlichen Informationen das Ergebnis beeinflusst hätten.
- **Adaptive Kapazität:** Der qualitative Teil dieser Studie zeigt am Beispiel von elf betroffenen Personen deutlich auf, wie stark die adaptive Kapazität der Personen, aber auch des gesundheitlichen und sozialen Systems, einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf und die Bewältigung der schwierigen sozialen Lage hatte. Finanzielle Prekarität, Sprachbarrieren, mangelnde

Kenntnisse der Logik des Gesundheitssystems und auch mangelnde soziale Unterstützung führten zu schwereren Verläufen und grosser psychischer Belastung. Das Gesundheitssystem konnte in vielen Fällen nicht adäquat auf die vulnerable Lage der Betroffenen reagieren. Die Betroffenen erlebten Barrieren im Zugang zur medizinischen Versorgung (z. B. in Asylunterkünften). Insbesondere die Abweisung in Notsituationen führte zu traumatisierenden Erfahrungen.

Auch aus den Resultaten des quantitativen Teils dieser Studie lassen sich verschiedene Faktoren ableiten, die auf den wichtigen Effekt von adaptiven Kapazitäten, als Ursache für soziale Ungleichheit, hinweisen. Dies betrifft in erster Linie die zeitliche Verzögerung des Impfschutzes: In der ersten Phase der Verfügbarkeit von Impfungen für besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen vergrösserte sich die soziale Ungleichheit nochmals deutlich. Nebst dem unterschiedlichen Ausmass der Exposition kann vermutet werden, dass die grossen Unterschiede im Hospitalisationsrisiko zwischen Migrantinnen und Migranten verschiedener Nationalitäten auch damit zusammenhängen könnte, dass – je nach Herkunftsland und Sozialisation – unterschiedlich geformte Gesundheitskompetenzen (z. B. Einstellung und Vertrauen zu wissenschaftlichen und offiziellen Gesundheitsinformationen) vorliegen. Diese haben möglicherweise das Schutzverhalten beeinflusst und damit auch das Risiko eines schweren Verlaufs.

Wie können die Ergebnisse dieser Studie im Kontext der **Erkenntnisse von anderen schweizerischen und europäischen Studien** interpretiert werden?

Für die Schweiz liegen, wie bereits erwähnt, bisher keine anderen Studien vor, welche auf individueller Ebene den Effekt von sozialen und migrationsspezifischen Faktoren auf das Hospitalisationsrisiko wegen Covid-19 untersuchen. Ein systematischer Review über die 53 Staaten, die zur **WHO Europa** gehören, untersuchte die Frage, ob Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund und ethnische Minoritäten (MEM) ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe inklusive Mortalität von Covid-19 haben (Mazzalai et al., 2023). Sie berücksichtigten Publikationen, die von Januar 2020 bis März 2021 publiziert wurden. 15 von 16 berücksichtigten Studien, welche das **Hospitalisationsrisiko** untersuchten, zeigten in Übereinstimmung mit unseren Resultaten ein erhöhtes Risiko für MEM verglichen mit der autochthonen Bevölkerung respektive verglichen mit der Bevölkerung, die nicht einer ethnischen Minorität angehören. Es zeigte sich auch eine starke Ungleichheit im Hospitalisationsrisiko je nach ethnischer Minorität oder dem Herkunftsland der Migrant:innen (Mazzalai et al., 2023).

In einer Studie aus Italien wurde auf Basis der registrierten laborgetesteten Covid-19-Infektionen das **Hospitalisationsrisiko und die Sterblichkeitsrate** zwischen der Bevölkerung mit italienischer Nationalität und der ausländischen Bevölkerung untersucht. Ausserdem wurden die Herkunftsländer der ausländischen Bevölkerung auf Basis der weltweiten Verteilung des **«Human development index» (HDI)**⁸ in drei Gruppen eingeteilt: Herkunftsland mit tiefem HDI, mit mittlerem und mit hohem HDI (Fabiani et al., 2021). Die Autor:innen beobachteten, dass die ausländische Bevölkerung ein erhöhtes Hospitalisationsrisiko hatte (RR_{adj.} 1.39; CI 1.33–1.44; kontrolliert u. a. für Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen) und dass dieses Risiko einen sozialen Gradienten aufwies, der mit dem Wohlstand des Herkunftslandes assoziiert ist. Die ausländische Bevölkerung mit einem Herkunftsland mit hohem HDI hatte ein

⁸ Der HDI ist ein von den Vereinten Nationen publizierter Indikator zur Messung der menschlichen Entwicklung eines Staates, der nicht nur das Bruttonationaleinkommen pro Kopf, sondern auch die Lebenserwartung und die Dauer der Ausbildung der Bevölkerung berücksichtigt. Er kann auch als Wohlstandsindikator verstanden werden.

RR_{adj.} von 1.15 (CI 1.07–1.23); diejenige aus einem Herkunftsland mit mittlerem HDI ein RR_{adj.} von 1.46 (CI 1.39–1.53) und aus einem Herkunftsland mit tiefem HDI ein RR_{adj.} von 1.59 (1.48–1.71). Diese Studie aus Italien bestätigt in dem Sinn ebenfalls **die Bedeutung des Herkunftslandes** der Migrantinnen und Migranten für das Hospitalisationsrisiko im Einwanderungsland. Die ausländische Bevölkerung hatte ebenfalls ein erhöhtes Risiko, intensivmedizinisch behandelt werden zu müssen. Bei den Immigranten aus Herkunftsländern mit tiefen HDI war ausserdem die Mortalität in Italien signifikant erhöht. Die Autor:innen stellten fest, dass bei den ausländischen Bevölkerungsgruppen die Diagnosestellung zeitlich verzögert erfolgte, was aus ihrer Sicht das schlechtere Outcome in der Behandlung erklären könnte (Fabiani et al., 2021). Die in dieser Studie berechneten Risiken für schwere Verläufe von Covid-19 beziehen sich allerdings auf die Grundgesamtheit der Personen, bei denen eine laborbestätigte Diagnose offiziell registriert wurde und nicht auf die Bevölkerung insgesamt.

In Deutschland wurde mittels einer gross angelegten Online-Befragung (N=45,858) der Zusammenhang zwischen selbstberichteten **Covid-19-Infektionen** und Migrationshintergrund untersucht (Koschollek et al., 2023). Als erklärende Variablen wurden einbezogen: Migrationshintergrund (Person oder deren Eltern sind nicht in Deutschland geboren), Geschlecht, Alter, Schulbildung, Haushaltsgrösse, im Haushalt gesprochene Sprache (Deutsch oder andere Sprache) und Beschäftigung im Gesundheitssektor (ja/ nein). Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund hatte ein um 3.95 Prozentpunkte erhöhtes Risiko, sich anzustecken. Dieser Unterschied reduzierte sich stark (auf 1.28 Prozentpunkte), wenn Schulbildung, Haushaltsgrösse, gesprochene Sprache und Beschäftigung im Gesundheitssektor berücksichtigt wurden. Die Autor:innen gehen davon aus, dass bezüglich des Ansteckungsrisikos in Deutschland **sozio-ökonomische Benachteiligung und Exposition beim Wohnen und bei der Arbeit wichtigere Risikofaktoren darstellen als migrationspezifische Faktoren**.

