



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG

# **STRATEGIE MIGRATION UND GESUNDHEIT (PHASE II: 2008-2013)**

**Bundesamt für Gesundheit (BAG)**

**Juni 2007**

## **Impressum:**

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2007

Gesamtleitung: Thomas Spang, Leiter der Sektion Chancengleichheit und Gesundheit  
Schlussredaktion: Agathe Blaser, Kommunikationsverantwortliche der Sektion  
Chancengleichheit und Gesundheit

Redaktion:

*Büro Vatter, Politikforschung & -beratung/Interface, Institut für Politikstudien:* Eveline Hügli,  
Benjamin Jordi, Franziska Müller, Christian Rüefli, Fritz Sager

*Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM):* Janine Dahinden, Denise  
Efionayi-Mäder, Chantal Wyssmüller

*Bundesamt für Gesundheit (BAG):* Petra Aemmer, Agathe Blaser, Christina Eggenberger, Rahel Gall  
Azmat, Verena Hanselmann, Thomas Spang, Brigit Zuppinger

## Zusammenfassung

Die Wohnbevölkerung in der Schweiz ist ausserordentlich vielfältig. Infolge von Zuwanderung hat die seit langem bestehende soziokulturelle Diversität hierzulande an Bedeutung gewonnen. Dies stellt die Institutionen im Dienste der pluralistischen Gesellschaft vor verschiedene, teilweise neue Herausforderungen. Eine dieser Herausforderungen ist die Gewährleistung von gesundheitlicher Chancengleichheit. Diese ist dann gegeben, wenn alle dieselbe Chance haben, gesund zu sein bzw. ihr Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen.

Migration per se macht nicht krank. Verschiedene sozialepidemiologische Indikatoren zeigen jedoch, dass MigrantInnen besonders risikobehaftet und vulnerabel sind. Besondere Probleme bestehen in den Bereichen der reproduktiven Gesundheit, der Zahngesundheit, der berufsbedingten Beschwerden, der sexuell übertragbaren, parasitären oder infektiösen Krankheiten und der psychischen Gesundheit.

Ursachen und Erklärungen für die Beeinträchtigungen der gesundheitlichen Chancengleichheit von MigrantInnen sind im Wesentlichen auf drei Gruppen von Gesundheitsdeterminanten zurückzuführen:

- *Materielle und psychosoziale Belastungen:* Eine ungünstige sozioökonomische Lage, belastende Arbeitsbedingungen und ein unsicherer Aufenthaltsstatus sind Faktoren, die für Teile der Migrationsbevölkerung im Vergleich mit der einheimischen Bevölkerung erhöhte gesundheitliche Belastungen darstellen. Auch die Migrationserfahrung kann unter Umständen die Gesundheit beeinträchtigen.
- *Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen:* Im Vergleich mit der einheimischen Bevölkerung zeigen Personen mit Migrationshintergrund tendenziell ein erhöhtes Risikoverhalten in Bezug auf die eigene Gesundheit (Tabakkonsum, ungesunde Ernährung, Übergewicht, zu wenig Bewegung). Sie sind schlechter über das Gesundheitssystem informiert und nutzen Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote wie z.B. Untersuchungen zur Krebsvorsorge weniger.
- *Ausgestaltung des Gesundheitssystems:* Das schweizerische Gesundheitssystem ist noch zu wenig migrationsgerecht. Nachholbedarf besteht vor allem hinsichtlich der Zugänglichkeit und der Adäquatheit des Leistungsangebots, der transkulturellen Kompetenz des Gesundheitspersonals sowie des Einsatzes von interkultureller Übersetzung.

Um diesen Benachteiligungen entgegenzutreten, lancierte der Bund unter Federführung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) die Strategie Migration und Gesundheit 2002–2007 (für weitere Angaben zur Umsetzung vgl. 4.2). Deren Umsetzung wurde evaluiert. Die Evaluation kommt zum Schluss, dass der Bund bei der Strategie von einem gut begründeten und stimmigen, allerdings auch etwas vagem und sehr ambitionierten Konzept ausgegangen ist. Aufgrund von beschränkten Ressourcen sowie schwierigen politischen, ökonomischen und insti-

tutionellen Rahmenbedingungen konnte die Strategie nicht vollständig umgesetzt werden. Bei der Umsetzung wurden jedoch zweckmässige Prioritäten gesetzt, die einem integrativen Ansatz entsprachen, der darauf abzielt, die Bedürfnisse von MigrantInnen in den Regelstrukturen des Gesundheitsbereichs zu verankern. Die Umsetzung der Strategie verlief vorwiegend gut. Grössere Probleme identifizierte die Evaluation lediglich bei der Kommunikation. Ansonsten hat die Evaluation funktionelle Umsetzungsstrukturen vorgefunden. Die Projektarbeit wird insgesamt positiv gewertet. Folgende Projekte sind speziell zu erwähnen:

- In Zusammenarbeit mit dem Dachverband zur interkulturellen Übersetzung konnten ca. 500 DolmetscherInnen im Sinne der Qualitätssicherung nach definierten Standards weitergebildet und zertifiziert werden. Diese werden heute über kantonale Vermittlungsstellen eingesetzt. Es wurde ein Handbuch und ein Film zum Einsatz von DolmetscherInnen für Professionelle des Gesundheitssystem erarbeitet und aktiv vertrieben.
- Lancierung eines Rahmenprogramms und dessen Umsetzung für die migrationsspezifische Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsorganisationen in Zusammenarbeit mit dem nationalen Netz Weiterbildung Gesundheit.
- Konzipierung und Durchführung eines Präventionsprogramms zur HIV/Aidsprävention für Personen aus Sub-Sahara in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Roten Kreuz und der Aids Hilfe Schweiz.
- Mit der Lancierung von niederschweligen Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten, welche von Migrationsnetzwerken konzipiert und umgesetzt werden (in Zusammenarbeit mit Gesundheitsförderung Schweiz), wurden Zielgruppen erreicht, die normalerweise nicht erreicht werden.
- Mit der Schaffung der Internetplattform [www.migesplus.ch](http://www.migesplus.ch) haben Fachpersonen aus dem Gesundheitswesens erstmals Zugang zu einer Vielfalt von gesundheitsrelevanten Broschüren in Migrationssprachen zu Themen wie Bewegung/Ernährung, orale Gesundheit und Infektionskrankheiten. Insbesondere wurde eine Broschüre zur Funktionsweise des schweizerischen Gesundheitssystems erstellt und offensiv vertrieben (z.B. in Deutschkursen).
- In Anlehnung an die EU-Initiative Migrant-friendly Hospitals konnte in Zusammenarbeit mit H+ Die Spitäler der Schweiz ein Spitalnetzwerk mit rund 25 grösseren Spitälern geschaffen werden mit dem Ziel, besondere Massnahmen innerhalb der Institutionen im Bereich Migration und Gesundheit zu lancieren und Erfahrungen auszutauschen (Bsp: Dolmetscherdienste, Qualitätsüberprüfung, Informationen in Fremdsprachen). Ein Handbuch zum Thema Diversität und Chancengleichheit wurde unter der Federführung von H+ erarbeitet und valorisiert.
- Die Konzeption und Durchführung eines Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz in Anlehnung an die reguläre Gesundheitsbefragung hat erstmals diejenigen Zielgruppen erfasst), welche bisher aufgrund des Nichtbeherrschens einer der

Landessprachen nicht berücksichtigt wurden (Erhebung in der jeweiligen Migrationssprache).

- Im Bereich Kommunikation wurde die Internetseite [www.miges.admin.ch](http://www.miges.admin.ch) aufgeschaltet, wo zentrale Informationen über die Umsetzung online verfügbar sind.

In der für die Jahre 2008–2013 vorgesehenen Phase II verfolgt der Bund weiterhin die **Vision der gesundheitlichen Chancengleichheit**. Er trägt zum Abbau gesundheitlicher Benachteiligungen von Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz bei und verbessert die Voraussetzungen, dass diese dieselbe Chance wie Einheimische haben, ihr Gesundheitspotenzial zu entfalten. Die Strategie Migration und Gesundheit Phase II verfolgt insbesondere folgende **Wirkungsziele**:

- Angebote der Gesundheitsförderung und der Prävention sowie der gesundheitsbezogenen Information sind migrationsgerecht ausgestaltet.
- Personen mit Migrationshintergrund verfügen über ausreichende Gesundheitskompetenz und gesundheitsbezogene Informationen, um sich gesundheitsförderlich verhalten zu können.
- Führungsverantwortliche und Leistungserbringende des Versorgungssystems (z.B. Spitäler) setzen sich mit konkreten Massnahmen dafür ein, dass die Gesundheitsversorgung für alle Bevölkerungsgruppen zugänglich und adäquat ausgestaltet ist.
- Das Gesundheitspersonal verfügt über transkulturelle Kompetenz<sup>1</sup> im Umgang mit einer von Diversität geprägten Klientel.
- Professionelles interkulturelles Übersetzen<sup>2</sup> kommt im Gesundheitswesen verstärkt und dem Bedarf entsprechend zum Einsatz.
- Es ist zusätzliches und differenziertes Wissen über die gesundheitliche Situation von Personen mit Migrationshintergrund sowie über die Zusammenhänge und Wechselwirkungen von Migration und gesundheitlicher Chancengleichheit vorhanden und für interessierte Kreise verfügbar.

Die Massnahmen zur Erreichung dieser Ziele werden in vier Handlungsfeldern umgesetzt:

- Das Handlungsfeld **Gesundheitsförderung und Prävention** zielt auf die Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Personen mit Migrationshintergrund, die Stärkung ihrer Gesundheitsressourcen und die Reduktion von spezifischen gesundheitlichen Belastungen ab. Es umfasst Tätigkeiten, die darauf abzielen, migrationspezifische Anliegen systematisch in die Regelstrukturen und Regelprozesse im Bereich Gesundheitsför-

---

<sup>1</sup> Transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten zu erfassen, zu verstehen und in adäquates Handeln umzusetzen. Es geht darum, Migrantinnen und Migranten nicht zu kulturalisieren, sondern als individuelle Personen mit ihren Umfeldern wahrzunehmen.

<sup>2</sup> Interkulturelles Übersetzen ermöglicht eine gegenseitige Verständigung zwischen GesprächspartnerInnen unterschiedlicher sprachlicher und sozialer Herkunft.

derung und Prävention zu integrieren (Mainstreaming), die Bereitstellung adäquater Informationsmittel sowie spezifische Schwerpunktprojekte.

- Das Handlungsfeld **Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen** zielt darauf ab, dass die Berufsleute im Gesundheitswesen sich im Rahmen ihrer regulären Aus- und Weiterbildung das nötige Handlungswissen aneignen können, damit die zunehmend vielfältige PatientInnenschaft transkulturell kompetent behandelt werden kann. Es beinhaltet die Integration der Themen Migration und Diversität in die Ausbildung für Gesundheitsberufe, die Bereitstellung ergänzender Weiterbildungsangebote sowie die Förderung eines bedarfsgerechten Angebots an interkulturellen ÜbersetzerInnen.
- Das Handlungsfeld **Gesundheitsversorgung** stellt die adäquate Betreuung und Behandlung von Personen mit Migrationshintergrund sowie den chancengleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung in den Vordergrund. Es umfasst Mainstreaming-Massnahmen bei Versorgungseinrichtungen und Behörden, die Förderung von Versorgungsangeboten für spezifische MigrantInnengruppen sowie Massnahmen zur Erleichterung und Förderung des Einsatzes interkultureller Übersetzung.
- Das Handlungsfeld **Forschung** zielt darauf ab, Wissenslücken zu schliessen, indem wissenschaftliche Erkenntnisse im Bereich Migration und Gesundheit generiert und allen relevanten AkteurInnen zugänglich gemacht werden.

Die vier Handlungsfelder werden durch die Querschnittsaufgabe **Mainstreaming Migration** ergänzt. Mainstreaming Migration beinhaltet Aktivitäten in den Bereichen Information/Kommunikation und Koordination/Vernetzung und zielt darauf ab, dass AkteurInnen in Politik, Verwaltung und Gesellschaft bei Entscheidungen und Handlungen bezüglich der Planung, Umsetzung und Evaluation von Programmen, Projekten und Massnahmen migrationspezifische Realitäten mitberücksichtigen.

Träger der Bundesstrategie Migration und Gesundheit Phase II ist das BAG in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Migration (BFM) und der Eidgenössischen Ausländerkommission (EKA). Die Umsetzung wird von der Sektion Chancengleichheit und Gesundheit des BAG gesteuert und koordiniert.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b>	<b>3</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>7</b>
<b>Glossar</b>	<b>10</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>12</b>
<b>1 Migration als gesundheitspolitische Herausforderung</b>	<b>13</b>
<b>1.1 Migration, Diversität und Chancengleichheit</b>	<b>13</b>
<b>1.2 Die Strategie Migration und Gesundheit Phase II im Überblick</b>	<b>14</b>
<b>Teil 1: Ausgangsproblem und Grundlagen</b>	<b>15</b>
<b>2 Einwanderungsland Schweiz</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Die Migrationsbevölkerung in der Schweiz</b>	<b>17</b>
<b>3 Migration und gesundheitliche Chancengleichheit in der Schweiz</b>	<b>23</b>
<b>3.1 Konzeptionelle Grundlagen</b>	<b>23</b>
<b>3.2 Sozialepidemiologische Befunde zur gesundheitlichen Situation der Migrationsbevölkerung in der Schweiz</b>	<b>27</b>
3.2.1 Morbidität	28
3.2.2 Mortalität	30
3.2.3 (Wissens-)Lücken und Problembereiche	31
<b>3.3 Ursachen für Beeinträchtigungen der gesundheitlichen Chancengleichheit von MigrantInnen</b>	<b>31</b>
3.3.1 Materielle und psychosoziale Belastungen und Ressourcen	31
3.3.2 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der Migrationsbevölkerung	35
3.3.3 Ausgestaltung des Gesundheitssystems	41
<b>3.4 Handlungsmöglichkeiten zur Herstellung von gesundheitlicher Chancengleichheit</b>	<b>45</b>
3.4.1 Ansatzpunkte zur Förderung gesundheitsrelevanter Kompetenzen und Verhaltensweisen bei der Migrationsbevölkerung	46
3.4.2 Ansatzpunkte für eine migrationsensible Ausgestaltung des Gesundheitssystems	47
3.4.3 Ansatzpunkte im Bereich Forschung und Wissenstransfer	49

<b>Teil 2: Strategie Migration und Gesundheit Phase II</b>	<b>51</b>
<b>4 Ausgangslage für die Strategie Migration und Gesundheit des Bundes</b>	<b>52</b>
<b>4.1 Internationale Grundlagen und Initiativen zur Schaffung von         gesundheitlicher Chancengleichheit</b>	<b>52</b>
<b>4.2 Bisherige Tätigkeiten des BAG im Bereich Migration und Gesundheit</b>	<b>54</b>
<b>4.3 Der bundespolitische Kontext - Programme und Aktivitäten in den         Bereichen Gesundheit, Migration/Integration, Bildung und Forschung</b>	<b>58</b>
4.3.1 Aktivitäten des Bundes im Bereich Gesundheit	58
4.3.2 Aktivitäten des Bundes in den Bereichen Migration und Integration	60
4.3.3 Aktivitäten des Bundes in den Bereichen Bildung und Forschung	62
<b>4.4 Der kantonale, kommunale und zivilgesellschaftliche Kontext</b>	<b>63</b>
4.4.1 Kantonebene	63
4.4.2 Gemeindeebene	64
4.4.3 Private AkteurInnen	64
<b>5 Grundsätze der Strategie Migration und Gesundheit Phase II</b>	<b>65</b>
<b>5.1 Vision</b>	<b>65</b>
<b>5.2 Ziele</b>	<b>65</b>
<b>5.3 Handlungsprinzipien</b>	<b>66</b>
<b>6 Die vier Handlungsfelder der Strategie Migration und Gesundheit Phase II</b>	<b>69</b>
<b>6.1 Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention</b>	<b>69</b>
6.1.1 Definition des Handlungsfelds	69
6.1.2 Zielbeitrag	70
6.1.3 Strategie und Massnahmen	71
6.1.4 Umsetzungsstruktur	72
<b>6.2 Handlungsfeld Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen</b>	<b>73</b>
6.2.1 Definition des Handlungsfelds	73
6.2.2 Zielbeitrag	73
6.2.3 Strategie und Massnahmen	73
6.2.4 Umsetzungsstruktur	75
<b>6.3 Handlungsfeld Gesundheitsversorgung</b>	<b>75</b>
6.3.1 Definition des Handlungsfelds	75
6.3.2 Zielbeitrag	76
6.3.3 Strategie und Massnahmen	76
6.3.4 Umsetzungsstruktur	78



<b>6.4 Handlungsfeld Forschung</b>	<b>78</b>
6.4.1 Definition des Handlungsfelds	78
6.4.2 Zielbeitrag	78
6.4.3 Strategie und Massnahmen	79
6.4.4 Umsetzungsstruktur	80
<b>6.5 Querschnittsaufgabe Mainstreaming Migration</b>	<b>81</b>
<b>7 Trägerschaft, Finanzierung, Umsetzung und Evaluation</b>	<b>84</b>
<b>Literatur</b>	<b>85</b>

## **Glossar**

**Adäquatheit:** Die Leistungen des Gesundheitssystems (Gesundheitsförderung, Prävention, Versorgung) sind bedarfsgerecht und entsprechen qualitativ den fachlichen Standards.