Es existieren bisher nur wenige Studien, die sich mit der Frage der Zugänglichkeit des Gesundheitssystems für Migrant:innen während der Pandemie befasst haben. In einer Studie in elf europäischen Ländern (inkl. Schweiz) wurde untersucht, ob sich während der Pandemie eine Ungleichheit im **Zugang zur Gesundheitsversorgung** bei Müttern mit und ohne Migrationshintergrund unter der Geburt zeigte (Costa et al., 2022). Die Ergebnisse zeigen, dass während der Pandemie Mütter mit Migrationshintergrund mehr Mühe im Zugang zu Gesundheitsdiensten hatten, eine rechtzeitige Behandlung erschwert war, dass sie in schlechter ausgestatteten Räumlichkeiten behandelt wurden und ihr Kontakt zum Neugeborenen stärker eingeschränkt wurde als dies bei Müttern ohne Migrationshintergrund der Fall war.

Verschiedene Studien aus der Schweiz gehen auf die **besonders verletzliche Lage von Asylsuchenden und Sans-Papiers** während der Pandemie ein (Genovese et al., 2023; Morisod, Martin, et al., 2023; Morisod, Nikles, et al., 2023). Es gibt viele verschiedene Faktoren, die dazu beitragen, dass sich Sans-Papiers während der Pandemie in einer besonders verletzlichen Lage befanden. Dazu gehören erhöhte Expositionsrisiken, verzögerte Diagnosestellung und Therapie, welche mit Sprachbarrieren, nicht den Bedürfnissen entsprechender Risikokommunikation, prekären und beengten Wohnbedingungen, mangelhaftem Arbeitsschutz, eingeschränktem Zugang zur Gesundheitsversorgung, fehlenden sozialen Sicherheitsnetzen und Misstrauen gegenüber Institutionen erklärt werden (Genovese et al., 2023). Zu Beginn der Pandemie konnten sich beispielsweise die Mehrheit der Sans-Papiers nicht für Impftermine anmelden, da ihnen die dafür notwendige Krankenkassennummer nicht zur Verfügung steht. Eine Studie von 2011 schätzt, dass lediglich 10 Prozent der Sans-Papiers in der Schweiz bei der obligatorischen Krankenversicherung angemeldet sind (Bilger et al., 2011).

Burton-Jeangros und Kolleg:innen (2020) führten im Jahr 2020 eine Befragung bei Sans-Papiers und Personen mit befristetem Aufenthaltsrecht im Kanton Genf durch. Nebst vielen anderen Problemen zeigte sich bei der Gruppe, die sich legal mit Aufenthaltsrecht in der Schweiz aufhielten, dass sie trotz existenziellen Notlagen darauf verzichteten, soziale Hilfen zu erhalten. Sie begründeten dies mit der Furcht, ihre Chance auf eine Einbürgerung zu verlieren. Die **Regularisierungsbedingungen** des Kantons Genf und vieler anderer Kantone halten fest, dass nur eingebürgert wird, wer finanziell unabhängig ist, also in der Vergangenheit keine Sozialhilfe beziehen musste. Dieser Umstand führte dazu, dass einige der Befragten während der Pandemie eher Hunger litten oder auf Gesundheitsbehandlungen verzichteten, als dass sie um Hilfe ersuchten. Nicht nur die Sorge um die Einbürgerung blockierte das Hilfesuchverhalten, sondern auch die Angst, das Aufenthaltsrecht in der Schweiz zu verlieren oder nie zu erhalten:

«Both groups feared the potential administrative consequences of applying for public support on their ability to receive or renew their residency permit in the near future in similar proportions.»
(Burton-Jeangros et al., 2020, S. 6)

Da die Gesundheitsversorgung in der Schweiz kantonal verantwortet ist, zeigen sich grosse Unterschiede in der Frage, wie die Prävention und die **Gesundheitsversorgung von nicht versicherten Sans-Papiers** im Allgemeinen und auch während der Pandemie geregelt wurde. Im Verlauf der Pandemie haben sich einige Kantone stärker engagiert, um diese Bevölkerungsgruppe besser zu unterstützen (z. B. Genf und Vaud).

«Only few cantons adopted a proactive and inclusive strategy to alleviate financial and administrative barriers to testing, treatment, and vaccination for uninsured migrants. For instance, the Geneva canton granted undocumented migrants full access, free of charge, to healthcare including specialized and inpatient care since the pandemic's early phase. The majority of other cantons usually limited access to emergency care only.» (Genovese et al., 2023, S. 2)

Die Nationale Plattform gegen Armut (NAPA) hat sich mit den **sozio-ökonomischen und psychischen Folgen der Pandemie in der Schweiz** befasst und in einem Monitoring systematisch die Forschungstätigkeit zur Frage zusammengetragen, ob Armut und sozio-ökonomische Ungleichheiten in der Schweiz durch die Pandemie verschärft wurden (Beyeler et al., 2021). Die zum Zeitpunkt der Publikation vorliegenden Ergebnisse zeigen eine Verschärfung der sozio-ökonomischen Ungleichheit in der Bevölkerung, was vor allem mit den präventiven Massnahmen gegen die Verbreitung des Virus zusammenhängt. Diese trafen sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen in stärkeren Ausmass, weil die Erwerbstätigkeiten im unteren Einkommensbereich stärker eingeschränkt haben als solche in höheren Einkommensklassen (z. B. durch Kurzarbeit) und weil diese Gruppen weniger Möglichkeiten zum Home-Office hatten. Das Monitoring zeigt auch auf, dass psychische Belastungen bei Personen mit niedrigem Einkommen während der Pandemiewellen stärker zugenommen haben. Dies betrifft insbesondere Personen mit unsicherem Aufenthaltsstatus und damit verbunden erschwertem Zugang zu sozialen Hilfen.

«Deren häufigen und gestiegenen Gefühle von Angst, Sorge und Stress gründen auf konkreten Bedrohungen der eigenen Person und von Familienmitgliedern in Bezug auf die physische Gesundheit (COVID-19-Erkrankung, Ernährungssicherheit etc.) und die Existenzsicherung (Wohnraum, finanzielle Situation)» (Beyeler et al., 2021, S. IV).

Vorläufig kann aus den bisherigen Erkenntnissen geschlossen werden, dass zentrale Befunde der vorliegenden Studie durch schweizerische und europäische Studien gestützt werden. Dies betrifft die erhöhte Vulnerabilität der Bevölkerung mit Migrationshintergrund für die verschiedenen gesundheitlichen und sozialen Risiken der Covid-19-Pandemie. Bisherige Studien bestätigen auch, dass soziale Benachteiligung eines grossen Teils der Migrationsbevölkerung (Armut, tiefe Schulbildung, prekäre Arbeitsbedingungen in Tieflohnbranchen) ein zentral wichtiger Faktor ist, der zu dieser Vulnerabilität beiträgt. Damit verbunden ist der Befund, dass sich in der Vulnerabilität innerhalb der Migrationsbevölkerung eine grosse Heterogenität zeigt, die mit dem Wohlstand des Herkunftslands zusammenhängt. Es gibt einige Studien, die auch auf migrationsspezifische Faktoren als Ursache der erhöhten Vulnerabilität eingehen (z. B. unsicherer Aufenthaltsstatus, mangelnde Kenntnisse oder erschwelter Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem und zum sozialen Unterstützungssystem). Einige Studien weisen auf die besonders kritische Lage von Sans-Papiers und Personen im Asylwesen hin.

Bisher liegen kaum Befunde zur Frage vor, ob neben sprachlichen Problemen auch Diskriminierungsprozesse im Gesundheitsversorgungssystem zu Notlagen in der akuten Krankheitsphase geführt haben. Auch die Frage, ob sich die soziale Ungleichheit im Hospitalisationsrisiko im Verlauf der Einführung und Zugänglichkeit des Impfschutzes verringert oder vergrössert hat, wurde unseres Wissens in anderen europäischen Studien bisher nicht untersucht.

Würdigung, Grenzen der Studie und Ausblick

Im Rahmen dieses Forschungsprojekts konnte erstmals auf Ebene von individuellen Daten für die Schweiz untersucht werden, welchen Effekt die soziale Lage auf das Hospitalisationsrisiko wegen einer Covid-19-Erkrankung in den Jahren 2020-2021 hatte. Im Fokus dieses Berichts standen Menschen mit Migrationshintergrund, wobei vertiefend auf diejenigen Bevölkerungsgruppen eingegangen wurde, die sich aufgrund von sozialer Benachteiligung in einer besonders vulnerablen Lage befanden. Die Ergebnisse der quantitativen und der qualitativen Analysen weisen auf die **grosse Bedeutung der sozialen Dimension** für das Risiko einer schweren Erkrankung wegen Covid-19 sowie auf die Möglichkeit der Bewältigung der Folgen der Pandemie hin.

Die von uns benutzten Daten weisen einige **Grenzen** auf. So fehlen beispielsweise Informationen über Vorerkrankungen, die nicht zu einer stationären Behandlung geführt haben und der Impfstatus der Personen im gesamtschweizerischen Sample. Auch fehlen uns Informationen zur Situation von Sans-Papiers, die nicht in der Strukturhebung erfasst werden können und die während der Pandemie in einer besonders vulnerablen Lage waren. Schliesslich hätte die Aussagekraft des qualitativen Teils von einer etwas grösseren Anzahl von interviewten Personen gestärkt werden können.

Auf Basis der vorliegenden Erkenntnisse würden wir es begrüssen, wenn **weiterführende Studien** u.a. zur Zugänglichkeit und Qualität des Gesundheitssystems für sozial benachteiligte Personen mit Migrationshintergrund realisiert werden können. Dabei sollte auch der Umgang mit und die Folgen von Sprach- und Kommunikationsbarrieren untersucht werden.

Nach der Veröffentlichung dieses Berichts werden in dem dritten Arbeitspaket dieser Studie **wissenschaftlich gestützte und umsetzbare Empfehlungen** aus den Erkenntnissen dieses Forschungsprojekts abgeleitet. Dazu werden Akteur:innen des Gesundheitssystems, der Migrations-Communities, der relevanten NGOs und Hochschulen eingeladen, sich an einem **Stakeholder-Prozess** zu beteiligen, um in

einem partizipativen Verfahren Empfehlungen abzuleiten. Ein Bericht zur Methodik und den Ergebnissen dieses dritten Arbeitspakets wird separat veröffentlicht.

Als Ergänzung zu dem vorliegenden Bericht wird das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium ein Bulletin** veröffentlichen, in dem der Einfluss von Demografie, Vorerkrankungen, Sozialstatus und Expositionsrisiken auf schwere Covid-19-Verläufe in der gesamten Schweizer Bevölkerung dargestellt wird (vgl. Bayer-Oglesby et al., noch unv.)

5 Referenzen

- Bachmann, N. (2012). Vergleichende Analyse der Fragebogen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit PEQ und ANQ: Ein Arbeitsbericht im Auftrag der Fachstelle für Qualitätsmanagement Inselspital, Universitätsspital Bern. [Unveröffentlichter Bericht]. protagonist GmbH.
- Bachmann, N., Bayer-Oglesby, L., & Solèr, M. (2022). Methodenbericht. Forschungsstudie: Soziale Ungleichheit und schwere COVID-19 Verläufe in der Schweizer Migrationsbevölkerung 2022-2024. Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020a). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, jech-2020-214401. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020b). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(11), 964–968. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M. M., & Amenta, P. (2017). Determinants of patient satisfaction: A systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137(2), 89–101. <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>
- Bayer-Oglesby, L., Bachmann, N., & Zumbrunn, A. (2020). Soziale Lage und Spitalaufenthalte aufgrund chronischer Erkrankungen | OBSAN. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/soziale-lage-und-spital-aufenthalte-aufgrund-chronischer-erkrankungen>
- Bayer-Oglesby, L., Zumbrunn, A., & Bachmann, N. (2019). Implementierung und Validierung der SIHOS-Datenbank. NFP74-Studie «Social Inequalities and Hospitalisations in Switzerland» «SIHOS» [Projektinterner Methodenbericht]. HSA FHNW.
- Bayer-Oglesby, L., Zumbrunn, A., & Bachmann, N. (2022). Social inequalities, length of hospital stay for chronic conditions and the mediating role of comorbidity and discharge destination: A multilevel analysis of hospital administrative data linked to the population census in Switzerland. *PLOS ONE*, 17(8), e0272265. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272265>
- Beyeler, M., Oliver, H., & et. al. (2021). Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Armut und sozioökonomische Ungleichheit. Bestandsaufnahme und Synthese der Forschungstätigkeit im Auftrag der Nationalen Plattform gegen Armut. Berner Fachhochschule & nationale Plattform gegen Armut.
- Bilger, V., Hollomey, C., Efionayi-Mäder, D., & Wyssmüller, C. (2011). Health care for undocumented migrants in Switzerland: Policies, people, practices. International Center for migration policy development.
- Burns, R., Wyke, S., Eyre, M. T., Boukari, Y., Sørensen, T. B., Tsang, C., Campbell, C. N. J., Beale, S., Zenner, D., Hargreaves, S., Campos-Matos, I., Harron, K., & Aldridge, R. W. (2023). COVID-19 vaccination coverage for half a million non-EU migrants and refugees in England. *Nature Human Behaviour*, 8(2), 288–299. <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01768-6>
- Burton-Jeangros, C., Duvoisin, A., Lachat, S., Consoli, L., Fakhoury, J., & Jackson, Y. (2020). The Impact of the Covid-19 Pandemic and the Lockdown on the Health and Living Conditions of Undocumented Migrants and Migrants Undergoing Legal Status Regularization. *Frontiers in Public Health*, 8, 596887. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.596887>
- Chen, J. T., & Krieger, N. (2021). Revealing the Unequal Burden of COVID-19 by Income, Race/Ethnicity, and Household Crowding: US County Versus Zip Code Analyses. *Journal of Public Health Management and Practice*, 27(1), S43–S56. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001263>
- Costa, R., Rodrigues, C., Dias, H., Covi, B., Mariani, I., Valente, E. P., Zaigham, M., Vik, E. S., Grylka-Baeschlin, S., Arendt, M., Santos, T., Wandschneider, L., Drglin, Z., Drandić, D., Radetic, J., Rozée, V., Elden, H., Mueller, A. N., Barata, C., ... the IMAGiNE EURO study group. (2022). Quality of maternal and newborn care around the time of childbirth for migrant versus nonmigrant women during the COVID -19 pandemic: Results of the IMAGiNE EURO study in 11 countries of the WHO European region. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 159(S1), 39–53. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14472>