**Ausländische Wohnbevölkerung:** Die ausländische Wohnbevölkerung umfasst alle ausländischen Staatsangehörigen, welche zu einem bestimmten Zeitpunkt ihren Wohnsitz in der Schweiz haben – unabhängig von ihrer Anwesenheitsdauer und der Art der Anwesenheitsbewilligung. Personen ohne offiziellen Wohnsitz in der Schweiz (z.B. Grenzgänger, die in der Schweiz arbeiten, Touristen, Besucher oder Geschäftsreisende) zählen nicht zur ausländischen Wohnbevölkerung (BFS 2005: 12).

**Diversität:** Persönliche und gesellschaftliche Unterschiede, die unter anderem aufgrund von Herkunft, Geschlecht, Sprache, Fähigkeiten, Alter, Lebensformen und sozialem Status entstehen und bestehen und sich auf die gesellschaftliche Entwicklung auswirken.

**Gesundheitliche Chancengleichheit:** Alle Personen haben dieselbe Chance, gesund zu sein bzw. ihr Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen.

**Gesundheitsförderung:** Massnahmen zur Stärkung aller individuellen und kollektiven Ressourcen, die für den Erhalt und die Förderung der Gesundheit relevant sind, ohne Fokussierung auf eine bestimmte Krankheit.

**Gesundheitskompetenz (Health Literacy):** Die Fähigkeit der/des Einzelnen, in verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken (BAG 2006b).

**Gesundheitssystem:** Die Gesamtheit der Institutionen und LeistungserbringerInnen, deren Kernaufgabe in der Förderung, dem Schutz und der Wiederherstellung der Gesundheit besteht. Das Gesundheitssystem umfasst sämtliche Angebote bzw. Leistungen der Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbehandlung (Therapie).

**Healthy-migrant-Phänomen:** Die Beobachtung, dass insbesondere in der Arbeitsmigration vor allem Personen mit vorteilhafter gesundheitlicher Disposition emigrieren, so dass sich gesundheitsschädigendes Verhalten nicht in erwartetem Ausmass negativ auswirkt (Tomatis 1990; Weiss 2003).

**Informed Consent, Informierte Zustimmung:** Zustimmung und Einwilligung von PatientInnen in eine Untersuchung oder Behandlung oder die Teilnahme an einer klinischen Studie nach umfassender Aufklärung.

**Integrativer Ansatz:** Migrationsspezifische Anliegen sollen wo immer möglich in den regulären Programmen, Angeboten und Dienstleistungen mitberücksichtigt werden. Deshalb

wird vor allem auf die Öffnung der bestehenden Institutionen, Angebote und Dienstleistungen und der bereits zur Anwendung kommenden Programme hingewirkt.

**Interkulturelle ÜbersetzerInnen:** Fachpersonen für mündliches Übersetzen in Trialog-situationen. Sie ermöglichen eine gegenseitige Verständigung zwischen GesprächspartnerInnen unterschiedlicher sprachlicher Herkunft. Sie dolmetschen unter Berücksichtigung des sozialen und kulturellen Hintergrundes der Gesprächsteilnehmenden.

**Migrationsbevölkerung bzw. MigrantInnen;** Alle Personen mit ausländischem Pass.

**Mainstreaming Migration:** Alle Aktivitäten, die darauf abzielen, dass AkteurInnen in Politik, Verwaltung und Gesellschaft bei Entscheidungen und Handlungen bezüglich der Planung, Umsetzung und Evaluation von Programmen, Projekten und Massnahmen migrationspezifische Realitäten systematisch mitdenken und berücksichtigen.

**Morbidity:** Die Krankheitswahrscheinlichkeit eines Individuums bezogen auf eine bestimmte Population, d.h. wie wahrscheinlich es ist, dass ein Individuum eine bestimmte Krankheit oder Störung entwickelt.

**Mortality:** Die Sterblichkeit von Individuen bezogen auf eine betreffende Population, Teilpopulation oder bestimmte Todesursache.

**Personen mit Migrationshintergrund;** Alle in der Schweiz wohnhaften Personen, die bei der Geburt eine ausländische Staatsangehörigkeit besaßen, unabhängig davon, ob sie in der Schweiz geboren wurden oder nicht. Dieser Begriff umfasst somit zum einen die in der Schweiz wohnhaften AusländerInnen (erste und zweite Generation), zum anderen alle eingebürgerten Personen (vgl. dazu Rausa-de Luca 2005).

**Prävention:** Oberbegriff für Massnahmen der Krankheits- und der Unfallprävention, Massnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen.

**Salutogenese:** Bedeutet die Gesundheitsentstehung oder den Ursprung der Gesundheit und wird als Gegenbegriff zur Pathogenese (Entstehung von Krankheit) verwendet. Während die Pathogenese bei der Bekämpfung von Krankheitssymptomen ansetzt, werden in der Salutogenese Symptome als Hinweise aufgefasst und nach dem Ursprung der Gesundheitsstörung gesucht. Damit kann unter Umständen eine Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen erreicht werden.

**Transkulturelle Kompetenz:** Die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten zu erfassen, zu verstehen und in adäquates Handeln umzusetzen. Es geht darum, Migrantinnen und Migranten nicht zu kulturalisieren, sondern als individuelle Personen mit ihren Umfeldern wahrzunehmen. Eine transkulturell kompetente Institution anerkennt die spezifischen, transkulturellen Fähigkeiten von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund und deren Bedeutung bei der Behandlung von Migrantinnen und Migranten (vgl. Domenig 2006: 26f).

## Abkürzungsverzeichnis

ANAG	Bundesgesetz über Aufenthalt und Niederlassung der Ausländer
AsylG	Asylgesetz
AuG	Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBG	Berufsbildungsgesetz
BBT	Bundesamt für Berufsbildung und Technologie
BFM	Bundesamt für Migration
BFS	Bundesamt für Statistik
BV	Bundesverfassung
BVO	Verordnung über die Begrenzung der Zahl der Ausländer
EFTA	European Free Trade Association
EJPD	Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement
EKA	Eidgenössische Ausländerkommission
EKF	Eidgenössische Kommission für Frauenfragen
EKR	Eidgenössische Kommission gegen Rassismus
EU	Europäische Union
FGM	Female Genital Mutilation (weibliche Genitalverstümmelung, Beschneidung)
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
FRB	Fachstelle für Rassismusbekämpfung
GDK	Konferenz der Schweizerischen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren
GMM	Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung
IAM	Interdepartementale Arbeitsgruppe für Migrationsfragen
KID	Konferenz der kantonalen, regionalen und kommunalen Integrationsdelegierten
KVG	Krankenversicherungsgesetz
NEE	Nichteintretensentscheid
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SFH	Schweizerische Flüchtlingshilfe
SKP	Schweizerische Konferenz der Pflegefachschulen
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
UNO	United Nations Organization/Vereinte Nationen
WHO	World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation
VIntA	Verordnung über die Integration der Ausländerinnen und Ausländer

# **1 Migration als gesundheitspolitische Herausforderung**

## **1.1 Migration, Diversität und Chancengleichheit**

Die schweizerische Wohnbevölkerung ist ausserordentlich vielfältig. Dass sich die in der Schweiz seit langem bestehende soziale, sprachliche, religiöse und kulturelle Diversität während der letzten Jahrzehnte infolge der Zuwanderung noch um etliche Dimensionen erweitert hat, stellt zahlreiche Institutionen im Dienste dieser pluralistischen Gesellschaft vor verschiedene, teilweise neue Herausforderungen.

Eine dieser Herausforderungen bildet die Gewährleistung von Chancengleichheit im Zugang zu gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Ressourcen wie Bildung und Arbeit, aber auch Gesundheit. Das Postulat der Chancengleichheit ist in der schweizerischen Bundesverfassung<sup>3</sup> verankert und besagt gemeinhin, dass alle Menschen formal dieselben Chancen zur Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen und Aussichten auf Erfolg haben sollen (vgl. Lamprecht et al. 2006). Die Herstellung von Chancengleichheit ist entsprechend das Oberziel der Integrationspolitik des Bundes (Bundesrat 2002; BFM 2006).

Integration und Gesundheit stehen in einer Wechselwirkung zueinander: Einerseits können sich Integrationsschwierigkeiten auf den Gesundheitszustand auswirken. Soziale Isolation und Verunsicherung können gesundheitliche Probleme hervorrufen. Schlecht integrierte Personen sind oft erhöhten Gesundheitsrisiken ausgesetzt und haben schlechtere Chancen, ihr Gesundheitspotenzial zu entfalten. Andererseits beeinflusst der Gesundheitszustand direkt den Integrationsprozess. So gliedern sich beispielsweise gesunde Personen leichter in die Arbeitswelt ein. Umgekehrt kann eine schlechte Gesundheit die Integrationschancen beeinträchtigen. Integrationspolitische Überlegungen sind deshalb auch von gesundheitspolitischer Relevanz und umgekehrt.

Teile der Migrationsbevölkerung sind von den negativen Folgen mangelnder Chancengleichheit besonders betroffen: So sind MigrantInnen in den untersten gesellschaftlichen Schichten überproportional vertreten. Mangelnde gesundheitliche Chancengleichheit spiegelt sich darin, dass ein Teil der Migrationsbevölkerung unter gesundheitlichen Defiziten leidet, welche sich angesichts von Zugangsbarrieren zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung noch akzentuieren. Aus der Sicht des Bundes soll das Gesundheitswesen jedoch jene Offenheit besitzen, die es Menschen beider Geschlechter, verschiedener Herkunft und aller sozialen Schichten erlaubt, angemessene Gesundheitsleistungen zu beziehen. Angesichts des auf internationaler Ebene (WHO 1999, 2005) lancierten und breit anerkannten Ziels „Gesundheit für alle“ sind somit Massnahmen angebracht, um auch im Bereich der Gesundheit günstige Rahmenbedingungen für Chancengleichheit zu schaffen (z. B. Einbezug besonders vulnerabler Grup-

pen in Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme, Verbesserung der Gesundheitskompetenzen von sozial und gesundheitlich schlecht gestellten Zielgruppen, vermehrte Berücksichtigung von Politikfeldern, welche die Gesundheit massgeblich beeinflussen). Obwohl die vorliegende Strategie Migration und Gesundheit Phase II auf Personen mit Migrationshintergrund fokussiert, leistet ihre Umsetzung einen wichtigen Beitrag zur Solidarität und Chancengleichheit im schweizerischen Gesundheitssystem. Es kann davon ausgegangen werden, dass Massnahmen zugunsten der Migrationsbevölkerung dank einer grundsätzlichen Sensibilisierung des Gesundheitswesens für zielgruppenspezifische Aspekte sich auch positiv auf SchweizerInnen auswirken, die sich in ähnlichen Problemlagen befinden wie Teile der Migrationsbevölkerung.

## **1.2 Die Strategie Migration und Gesundheit Phase II im Überblick**

Das vorliegende Strategiepapier umfasst zwei Teile: Der erste Teil fasst die Entwicklung der Einwanderung in die Schweiz und der schweizerischen Migrationspolitik kurz zusammen und illustriert anhand einiger ausgewählter Charakteristiken die Heterogenität der Migrationsbevölkerung in der Schweiz. Anschliessend wird aufgezeigt, inwiefern in der Schweiz die gesundheitliche Chancengleichheit von Personen mit Migrationshintergrund beeinträchtigt ist, und welche Gruppen bzw. Personen diesbezüglich von Problemen betroffen sind. Zu diesem Zweck werden die sozialepidemiologischen Befunde zum Gesundheitszustand zusammengefasst und die Ursachen von Beeinträchtigungen der gesundheitlichen Chancengleichheit analysiert. Abgeleitet davon werden Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Der zweite Teil stellt die Strategie Migration und Gesundheit Phase II des Bundes vor. Er beinhaltet eine Darstellung der Ausgangslage und des Kontexts auf internationaler und nationaler Ebene, eine Erläuterung der strategischen Grundsätze, d.h. der Vision, Ziele und Handlungsprinzipien, sowie die Präsentation der vier Handlungsfelder der Strategie und der Querschnittsaufgabe Mainstreaming Migration.

---

<sup>3</sup> Art. 2 Abs. 3; Art. 7 und 8; Art. 41 Abs. 1 Bst. b BV

## **Teil 1: Ausgangsproblem und Grundlagen**

## 2 Einwanderungsland Schweiz

Ende des 19. Jahrhunderts, im Zuge der wirtschaftlichen Entwicklung vom Agrar- zum Industriestaat, wandelte sich die Schweiz vom Auswanderungs- zum Einwanderungsland. Die schweizerische Migrationspolitik des 20. Jahrhunderts und die zunehmende Diversifizierung der Einwanderung führten dazu, dass heute rund 30% der dauerhaft in der Schweiz lebenden Menschen über einen Migrationshintergrund verfügen. Im Jahr 2000<sup>4</sup> betrug der AusländerInnenanteil an der ständigen Wohnbevölkerung 20,5% (2005: 20,7%), weitere 7,4% sind eingebürgerte Personen ausländischer Herkunft (BFS 2004a).

**Definition:** Als **Personen mit Migrationshintergrund** werden im Folgenden alle in der Schweiz wohnhaften Personen bezeichnet, die bei der Geburt eine ausländische Staatsangehörigkeit besaßen, unabhängig davon, ob sie in der Schweiz geboren wurden oder nicht. Dieser Begriff umfasst somit zum einen die in der Schweiz wohnhaften AusländerInnen (erste und zweite Generation), zum anderen alle eingebürgerten Personen (vgl. dazu Rausa-de Luca 2005).

Die Begriffe **Migrationsbevölkerung** bzw. **MigrantInnen** werden zur Bezeichnung von Personen mit ausländischem Pass verwendet.

Dieser grosse Bevölkerungsteil setzt sich aus Menschen aller sozialen Kategorien zusammen: Frauen und Männer unterschiedlichen Alters, mit unterschiedlicher familiärer, sozialer, religiöser und geographischer Herkunft sowie unterschiedlichen Lebensverläufen und Migrationsgeschichten. Menschen mit unterschiedlichen Sprachkenntnissen und unterschiedlichem Bildungsstand, die sich zudem in unterschiedlichen erwerbs-, vermögens-, wohn- und aufenthaltsrechtlichen Situationen befinden. Angesichts dieser Heterogenität kann kaum von einer „Migrationsbevölkerung“ als solche gesprochen werden, sondern muss je nach Situation differenziert werden. Insbesondere hinsichtlich der Schaffung von gesellschaftlicher Chancengleichheit ist dieser Umstand von Bedeutung.

Die Heterogenität der Migrationsbevölkerung in der Schweiz ist unter anderem auf die schweizerische Migrationspolitik in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zurückzuführen, weshalb deren Entwicklung im Folgenden kurz skizziert wird. Im Anschluss daran werden einige, für die gesundheitliche Chancengleichheit relevante Aspekte der Diversität der Migrationsbevölkerung in der Schweiz näher beleuchtet.

---

<sup>4</sup> Diese Angaben beruhen auf der Volkszählung 2000, welche die detailliertesten Informationen zur ausländischen Bevölkerung in der Schweiz liefert. Aktuellere Angaben liegen nicht in vergleichbarem Detaillierungsgrad vor.



## 2.1 Die Migrationsbevölkerung in der Schweiz

Aus der migrationspolitisch beeinflussten historischen Entwicklung der Einwanderung in die Schweiz ergab sich die heutige Strukturierung der schweizerischen Migrationsbevölkerung, wie sie im Folgenden kurz beschrieben wird. Aufgrund der Datenbasis wird bei dieser Beschreibung primär anhand der Nationalität unterschieden, d.h. zwischen AusländerInnen und SchweizerInnen. Eingebürgerte Personen, die ebenfalls einen Migrationshintergrund aufweisen, sind SchweizerInnen. Dabei ist zu beachten, dass eine herkunftsbezogene Typologisierung der Migrationsbevölkerung insofern zu kurz greift, als sich innerhalb der verschiedenen Nationalitätengruppen grosse sozioökonomische Unterschiede zeigen. Zudem sind innerhalb der Herkunftsgruppen oder auch innerhalb sozioökonomisch vergleichbarer Gruppen Unterschiede in den Lebenssituationen insbesondere nach Geschlecht und Altersgruppe zu beachten.

### ***Herkunft***

Die ausländische Wohnbevölkerung der Schweiz ist grösstenteils europäischer Herkunft (rund 85%). Dabei sind die insgesamt rund 930'000 Personen aus EU/EFTA-Staaten stark in der Überzahl (Stand Ende 2004, vgl. BFS 2005). Wie Tabelle 1 zeigt, bilden die ItalienerInnen und die Personen aus Südosteuropa (Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien, insbesondere Serbien und Montenegro inkl. Kosovo) zurzeit die grössten Herkunftsgruppen, gefolgt von den PortugiesInnen sowie den Deutschen, bei welchen in jüngster Zeit eine starke Zuwanderung zu verzeichnen war. In Übereinstimmung mit den Zulassungsregelungen der aktuellen Schweizer Migrationspolitik handelt es sich bei den Immigrationen der letzten Jahre insbesondere um solche so genannt qualifizierter Arbeitskräfte aus der EU, vor allem aus den Nachbarländern und dem südeuropäischen Raum (vgl. Wanner 2004)

Tabelle 1: Wohnbevölkerung nach Staatsangehörigkeit, Ende 2004

Staatsangehörigkeit	Bestand am 31. Dezember 2004	Anteil (in %, gerundet)	Jugendquotient (in %) <sup>1</sup>	Altersquotient (in %) <sup>2</sup>	Geschlechter- verhältnis <sup>3</sup>
<b>Total</b>	7'529'564	100%	35,5	25,1	96,6
Schweiz	5'890'439	78%	35,9	30,3	92,1
Ausland	1'639'125	22%	34,2	9,0	114,6
<b>Ausland Total</b>	1'639'125	100%	34,2	9,0	114,6
<i>Europa</i>	1'397'770	85%	33,7	10,1	117,5
EU-25 / EFTA	931'045	57%	24,1	13,3	124,2
Italien	307'717	19%	23,6	21,4	138,3
Serbien und Montenegro	211'340	13%	65,4	2,5	109,8
Portugal	173'278	11%	38,4	0,7	119,0
Deutschland	163'923	10%	15,2	13,8	123,9
Türkei	80'462	5%	47,4	3,5	118,0
Spanien	76'080	5%	23,2	9,4	121,3
Frankreich	73'999	5%	21,6	13,0	115,3

Mazedonien	61'534	4%	62,3	1,1	111,7
Bosnien und Herzegowina	48'931	3%	51,3	3,1	102,4
Kroatien	42'050	3%	45,3	2,9	99,5
<i>Asien</i>	108'524	7%	39,8	2,7	101,7
<i>Afrika</i>	65'092	4%	40,3	1,5	124,7
<i>Amerika</i>	61'752	4%	29,1	3,9	69,0

<sup>1</sup> Verhältnis der 0-19-Jährigen zu den 20-64-Jährigen.

<sup>2</sup> Verhältnis der 65-Jährigen und Älteren zu den 20-64-Jährigen.

<sup>3</sup> Anzahl Männer bezogen auf 100 Frauen.

Quelle: BFS 2005, veränderte und ergänzte Darstellung

### ***Geschlechterverhältnis***

Die Zulassungspolitik der Schweiz impliziert die Einwanderung von Männern, da sie auf den Arbeitsmarkt ein grösseres Spektrum an Tätigkeitsfeldern finden (EKF 1999). Während lange Zeit grösstenteils Männer in die Schweiz immigrierten, wandern heute jedoch immer mehr Frauen zu. Seit Mitte der 1990er Jahre wandern ungefähr gleichviel Frauen wie Männer in die Schweiz ein. Der im Vergleich zu früher erhöhte Frauenanteil unter den Einwandernden bewirkt, dass sich das Geschlechterverhältnis bei den nicht in der Schweiz geborenen AusländerInnen langsam angleicht. Zurzeit ist aber der Männeranteil in der ausländischen Bevölkerung insgesamt immer noch höher (53,4% verglichen mit 46,6%; Werte von 2004, BFS 2005). Dieses im Vergleich mit anderen westlichen Staaten atypische Phänomen widerspiegelt die in den 1950er und 1960er Jahren männlich orientierte Einwanderungspolitik der Schweiz (EKF 1999). Allerdings gibt es herkunftsspezifische Besonderheiten: Zeitweise wanderten aus Deutschland, Österreich und Frankreich vor allem Frauen ein, heute stellen Frauen die Mehrheit bei Einwandernden aus den meisten amerikanischen und osteuropäischen Staaten.

### ***Altersstruktur***

Die Alterstruktur der Migrationsbevölkerung unterscheidet sich stark von jener der einheimischen Bevölkerung (vgl. BFS 2005). Da weiterhin vorwiegend junge Leute im Alter zwischen 20 und 39 Jahren einwandern und die Geburtenrate bei Ausländerinnen höher ist als bei Schweizerinnen, sind die meisten Herkunftsgruppen durchschnittlich jünger als die einheimische Bevölkerung. Deutlich zeigt sich dies bei den Gruppen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei, die einen deutlich höheren Anteil junger Personen aufweisen. Die höchsten Anteile älterer Personen zeigen sich bei der italienischen, der deutschen, der französischen und der spanischen Herkunftsgruppe. Die Massnahmen müssen dementsprechend je nach Bedarf auf spezifische Altersgruppen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, ältere MigrantInnen) ausgerichtet werden.

### ***Aufenthaltsstatus und -dauer***

Rund zwei Drittel aller AusländerInnen verfügen über eine Niederlassungsbewilligung (BFS 2005). Das restliche Drittel besteht grösstenteils aus Personen mit einer Aufenthalts- oder – zu einem geringen Teil – Kurzaufenthaltsbewilligung. Personen aus dem Asylbereich machten 2005 etwas mehr als drei Prozent der ausländischen Bevölkerung aus.

Aufgeschlüsselt nach den verschiedenen Bevölkerungsgruppen ergibt sich das folgende Bild: Eine grosse Mehrzahl der ItalienerInnen und SpanierInnen verfügen über eine Niederlassungsbewilligung. Dies trifft ebenfalls für die Mehrheit der KroatInnen, TürkInnen, PortugiesInnen und ÖsterreicherInnen zu. Im Asylbereich finden sich hauptsächlich Personen aus Afrika, Asien, dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei. Laut Schätzungen befinden sich nebst den offiziell erfassten MigrantInnen zusätzlich 70'000 bis 180'000 illegal anwesende Personen ohne gültige Aufenthaltsbewilligung, so genannte Sans-Papiers, in der Schweiz. Diese sind illegal eingereist oder haben die Schweiz nach Ablauf ihrer Aufenthaltsbewilligung nicht verlassen (Achermann/Efionayi-Mäder 2003; Longchamp et al. 2005).

Rund 24% der in der Schweiz wohnhaften AusländerInnen sind in der Schweiz geboren. Rund ein Fünftel der AusländerInnen lebt seit mehr als zwanzig Jahren hier, ebenfalls ein Fünftel befindet sich erst seit weniger als fünf Jahren in der Schweiz (BFS 2005).

Bezüglich des Geschlechterverhältnisses ist die unterschiedliche Anzahl eingewanderter Frauen und Männer insgesamt in erster Linie darauf zurückzuführen, dass die Männer insbesondere im Asylbereich (76,5%) aber auch bei den Kurzaufenthaltern (63,1%) die grosse Mehrheit stellen (Werte von 2004; BFS 2005). Frauen haben generell weniger gut gesicherte Aufenthaltsbewilligungen als Männer: bei den Personen mit einer Jahresaufenthaltsbewilligung machen sie mehr als die Hälfte aus, während Männer in der am besten gestellten Kategorie der Niederlassungen die Mehrheit ausmachen (vgl. Prodoliet 2000).

### ***Sozioökonomische Stellung***

MigrantInnen machen 25,2% der erwerbstätigen Bevölkerung der Schweiz aus, der Frauenanteil in dieser Erwerbsgruppe beläuft sich auf 38,5%. Der Anteil erwerbstätiger Frauen liegt in der ausländischen Bevölkerung unter demjenigen der Schweizerinnen, allerdings sind ausländische Frauen häufiger vollzeitlich erwerbstätig als Schweizerinnen (BFS 2005).

Insgesamt sind die ausländischen Erwerbstätigen im zweiten Sektor (Industrie) überdurchschnittlich stark vertreten und im ersten und dritten Sektor (Dienstleistungen) verglichen mit der Schweizer Bevölkerung untervertreten. Übervertreten innerhalb der Gruppe der MigrantInnen sind im zweiten Sektor Personen aus dem südeuropäischen Raum. Personen mit Migrationshintergrund sind in der Schweiz sowohl bei den so genannt unqualifizierten wie auch den hochqualifizierten Arbeitskräften übervertreten. Hinsichtlich der Stellung im Beruf finden sich bei der portugiesischen, türkischen und der Herkunftsgruppe aus dem ehemaligen Jugoslawien proportional am meisten Arbeitnehmende ohne Vorgesetztenfunktio-

on, während Deutsche, FranzösisInnen sowie Personen aus Nordamerika und Australien in oberen Führungspositionen stark vertreten sind. Nach Branchen sind AusländerInnen vor allem im Bau- und Gastgewerbe sowie im Gesundheitswesen stark präsent. Zu den Berufen, in denen mehrheitlich Personen ausländischer Nationalität – und hier vor allem Männer – tätig sind, gehören etwa Schweisser, Tunnelbaufachleute oder sonstige Industrie- und Bauberufe; weiter stellen Personen nicht-schweizerischer Nationalität – hier allerdings häufiger Frauen – unter den Wäscherei-Mitarbeitenden, Zimmermädchen und in Reinigungsberufen die Mehrheit. MigrantInnen sind auch in der Sexarbeit sowie in Haushalten häufig anzutreffen – hier oft in prekären Verhältnissen, d.h. als Sans-Papiers oder als KurzaufenthalterInnen mit L-Bewilligung.

Zwischen den Gruppen der erwerbstätigen MigrantInnen zeigen sich demzufolge grosse Unterschiede in der Lohnstruktur. Durchschnittlich am schlechtesten verdienen die Erwerbstätigen der Gruppe der MigrantInnen aus dem Westbalkan<sup>5</sup> im Vergleich mit den MigrantInnen aus Nord- und Westeuropa, die durchschnittlich am meisten verdienen, gefolgt von den SchweizerInnen. Tendenziell mehr als die MigrantInnen aus dem Westbalkan, aber weniger als die SchweizerInnen verdienen die Erwerbstätigen aus Südeuropa (BFS 2005).

Wird der Bildungsstand betrachtet, verfügen rund die Hälfte der Erwerbstätigen aus Südeuropa und den westlichen Balkanländern über keine nachobligatorische Ausbildung. Von den Erwerbstätigen aus Nord- und Westeuropa verfügt dagegen mehr als die Hälfte über eine Tertiärausbildung (Berufsmittelschule, Universität oder Hochschule) (BFS 2005). Ausländische Frauen besuchen häufiger eine Berufslehre von kurzer Dauer und beschränken sich auf wenige Berufe.

Ein tiefes Bildungsniveau und eine Übervertretung von ausländischen Arbeitnehmenden in stark konjunkturabhängigen Branchen erklärt zu einem grossen Teil die deutlich höhere Arbeitslosenquote unter den MigrantInnen verglichen mit den SchweizerInnen (6,6% bzw. 2,8% Mitte 2004), wobei die MigrantInnen eine höhere Quote aufweisen als die Migranten (7,2% bzw. 6,2%; vgl. BFS 2005). Wie bei der schweizerischen Erwerbsbevölkerung waren 2004 auch bei den MigrantInnen die 15-24-Jährigen am stärksten von Arbeitslosigkeit betroffen, aber im Gegensatz zu den gleichaltrigen SchweizerInnen waren bei den MigrantInnen die Frauen stärker von Arbeitslosigkeit betroffen als die Männer (8,3% bzw. 7,0%; vgl. BFS 2005).

Damit in Zusammenhang steht auch, dass MigrantInnen verglichen mit SchweizerInnen deutlich häufiger von Armut betroffen sind und auch bei der Gruppe der Working Poor übervertreten sind (vgl. BFS 2005). MigrantInnen sind dabei, wie Frauen allgemein, aufgrund von tiefem Bildungsstand, ungünstigen Arbeitsbedingungen oder Arbeitslosigkeit häufiger mit Armutsrisiko konfrontiert. Obwohl die Armutsquote bei MigrantInnen rund doppelt so hoch

---

<sup>5</sup> Der Westbalkan umfasst Serbien (inkl. Kosovo), Montenegro, Kroatien, Bosnien und Herzegowina, Mazedonien und Albanien (BFS 2005).

ist wie bei den SchweizerInnen (21,4% verglichen mit 10,4%), betrifft dies nicht alle Gruppen gleichermassen. So sind nur etwa 7% der Personen aus Nord- und Westeuropa von Armut betroffen, hingegen rund 30% der MigrantInnen aus dem Westbalkan, der Türkei, Rumänien und Bulgarien sowie anderen Staaten. Die Quote für MigrantInnen aus den anderen neuen EU-Staaten sowie Südeuropa liegt in der Mitte. Nord- und WesteuropäerInnen verfügen über ein halb so grosses Working-Poor-Risiko wie die SchweizerInnen, während deren Working-Poor-Risiko wiederum weniger als halb so gross ist wie das von MigrantInnen ausserhalb des nord- und westeuropäischen Raums.

Hinsichtlich der Sozialhilfequote gibt es Hinweise darauf, dass AusländerInnen bei der Inanspruchnahme von Sozialhilfe deutlich übervertreten sind und dass das Sozialhilferisiko für ausländische Frauen leicht höher ist als für ausländische Männer (BFM 2006).

Die Zahl der ausländischen IV-Rentenbeziehenden hat Anfang der Neunzigerjahre deutlich zugenommen, ist seit Mitte der Neunzigerjahre jedoch stabil geblieben. Die Zusammensetzung der Rentenbeziehenden mit ausländischem Pass verändert sich: ItalienerInnen bilden nach wie vor die weitaus grösste Gruppe (12%), welche jedoch nicht weiter zunimmt, da insbesondere vermehrt Rentenbeziehende ins AHV-Alter übertreten. Zunehmend ist hingegen der Anteil an Personen aus Ex-Jugoslawien. Gründe für die unterschiedlichen Wachstumsraten liegen nebst der unterschiedlichen Altersstruktur in den unterschiedlichen Erwerbsquoten und in der unterschiedlichen Erwerbsstruktur. So sind etwa Personen aus Ex-Jugoslawien eher in niedrig qualifizierten Stellen beschäftigt, was das Invaliditätsrisiko erwiesenermassen erhöht. Betrachtet man die Neuberentungen bei ausländischen Personen, zeigt sich, dass diese auf psychische Krankheiten und auf Leiden der Knochen und Bewegungsorgane zurückzuführen sind. Sowohl bei den Neuberentungen aufgrund von psychischen Krankheiten als auch bei denjenigen aufgrund von Gebrechen der Knochen und Bewegungsorgane ist der Ausländeranteil höher als bei den neuberenteten SchweizerInnen (Breitenmoser und Buri 2004, BSV 2006).

### ***Wohnsituation***

Die wirtschaftliche Situation wird mitbestimmt durch die Haushaltsgrösse und die Anzahl Kinder in einem Haushalt. Während der weitaus grösste Anteil der Personen aus dem westlichen Balkan sowie Bulgarien, Rumänien und der Türkei in Haushalten mit drei oder mehr Personen lebt, lebt jeweils mehr als die Hälfte der Personen aus Nord- und Westeuropa und der SchweizerInnen in Haushalten mit zwei oder weniger Mitgliedern. Verheiratete Paare mit Kind(ern) sind das vorherrschende Haushaltsmodell bei MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien, der Türkei und Portugal, während weit weniger als die Hälfte der deutschen und französischen, aber auch der afrikanischen MigrantInnen in einem solchen Haushalt leben. Einelternhaushalte hingegen sind besonders verbreitet bei Migrantinnen aus Afrika, Amerika und Frankreich (vgl. BFS 2005).

Bezüglich der Wohnsituation ergibt sich folgendes Bild: Der Anteil an MieterInnen ist bei den MigrantInnen höher als bei den SchweizerInnen, und die Wohnungen von MigrantInnen sind durchschnittlich kleiner als die Schweizer Haushalte (BFS 2005). Bescheidenere Wohnverhältnisse finden sich insbesondere bei MieterInnen aus Portugal, der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien (BFM 2006).

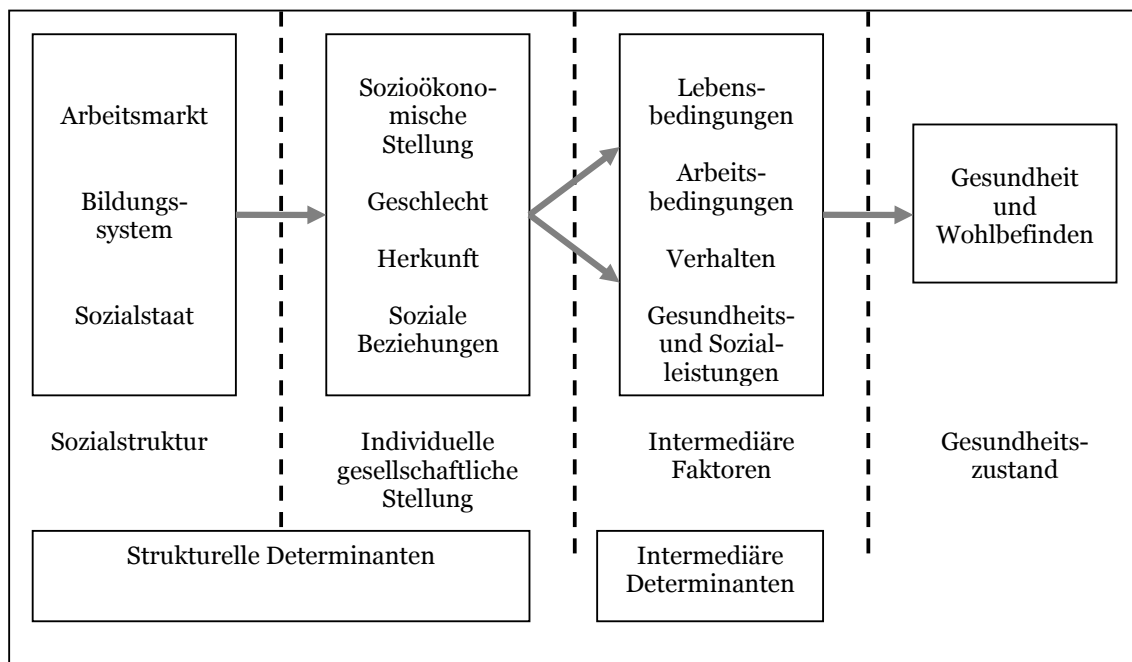
### 3 Migration und gesundheitliche Chancengleichheit in der Schweiz

In diesem Kapitel geht es darum aufzuzeigen, inwiefern für Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz gesundheitliche Chancengleichheit beeinträchtigt ist, welches die Ursachen dieser Beeinträchtigungen sind und welche Handlungsmöglichkeiten bestehen, um gesundheitliche Chancengleichheit zu schaffen. Als Einführung werden zunächst zentrale Determinanten gesundheitlicher Chancengleichheit präsentiert.