- El Arab, R. A., Somerville, J., Abuadas, F. H., Rubinat-Arnaldo, E., & Sagbakken, M. (2023). Health and well-being of refugees, asylum seekers, undocumented migrants, and internally displaced persons under COVID-19: A scoping review. *Frontiers in Public Health*, 11, 1145002. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1145002>
- Fabiani, M., Mateo-Urdiales, A., Andrianou, X., Bella, A., Del Manso, M., Bellino, S., Rota, M. C., Boros, S., Ves-
cio, M. F., D'Ancona, F. P., Siddu, A., Punzo, O., Fila, A., Brusaferrò, S., Rezza, G., Dente, M. G., Declich,
S., Pezzotti, P., Riccardo, F., & for the COVID-19 Working Group. (2021). Epidemiological characteristics
of COVID-19 cases in non-Italian nationals notified to the Italian surveillance system. *European Journal
of Public Health*, 31(1), 37–44. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa249>
- Fong, W. L. E., Nguyen, V. G., Burns, R., Boukari, Y., Beale, S., Braithwaite, I., Byrne, T. E., Geismar, C., Fragaszy,
E., Hoskins, S., Kovar, J., Navaratnam, A. M., Oskrochi, Y., Patel, P., Tweed, S., Yavlinsky, A., Hayward,
A. C., & Aldridge, R. W. (2024). The incidence of COVID-19-related hospitalisation in migrants in the
UK: Findings from the Virus Watch prospective community cohort study. *Journal of Migration and
Health*, 9, 100218. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2024.100218>
- Friedel, A. L., Siegel, S., Kirstein, C. F., Gerigk, M., Bingel, U., Diehl, A., Steidle, O., Hauptelshofer, S., Andermahr,
B., Chmielewski, W., & Kreitschmann-Andermahr, I. (2023). Measuring Patient Experience and Patient
Satisfaction—How Are We Doing It and Why Does It Matter? A Comparison of European and U.S.
American Approaches. *Healthcare*, 11(6), 797. <https://doi.org/10.3390/healthcare11060797>
- Genovese, E., Page, K. R., Cailhol, J., & Jackson, Y. (2023). Learning from the COVID-19 pandemic response to
strengthen undocumented migrant-sensitive health systems: Case studies from four countries. *The
Lancet Regional Health - Europe*, 27, 100601. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100601>
- Goldstein, H. (2011). *Multilevel statistical models* (4. Edition). Wiley.
- Heard, E., Fitzgerald, L., Wigginton, B., & Mutch, A. (2020). Applying intersectionality theory in health promo-
tion research and practice. *Health Promotion International*, 35(4), 866–876.
<https://doi.org/10.1093/heapro/daz080>
- Heiniger, S., Schliek, M., Moser, A., Von Wyl, V., & Höglinger, M. (2022). Differences in COVID-19 vaccination
uptake in the first 12 months of vaccine availability in Switzerland – a prospective cohort study. *Swiss
Medical Weekly*, 152(1314), w30162. <https://doi.org/10.4414/SMW.2022.w30162>
- Hoebel, J., Michalski, N., Diercke, M., Hamouda, O., Warendorf, M., Dragano, N., & Nowossadeck, E. (2021).
Emerging socio-economic disparities in COVID-19-related deaths during the second pandemic wave in
Germany. *International Journal of Infectious Diseases*, 113, 344–346.
<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.10.037>
- Hoebel, J., Michalski, N., Wachtler, B., Diercke, M., Neuhauser, H., Wieler, L., & Ackermann, C. (2021). Socioeco-
nomic Differences in the Risk of Infection During the Second Sars-Cov-2 Wave in Germany
(16.04.2021). *Deutsches Ärzteblatt*. <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article?id=218460>
- Jäger, F. (2017). *Dolmetschende in Schweizer Haus- und Kinderarztpraxen. Kollegium für Hausarztmedizin
(KHM) Rue de l'Hôpital 15 / CP 1552 1701 Fribourg*. [https://khm-cmpr.ch/wp-content/uplo-
ads/2022/05/20170824_Dolmetschende_d.pdf](https://khm-cmpr.ch/wp-content/uplo-
ads/2022/05/20170824_Dolmetschende_d.pdf)
- Koschollek, C., Kajikhina, K., El Bcheraoui, C., Wieler, L. H., Michalski, N., & Hövener, C. (2023). SARS-CoV-2 in-
fections in migrant populations in Germany: Results from the COVID-19 snapshot monitoring survey.
Public Health, 219, 35–38. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.03.015>
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung:
Grundlagentexte Methoden* (5. Auflage). Beltz Juventa.
- Lauterbach, G. (2014). Dolmetscher/inneneinsatz in der qualitativen Sozialforschung. Zu Anforderungen und
Auswirkungen in gedolmetschten Interviews. *FORUM: QUALITATIVE SOZIALFORSCHUNG*, 15, 1–23.
- Leeuw, J. de, Meijer, E., & Goldstein, H. (Hrsg.). (2008). *Handbook of multilevel analysis*. Springer.
- Li, Y., & Spini, D. (2022). Intersectional social identities and loneliness: Evidence from a municipality in Switzer-
land. *Journal of Community Psychology*, jcop.22855. <https://doi.org/10.1002/jcop.22855>

- Marti, J., Berche, J., Bühler, N., Bodenmann, P., Avendano, M., Henchoz, Y., Marks, G., Hotz, S., & Sprumont, D. (2023). Literature screening report. Impact of Covid-19 and related measures on disadvantaged populations. Swiss School of Public Health.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. (11., aktualisierte und überarbeitete Auflage.). Beltz Verlag.
- Mazzalai, E., Giannini, D., Tosti, M. E., D'Angelo, F., Declich, S., Jaljaa, A., Caminada, S., Turatto, F., De Marchi, C., Gatta, A., Angelozzi, A., Marchetti, G., Pizzarelli, S., & Marceca, M. (2023). Risk of Covid-19 Severe Outcomes and Mortality in Migrants and Ethnic Minorities Compared to the General Population in the European WHO Region: A Systematic Review. *Journal of International Migration and Integration*, 24(3), 1305–1335. <https://doi.org/10.1007/s12134-023-01007-x>
- Mengesha, Z., Alloun, E., Weber, D., Smith, M., & Harris, P. (2022). “Lived the Pandemic Twice”: A Scoping Review of the Unequal Impact of the COVID-19 Pandemic on Asylum Seekers and Undocumented Migrants. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6624. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116624>
- Morisod, K., Martin, T., Rawlinson, C., Grazioli, V. S., Von Plessen, C., Durand, M.-A., Selby, K., Le Pogam, M.-A., Bühler, N., & Bodenmann, P. (2023). Facing the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Method Analysis of Asylum Seekers' Experiences and Worries in the Canton of Vaud, Switzerland. *International Journal of Public Health*, 68, 1606229. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1606229>
- Morisod, K., Nikles, J., Miauton, A., Maussang, L. B., Vermeulen, B. P., & Bodenmann, P. (2023). COVID-19 Vaccination Program for Undocumented Migrants: Notes from the Field of a Regional Center of General Medicine and Public Health, Canton of Vaud, Switzerland. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 25(4), 953–957. <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01479-0>
- Plümecke, T., Mikosch, H., Mohrenberg, S., Supik, L., Bartram, I., Ellebrecht, N., Zur Nieden, A., Schnieder, L., Schönberger, H., Schulze-Marmeling, C., & Gutzeit, A. (2022). Differences in mortality in Switzerland by citizenship during the first and second COVID-19 waves: Analysis of death statistics. *Frontiers in Public Health*, 10, 992122. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.992122>
- Riou, J., Panczak, R., Althaus, C. L., Junker, C., Perisa, D., Schneider, K., Criscuolo, N. G., Low, N., & Egger, M. (2021). Socioeconomic position and the COVID-19 care cascade from testing to mortality in Switzerland: A population-based analysis. *The Lancet Public Health*, 6(9), e683–e691. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00160-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00160-2)
- Schröder, H., Brückner, G., Schüssel, K., Breitzkreuz, J., Schlotmann, A., & Günster, C. (2020). Monitor: Gesundheitliche Beeinträchtigungen—Vorerkrankungen mit erhöhtem Risiko für schwere Verläufe von COVID. AOK.
- Squires, A. (2009). Methodological challenges in cross-language qualitative research: A research review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(2), 277–287. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.006>
- ten Have, H. (2015). Respect for Human Vulnerability: The Emergence of a New Principle in Bioethics. *Journal of Bioethical Inquiry*, 12(3), 395–408. <https://doi.org/10.1007/s11673-015-9641-9>
- ten Have, H. (2018). Disasters, vulnerability and human rights. In V. Dranseika, B. Gordijn, & D. P. O'Mathuna (Hrsg.), *Disasters: Core concepts and ethical theories* (S. 157–174). Springer Berlin Heidelberg.
- Wahrendorf, M., Rupprecht, C. J., Dortmann, O., Scheider, M., & Dragano, N. (2021). Erhöhtes Risiko eines COVID-19-bedingten Krankenhausaufenthaltes für Arbeitslose: Eine Analyse von Krankenkassendaten von 1,28 Mio. Versicherten in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(3), 314–321. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03280-6>
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(1).
- Wolf-Kühn, N., & Morfeld, M. (2016). Krankheitsbewältigung. In N. Wolf-Kühn & M. Morfeld (Hrsg.), *Rehabilitationspsychologie* (S. 31–47). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-531-93133-3_3