#### 3.1 Konzeptionelle Grundlagen

Wie die meisten anderen Länder orientiert sich der Bund am Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO): „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (vgl. WHO 2005). Die Determinanten von Gesundheit und Krankheit sind vielfältig und stehen alle miteinander in Wechselwirkung. Neben persönlichen Faktoren wie Alter, Geschlecht und genetischen Dispositionen wirken sich politische, ökonomische, gesellschaftliche und umweltbezogene Rahmenbedingungen, konkrete Lebens- und Beschäftigungsbedingungen (zu denen auch die Stellung des Einzelnen in der Gesellschaft gehört), sowie soziale und individuelle Ressourcen bzw. Gefährdungen (soziales Netz, Lebensstil) auf Gesundheit und Wohlbefinden aus (Lamprecht et al. 2006).

**Abbildung 1:** Theoretischer Rahmen für die Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit



Quelle: Graham/Kelly (2004), modifiziert

Gemäss Abbildung 1 lässt sich zwischen *strukturellen* und *intermediären* Gesundheitsdeterminanten (vgl. Graham/Kelly 2004) unterscheiden. Zu den strukturellen Determinanten zählen Faktoren der Gesellschaftsstruktur (Arbeitsmarkt, Bildungssystem, Sozialstaat) sowie der gesellschaftliche Status der einzelnen Person (sozioökonomische Stellung, Geschlecht, Herkunft, soziale Netzwerke). Diese strukturellen Determinanten beeinflussen die intermediären Faktoren (Wohnsituation, Arbeitssituation, Verhalten, Versorgung mit Gesundheits- und Sozialleistungen), welche schliesslich als ausschlaggebend für Gesundheit und Wohlbefinden betrachtet werden (vgl. Abbildung 1).

Gesundheitliche Chancengleichheit ist dann gegeben, wenn alle dieselbe Chance haben, gesund zu sein bzw. ihr Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen (vgl. Mielck 2000). Da sich das Gesundheitspotenzial sowie die Möglichkeiten, dieses zu nutzen, für jedes Individuum unterscheiden, ist gesundheitliche Chancenungleichheit nicht ein migrationspezifisches Problem, sondern betrifft letztlich alle Personen bzw. Bevölkerungsgruppen, die gesundheitlichen Benachteiligungen ausgesetzt sind.

**Gesundheitliche Chancengleichheit** bedeutet, dass alle Personen dieselbe Chance haben, ihr Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen.

Wie auch aus Abbildung 1 hervorgeht, sind gesundheitliche Ungleichheiten unter anderem Ausdruck von sozialen Ungleichheiten: Personen, die kaum Möglichkeiten haben, ungünstige materielle und/oder gesellschaftliche Bedingungen, unter denen sie leben, zu verbessern, sind tendenziell auch gesundheitlich benachteiligt (vgl. etwa Mielck 2000). Ein Überblick über die internationale Forschung bestätigt, dass Indikatoren der Gesundheit wie Mortalität, Morbidität, Gesundheitsverhalten und Risikoexposition mit Indikatoren der sozialen Lage in einem linearen Zusammenhang stehen (vgl. etwa Mackenbach/Bakker 2002; Marmot/Wilkinson 2001; für die Schweiz: Beer et al. 1993; Bisig et al. 2001; Bopp/Minder 2003; Leu/Schellhorn 2004). Zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozialen und gesundheitlichen Benachteiligungen werden in der Wissenschaft insbesondere die folgenden Ansätze herangezogen (vgl. Siegrist 2005):

- **Materielle und psychosoziale Belastungen:** Aus bestimmten schichtspezifischen Lebensbedingungen (z.B. ungünstigen Arbeits- oder Wohnbedingungen) ergeben sich spezifische Belastungen und Benachteiligungen, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken.
- **Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen:** Personen aus unterschiedlichen sozialen Lagen verfügen über unterschiedliche Gesundheitskompetenz (*Health Literacy*). Sie unterscheiden sich entsprechend in ihrem Gesundheitsbewusstsein und ihrem Gesund-



heitsverhalten. Soziale Benachteiligung schränkt die Handlungsmöglichkeiten ein und begünstigt so gesundheitsschädigendes Verhalten.

- **Ausgestaltung des Gesundheitssystems:** Aus gesellschaftlichen Unterschieden ergeben sich vielfältige Herausforderungen an ein Gesundheitssystem<sup>6</sup> und dessen Leistungen der Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung. Dabei besteht die Gefahr, dass nicht alle Personen dieselben Voraussetzungen hinsichtlich des Zugangs und der Adäquatheit der Behandlung vorfinden. Insbesondere sozial benachteiligte Personen erfahren diesbezüglich häufiger Einschränkungen.

Werden die in Abbildung 1 separat aufgeführten Lebens- und Arbeitsbedingungen zusammengefasst, entsprechen diese Ansätze den intermediären Faktoren im präsentierten Modell. Deren gesundheitlichen Auswirkungen unterscheiden sich je nach struktureller Stellung eines Individuums, wobei vier Determinanten von zentraler Bedeutung sind:

- Die **sozioökonomische Stellung** einer Person ergibt sich aus der Bildung, dem Beruf und dem Einkommen und gilt als eine zentrale Schichtungsvariable (Lamprecht et al. 2006). Von Relevanz für die Gesundheit ist sie insofern, als dass die intermediären Faktoren stark mit der sozioökonomischen Stellung zusammenhängen.
- Die Variable „**Geschlecht**“ beeinflusst in jeder Gesellschaft die Wahrscheinlichkeit, bestimmte soziale Positionen einnehmen zu können, über Handlungsräume zu verfügen und Zugang zu bestimmten Ressourcen zu haben. Das Geschlecht steht also in einem komplexen Zusammenhang mit sozialen und gesundheitlichen Faktoren. Dies kann zu gesundheitlichen Unterschieden und Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern führen (vgl. Zemp/Ceschi 2003; BAG 2006a). Die einzelnen Determinanten der Gesundheit haben bei Frauen und Männern unter Umständen nicht dasselbe Gewicht. Die Vorstellungen, die Frauen bzw. Männer von der Gesundheit haben, den Stellenwert, den sie ihr beimessen und die Art und Weise, wie sie damit umgehen, können beträchtlich variieren. Daraus ergeben sich nicht nur Unterschiede im Gesundheitsverhalten und im Gesundheitszustand zwischen Frauen und Männern, sondern auch unterschiedliche Bedürfnisse an das System der Gesundheitsversorgung. Zudem ist das Geschlecht eine wesentliche Determinante der sozioökonomischen Stellung und damit der Lebens- und Arbeitsbedingungen. So ist z.B. in der Schweiz der Arbeitsmarkt stark nach Geschlecht segregiert, was zu unterschiedlichen Belastungen für Frauen und Männer führt (BAG 2006a). Frauen finden sich tendenziell häufiger in prekären Verhältnissen, was etwa an der Gruppe der Alleinerziehenden - mehrheitlich Frauen - verdeutlicht werden kann, die einen vergleichsweise hohen Anteil an Working Poor aufweist (vgl. Zemp/Ceschi 2003).

---

<sup>6</sup> Das Gesundheitssystem umfasst sämtliche Angebote bzw. Leistungen der Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbehandlung (Therapie), d.h. sowohl die Vorsorge als auch die Versorgung.

- Die **Herkunft** bzw. Nationalität hat kaum direkten Einfluss auf die Gesundheit, sondern ist in Zusammenhang mit anderen Faktoren relevant. Für die Gesundheit spielen der Aufenthaltsstatus, die Aufenthaltsdauer, der sozioökonomische Status, geschlechts- und altersspezifische Entwicklungsthemen, soziale Netzwerkstrukturen sowie prä-, trans- und postmigratorische Stressoren eine zentrale Rolle (Weiss 2003). Sie wirken kumulativ und erhöhen das Gesundheitsrisiko der betroffenen Personen erheblich. In der schweizerischen Migrationspolitik ist die Herkunft in der Regel ein wesentliches Kriterium bei der Erteilung des Aufenthaltsstatus, welcher wiederum die Rahmenbedingungen für die Integration festlegt und so den sozioökonomischen Status und die persönliche Lebenslage von MigrantInnen beeinflusst. Mit der Herkunft können zudem auch Faktoren wie Sprach- und andere Handlungskompetenzen (*Health Literacy*) sowie die lebensweltliche Orientierung in Zusammenhang stehen, die für die Interaktion mit dem Gesundheitssystem im Aufnahmeland und für das Gesundheitsverhalten von Bedeutung sind. Des Weiteren kann die Herkunft auch Auslöser von Ausgrenzung und Diskriminierung sein, was die Gesundheit der davon betroffenen Personen unmittelbar beeinträchtigen kann (vgl. Gbadinho/Wanner 2006). Auf die allgemeine gesundheitliche Bedeutung einer generellen Akzeptanz von Personen mit Migrationshintergrund durch die Mehrheitsbevölkerung bzw. des Vorhandenseins eines gesamtgesellschaftlichen Integrationswillens wird vielfach hingewiesen (vgl. Bollini/Wanner 2005; Committee of Experts on Health Services in a Multicultural Society 2005; Gilgen et al. 2005; Sallis Gross 2004).
- **Soziale Beziehungen:** Soziale Unterstützung bzw. Netzwerke stellen in zweifacher Hinsicht eine Ressource dar: Sie erhöhen die allgemeine soziale Integration und können auftretende Belastungen abschwächen. Soziale Beziehungen können die Vulnerabilität reduzieren und sich dadurch positiv auf die Gesundheit auswirken. Auch soziale Beziehungen variieren in ihrer Stärke: sie stehen mit der sozioökonomischen Stellung in direktem Zusammenhang, sind bei Frauen ausgeprägter als bei Männern und in jüngerem Alter am schwächsten, in mittlerem Alter am stärksten (Geyer 2002).

Aus diesen kurzen Ausführungen wird deutlich, dass nicht alle Personen mit Migrationshintergrund in gleichem Masse von Beeinträchtigungen der gesundheitlichen Chancengleichheit betroffen sind. Migration an sich macht nicht krank (vgl. etwa Weiss 2003), stellt aber eine relevante Gesundheitsdeterminante dar. Ein Überblick über die Erkenntnisse sozialepidemiologischer Studien auf internationaler Ebene zeigt, dass Personen bzw. spezifische Gruppen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur jeweiligen Referenzbevölkerung tendenziell schlechtere Risikofaktor-Profile aufweisen (vgl. MacKay 2003) und somit besonders vulnerabel sind. Dies gilt auch für die Schweiz und äussert sich zum einen darin, dass spezifische Gruppen von MigrantInnen einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als die ein-

heimische Bevölkerung. Dies wird nachfolgend anhand der vorliegenden Erkenntnisse illustriert. Im Anschluss daran werden die auf der Ebene der intermediären Determinanten bestehenden gesundheitlichen Benachteiligungen diskutiert bevor schliesslich Handlungsansätze zur Schaffung von gesundheitlicher Chancengleichheit erörtert werden.

### **3.2 Sozialepidemiologische Befunde zur gesundheitlichen Situation der Migrationsbevölkerung in der Schweiz**

Im Rahmen der (sozial-) epidemiologischen Forschung ist die Gesundheit von in der Schweiz lebenden Personen mit Migrationshintergrund noch immer ein Randthema. Dies ist zu einem wesentlichen Teil auf die Datenlage zurückzuführen: Die Qualität der für die Schweiz vorliegenden Daten lässt kaum detaillierte Auswertungen zu migrationspezifischen Fragen zu. So basiert aufgrund der zur Verfügung stehenden statistischen Daten die Definition der Migrationsbevölkerung in den vorliegenden sozialepidemiologischen Arbeiten meist ausschliesslich auf Angaben zur Staatsbürgerschaft. Die meisten Analysen unterscheiden deshalb aus methodischen Gründen nur zwischen SchweizerInnen und AusländerInnen. Der grossen sozioökonomischen Heterogenität der Migrationsbevölkerung sowie der Situation eingebürgerter Personen mit Migrationshintergrund kann auf diese Weise nur unzureichend Rechnung getragen werden, was die Aussagekraft dieser Studien empfindlich einschränkt.

Im Rahmen der Strategie Migration und Gesundheit 2002–2007 wurde im Jahr 2004 das Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM) durchgeführt. Damit wurden erstmals systematisch umfassende und detaillierte Daten über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von ausgewählten Gruppen der in der Schweiz lebenden MigrantInnen unterschiedlicher Herkunft (Deutschland/Österreich/Frankreich, Italien, Portugal, Türkei, ehemaliges Jugoslawien, Sri Lanka) und mit unterschiedlichem aufenthaltsrechtlichem Status (mit geregelter Aufenthalt bzw. Asylsuchende) erhoben. Alle im Rahmen des GMM erhobenen Daten beruhen auf Selbstdeklaration und der Datensatz der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) stellt die Referenz dar. Die Analyse dieses Datensatzes brachte einerseits eine Reihe neuer Erkenntnisse hervor und bestätigte und festigte andererseits Ergebnisse früherer Studien (vgl. Rommel et. al 2006; Gabadinho/Wanner 2006).

Das GMM liefert zwar die bisher differenziertesten und umfassendsten Informationen über die gesundheitliche Situation von Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz, weist in seiner Aussagekraft jedoch auch gewisse Grenzen auf. Zum einen fehlen Angaben zu Personen aus Asien, Lateinamerika und Afrika, auf welche die Erkenntnisse aus dem GMM aus verschiedenen Gründen nicht direkt übertragbar sind und die teilweise spezifische Risikoprofile aufweisen.

Bei der rein deskriptiven Darstellung der GMM-Daten werden vor allem Aussagen zu einzelnen Herkunftsgruppen gemacht und diese miteinander verglichen. Wie oben eingeführt, hängt die Herkunft mit verschiedenen Determinanten wie beispielsweise dem Migrationsgrund, der sozioökonomischen Lage oder dem Integrationsgrad zusammen. Dies konnte in einer vertieften Analyse der GMM-Daten belegt werden (vgl. Gabadinho/Wanner 2006). Die nachfolgend gemachten, auf einzelne Herkunftsgruppen bezogenen Aussagen müssen deshalb im Bewusstsein dieser Zusammenhänge verstanden werden.

Aus den zurzeit vorliegenden sozialepidemiologischen Erkenntnissen über die schweizerische Migrationsbevölkerung ergibt sich aus den genannten Gründen nach wie vor nicht nur ein inkomplettes, sondern auch ein – angesichts der Heterogenität dieses Bevölkerungsteils nicht überraschend – sehr uneinheitliches Bild der gesundheitlichen Unterschiede zwischen SchweizerInnen und einzelnen Gruppen mit Migrationshintergrund. Insgesamt zeigt sich aber deutlich, dass gewisse Teile der Migrationsbevölkerung aus sozialepidemiologischer Perspektive risikobehaftet und besonders vulnerabel sind. Dies umso mehr, als dass zahlreiche Studien nachweisen, dass in vielen Bereichen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens Schichtunterschiede zwischen der Referenzbevölkerung und der untersuchten Gruppe mit Migrationshintergrund in konsistenter Weise zum Ausdruck kommen.

### **3.2.1 Morbidität**

Studien (unter anderem das GMM) zeigen, dass MigrantInnen den eigenen Gesundheitszustand in der Regel deutlich schlechter einschätzen als SchweizerInnen. Besonders eingewanderte Frauen fühlen sich subjektiv deutlich kränker als Schweizerinnen und als ihre männlichen Landsleute (Weiss 2003). Die Unterschiede zwischen Einheimischen und MigrantInnen treten in den höheren Altersgruppen deutlicher zu Tage (Rommel et al. 2006). In einer nach Herkunft differenzierten Betrachtung zeigt das GMM, dass bezüglich der subjektiven Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands kaum Unterschiede zwischen SchweizerInnen und in der Schweiz lebenden Deutschen, ÖsterreicherInnen und FranzösInnen bestehen. Diese Gruppen weisen die geringsten Symptombelastungen auf. Demgegenüber fühlen sich insbesondere TürkInnen sowie Asylsuchende aus dem Kosovo häufiger ungesund und waren vor dem Zeitpunkt der Befragung länger als ein Jahr durch körperliche oder psychische Probleme eingeschränkt. Über 20% der Personen aus diesen Gruppen erwähnen zudem starke Rücken- und Kopfschmerzen sowie starke Schlafstörungen.

#### ***Somatische Gesundheit***

Zu den Gesundheitsstörungen, von denen die Migrationsbevölkerung in besonderem Mass betroffen ist, gehören parasitäre und infektiöse Krankheiten (Malaria, Tuberkulose) (Loutan 2001). Insbesondere für Personen des Asylbereichs und illegal Anwesende aus Ländern mit hoher Tuberkulose-Inzidenz besteht ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken (Aebi-

scher Perone et al. 2005; Loutan 2001; Manzano/Suter 2002; Zellweger 2003). Ausserdem sind Teile der Migrationsbevölkerung im Vergleich mit den Einheimischen besonders häufig von Hepatitis und sexuell übertragbaren Krankheiten betroffen. Das Risiko, an Aids zu erkranken, ist für MigrantInnen aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz (viele liegen in Subsahara-Afrika) erhöht. Im Vergleich zu NordwesteuropäerInnen (vgl. Staehelin et al. 2004) sind die HIV-Betroffenen aus Subsahara-Afrika jünger, sie sind häufiger Frauen und haben sich häufiger durch heterosexuelle Kontakte angesteckt. Eine spezifische Risikogruppe stellen weibliche Sexworker dar (BAG 2003; Dubois-Arber et al. 2001, 2003; Loutan 2001; Meystre-Agustoni 2004; Staehelin et al. 2004).