6 Anhang

Tabelle A1: Modell 1.2 (Schritt B): Hospitalisationsrisiken nach **Aufenthaltsstatus**, sozio-ökonomischer Status (Bildung und beruflicher Status), Wohnverhältnisse und Sprachkompetenzen

	Sig.	Odds Ratio	95% Konfidenzintervall	
			Unterer Wert	Oberer Wert
Schweizer Pass		1.0		
Im Asylprozess (Ausweis N, F) oder mit Aufenthaltsbewilligung (Ausweis B)	n.s.	1.1	1.0	1.2
Mit Niederlassungs- (Ausweis C) oder Kurzaufenthaltsbewilligung (Ausweis L für EU-/EFTA-Staatsangehörige)	***	1.2	1.1	1.3
Oberes Kader, Selbständige und Akademiker:innen		1.0		
Intermediäre Berufe	n.s.	0.9	0.9	1.0
Qualifizierte nichtmanuelle Berufe	n.s.	1.0	0.9	1.1
Qualifizierte manuelle Berufe	n.s.	1.0	0.9	1.1
Ungelernte Angestellte und Arbeiter:innen	***	0.8	0.7	0.9
Lernende und nicht zuteilbare Erwerbstätige	n.s.	0.9	0.7	1.1
Nichterwerbspersonen	***	1.3	1.2	1.4
Tertiärstufe		1.0		
Sekundarstufe II	***	1.3	1.2	1.3
obligatorische Schule	***	1.8	1.7	1.9
Haushalt ohne Kinder oder Jugendliche		1.0		
Haushalt mit Kindern oder Jugendlichen (0 bis 19-Jährige)	***	1.3	1.2	1.4
Einfamilienhaus		1.0		
Kein Einfamilienhaus	***	1.2	1.2	1.3
nicht beengter Wohnraum		1.0		
beengter Wohnraum	***	1.3	1.2	1.4
Spricht eine der Amtssprachen oder Englisch		1.0		
Spricht keine Amtssprache und kein Englisch	***	1.7	1.6	1.8

Tabelle A2: Modell 1.3 Hospitalisationsrisiken nach **Migrationshintergrund** , sozio-ökonomischer Status (Bildung und beruflicher Status), Wohnverhältnisse und Sprachkompetenzen

			95% Konfidenzintervall	
	Sig.	Odds Ratio	Unterer Wert	Oberer Wert
Schweizer:innen ohne Migrationshintergrund		1.0		
	***	1.4	1.4	1.5
Schweizer:innen mit Migrationshintergrund, Ausländer:innen der zweiten und höheren Generation				
Ausländer:innen der ersten Generation	***	1.3	1.3	1.4
Oberes Kader, Selbständige und Akademiker:innen		1.0		
Intermediäre Berufe	n.s.	1.0	0.9	1.0
Qualifizierte nichtmanuelle Berufe	n.s.	1.0	0.9	1.1
Qualifizierte manuelle Berufe	n.s.	1.0	0.9	1.1
Ungelernte Angestellte und Arbeiter:innen	***	0.8	0.7	0.9
Lernende und nicht zuteilbare Erwerbstätige	n.s.	0.9	0.7	1.1
Nichterwerbspersonen	***	1.2	1.2	1.3
Tertiärstufe		1.0		
Sekundarstufe II	***	1.3	1.2	1.4
obligatorische Schule	***	1.8	1.7	1.9
Haushalt ohne Kinder oder Jugendliche		1.0		
Haushalt mit Kindern oder Jugendliche (0 bis 19-Jährige)	***	1.3	1.2	1.4
Einfamilienhaus		1.0		
Kein Einfamilienhaus	***	1.2	1.1	1.3
nicht beengter Wohnraum		1.0		
beengter Wohnraum	***	1.3	1.2	1.4
Spricht eine der Amtssprachen oder Englisch		1.0		
Spricht keine Amtssprache und kein Englisch	***	1.6	1.5	1.7

Tabelle A3: Deskriptive Beschreibung der sozialen Indikatoren: Hospitalisierung wegen einer schweren Vorerkrankung vs. keine Hospitalisierung wegen einer schweren Vorerkrankung

	N	in %	Hospitalisiert wegen einer schweren Vorerkrankung (2015-2019)			
			Ja		Nein	
			Anzahl	in %	Anzahl	in %
Gesamt	1'445'576	100.0	98'939	100.0	1'346'637	100.0
Altersgruppen						
20 bis 29	186'447	12.9	4'286	4.3	182'161	13.5
30 bis 39	248'921	17.2	5'704	5.8	243'217	18.1
40 bis 49	265'606	18.4	9'415	9.5	256'191	19.0
50 bis 59	290'039	20.1	18'039	18.2	272'000	20.2
60 bis 69	223'331	15.4	22'801	23.0	200'530	14.9
70 bis 84	231'232	16.0	38'694	39.1	192'538	14.3
Geschlecht						
Anteil Frauen	752'165	52.0	46'043	46.5	706'122	52.4
Anteil Männer	693'411	48.0	52'896	53.5	640'515	47.6
Höchste abgeschlossene Ausbildung						
Obligatorische Schule	263'235	18.2	24'803	25.1	238'432	17.7
Sekundarstufe II	664'074	45.9	47'794	48.3	616'280	45.8
Tertiärstufe	518'267	35.9	26'342	26.6	491'925	36.5
Sozioprofessioneller Status						
Nichterwerbstätige	519'197	35.9	65'046	65.7	454'151	33.7
Erwerbstätige: Fachkräfte und Lernende	612'335	42.4	22'484	22.7	589'851	43.8
Erwerbstätige: Akademiker:innen und Führungskräfte	314'044	21.7	11'409	11.5	302'635	22.5

Tabelle A3: Fortsetzung

	N	in %	Hospitalisiert wegen einer schweren Vorerkrankung (2015-2019)			
			Ja		Nein	
			Anzahl	in %	Anzahl	in %
Migrationsstatus						
Schweizer:innen ohne MH	896'070	62.0	67'031	67.7	829'039	61.6
Schweizer:innen mit MH, Ausländer:innen der 2. und höheren Generation	252'580	17.5	16'331	16.5	236'249	17.5
Ausländer:innen der 1. Generation	296'926	20.5	15'577	15.7	281'349	20.9
Anwesenheitsstatus						
Im Asylprozess (Ausweis N, F) oder mit Aufenthaltsbewilligung (Ausweis B)	102'807	7.1	2'681	2.7	100'126	7.4
Mit Niederlassungs- (Ausweis C) oder Kurzaufenthaltsbewilligung (Ausweis L für EU-/EFTA-Staatsangehörige)	221'679	15.3	14'070	14.2	207'609	15.4
Schweizer Pass	1'121'090	77.6	82'188	83.1	1'038'902	77.1
Nationalitätengruppen						
Schweiz	1'121'090	77.6	82'188	83.1	1'038'902	77.1
Europa						
Deutschland	48'880	3.4	2'550	2.6	46'330	3.4
Frankreich	24'241	1.7	958	1.0	23'283	1.7
Italien	59'144	4.1	4'270	4.3	54'874	4.1
Bosnien und Herzegowina	4'852	0.3	370	0.4	4'482	0.3
Serbien	8'444	0.6	581	0.6	7'863	0.6
Kosovo	12'798	0.9	705	0.7	12'093	0.9
Nordmazedonien	7'424	0.5	385	0.4	7'039	0.5
Portugal	40'448	2.8	1'491	1.5	38'957	2.9
Spanien	13'909	1.0	678	0.7	13'231	1.0
Osteuropa	21'182	1.5	764	0.8	20'418	1.5
Asien und Afrika						
Zentral-, Südasien	5'903	0.4	288	0.3	5'615	0.4
Türkei	8'906	0.6	701	0.7	8'205	0.6
Westasien	5'816	0.4	337	0.3	5'479	0.4
Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika	3'566	0.2	174	0.2	3'392	0.3
Rest						
Übrige Länder (kleine N's)	58'973	4.1	2'499	2.5	56'474	4.2
Sprachliche Kompetenzen						
Spricht keine Amtssprache und kein Englisch	113'526	7.9	6'161	6.2	107'365	8.0

Tabelle A4: Risiko für Hospitalisation wegen Covid-19 nach Impfphasen - Schwere Vorerkrankungen und Migrationsstatus

	Phase I: keine Impfung verfügbar: 1.1.2020 bis 31.12.2020					Phase II: Impfung verfügbar für 65plus und Ri- sikogruppen: 1.1.2021 bis 30.4.2021					Phase III: Impfung für alle verfügbar: ab 1.5.2021			
	Sig.	OR	95% CI Unterer Wert Oberer Wert			Sig.	OR	95% CI Unterer Wert Oberer Wert			Sig.	OR	95% CI Unterer Wert Oberer Wert	
Schwerer Vorerkrankung (adjustiert für Erhebungsjahr) Nein (Ref.)		1.00					1.00					1.00		
	Ja	***	3.95	3.69 4.22		***	3.15	2.83 3.51	***		2.59	2.32 2.88		
Schwerer Vorerkrankung (plus adjustiert für Alter und Geschlecht) Nein (Ref.)		1.00					1.00					1.00		
	Ja	***	2.00	1.86 2.14		***	1.84	1.65 2.05	***		1.76	1.58 1.97		
Schwerer Vorerkrankung (plus adjustiert für Migrationsstatus) Nein (Ref.)		1.00					1.00					1.00		
	Ja	***	1.99	1.86 2.13		***	1.83	1.63 2.04	***		1.75	1.57 1.96		

Migrationstatus (adjustiert für Erhebungsjahr, Alter, Ge- schlecht) Schweizer:in ohne MH (Ref.)		1.00					1.00					1.00		
	Schweizer:in mit MH & Ausländer:in der zweiten und höheren Generation	***	1.55	1.44 1.67		***	1.93	1.78 2.15	***		1.57	1.42 1.74		
	Ausländer:in der ersten Generation	***	1.77	1.65 1.90		***	2.38	2.15 2.64	***		1.77	1.61 1.95		
Migrationstatus (plus adjustiert für Vorerkrankung) Schweizer:in ohne MH (Ref.)		1.00					1.00					1.00		
Schweizer:in mit MH & Ausländer:in der zweiten und höheren Generation	***	1.54	1.43 1.66		***	1.96	1.73 2.14		***	1.56	1.41 1.73			
Ausländer:in der ersten Generation	***	1.76	1.64 1.89		***	2.38	2.15 2.63		***	1.77	1.61 1.95			

Tabelle A5: Ergebnisse der Logistischen Regression zur Erklärung des Hospitalisationsrisikos mittels Multilevel Analyse nach Kantonen; MLwiN, V3.01; Modell A (Nullmodell); Modell B mit Alter und Geschlecht; Modell C mit Alter, Geschlecht, Schulbildung und Migrationshintergrund; Schätzmethode IGLS PQL (penalized quasi-likelihood; 2nd order).

	Modell A					Modell B						Modell C			
	B	S.E.	OR	p-value		B	S.E.	OR	p-value			B	S.E.	OR	p-value
<i>Fixed Part</i>															
Cons	-5.00	0.05	0.01	0.000		-7.24	0.09	0.00	0.000			-7.74	0.09	0.00	0.000
Geschlecht, Ref.: Frau								1.00						1.00	
Mann						0.45	0.02	1.57	0.000			0.55	0.02	1.73	0.000
Altersgruppen, Ref.: 20-29 J.								1.00						1.00	
30 bis 49						1.12	0.08	3.06	0.000			1.11	0.08	3.02	0.000
50 bis 65						2.02	0.08	7.56	0.000			2.00	0.08	7.36	0.000
66 bis 79						2.77	0.08	15.89	0.000			2.75	0.08	15.56	0.000
ab 80						3.42	0.08	30.57	0.000			3.34	0.08	28.13	0.000
Schulbildung, Ref.: Tertiärstufe														1.00	
Sekundarstufe II												0.32	0.03	1.38	0.000
Ohne nachobligatorische Ausbildung												0.74	0.03	2.09	0.000
Migrationshintergrund, Ref.: CH ohne MH														1.00	
Schweizer:in mit Migrationshintergrund & Ausländer:in höhere Generation												0.38	0.03	1.46	0.000
Ausländer:in der ersten Generation												0.38	0.03	1.47	0.000
<i>Random Part</i>															
Level: RES_CANTON															
Var(Cons)	0.057	0.018				0.059	0.019					0.041	0.013		
ICC	0.017					0.018						0.012			
Chi square (df), p	9.945	(df=1)		0.002		9.968	(df=1)		0.002			9.262	(df=1)		0.002
N level 2 = 26															
N level 1 = 1437255															
Estimation: IGLS (PQL2)															

Tabelle A6: ICD-10 Codes für die Definition schwere Vorerkrankung mit erhöhtem Risiko für einen schweren Covid-19-Verlauf, basierend auf der MS 2015-2019