Kinder von Asylsuchenden leiden häufiger unter Hautkrankheiten und Karies (Loutan 2001; Manzano/Suter 2002). Eine höhere Karies-Prävalenz zeigen vor allem Kinder, die nach dem Kindergartenalter eingereist sind. Erst seit kurzer Zeit in der Schweiz anwesende Jugendliche (insbesondere aus dem ehemaligen Jugoslawien) weisen häufig einen sehr schlechten Zahnzustand auf (Menghini et al. 1995; Steiner et al. 1994).

Bei MigrantInnen finden sich in späteren Lebensphasen häufiger Altersbeschwerden wie z.B. Rheuma (vgl. etwa Bolzman et al. 2004; Hungerbühler 2004; Rommel et al. 2006). Vor allem MigrantInnen, die lange Zeit schwere körperliche Arbeit verrichtet haben, leiden nach ihrer Pensionierung überdurchschnittlich häufig an chronischen (Rücken-)Schmerzen, die oft auch mit Depressionen und emotionalen Krisen einhergehen (vgl. Keel 2001; Kilcher/Spiess 2003; Kläui 2004). Aufgrund ihrer Arbeitssituation (vgl. dazu Abschnitt 1.2.2) finden sich auch bei MigrantInnen im Erwerbsalter überdurchschnittlich häufig spezifische somatische Beschwerden und bei spezifischen Gruppen IV-Berentungen (Hämmig et al. 2005, Breitenmoser/Buri 2004). Zudem ist der Ausländeranteil bei den verunfallten Männern überdurchschnittlich hoch (KSUV 2006).

Eine besondere Gruppe stellen MigrantInnen mit Gewalterfahrungen dar. Sie weisen erwiesenermassen öfter spezifische somatische und emotionale Krankheitssymptome auf als Personen, die keine solchen Erfahrungen gemacht haben (Eytan et al. 2004; Frey 2004; Gilgen et al. 2005; Kläui 2004; Loutan 2001). Typische (psycho)somatische Leiden sind (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates, Migräne, Brust- und Magenschmerzen und Schlaflosigkeit (Negovetic 2001). Mögliche Folgen von Gewalterlebnissen sind auch gynäkologische Probleme und sexuelle Funktionsstörungen (Kläui 2004).

### ***Psychische Gesundheit***

MigrantInnen fühlen sich auch hinsichtlich der psychischen Gesundheit unausgeglichener als die schweizerische Referenzbevölkerung und zeigen eine höhere Prävalenz psychischer Störungen (Rommel et al. 2006; Testa-Mader et al. 1999). Dies betrifft vor allem Personen mit unsicherem Aufenthaltsstatus (Asylsuchende). Bei ihnen sind oft Gefühle von Einsamkeit festzustellen. Frauen sind häufiger wegen psychischer Probleme in Behandlung als Männer (Rommel et al. 2006).

Häufig sind MigrantInnen, die Gewalterfahrungen machen mussten und/oder zur Migration gezwungen worden sind, auch in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigt. Viele leiden unter den Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung oder unter allgemeinem Stress, Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung, einem schwachen Selbstwertgefühl – sie empfinden ihren Gesundheitszustand und allgemein ihre Lebensqualität als schlecht (Wicker 1993).

### **3.2.2 Mortalität**

Was die Mortalität anbelangt, weist die Migrationsbevölkerung teils schlechtere, teils bessere Werte auf als die einheimische Bevölkerung. Beim Vergleich der alters- und geschlechtsspezifischen Mortalitätsraten fällt die insgesamt deutlich geringere Mortalität von MigrantInnen zwischen dem 35. und 60. Lebensjahr auf. Dies betrifft vor allem die häufigste Todesursache, die Herz-Kreislaufkrankheiten, aber auch Hirngefässkrankheiten (Wanner et al. 2000; BFS 2005). Der Unterschied ist bei den Männern viel grösser als bei den Frauen. Dies wird einerseits auf das so genannte „*Healthy-migrant*“-Phänomen zurückgeführt, zudem spielen möglicherweise unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten und die körperliche Bewegung bei der Arbeit eine Rolle (BFS 2005). Auch beim Brustkrebs ist die Mortalitätsrate bei Migrantinnen tiefer als bei einheimischen Frauen, die schlechtere Risikofaktorprofile aufweisen (Kinderlosigkeit oder Geburten in höherem Alter).

Im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung ist bei der Migrationsbevölkerung hingegen eine erhöhte peri-/neo-/postnatale Sterblichkeit zu beobachten. Diese steht in erster Linie mit einem niedrigen sozioökonomischen Status der Eltern in Zusammenhang (Bollini/Wanner 2005; Lehmann et al. 1990). Die deutlich höhere Rate an Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen unter den Migrantinnen wird zudem mit der geringeren Inanspruchnahme von vorgeburtlichen Massnahmen erklärt (Weiss 2003; Bollini/Wanner 2005). Dies betrifft vor allem Frauen mit einer kurzen Aufenthaltsdauer in der Schweiz (BAG 2006a).

Während sich beim Lungenkrebs die Mortalität von MigrantInnen praktisch nicht von derjenigen der einheimischen Bevölkerung unterscheidet, sind MigrantInnen eineinhalb Mal so häufig von Magenkrebs betroffen wie die einheimische Bevölkerung. Auch Pneumonie und Infektionskrankheiten sind bei MigrantInnen häufiger die Todesursache als bei SchweizerInnen (BFS 2005). Herkunftsspezifische Unterschiede in der Mortalität zeigen sich bei verschiedenen Krebsarten und bei HIV/Aids: Männer aus Afrika und Asien weisen eine erhöhte Sterblichkeit an Leberkrebs auf. Aus China und Südostasien eingewanderte Personen sind einem grösseren Risiko ausgesetzt, an Nasenrachenkrebs zu erkranken, und aus Subsahara-Afrika stammende Personen sterben häufiger an Aids als Angehörige anderer Gruppen (Wanner et al. 2000).

### **3.2.3 (Wissens-)Lücken und Problembereiche**

Ein vordergründiges Problem liegt in der Tatsache, dass in der Schweiz Daten, welche aussagekräftige Analysen zur Gesundheit von MigrantInnengruppen zulassen würden, kaum vorliegen oder schlecht zugänglich sind. Insbesondere sind bei verschiedenen wichtigen Erhebungen keine oder nur ungenügende Variablen vorhanden, die Aufschluss über den Migrationshintergrund geben. Um die bisher vorhandenen, teilweise auch widersprüchlichen Teilerkenntnisse zu gesundheitlichen und gesundheitsrelevanten Unterschieden zwischen Personen und Gruppen mit Migrationshintergrund und gebürtigen SchweizerInnen zu einem aussagekräftigen Gesamtbild zusammenfügen zu können, müssen zukünftig in besser abgestimmter Vorgehensweise regelmässig qualitativ befriedigende Daten erhoben und diese kontinuierlich analysiert werden. Es gilt, die Datenerhebungsinstrumente hinsichtlich gesundheitlicher Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen in der Schweiz generell zu verbessern.

### **3.3 Ursachen für Beeinträchtigungen der gesundheitlichen Chancengleichheit von MigrantInnen**

Im Folgenden werden die Ursachen und Erklärungen für die festgestellten gesundheitlichen Unterschiede zwischen MigrantInnen und SchweizerInnen diskutiert. Diese lassen sich auf unterschiedliche materielle und psychosoziale Belastungen, auf unterschiedliches Gesundheitsverhalten und auf die Ausgestaltung des Gesundheitssystems zurückführen. Entlang dieser drei Gruppen von Gesundheitsdeterminanten wird erörtert, inwiefern in der Schweiz die gesundheitliche Chancengleichheit für Personen mit Migrationshintergrund beeinträchtigt ist. Es geht dabei insbesondere darum, die Ursachen für die festgestellten gesundheitlichen Unterschiede zu ermitteln und das Kausalitätsgefüge gesundheitlicher Chancengleichheit zu beschreiben. Dazu werden die drei intermediären Faktoren in einzelne Teilprobleme differenziert. Bei der Betrachtung dieser Teilprobleme steht der Faktor „Herkunft“ bzw. „Migrationshintergrund“ im Vordergrund; es wird jedoch jeweils auch die Bedeutung der sozioökonomischen Stellung und des Faktors „Geschlecht“ angesprochen.

#### **3.3.1 Materielle und psychosoziale Belastungen und Ressourcen**

Teile der Migrationsbevölkerung sind im Vergleich mit der einheimischen Bevölkerung besonderen materiellen und psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Gesundheitliche Benachteiligungen für Personen mit Migrationshintergrund können sich aus einer ungünstigen sozioökonomischen Stellung und einem unsicheren Aufenthaltsstatus ergeben, die beide wesentlich durch die schweizerische Migrations- und Integrationspolitik beeinflusst sind. Auch fehlende Akzeptanz im Aufnahmeland, die herkunftsspezifische gesundheitliche Disposition und die Migrationserfahrung können konkrete Gesundheitsbelastungen darstellen. Personen

mit Migrationshintergrund verfügen jedoch auch über spezifische gesundheitsfördernde Ressourcen (z.B. soziale Beziehungen, Kontakt zur Herkunftsfamilie, Glaube und religiöse Aktivitäten, positive Zukunftserwartungen, wahrgenommene Verbesserung der Situation), welche die genannten Belastungen kompensieren bzw. reduzieren können (Obrist/Büchi 2006; Achermann/Chimienti 2006).

### ***Sozioökonomische Stellung***

Wichtige materielle und psychosoziale Belastungen im Lebenslauf eines Teils der MigrantInnen ergeben sich aus einem unvorteilhaften sozioökonomischen Status und den damit verbundenen ungünstigen Arbeits- und Lebensbedingungen (vgl. Leu und Schellhorn 2004; Schopper 2002). Eine vertiefte Analyse der Daten des GMM zeigt deutlich, dass der sozioökonomische Status durchwegs und in Bezug auf beide Geschlechter einen starken Einfluss auf die Gesundheit hat (Gabadinho/Wanner 2006).

Wie bereits aufgezeigt wurde, sind MigrantInnen an beiden sozioökonomischen Polen der Gesellschaft übervertreten: Ein Teil befindet sich in den oberen Einkommens- und Bildungsklassen, ein grösserer Teil aber weist im Vergleich mit dem Durchschnitt der Bevölkerung ein niedrigeres Bildungs- und Einkommensniveau auf und ist entsprechend häufiger von Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit betroffen. Letzteres gilt insbesondere für MigrantInnen aus dem Nicht-EU-Raum. Junge Frauen mit Migrationshintergrund sind von Arbeitslosigkeit besonders betroffen und entsprechend häufig von Sozialhilfe abhängig.

Im Vergleich mit SchweizerInnen arbeiten MigrantInnen besonders häufig in stark konjunkturabhängigen Branchen, in atypischen Arbeitsverhältnissen (Nacht- und Schichtarbeit, unregelmässige Arbeitszeiten) und in physisch belastenden Tätigkeitsfeldern (vgl. BFM 2006). Der Arbeitsmarkt ist zudem stark nach Geschlecht segregiert, was zu unterschiedlichen Belastungen für Frauen und Männer führt. Migrantinnen leisten im weiblichen Segment des Dienstleistungssektors die oft am schlechtesten bezahlten Arbeiten (SRK 2006). Diese Arbeitsbedingungen wirken sich entsprechend ungünstig auf die Gesundheit und langfristige Vulnerabilität der betroffenen Personen aus, insbesondere im fortgeschrittenen Alter (vgl. Abschnitt 3.2.1).

Gesundheitsprobleme bei älteren MigrantInnen gewinnen zunehmend an Gewicht, da ihr Anteil an der Migrationsbevölkerung – trotz der generell jüngeren Alterstruktur dieses Bevölkerungsteils – stetig ansteigt und gemäss Prognosen des BFS bis zum Jahr 2010 bei über 10% liegen wird. Die gesundheitlichen Risiken werden dadurch verstärkt, dass doppelt so viele ausländische wie schweizerische Pensionierte unter dem Existenzminimum leben (Höpflinger 2000; Leu et al. 1998).

### ***Aufenthaltsstatus***

Der Aufenthaltsstatus beeinflusst die sozioökonomische Stellung von MigrantInnen und die Rahmenbedingungen der Integration und kann sich auch auf die Gesundheit auswirken. Ein



unsicherer Aufenthaltsstatus, der mit einem Gefühl von Unsicherheit sowie mangelnder Zukunftsperspektiven einhergeht, ist ein Risikofaktor für gesundheitliche Probleme (vgl. Achermann et al. 2005; Achermann/Efionayi-Mäder 2003; Bahnan Buechi/Sieber 2004; Bärtschi/Lutz 2003; Guignet 2003; Hunkeler/Müller 2004; Loncarevic et al. 2001; Öztürk 2001; Previsic 2002; Subilia 2002; Winizki 2002). Wie bereits beschrieben, weisen insbesondere Asylsuchende in verschiedener Hinsicht spezifische Gesundheitsprobleme auf. Personen ohne gesicherten Aufenthalt verfügen zudem über beschränkte soziale Rechte, was auch ihren Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems einschränken kann. Sie befinden sich zudem häufig in (unfreiwilligen) Abhängigkeitsverhältnissen, die eine besondere Belastung bedeuten und in deren Rahmen insbesondere Frauen zu Opfern von Ausbeutung oder Gewalt werden können.

### ***Bedeutung der Migrations- und Integrationspolitik***

Die schweizerische Migrations- und Integrationspolitik hat über verschiedene Mechanismen einen Einfluss auf die materiellen und psychosozialen Belastungen im Lebenslauf von MigrantInnen. Sie setzt die Rahmenbedingungen für die Einreise und den Aufenthalt in der Schweiz fest und kann über den Aufenthaltsstatus die sozioökonomische Stellung und die persönliche Lebenslage von MigrantInnen beeinflussen. Des Weiteren beeinflusst die Zulassungspolitik (z.B. Regelung des Familiennachzugs; Regelung für EhepartnerIn) die Familien- und Lebenssituation von MigrantInnen, was sich auf deren Gesundheit auswirken kann. Soziale Netzwerke stellen im Rahmen von Familien- und Verwandtschaftsbeziehungen eine relevante Gesundheitsressource dar. Im Gegensatz dazu können Ungewissheit über die eigene Zukunft, strukturelle Einschränkungen (z.B. in der beruflichen und geographischen Mobilität) im Aufnahmeland oder die Konfrontation mit vorurteilsbehafteten Einstellungen emotionale Leiden auslösen. Die Migrations- und Integrationspolitik birgt somit Stressoren, die, kumuliert mit der Tatsache, dass sich viele MigrantInnen in schwierigen sozioökonomischen Situationen befinden, nicht nur das Erkrankungsrisiko erhöhen, sondern auch zu einem subjektiv schlechteren Gesundheitszustand im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung beitragen können.

Spezifische Gesundheitsbelastungen können sich aus dem Asylverfahren ergeben, das für die Betroffenen mit Unsicherheit verbunden ist und insofern als Stressfaktor betrachtet werden kann.

Die jüngsten Entwicklungen in der Schweizer Migrationspolitik sind auch mit Blick auf die medizinische Versorgung von Bedeutung. So wurden etwa im Rahmen des Entlastungsprogramms 2003 asylsuchende Personen mit einem rechtskräftigen Nichteintretensentscheid (NEE) aus dem Sozialhilfesystem ausgeschlossen und sind auch nicht mehr krankenversichert. Seit dem 1. April 2004 wird Asylsuchenden, die einen NEE erhalten, nur noch auf Nachfrage eine von der Verfassung (Art. 12 BV) garantierte Nothilfe (auch im Gesundheitsbereich) gewährt, für welche die Kantone zuständig sind.

Eine Ausdehnung des Sozialhilfestopps auf alle Asylsuchende, deren Gesuch rechtskräftig abgelehnt worden ist, wird aufgrund der Änderung des Asylgesetzes vom 16. Dezember 2005 am 1. Januar 2008 in Kraft treten und wird bedeuten, dass allen abgewiesenen Asylsuchenden nur noch die verfassungsmässig garantierte Nothilfe, die durch die Kantone auszurichten ist, gewährt wird.

### ***Migrationserfahrung***

Migration an sich gilt nicht als gesundheitsschädigend, sie kann die MigrantInnen aber Stress- und Risikofaktoren aussetzen, was zu einer grösseren Vulnerabilität führen und Gesundheitsstörungen zur Folge haben kann (Efionayi-Mäder/Chimienti 2003). Insbesondere Frauen, die oft zusammen mit Kindern migrieren, sind grösseren Belastungen ausgesetzt (EKF 1999). Bei der Arbeitsmigration wurde beobachtet, dass vor allem die gesundheitlich robusteren Personen auswandern („*Healthy-migrant*“-Phänomen), während dies auf MigrantInnen, die Gewalterfahrungen machen mussten und/oder zur Migration gezwungen worden sind, nicht unbedingt zutrifft. Vor allem unfreiwillige Migration geht oft mit der Erfahrung von Krieg, Unsicherheit, Entwurzelung und nicht selten auch mit extremer Gewalt (Folter) und/oder Verfolgung einher. Derartige Erlebnisse sind Stressfaktoren und haben oft posttraumatische Störungen zur Folge, die zur Entwicklung von – manchmal chronischen – gesundheitlichen Defiziten somatischer und/oder psychischer Art führen können.