Bezeichnung	ICD-10-GM Codes Schwere Vorerkrankung Kriterium=HD (1-, 3-, 4-, oder 5-stellig)	Quellen
Bluthochdruck (arterielle Hypertonie) mit Medikation	mind. 1 MS-Record 2015-2019 mit HD I10, I11, I12, I13, I15	BAG, RKI, AOK
Koronare Herzkrankheit	mind. 1 MS-Record 2015-2019 mit HD I20, I21, I22, I23, I24, I25	BAG, RKI, AOK
Herzinfarkt (akut, stationär)	mind. 1 MS-Record 2015-2019 mit HD I21, I22	BAG, RKI, AOK
Herzinsuffizienz	mind. 1 MS-Record 2015-2019 mit HD I50, I11.0, I13.0, I13.2	BAG, RKI, AOK
Schlaganfall	mind. 1 MS-Record 2015-2019 mit HD I60, I61, I62, I63, I64	BAG, RKI, AOK
Diabetes mellitus mit Medikation	mind. 1 MS-Record 2015-2019 mit HD E10, E11, E12, E13, E14	BAG, RKI, AOK
Asthma mit medikamentöser Therapie	mind. 1 MS-Record 2015-2019 mit HD J45, J46	BAG, RKI, AOK
COPD-chronisch-obstruktive Lungenerkrankung	mind. 1 MS-Record 2015-2019 mit HD J44 J43.2, J43.8, J43.9	BAG, RKI, AOK
Krebs -stationär oder mit Behandlung	mind. 1 MS-Record 2015-2019 mit HD C00-C99, exkl. C44	BAG, RKI, AOK
Lebererkrankungen inkl. Chronischen Virushepatiden	mind. 1 MS-Record 2015-2019 mit HD K70, K71, K72, K73, K74, K75, K76, K77; B18	BAG, RKI, AOK
Erkrankungen der Herzklappen	mind. 1 MS-Record 2015-2019 mit HD I34, I35, I36, I37	BAG
Herzinsuffizienz: Kardiomyopathie jeglicher Ursache	mind. 1 MS-Record 2015-2019 mit HD I42	BAG
Arrhythmie: Vorhofflimmern (I48)	mind. 1 MS-Record 2015-2019 mit HD I48	BAG, RKI
Kongenitale Herzerkrankung	mind. 1 MS-Record 2015-2019 mit HD Q20, Q21, Q22, Q23, Q24	BAG
Erkrankungen/Therapien die Immunsystem schwächen: -HIV-Infektion CD4+/T-Zellzahl<200 -hereditäre Immundefekte -Amyloidose (Leichtketten (AL)-Amyloidose - Sichelzellerkrankung -Stammzelltransplantation (CHOP?) -Knochenmarktransplantation -Organtransplantation -auf Warteliste für Transplantation	mind. 1 MS-Record 2015-2019 mit HD B20, B21, B22, B23, B24 D80, D81, D82, D83, D84 E85, D57, Z94, D90	BAG, z.T. RKI
Nierenerkrankung: chron. Niereninsuffizienz	mind. 1 MS-Record 2015-2019 mit HD N18.3, N18.4, N18.5, N18.80, Z99.2	BAG, RKI
Neurologische und psychiatrische Erkrankungen (z. B. Demen	mind. 1 MS-Record 2015-2019 mit HD F-Diagnose	RKI

Tabelle A7: Zuordnung der Nationalitäten zur Variable Nationalitätsgruppe

Land	Nationalitätsgruppe
Bosnien und Herzegowina	Bosnien und Herzegowina
Deutschland	Deutschland
Frankreich	Frankreich
Italien	Italien
Kosovo	Kosovo
Nordmazedonien	Nordmazedonien
Estland	Osteuropa
Lettland	Osteuropa
Litauen	Osteuropa
Kroatien	Osteuropa
Polen	Osteuropa
Belarus	Osteuropa
Moldova	Osteuropa
Russland	Osteuropa
Slowakei	Osteuropa
Slowenien	Osteuropa
Tschechien	Osteuropa
Ukraine	Osteuropa
Ungarn	Osteuropa
Portugal	Portugal
Schweiz	Schweiz
Serbien	Serbien
Spanien	Spanien
Türkei	Türkei
Afghanistan	Westasien
Syrien	Westasien
Armenien	Westasien
Aserbaidshjan	Westasien
Bahrain	Westasien
Georgien	Westasien
Irak	Westasien
Iran	Westasien
Israel	Westasien
Jemen	Westasien
Jordanien	Westasien
Katar	Westasien
Kuwait	Westasien
Libanon	Westasien
Oman	Westasien
Palästina	Westasien
Saudi-Arabien	Westasien
Vereinigte Arabische Emirate	Westasien
Sri Lanka	Zentral- Südasi

Bangladesch	Zentral- Südasien
Bhutan	Zentral- Südasien
Indien	Zentral- Südasien
Kasachstan	Zentral- Südasien
Kirgisistan	Zentral- Südasien
Malediven	Zentral- Südasien
Nepal	Zentral- Südasien
Pakistan	Zentral- Südasien
Tadschikistan	Zentral- Südasien
Turkmenistan	Zentral- Südasien
Usbekistan	Zentral- Südasien
Angola	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Äquatorialguinea	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Benin	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Botsuana	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Burkina Faso	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Cabo Verde	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Côte d'Ivoire	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Eswatini	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Gabun	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Gambia	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Ghana	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Guinea	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Guinea-Bissau	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Kamerun	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Kongo (Brazzaville)	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Kongo (Kinshasa)	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Lesotho	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Liberia	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Mali	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Mauretanien	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Namibia	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Niger	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Nigeria	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
São Tomé und Príncipe	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Senegal	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Sierra Leone	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Südafrika	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Togo	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Tschad	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
Zentralafrikanische Republik	Zentral-, Westafrika, Südliches Afrika
alle übrigen Staaten	Übrige Länder (kleine N's)

Anhang A8:

Qualitative Analysen: Interviewleitfaden für problemzentriertes Interview, ca. 60 Min.

Übergeordnete Frage: Welche Bedürfnisse nach Unterstützung haben sozial benachteiligte Menschen mit Migrationshintergrund nach einem schweren Covid-19-Verlauf?

Einleitung:

«Guten Tag Frau/Herr xy,

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, uns von Ihren Erfahrungen mit der Corona-Erkrankung zu berichten. **Dass Sie Ihre Erfahrungen mit uns teilen, leistet einen Beitrag**, um zu klären, welche Bedürfnisse Menschen mit einer Corona-Erkrankung haben, und welche Hilfestellungen besonders nützlich sind.

Wie Sie schon erfahren haben, wird alles, was hier im Gespräch gesagt wird, mit **höchster Vertraulichkeit** behandelt. Den **Forschenden ist es verboten, Angaben zu Ihrer Person** (Namen, Adresse, Wohnort) **weiterzugeben**.

Wir haben **eine Stunde Zeit** für das Gespräch. Ich werde Ihnen Fragen zu den folgenden **vier Bereichen** stellen:

- die **Auswirkungen** der Corona-Erkrankungen **auf Ihr Leben**
- die **Situation vor** der Erkrankung,
- Ihre **Erfahrungen mit medizinischer Hilfe** und
- Ihre **heutige gesundheitliche Situation**.

Ich leite durch das Gespräch. Sie berichten einfach von Ihren Erfahrungen. Es gibt **keine richtigen oder falschen Antworten**.

Die/der **Übersetzende** wird meine Fragen übersetzen und dann Ihre Antworten darauf. Gegebenenfalls muss er / sie **zwischendrin kurz unterbrechen**, um sich alles genau merken zu können.

Einzählen für die Synchronisierung: 5 (I) – 4 (Person X) – 3 (I) – 2 (Person X) – 1 (I)

Sind Sie bereit? Haben Sie noch **Fragen** bevor wir starten? Nein? Dann würde ich nun das **Aufnahmegerät anstellen**. Einverstanden?