### ***Individuelle und kollektive Ressourcen***

Gesundheitliche Belastungen können kompensiert werden durch unterstützende Faktoren, die zur Erhaltung der Gesundheit beitragen. Zu diesen Faktoren der Salutogenese zählen der so genannte „Kohärenzsinn“ (Sense of Coherence; vgl. Antonovsky 1987) und soziale Netzwerke (vgl. Geyer 2002). Im Zusammenhang mit Migration können sich aber auch herkunftsbezogene, familiäre sowie integrationsspezifische Ressourcen wie z.B. die Tatsache, ob jemand Arbeit hat oder nicht, oder der Glaube und religiöse Aktivitäten positiv auf die Gesundheit auswirken (vgl. Obrist/Büchi 2006; Achermann/Chimienti 2006).

MigrantInnen sind über Verwandtschafts- und Freundesbeziehungen unterschiedlich stark mit dem Herkunfts- aber auch mit dem Aufnahmeland sozial verflochten (vgl. Rommel 2006). Viele von ihnen pflegen regelmässige Kontakte mit Freunden und Verwandten im Ausland. Verwandtschaftsbeziehungen spielen auch in der Schweiz eine grosse Rolle: so verfügt die Mehrheit aller untersuchten Gruppen über Verwandtenkontakte in der Schweiz, wobei besonders auch Verwandtschaftsbeziehungen ausserhalb der Kernfamilie, d.h. mit Geschwistern und sonstigen Verwandten von Bedeutung sind. Ein überwiegender Teil der befragten MigrantInnen hat eine feste Lebens- oder Ehepartnerschaft in der Schweiz, wobei der/die PartnerIn grösstenteils aus der gleichen nationalen Gruppe stammt. Verwandtschafts- und Bekanntschaftskontakte spielen eine wichtige Rolle als Informationsquellen bei gesundheitsrelevanten Themen. Verwandte, Freunde und Nachbarn bilden ein medizinisches

Laiensystem, das insbesondere von türkischen MigrantInnen – aber auch von den anderen untersuchten Gruppen – in relevantem Ausmass in Anspruch genommen wird. Zu den sozialen Netzwerken gehören auch die Vereine. MigrantInnen üben im Vergleich mit SchweizerInnen (10,5% bzw. 28,1%) weit weniger häufig eine freiwillige Tätigkeit in einem Verein oder einer öffentlichen Institution aus. Das Vereinswesen ist allerdings vor allem ein Phänomen der Deutschschweiz, der ländlichen Gebiete und der hochqualifizierten Arbeitskräfte (vgl. BFM 2006).

Die günstigeren Mortalitätsraten vieler Gruppen von MigrantInnen im Vergleich zur Referenzbevölkerung (vgl. Wanner/Bouchardy 2000) werden unter anderem mit dem so genannten „*Healthy-Migrant-Phänomen*“ erklärt, welches besagt, dass insbesondere bei der Arbeitsmigration vor allem gesundheitlich robuste Personen emigrieren, bei denen sich gesundheitsschädigendes Verhalten nicht in erwartetem Ausmass negativ auswirkt (Tomatis 1990; Weiss 2003). Aufgrund der abflauenden Arbeitsmigration, des Familiennachzugs und des Wegfallens medizinischer Voruntersuchungen in den Herkunftsländern wird die Bedeutung dieses Phänomens hingegen in Frage gestellt (Vranjes et al. 1996).

### **3.3.2 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der Migrationsbevölkerung**

Hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens sind zwei Aspekte von besonderer Bedeutung: Die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems sowie das Risikoverhalten. Die Inanspruchnahme kann auf Zugangs- und Versorgungsprobleme hinweisen, kann aber auch Ausdruck unterschiedlicher Einstellungen zur Gesundheit sein. Für die Gesundheit ist das Inanspruchnahmeverhalten insofern von unmittelbarer Bedeutung, als dass es negative Folgen hat, wenn bestimmte Gesundheitsstörungen nicht, nur ungenügend oder erst spät behandelt werden. Ein ausgeprägtes Risikoverhalten kann direkt negative Folgen für die Gesundheit zeitigen. Es kann Ausdruck einer spezifischen Lebensweise sein, kann aber auch auf eingeschränkte Gesundheitskompetenz (vgl. unten), Wissenslücken oder schlechte Erreichbarkeit mit Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen hindeuten.

#### ***Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems***

Trotz generell schlechterem Wohlbefinden unterscheiden sich MigrantInnen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen kaum von der einheimischen Bevölkerung (Rommel et al. 2006). AusländerInnen konsultieren allerdings eher Allgemein- als Spezialmediziner, und dies eher aufgrund von Krankheit oder Unfall als für Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Vranjes et al. 1996; Calmonte et al. 2000). Gemäss GMM weisen Personen aus der Türkei und Asylsuchende aus Sri Lanka eine etwas höhere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen auf als die einheimische Bevölkerung, Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien eine eher tiefere. Im Vergleich mit Schweizerinnen zeichnen sich Portugiesinnen, Österreicherinnen, Französischen und Deutsche durch eine höhere Inanspruchnahme von Gynäkolog-

Innen aus, während der Anteil an Frauen mit Frauenarztbesuch unter den Tamilinnen und kosovarischen Frauen deutlich geringer ausfällt. MigrantInnen, die ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, tun dies tendenziell öfter als die SchweizerInnen, insbesondere Frauen und Personen mittleren Alters (Rommel et al. 2006).

Die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Spitalleistungen ist unter MigrantInnen teilweise stark erhöht. Dies gilt vor allem für Personen aus Portugal und der Türkei, sowie für Asylsuchende (vgl. Santos-Eggimann 2002). Gemäss GMM weisen die schweizerische Bevölkerung sowie die italienischen, österreichischen, deutschen und französischen Befragten demgegenüber eine höhere mittlere Anzahl an Spitaltagen auf als die übrigen Gruppen. Gleichzeitig ist die Zufriedenheit mit dem letzten Spitalaufenthalt bei Personen einiger MigrantInnengruppen geringer als in der schweizerischen Bevölkerung. Dies gilt besonders für italienische, portugiesische und türkische Befragte (Rommel et al. 2006).

AusländerInnen zeigen eine geringere Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Leistungen als SchweizerInnen. Sie wenden sich zudem eher an klinische Einrichtungen oder SozialarbeiterInnen als an psychiatrische/psychologische Dienste (Frick et al. 2005; Zemp 2001). In der ambulanten Versorgung nehmen AusländerInnen jedoch deutlich mehr psychiatrische Dienste in Anspruch als SchweizerInnen. Es finden sich allerdings geschlechterspezifische Muster (BAG2006b). Unterschiede zwischen AusländerInnen und SchweizerInnen zeigen sich ausserdem bei der Zuweisung zu stationär-psychiatrischen Diensten. Es bestehen Hinweise darauf, dass MigrantInnen sich häufiger unfreiwillig (durch Justizbehörden oder andere Institutionen des Gesundheitswesens veranlasst) in stationär-psychiatrische Behandlung begeben und häufiger über die Notfallaufnahme eintreten. Sie werden im Durchschnitt auch während kürzerer Zeit stationär behandelt (Frick et al. 2005).

Die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen variiert stark je nach Art der Untersuchung (Rommel et al. 2006). Das GMM ergab in Hinblick auf medizinische Kontrolluntersuchungen vergleichsweise niedrige Anteile der Krebsvorsorge (Prostata, Krebsabstrich am Gebärmutterhals, Brustuntersuchungen) bei den Befragten aus Sri Lanka und dem ehemaligen Jugoslawien. Es ist jedoch bekannt, dass Frauen mit höherer Bildung regelmässiger Mammographien vornehmen lassen. Deutlich geringer als unter Schweizerinnen ist unter Migrantinnen generell der Anteil an Frauen, die angegeben haben, von ihrem Frauenarzt praktische Anleitungen oder anderweitige Informationen zur Brustuntersuchung erhalten zu haben. Die Kompetenz zur Selbstvorsorge ist somit gemessen an diesen Indikatoren unter Migrantinnen schwächer ausgeprägt (Rommel et al. 2006). In Bezug auf HIV-Tests weisen einzelne MigrantInnengruppen laut GMM eine tiefere Vorsorgequote aus. Deutlich geringer als in der schweizerischen Bevölkerung sind die Anteile bei tamilischen Befragten, sowie unter den Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei. Der Impfstatus der Migrationsbevölkerung muss teilweise als mangelhaft bezeichnet werden (Weiss 2003). Bei

ausländischen Kleinkindern ist der Durchimpfungsgrad jedoch höher als bei Schweizer Kleinkindern (ISPM 2005).

Gesamthft betrachtet werden Präventionsangebote von der Migrationsbevölkerung weniger genutzt (Vranjes et al. 1995). Die höhere perinatale Morbidität und Mortalität, der mangelhafte Impfstatus sowie die geringe Inanspruchnahme von medizinischen Vorsorgemassnahmen durch MigrantInnen deuten auf einen erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem für diese Gruppe hin (Weiss 2003).

### ***Risikoverhalten***

Suchtmittel- bzw. Medikamentenkonsum, Bewegung und Ernährung sind Faktoren, die den Gesundheitszustand entscheidend beeinflussen. Diverse MigrantInnengruppen, insbesondere Jugendliche, zeigen ein vergleichsweise ausgeprägteres Risikoverhalten in den Bereichen Tabakkonsum, Bewegung und Ernährung (Ferron et al. 1997).

Der Tabakkonsum ist unter einzelnen Gruppen der Migrationsbevölkerung weiter verbreitet als unter der einheimischen Bevölkerung. Auffällig sind die hohen RaucherInnenquoten der Personen aus der Türkei und die tiefe RaucherInnenquote bei Personen aus Sri Lanka (Rommel et al. 2006). In allen Gruppen rauchen Männer häufiger als Frauen. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist grösser als zwischen den Nationalitäten (BFS 2004b).

Was den Konsum von Alkohol betrifft, weisen alle MigrantInnengruppen höhere Abstinenzquoten auf als die schweizerische Bevölkerung. Auch hier neigen Frauen generell in deutlich geringerem Ausmass zum Alkoholkonsum als Männer. Zum Rauschtrinken neigen MigrantInnen generell weniger als die schweizerische Bevölkerung. Bezüglich der Häufigkeit von schweren alkoholbedingten Problemen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen MigrantInnengruppen (Weiss 2003). Aus Osteuropa stammende Personen sterben allerdings vergleichsweise häufiger an Krankheiten, die mit Alkoholkonsum in Zusammenhang stehen (Wanner et al. 2000).

Im Vergleich mit der schweizerischen Bevölkerung weisen einzelne MigrantInnengruppen (türkische Frauen, Asylsuchende aus Kosovo) einen sehr hohen Medikamentenkonsum auf. Dieser betrifft insbesondere Beruhigungs- und Schlafmittel, welche zumeist ärztlich verordnet wurden, aber auch Schmerzmittel (Rommel et al. 2006).

Aus den Daten aus stationären Suchttherapieeinrichtungen und ambulanten Suchtberatungsstellen ergibt sich keine klare Antwort auf die Frage, ob MigrantInnen stärker suchtgefährdet sind als SchweizerInnen. Laut einer Analyse der schweizerischen Gesundheitsbefragung konsumieren junge ausländische Männer mehr Suchtmittel (Tabak, Kokain, Heroin) als junge Schweizer, während sich die jungen Frauen aus beiden Gruppen diesbezüglich nicht unterscheiden (vgl. Gmel/Müller 2001). Gemäss GMM liegen die Prävalenzen des Drogenkonsums in allen MigrantInnengruppen hingegen durchwegs unter denen der schweizerischen Bevölkerung. Allerdings ist generell zu konstatieren, dass Daten zum Drogenkonsum unter den Vorbehalt mangelnder Verlässlichkeit zu stellen sind. Besonders unter Personen

mit unsicherem Aufenthaltsstatus sind strafbare Praktiken kaum verlässlich zu erfassen (Rommel et al. 2006).

Mit Ausnahme der Herkunftsgruppen aus Österreich, Frankreich und Deutschland sind MigrantInnen häufiger sportabstinent als die schweizerische Bevölkerung. Auffallend hoch ist der Anteil von Personen, die keinen Sport treiben vor allem bei den italienischen und tamilischen Befragten (Rommel et al. 2006). Dabei ist allerdings zu beachten, dass gerade MigrantInnen oft in körperlich anstrengenden Berufen tätig sind (BFS 2004b).

Zum Ernährungsverhalten liegen unterschiedliche Erkenntnisse vor. Zum einen wird eine gesündere Ernährung als Grund für die tiefere Herz-Kreislauf-Mortalität bei MigrantInnen betrachtet (Wanner et al. 2000). Es finden sich allerdings auch MigrantInnengruppen, die ihr Ernährungsverhalten im Vergleich zu der Zeit vor der Migration so verändern, dass es ernsthafte gesundheitliche Folgen nach sich ziehen könnte (Kruseman et al. 2005). Im Allgemeinen scheinen Frauen auch innerhalb der Migrationsbevölkerung stärker auf eine gesunde Ernährung zu achten als Männer (BAG 2006a). MigrantInnen weisen jedoch zum Teil deutlich höhere Anteile an Personen mit Übergewicht bzw. Adipositas auf als SchweizerInnen. Bei den Übergewichtigen ist ein höherer Männeranteil zu verzeichnen, während von Adipositas beide Geschlechter gleichermassen betroffen sind (BAG 2006a). Die Alterskategorie der Schulkinder sowie der 51- bis 60-Jährigen ist von Übergewicht und Adipositas besonders betroffen (Oehling et al 2005, Rommel et al. 2006).

Über das Sexualverhalten von MigrantInnen liegen kaum verlässliche Angaben vor (Rommel et al. 2006). Ein unter Migrantinnen bekanntes Phänomen ist allerdings die hohe Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen bzw. von ungewollten Schwangerschaften aufgrund mangelnder Verhütung (vgl. etwa Addor et al. 2003; Bollini/Wanner 2005; Wolff et al. 2005). Schwangerschaftsabbrüche sind bei Migrantinnen rund dreimal häufiger als bei Schweizerinnen. Erfahrungen aus der Familienplanungspraxis zeigen, dass ein grosser Anteil ungewollter Schwangerschaften Frauen mit einem prekären Aufenthaltsstatus betrifft (Sieber 2001). Mangelnde Verhütung begründet sich oft mit finanziellen Gründen, Vorbehalten gegen die Antibabypille oder aufenthalts- oder partnerschaftsbezogene Abhängigkeiten (BAG 2006a; Wolff et al. 2005). Migrant Sexworkers, insbesondere Frauen aus Subsahara-Afrika, sind einem besonders hohen Risiko ausgesetzt, von HIV/Aids betroffen zu sein. Ein weiteres herkunftsspezifisches Problem stellt die weibliche Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation; FGM) dar. Bei den beschnittenen Frauen oder von dieser Praxis bedrohten Mädchen handelt es sich meist um Personen aus Somalia, Äthiopien und Eritrea. Migrantinnen aus Subsahara-Afrika gelten diesbezüglich als eine der vulnerabelsten Gruppen in der Schweiz. Die Grösse der Risikogruppe in der Schweiz wurde 2001 auf rund 6700 Frauen geschätzt (UNICEF 2005).

Nach der Beschreibung der Befunde zu zwei relevanten Dimensionen des Gesundheitsverhaltens von MigrantInnen werden im Folgenden verschiedene individuelle Faktoren diskutiert, die das Gesundheitsverhalten direkt beeinflussen. Es sind dies die Gesundheitskompetenz, die darin enthaltene Sprachkompetenz und die Erfahrung von Ausgrenzung und Diskriminierung.

Das Gesundheitsverhalten steht jedoch auch mit strukturellen Determinanten in Zusammenhang. So schränkt beispielsweise ein unvorteilhafter sozioökonomischer Status die Handlungsmöglichkeiten ein und begünstigt damit gesundheitsschädigende Verhaltensweisen. Unvorteilhaftes Risikoverhalten oder geringere Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems können auch auf das Fehlen zielgruppenadäquater Gesundheitsinformationen und –angebote oder auf strukturelle Zugangsbarrieren zurückzuführen sein. Auch der Aufenthaltsstatus ist diesbezüglich von Bedeutung: Personen mit unsicherem Aufenthaltsstatus bzw. ohne offizielle Aufenthaltsbewilligung sind in ihren Möglichkeiten, Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch zu nehmen, eingeschränkt und nehmen ihre gesundheitlichen Interessen und Rechte oft nur beschränkt wahr (Efionayi-Mäder/Achermann 2003). Mit den strukturellen Benachteiligungen von MigrantInnen befasst sich Abschnitt 3.3.3.

### ***Gesundheitskompetenz***

Eine hauptsächliche Determinante für das Gesundheitsverhalten ist die Gesundheitskompetenz (*Health Literacy*), d.h. die Fähigkeit der/des Einzelnen, in verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken (BAG 2006b). Es lassen sich drei Ebenen der Gesundheitskompetenz unterscheiden: eine funktionale, interaktive und kritische Ebene (vgl. Health Care Communication Laboratory 2005; Nutbeam 2000). Die funktionale Gesundheitskompetenz beinhaltet die Lese- und Schreibfähigkeiten, die einer Person den Zugang zu Information ermöglichen. Die interaktive Gesundheitskompetenz umfasst zusätzlich soziale Kompetenzen und ermöglicht es Personen, eigenverantwortlich mit ihrer Gesundheit umzugehen und ihre soziale Umwelt so einzubeziehen, dass diese für ihre Gesundheit förderlich ist. Die kritische Gesundheitskompetenz schliesslich bezieht sich auf eine kritische Beurteilung der Informationen aus dem Gesundheitssystem und auf eine konstruktive Auseinandersetzung auch mit den politischen und wirtschaftlichen Aspekten des Gesundheitssystems.

Gesundheitskompetenz stellt demnach eine wichtige Ressource für die Interaktion mit dem Gesundheitssystem dar. Gerade Personen mit Migrationshintergrund sind angesichts spezifischer Hindernisse wie etwa Fremdsprachigkeit oder Unvertrautsein mit den hiesigen Verhältnissen vielfach beim Zugang zu Informationen benachteiligt und verfügen deshalb tendenziell über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz und damit einen erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem. Dies kann Einfluss auf das Vertrauen in die Qualität und Angemessenheit der im Gesundheitssystem erbrachten Leistungen haben. Es ist bekannt, dass Teile der Migrationsbevölkerung ungenügend über die Funktionsweise des schweizerischen

Gesundheitssysteme informiert sind, was unter Umständen verhindert, dass diese Personen die bestehenden Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Versorgungsangebote in geeigneter Art und Weise nutzen (können). So beeinflusst die Gesundheitskompetenz das Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheits- und Vorsorgeleistungen speziell bezüglich der Krebsvorsorge und der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, aber auch das Risikoverhalten insbesondere in den Bereichen Ernährung und Bewegung. Mehrere Studien weisen auf den Bedarf nach (muttersprachlichen) Informationen über die Funktionsweise des schweizerischen Gesundheitssystems seitens der Migrationsbevölkerung hin (Bauer 2005; Rommel et al. 2006; Testa-Mader et al. 2003). Am stärksten vermisst werden Erklärungen zur Krankenversicherung, zu konkreten medizinischen Behandlungen, zu muttersprachlichen ÄrztInnen sowie zu Möglichkeiten von Vorsorgeuntersuchungen. Gemäss GMM fühlen sich tamilische Befragte, insbesondere tamilische Asylsuchende, subjektiv deutlich am schlechtesten über das schweizerische Gesundheitssystem informiert (Rommel et al. 2006). Dieser Befund stellt auch hinsichtlich der Geltendmachung der eigenen gesundheitsrelevanten Rechte bzw. der Patientenrechte in der Interaktion mit dem Gesundheitssystem ein Problem dar (Prinzip des *Informed Consent*; vgl. Saladin 2006).

Für MigrantInnen stellen Zeitungen, Zeitschriften, das Fernsehen, der Hausarzt, Freunde und Verwandte die wichtigsten Informationsquellen für gesundheitsrelevante Informationen dar. Internet oder Informationsbroschüren werden weniger genutzt. Selbsthilfegruppen und Face-To-Face-Informationen oder -Beratung sind für das Informationsverhalten irrelevant (Rommel et al. 2006).

Die empirische Evidenz dafür, dass eine beschränkte eigene Problemlösungskapazität und ein Mangel an präventivem Verhalten zu einem erhöhten Gesundheitsrisiko führen, ist aber nicht eindeutig. So führt etwa ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten von MigrantInnen nicht durchwegs in erwartetem Umfang zu negativen gesundheitlichen Konsequenzen (vgl. Weiss 2003), beispielsweise beim Tabak- und Alkoholkonsum (Bouchardy et al. 1999).

### ***Sprachkenntnisse***

Die Sprachkompetenz ist Teil der funktionalen Gesundheitskompetenz. Für fremdsprachige MigrantInnen ist sie entsprechend von besonderer Bedeutung. Sprachprobleme können die Interaktion mit dem Gesundheitssystem beeinträchtigen, sind aber auch für das Gesundheitsverhalten von Bedeutung, da sie nicht nur den Grad der Informiertheit über das Gesundheitssystem beeinflussen, sondern auch ein Hemmnis bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen bzw. bei der Nutzung von Vorsorgeangeboten darstellen können. In der heutigen vom Bund verfolgten Integrationspolitik wird der Sprachkompetenz eine besondere Bedeutung beigemessen und es wird von MigrantInnen auch Spracherwerb gefordert als Ausdruck ihrer Bereitschaft, Eigenverantwortung zu übernehmen und sich zu integrieren. Diesem Spracherwerb sind jedoch Grenzen gesetzt: Wenn man davon ausgeht, dass



ein komplexeres Gespräch im Gesundheitsbereich differenzierte Sprachkenntnisse erfordert, ist es offensichtlich, dass ein Teil der Zugewanderten dieses Niveau nicht erreichen wird.

### ***Erfahrungen von Ausgrenzung und Diskriminierung***

Wie Personen mit Migrationshintergrund in ihrer sozialen Umgebung wahrgenommen und behandelt werden, spielt eine nicht zu vernachlässigende Rolle für das Gesundheitsverhalten: Die Erfahrung von Ausgrenzung und Diskriminierung in der Aufnahmegesellschaft beeinflusst den Grad des Vertrauens in die Einrichtungen ebendieser Gesellschaft, was sich auf das Inanspruchnahmeverhalten, die Compliance (kooperatives Verhalten, Therapietreue) und somit indirekt auf den Gesundheitszustand auswirken kann.

### **3.3.3 Ausgestaltung des Gesundheitssystems**

Nebst den materiellen und psychosozialen Einflüssen auf den Lebenslauf und den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen sind auch Faktoren in Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem für die Gesundheit und die gesundheitliche Vulnerabilität von MigrantInnen von Bedeutung. Das Gesundheitssystem umfasst sämtliche Angebote bzw. Leistungen der Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbehandlung. In Zusammenhang mit gesundheitlicher Chancengleichheit stellt sich die Frage des gleichberechtigten Zugangs zum Gesundheitssystem sowie der angemessenen Ausgestaltung seiner Leistungsangebote (Adäquatheit) (vgl. Saladin 2006).

#### ***Zugang zum Gesundheitssystem***

Gleichberechtigter Zugang zum Gesundheitssystem bedeutet, dass alle dasselbe Recht und dieselben Möglichkeiten haben, adäquate Leistungen in Anspruch zu nehmen. In der Schweiz ist der Zugang zu einem wesentlichen Teil der Gesundheitsversorgung über die Krankenversicherung geregelt: Wer nach KVG<sup>7</sup> versichert ist, hat prinzipiell uneingeschränkten Zugang zur medizinischen Versorgung im Rahmen des Pflichtleistungskatalogs der obligatorischen Krankenversicherung. Dies schliesst auch die freie Wahl des Leistungserbringers ein.<sup>8</sup> Das Versicherungsobligatorium gilt ebenso für Sans-Papiers, sofern sie ihren Wohnsitz in der Schweiz begründen.<sup>9</sup> In dieser Gruppe findet sich jedoch eine grosse Zahl an Personen, die aus verschiedenen Gründen trotzdem nicht versichert ist. Dafür verantwortlich sind beispielsweise Unkenntnis und fehlende Informationen, finanzielle Gründe, Aufnahmeverweigerung seitens der Versicherer oder die Gefahr, an die Fremdenpolizei verwiesen zu werden. Seit dem 1. Januar 2006 können Krankenversicherer die Übernahme von KVG-Leistungen für versicherte Personen, die ihrer Prämienzahlungspflicht nicht nachkommen oder Kosten-

---

<sup>7</sup> Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)

<sup>8</sup> Bei Personen des Asylbereichs mit Aufenthaltsstatus N, F oder S kann die freie Arzt- und Versichererwahl in Abhängigkeit kantonaler Bestimmungen eingeschränkt sein (Chimienti/Cattacin 2001).

beteiligungen trotz Mahnung und Betreibung nicht bezahlen, verweigern (Art. 64a KVG). Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass zahlreiche Personen in schwierigen finanziellen Verhältnissen oder mit prekärem Aufenthaltsstatus dadurch in eine gesundheitlich problematische Lage geraten und vermehrt die Unterstützung der Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen. Es ist davon auszugehen, dass Personen mit Migrationshintergrund von dieser Regelung stärker betroffen sind als einheimische Personen.

Theoretisch garantiert das KVG zwar einen chancengleichen Zugang zum Gesundheitssystem für alle versicherten Personen, bei der Umsetzung dieses Anspruchs bestehen in der Praxis jedoch vielfältige Probleme. Zugangshindernisse betreffen die Migrationsbevölkerung in der Regel direkter als andere gesundheitlich benachteiligte Gruppen. Insbesondere sprachliche und kulturelle Barrieren können bei MigrantInnen den gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitssystem und die Möglichkeit, adäquate Leistungen in Anspruch zu nehmen, einschränken (vgl. Bollini 1992; Bollini/Siem 1995; Weiss 2003). Dabei spielen auch fehlende Informationen über die Ausgestaltung des schweizerischen Gesundheitssystems eine Rolle.

### ***Adäquatheit des Gesundheitssystems***

Die Adäquatheit betrifft die Qualität des Gesundheitssystems und bedeutet, dass die Leistungen der Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung bedarfsgerecht ausfallen und qualitativ den fachlichen Standards entsprechen. Diesbezüglich können zwei Dimensionen von Chancengleichheit unterschieden werden (vgl. BAG 2006a): horizontale Chancengleichheit heisst, dass Personen mit demselben Bedarf dieselben Leistungen in derselben Qualität erhalten. Vertikale Chancengleichheit meint, dass spezifische Bedürfnisse durch spezifische Leistungen abgedeckt werden.

Die zunehmende gesellschaftliche Diversität stellt entsprechende Herausforderungen an die Möglichkeiten und Fähigkeiten des schweizerischen Gesundheitssystems, seine Leistungen qualitativ hochstehend und kostenbewusst zu erbringen. Da die Institutionen des Gesundheitswesens bisher noch wenig für den Umgang mit Diversität und Migration sensibilisiert sind, ist die Adäquatheit des Angebots häufig nicht gegeben (vgl. etwa Bollini/Wanner 2005; Dahinden et al. 2005; Domenig 2001; Hälgl et al. 2004). Eine inadäquate Gesundheitsversorgung bzw. inadäquate Vorsorge- und Präventionsmassnahmen stellen jedoch in Bezug auf den Gesundheitszustand bzw. die Gesundheitskompetenz und das Gesundheitsverhalten von MigrantInnen wesentliche Faktoren gesundheitlicher Benachteiligung dar.

Die horizontale Chancengleichheit ist für Personen mit Migrationshintergrund aufgrund verschiedener Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung sowie sprachlicher und kultureller Verständigungsschwierigkeiten in der Interaktion zwischen ihnen und dem Gesundheitssystem teilweise beeinträchtigt. Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention besteht

---

<sup>9</sup> Nach Art. 24 ZGB gilt der Aufenthaltsort als Wohnsitz, wenn ein früher begründeter Wohnsitz nicht nachweisbar ist, oder ein im Ausland begründeter Wohnsitz aufgegeben und in der Schweiz kein neuer begründet worden ist.

insbesondere das Problem, dass einzelne Gruppen bei der Planung und Konzeption von regulären Massnahmen und Angebote nicht mitgedacht werden.

Die vertikale Chancengleichheit ist im Bereich der Gesundheitsversorgung insofern herausgefordert, dass unter bestimmten Bedingungen lebende und sich in spezifischen Lebenslagen befindende Personen mit Migrationshintergrund unter Umständen spezifischer Leistungen des Gesundheitswesens bedürfen. So wird z.B. Bedarf an niederschweligen Therapie- und Interventionsmodellen geortet, die der speziellen Situation von traumatisierten Asylsuchenden Rechnung tragen. Es kann zudem vorkommen, dass das Gesundheitspersonal bei der Behandlung von MigrantInnen mit sehr spezifischen, bei der einheimischen Bevölkerung selten auftretenden Gesundheitsstörungen kaum auf Erfahrungswissen zurückgreifen kann und keine adäquate Behandlung gewährleisten kann.

In der Gesundheitsförderung und Prävention verweist die Literatur ebenfalls auf verschiedene Bereiche, in denen aufgrund höherer Prävalenzen oder stärker ausgeprägtem Risikoverhalten Handlungsbedarf bei spezifischen Zielgruppen besteht. Erbringt das Gesundheitssystem dem Bedarf entsprechend migrationsspezifische Leistungen, kann vertikale Chancengleichheit sichergestellt werden.

### ***Transkulturelle Kompetenz im Gesundheitssystem***

Die Adäquatheit des Gesundheitssystems umfasst inhaltlich verschiedene Dimensionen, die sich unter dem Konzept der transkulturellen Kompetenz subsumieren lassen. Transkulturelle Kompetenz beinhaltet primär eine grundlegende Sensibilisierung für gesellschaftliche Diversität, aber auch die Fähigkeit, dieses Bewusstsein in adäquates Handeln umzusetzen (vgl. Domenig 2006). Diversität ist dabei in einem umfassenden Sinn gemeint und bezieht sich unter anderem auf Geschlecht, soziale Schicht, Bildung, lebensweltliche Orientierung und Migrationserfahrung (vgl. Dahinden 2006).

Transkulturelle Kompetenz umfasst somit auch die sprachliche und kulturelle Verständigung sowie die fachliche Kompetenz, z.B. im Umgang mit spezifischen Gesundheitsproblemen. Sie ist insbesondere relevant für Berufsleute im Gesundheitswesen mit PatientInnenkontakt (ÄrztInnen, Pflegepersonal, Hebammen etc.).

Unterschiedliche lebensweltliche Orientierungen und mangelhafte Sprachkenntnisse können sprachliche und/oder kulturelle Verständigungsprobleme zur Folge haben, welche die Interaktion von Personen mit Migrationshintergrund mit dem Gesundheitssystem und damit ihre gesundheitliche Chancengleichheit beeinträchtigen (vgl. Bollini 1992; Bollini/Siem 1995). Verständigungsprobleme betreffen beispielsweise Symptomursachen, Erklärungsmodelle sowie Rollen- und Therapieerwartungen. Sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme erschweren konkret medizinische Abklärungen, die Therapietreue und die adäquate Behandlung (vgl. Bischoff 2006; Flores 2005). Diese Schwierigkeiten in der Interaktion manifestieren sich auch in Fehlinterpretationen somatischer Symptome, einem mangelnden patientenzentrierten Einbezug von Erklärungsmodellen und einer ungenügenden sozialen Ein-

bettung verschiedener Krankheitserfahrungen (Weiss 2003). Werden spezifische Krankheitsbilder nur undifferenziert erfasst, kann das für die Betroffenen negative gesundheitliche Konsequenzen haben. Es wurde beispielsweise beobachtet, dass ausländische PatientInnen weniger Aufmerksamkeit bei schwieriger sprachlicher Verständigung erhalten, was sich in der Konsultationszahl und dem Zeitaufwand ausdrückt (Weiss 2003). Im Bereich der psychiatrischen Behandlung von fremdsprachigen Menschen führen Verständigungsschwierigkeiten dazu, dass bestimmte therapeutische Ansätze, die sich stark über die Sprache vermitteln, kaum eingesetzt werden können (Frick et al. 2005), bzw. dass eine medikamentöse Behandlung einer therapeutischen Behandlung häufiger vorgezogen wird (Weiss 2003).

### ***Interkulturelle Übersetzung***

Umfragen in der Schweiz zeigen, dass Sprachbarrieren von Ärzteschaft, Pflegepersonal und weiteren Fachleuten des Gesundheitsbereichs als ein Hauptproblem bei der Versorgung von MigrantInnen betrachtet werden (Blöchliger et al. 1994; Tonnere et al. 1997). Auch in weiten Teilen der (fremdsprachigen) Migrationsbevölkerung besteht das Bedürfnis nach angemessener Verständigung mit den Dienstleistenden unter Beizug einer Übersetzerin oder eines Übersetzers (vgl. z.B. Bischoff et al. 2005; Eytan et al. 2002; Rommel et al. 2006). In der Gesundheitsversorgung erfordern Sprachprobleme somit oft den Einsatz von Sprachmittlung.

Um Sprachbarrieren im Gesundheitswesen zu überwinden, gibt es verschiedene Ansätze. Im Alltag werden oft Angehörige oder zufällig anwesendes Personal verschiedener Berufsgruppen als Ad-hoc-Dolmetschende hinzugezogen. Die Inanspruchnahme von Übersetzungshilfen variiert stark mit den Sprachkenntnissen und ist gemäss GMM unter Personen aus Sri Lanka und der Türkei wie auch unter Asylsuchenden am weitesten verbreitet. Frauen nutzen die verschiedenen Möglichkeiten der Sprachmittlung deutlich häufiger. Dabei kommt Verwandten, vor allem den Ehe- bzw. Lebenspartnern oder je nach Gruppe den eigenen Kindern, besondere Bedeutung zu (Rommel et al. 2006). Dass solche improvisierte Lösungen zu erheblichen Problemen führen können, ist in der Literatur mehrfach dokumentiert (Bischoff 2006). Vermehrt werden in den Gesundheitsinstitutionen mehrsprachige ÄrztInnen sowie Pflegefachpersonen angestellt. Zudem ist vor allem in den letzten Jahren die Zusammenarbeit mit externen professionellen Übersetzungsdiensten auch in der Schweiz intensiviert worden. Der Einsatz von professionellen ÜbersetzerInnen führt nachweislich zu einer Verbesserung der Behandlungs- und Pflegequalität (Bischoff 2006; Jacobs et al. 2001).