1. Können Sie mir als erstes erzählen, wie sich die Corona-Erkrankung auf Ihr Leben ausgewirkt hat?

Die Frage erlaubt eine längere, spontane Antwort. Die Absicht hinter der Frage ist, zu erfahren, wie die Person die Erkrankung gewichtet, welche Folgen oder Probleme sie primär damit verbindet. Gegebenenfalls können hier bereits Antworten zur Bewältigung der Erkrankung gegeben werden. Entsprechende Fragen können nachfolgend ausgelassen werden beziehungsweise kann vertiefend nachgefragt werden (siehe Checkfragen).

Überleitung: Vielen Dank. Als nächstes würde ich gerne mehr über Ihre Situation vor der Erkrankung erfahren.

A Die Situation vor der Erkrankung

Leitfrage (wird explizit gestellt, Formulierung gemäss Situation und Gesprächsverlauf)	Check: Wurde das erwähnt? Nachfragen, falls nicht von allein angesprochen wurde. Formulierung dem Gespräch anpassen.	
2. Können Sie mir erzählen, wie Ihr Leben ausgesehen hat, bevor Sie an Corona erkrankt sind?	- Gesundheitliche Situation/Probleme - Soziale Situation/Probleme (beispielsweise lebte die Person allein oder in Partnerschaft, verfügbare soziale Unterstützung, soziale Konflikte) - Sozio-ökonomische Situation (Erwerbstätigkeit, Notlagen, gegebenenfalls erhaltene Unterstützungsleistungen) - Wohnsituation - aufenthaltsrechtliche Situation	
3. Was wussten Sie damals über Corona?	- Informationsquellen (persönlich, Medien) - Wissen über Schutzmassnahmen (Öffentlich, Arbeitsplatz) - Zugang zu Schutzmassnahmen beispielsweise am Arbeitsplatz?	

Überleitung: Nach diesem Blick auf die Situation vor der Corona Erkrankung, möchte ich mit Ihnen gerne einen Blick auf Ihre Erfahrungen mit der medizinischen Behandlung werfen.

B Qualität des Gesundheitsversorgungssystems

Leitfrage (wird explizit gestellt, Formulierung gemäss Gesprächsverlauf)	Check: Wurde das erwähnt? Nachfragen, falls nicht von allein angesprochen wurde. Formulierung dem Gespräch anpassen.
4. Welche medizinische Behandlung haben Sie erhalten?	- Spitalaufenthalt, hilfreiche oder negative Erfahrungen - Ambulante medizinische Hilfen (Hausarzt, med. Notfall, Spitex etc.) - Mit med. Beh. verbundene Kosten - Verzicht auf med. Hilfe (beispielsweise aufgrund befürchteter Nachteile wie beispielsweise Kosten, Aufenthaltsrecht)
5. Wie gut hat die medizinische Behandlung geholfen?	- Verständigung mit med. Personal, Anliegen einbringen können, Übersetzungen? - Nachvollziehbarkeit der erhaltenen Behandlung - Zufriedenheit mit der Behandlung? - Beschwerden, die nicht erkannt wurden? - Beschwerden, die nicht behoben werden konnten?
6. Auf welchem Weg haben Sie diese Hilfe gefunden?	- Konnte die Person sich selbst informieren/orientieren? Gegebenenfalls genutzte Medien? - Zugang mittels Vermittlung durch Dritte/soziale Netzwerke? Gegebenenfalls welche? - Erschwerter/verhinderter Zugang zu med. Hilfe? Gegebenenfalls aufgrund welcher Einflüsse?
7. Welche weitere Hilfe haben Sie gegebenenfalls erhalten?	- Hilfe von privater Seite (in oder ausserhalb Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis, soziokulturelle Organisationen) - Hilfe von professioneller Seite (Spital- oder andere Sozialdienste, Anlaufstellen für Migrant:innen oder Menschen in prekären Lebenssituationen etc.)

Überleitung: Vielen Dank. Nun würde ich Sie gerne noch zu Ihrer heutigen gesundheitlichen Situation befragen.

C Der dritte Fragenkomplex betrifft die Zeit nach Entlassung aus dem Krankenhaus und den **Verlauf der Genesung** (Was sind förderliche und hinderliche Faktoren einer gelingenden Bewältigung, Genesung und Wiedereingliederung?)

Leitfrage (wird explizit gestellt, Formulierung gemäss Gesprächsverlauf)	Check: Wurde das erwähnt? Nachfragen, falls nicht von allein angesprochen wurde. Formulierung dem Gespräch anpassen.
8. Wie ist Ihr Gesundheitszustand heute im Vergleich mit der Situation vor der Corona-Erkrankung? Die Formulierung sollte den Antworten auf Frage 1. angepasst werden. Falls dies dort schon weitgehend beantwortet wurde, hier nur noch gegebenenfalls die verbliebenen Checkfragen stellen.	- Konkretisierung: gleich wie vor Erkrankung, besser? Falls schlechter, Symptome, Einschränkungen? - Verbliebene Beschwerden (Long Covid-19-Diagnose, oder erfahrene Belastungseinschränkungen/Müdigkeit, Atemnot)? - Aktuelle med. Behandlung (wird diese bei Bedarf genutzt, wird darauf verzichtet, gegebenenfalls weshalb)? - Bewältigung des Alltags (Haushalt, Erwerbstätigkeit, Kinderbetreuung), gegebenenfalls Einschränkungen? - Soziale Kontakte, soziokultureller Austausch, gegebenenfalls Rückzug/Isolation? - Aktuell genutzte soziale Unterstützung (privat oder durch Anlaufstellen oder professionelle Hilfeleistungen).
9. Können Sie mir erzählen, was Ihnen hilft, mit den Problemen aufgrund der Erkrankung umzugehen? Auch hier wie obenstehend die Antworten auf die Frage 1. berücksichtigen und gegebenenfalls nach Ergänzungen fragen.	- gesundheitliche, psychische, soziale, sozio-ökonomische Probleme, gegebenenfalls Arbeitsplatzsituation? - Bewältigungsstrategien individuell? - Hilfe von privater Seite (in oder ausserhalb Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis, soziokulturelle Organisationen) - Hilfe von professioneller Seite (Spital- oder andere Sozialdienste, Anlaufstellen für Migrant*innen oder Menschen in prekären Lebenssituationen etc.) - Falls nicht genannt, explizit nach kantonalen oder regionalen Unterstützungsangeboten fragen (beispielsweise zur Wiedereingliederung an den Arbeitsplatz oder zur Unterstützung in der Familie)

Überleitung: Zum Schluss unseres Gesprächs möchte ich Sie noch um Ihre Einschätzung bitten.

Folgende Fragen nur, falls am Schluss noch Zeit bleibt.

10. Was erschwert es Menschen in Ihrer Situation besonders, sich gegen Erkrankungen wie Corona zu schützen?	
11. Was wäre in der Schweiz besonders hilfreich, um Menschen in Ihrer Situation bei einer Corona-Erkrankung zu unterstützen?	- Hilfsangebote auf Ebene Gemeinde, Region, Kanton?

Ausblick:

- Datenschutz: wird anonymisiert
- Wie werden die Ergebnisse verwendet: Ergebnisse gehen an BAG (wichtige Behörde/Stelle für die Massnahmen)

Abschluss gestalten:

- Braucht es noch etwas, dass Sie gut aus dem Gespräch gehen können?
- Was machen Sie jetzt, wenn wir das Gespräch beenden?
- Rückwärts zählen: 5 (I) – 4 (Person x) – 3 (I) – 2 (Person x) – 1 (I).

Ich wünsche Ihnen alles Gute.