In der Schweiz sind rund 460 Personen als interkulturelle ÜbersetzerInnen zertifiziert<sup>10</sup> und es bestehen zahlreiche Vermittlungsstellen. Trotzdem wird weiterhin eine mangelnde Verfügbarkeit von ausgebildeten ÜbersetzerInnen für gewisse Dienstleistende im Gesundheitswesen, z.B. für HausärztInnen oder das Personal von Regionalspitälern festgestellt (Fleischer 2002; Hälgi et al. 2004). Untersuchungen zeigen, dass eine Institutionalisierung des professi-

---

<sup>10</sup> [www.inter-pret.ch](http://www.inter-pret.ch)

onellen interkulturellen Übersetzens im Gesundheitsbereich sowie die Verbesserung dieser Dienstleistung weiterhin ein grosses Anliegen nicht nur seitens vieler PatientInnen, sondern auch seitens der Gesundheitsfachleute darstellt (vgl. etwa Bischoff 2004; Bischoff et al. 2005; Ciola/Rosenbaum 2003; Dahinden 2004; Dahinden/Chimienti 2002; Eytan et al. 2002; Fleischer 2002; Frey 2004; Hälgl et al. 2004; Interpret' 2002; Leanza 2003; Singy et al. 2003). Gleichzeitig zeigen die Erfahrungen jedoch auch, dass das bestehende Angebot bisher nur teilweise genutzt wurde. Hier spielen fehlende Information, finanzielle Überlegungen sowie Unsicherheiten beim Hinzuziehen der professionellen Dienste eine Rolle (Bischoff 2006; Rommel et al. 2006). Die Finanzierung von professionellen Übersetzungsdiensten wirft nach wie vor Probleme auf. Da es sich beim interkulturellen Übersetzen nicht um eine medizinische Leistung handelt, kann dieses, wie das Bundesgericht bestätigt hat, nicht über die obligatorische Krankenversicherung finanziert werden (vgl. Saladin 2006).

### **3.4 Handlungsmöglichkeiten zur Herstellung von gesundheitlicher Chancengleichheit**

Im Folgenden werden die Ansatzpunkte für Interventionen zur Schaffung von gesundheitlicher Chancengleichheit im Rahmen der Strategie Migration und Gesundheit Phase II aufgezeigt, mit denen der Bund Verbesserungen in den weiter oben identifizierten Problembereichen erzielen will. Die Schweiz hat im Jahr 2002 mit einer auf den Migrationsbereich ausgerichteten Gesundheitsstrategie Neuland betreten. Es liegen daher erst beschränkte Erkenntnisse über die Effektivität und Wirksamkeit von Massnahmen in diesem Bereich vor. Ansatzpunkte für Interventionsmöglichkeiten seitens des Bundes können sich daher nur im beschränkten Masse auf empirisch abgestützte Grundlagen stützen. Für die Effektivität und Wirksamkeit von Interventionen spielen aber auch subjektive Erwartungen, Bedürfnisse und Gewohnheiten der AdressatInnen eine wichtige Rolle (Schwartz 2000). Deshalb wurden im Rahmen der Erarbeitung des vorliegenden Strategiepapiers die Meinungen zahlreicher ExpertInnen eingeholt. Daneben liefert die Evaluation der bisherigen Strategie (Ledermann et al. 2006) wichtige Hinweise für die Konzipierung von Phase II der Strategie Migration und Gesundheit (vgl. dazu 4.2).

Eine Politik zur Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit muss an verschiedenen Hebeln gleichzeitig ansetzen. Wie weiter oben dargelegt wurde, sind materielle und psychosoziale Belastungen im Lebenslauf von MigrantInnen ein wesentlicher Grund für gesundheitliche Defizite der Migrationsbevölkerung. Massnahmen zur Verbesserung dieser Situation müssen bei den generellen Rahmenbedingungen (z.B. Arbeit, Sprache, Wohnen) für die Integration ansetzen und fallen damit in den Bereich der Migrations- bzw. Integrationspolitik. Im Rahmen der Strategie Migration und Gesundheit kann der Bund aus Machbarkeitsgründen kaum auf diese strukturellen Ursachen für gesundheitliche Defizite Einfluss nehmen.

Handlungsmöglichkeiten bieten sich stattdessen auf der Ebene der intermediären Determinanten bei Problemen mit einem klaren Gesundheitsbezug.

Wie oben erläutert haben MigrantInnen in der Schweiz sowohl aus strukturellen (verhältnisbedingten) als auch individuellen (verhaltensbedingten) Gründen nicht dieselben Chancen, gesund zu sein, wie die einheimische Bevölkerung. Gleichzeitig wurde auch festgestellt, dass noch viele Unklarheiten über die Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit bestehen. Im Hinblick auf die Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit bieten sich somit drei grundlegende übergeordnete Ansatzpunkte an:

- Erstens sollen Massnahmen ergriffen werden, die direkt auf die Förderung gesundheitsrelevanter Kompetenzen und Verhaltensweisen der Migrationsbevölkerung hinwirken.
- Zweitens sind Massnahmen notwendig, die dazu beitragen, das Gesundheitssystem und das Gesundheitspersonal im Umgang mit Migration bzw. Diversität zu stärken.
- Drittens bedarf es weiterhin Anstrengungen im Bereich der Forschung, um im Hinblick auf eine evidenzbasierte Politikgestaltung differenziertes Wissen über Zusammenhänge und Wechselwirkungen von Migration und Gesundheit bereitstellen zu können.

Diese Ansatzpunkte werden im Folgenden erörtert.

### **3.4.1 Ansatzpunkte zur Förderung gesundheitsrelevanter Kompetenzen und Verhaltensweisen bei der Migrationsbevölkerung**

Es ist empirische Evidenz vorhanden, dass MigrantInnen in ihrer Gesundheitskompetenz eingeschränkt sind und in Bezug auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen ihre Interessen weniger wahrnehmen als die einheimische Bevölkerung. Im Rahmen der Strategie Migration und Gesundheit hat der Bund mit folgenden Interventionsansätzen die Möglichkeit, auf diese Probleme einzuwirken:

#### ***Migrationsgerechte Ausgestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung zur Stärkung der Gesundheitsressourcen von MigrantInnen***

Damit MigrantInnen in ihren gesundheitsrelevanten Kompetenzen und Verhaltensweisen gestärkt werden, müssen entsprechende Botschaften und Informationen in die Migrationsbevölkerung getragen werden. Hierzu müssen in erster Linie bei den verschiedenen Gruppen der Migrationsbevölkerung gezielte präventive und gesundheitsfördernde Interventionen durchgeführt werden. Die Wirksamkeit von Präventionsmassnahmen ist für verschiedene Strategien untersucht und bekannt (Banta et al. 2001). Auf die Gesamtbevölkerung ausgerichteten Kampagnen und Angebote vermögen bestimmte Gruppen bzw. Personen mit Migrationshintergrund nachgewiesenermassen meist nicht oder nicht im selben Mass zu erreichen wie andere Bevölkerungsteile. Gesundheitsförderung und Prävention sind in der Schweiz zurzeit zu wenig migrationsgerecht. Im Sinne eines integrativen Ansatzes ist daher die Berücksichtigung migrationspezifischer Anliegen in allen zur Anwendung kommenden

Ansätzen und Programmen der Prävention und Gesundheitsförderung anzustreben (z.B. in den Bereichen HIV/Aids, Ernährung und Bewegung, Sucht). Erfahrungen zeigen aber, dass auch innovative neue Projekte, die für spezifische Gruppen mit Migrationshintergrund konzipiert sind, durchaus sinnvoll sein können. Basierend auf Hinweisen aus dem GMM ist es angezeigt, präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen zielgruppenspezifisch und nach prioritären Themen zu differenzieren.

### ***Adäquate Information von MigrantInnen über Angebote und AkteurInnen des Gesundheitssystems sowie über Patientenrechte***

Um die Kenntnisse der Angebote und AkteurInnen des Gesundheitssystems sowie seiner Funktionsweise zu erhöhen und dadurch die adäquate Inanspruchnahme entsprechender Leistungen zu verbessern, muss der Wissenstand und die Handlungskompetenz der Migrationsbevölkerung gezielt erhöht werden. Ein Mittel dazu ist die Bereitstellung adäquater Informationsmaterialien und Informationsmedien und deren zielgruppengerechte Verbreitung.

### **3.4.2 Ansatzpunkte für eine migrationsensible Ausgestaltung des Gesundheitssystems**

Das Gesundheitssystem ist hinsichtlich des Zugangs und der Adäquatheit des Leistungsangebots, der transkulturellen Kompetenz des Gesundheitspersonals sowie der Verfügbarkeit unterstützender Begleitmassnahmen noch wenig für den Umgang mit migrationsbezogenen Herausforderungen eingerichtet. Dem will der Bund mit folgenden Interventionsansätzen entgegenwirken:

### ***Förderung einer migrationsgerechten Gesundheitsversorgung durch Mobilisierung von EntscheidungsträgerInnen***

Damit Leistungen der Gesundheitsversorgung auch für eine Klientel mit Migrationshintergrund gut zugänglich sowie bedarfsgerecht und qualitativ adäquat sind, sind interkulturelle ÜbersetzerInnen vermehrt einzusetzen und die transkulturelle Kompetenz des Gesundheitspersonals zu stärken. Die wissenschaftliche Literatur weist diesbezüglich auf die Bedeutung von Aus- und Weiterbildungsmassnahmen hin, betont aber auch, dass theoretische Kenntnisse noch keine Veränderungen der täglichen Praxis gewährleisten (vgl. Gajo et al. 2005). Um die Adäquanz der Versorgung zu erhöhen, müssen insbesondere die entscheidungsverantwortlichen Führungspersonen, in den Institutionen des Gesundheitswesens sensibilisiert werden, damit sie entsprechende Massnahmen ergreifen.

Transkulturelle Kompetenz ist ein wichtiges Merkmal der PatientInnenorientierung und damit der Dienstleistungsqualität einer Versorgungseinrichtung. Sie beinhaltet primär Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten, die an die Lebenswelten einer vielfältigen Klientel angepasst sind. Diese Fähigkeiten gilt es bei Berufsleuten im Gesundheitswesen zu fördern,

um generell eine hohe Versorgungs- und Betreuungsqualität für Personen mit Migrationshintergrund zu gewährleisten. Zusätzlich bringt auch das Gesundheitspersonal mit Migrationshintergrund Ressourcen mit, deren angemessene Nutzung zur Erhöhung der transkulturellen Kompetenz einer Institution beitragen kann (vgl. Kamm/Kaya 2005). Neben Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten sind zudem bei der Behandlung von Personen mit Migrationshintergrund, die von spezifischen, dem Gesundheitspersonal unter Umständen wenig vertrauten Gesundheitsstörungen betroffen sind, zusätzliche fachliche Kompetenzen gefragt.

Da für die Gesundheitsversorgung primär die Kantone und private Akteure zuständig sind, kann der Bund in diesem Bereich hauptsächlich eine Mobilisierungsfunktion einnehmen. Mittels Information, Wissenstransfer und der Unterstützung von Vernetzungs- und Koordinationstätigkeiten sollen die relevanten EntscheidungsträgerInnen und LeistungserbringerInnen zur Planung und Umsetzung von Massnahmen angeregt werden, die auf einen chancengleichen Zugang und eine adäquate Leistungserbringung abzielen.

### ***Stärkung der transkulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen durch Aus- und Weiterbildungsangebote***

Damit die AkteurInnen im Gesundheitssystem ihre Leistungen im Umgang mit Personen mit Migrationshintergrund stärker auf deren spezifischen Bedürfnisse abstimmen können, sind sie nicht nur auf unterstützende Angebote wie interkulturelle Übersetzung angewiesen, sondern müssen sich auch transkulturelle Kompetenzen aneignen. Über entsprechende Bildungsinhalte sollen die verschiedenen leistungserbringenden Personen im Gesundheitswesen verstärkt für das Thema Migration und die damit verbundenen gesundheitlichen Problemstellungen sensibilisiert werden. Es ist darauf hinzuwirken, dass das Themenfeld Migration und Gesundheit systematisch in der regulären Aus- und Weiterbildung von Berufsleuten im Gesundheitswesen behandelt wird. Je nach Bedarf sind zudem zusätzlich Bildungsangebote in diesem Themenfeld zu unterstützen. Das Angebot soll sich an Arbeitskräfte mit PatientInnenkontakt richten. Der Umstand, dass insbesondere Ärzte und Ärztinnen über die bestehenden Bildungsstrukturen diesbezüglich bisher kaum erreicht worden sind, verweist darauf, dass dem Einbringen entsprechender Inhalte in Bildungsangebote, die auf diese Gruppe ausgerichtet sind, besonderes Augenmerk zu schenken ist. Zusätzlich sollten Bildungsangebote auch die AkteurInnen der Prävention und Gesundheitsförderung ansprechen. Vereinzelt bestehen zwar spezifisch auf bestimmte Gruppen mit Migrationshintergrund ausgerichtete Angebote, insgesamt fehlt den AkteurInnen der Gesundheitsförderung und Prävention aber oft das nötige Wissen im Hinblick auf eine migrationsgerechte Gestaltung ihrer Interventionen.



### ***Erleichterung und Förderung des Einsatzes von interkulturellem Übersetzen***

Die Existenz von sprachlichen und interkulturellen Verständigungsproblemen im Gesundheitswesen ist hinreichend belegt. Um diesem Problem entgegenzuwirken, hat sich der Bund in den letzten Jahren stark im Bereich der Ausbildung engagiert, so dass inzwischen vermehrt zertifizierte interkulturelle ÜbersetzerInnen zur Verfügung stehen. Ein nationaler Dachverband setzt Qualitätsstandards und überwacht die Qualität der Ausbildung zur Übersetzungstätigkeit. Die Ausbildung von interkulturellen ÜbersetzerInnen allein reicht jedoch nicht aus. Zwar sind fünfzehn kantonale und regionale Vermittlungsstellen aufgebaut worden und interkulturelle ÜbersetzerInnen verfügbar, diese kommen aber noch nicht in ausreichendem Mass zum Einsatz. Probleme stellen insbesondere die teilweise ungesicherte Finanzierung, die fehlende Bekanntheit des Angebots und administrative Umstände beim Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen. Der Bund kann durch gezielte Informations- und Koordinationsmassnahmen darauf hinwirken, dass das Angebot des interkulturellen Übersetzens besser bekannt ist und leichter genutzt werden kann. Hierbei sind auch konzeptionelle und technologische Entwicklungen im Bereich des interkulturellen Übersetzens zu berücksichtigen und nach Möglichkeit zu nutzen.

### **3.4.3 Ansatzpunkte im Bereich Forschung und Wissenstransfer**

Es bestehen nach wie vor Wissenslücken über die gesundheitliche Situation von MigrantInnen sowie über Zusammenhänge und Wechselwirkungen von Migration und gesundheitlicher Chancengleichheit. Um eine solide Grundlage für eine umfassende migrationsensible Ausgestaltung der Gesundheitspolitik und des Gesundheitssystems zu gewährleisten, will der Bund mit den nachfolgenden Interventionsansätzen darauf hinarbeiten, zusätzliches und präziseres Wissen zu generieren und bestehende Daten auszuwerten und den entsprechenden AkteurInnen zugänglich zu machen (z.B. über Publikationen, Fachartikel etc.).

#### ***Bestehende Datenerhebungsinstrumente erweitern und zusätzliches Wissen im Bereich Epidemiologie generieren***

Bestehende Datenerhebungsinstrumente im Gesundheitswesen sind mit einheitlichen migrationsrelevanten Variablen zu erweitern, damit sie aussagekräftige und vergleichbare Daten liefern. Zudem wird angestrebt, durch spezifische Studien Forschungslücken im Bereich der Epidemiologie von Personen mit Migrationshintergrund zu schliessen.

#### ***Wissen über Wirkungszusammenhänge von Migration und Gesundheit und zu Interventionsmöglichkeiten generieren***

Im Bereich Migration und Gesundheit bestehen nach wie vor zahlreiche Wissenslücken über die Zusammenhänge von Problemen, über deren Ursachen und über die Wirkung von bestimmten Massnahmen. Insbesondere zur Wirksamkeit und Effizienz (Kosten-Nutzen-

Verhältnis) von Interventionen im Bereich Migration und Gesundheit fehlen weitgehend empirische Grundlagen. Diese sollen verstärkt durch Forschungsprojekte erschlossen werden.

***Wissenstransfer fördern***

Um neu generiertes wie auch bereits vorhandenes Know-how allen betreffenden AkteurInnen besser zugänglich zu machen, nimmt der Bund eine beratende und koordinierende Funktion wahr.

## **Teil 2: Strategie Migration und Gesundheit Phase II**

## **4 Ausgangslage für die Strategie Migration und Gesundheit des Bundes**

Die Strategie Migration und Gesundheit des Bundes bettet sich in einen Kontext ein, der von internationalen Grundlagen und Initiativen geprägt ist, aber auch von den laufenden Aktivitäten des Bundes, der Kantone und Gemeinden und von zivilgesellschaftlichen AkteurInnen in den Bereichen Migration und Gesundheit. Auch die bisherigen Aktivitäten des Bundes im Bereich Migration und Gesundheit prägen die Ausgangslage für die Phase II. Dieser Kontext sowie die Vorgeschichte der Strategie Migration und Gesundheit werden im Folgenden kurz beschrieben.

### **4.1 Internationale Grundlagen und Initiativen zur Schaffung von gesundheitlicher Chancengleichheit**

Gesundheitliche Chancengleichheit, insbesondere unter der Bedingung einer Bevölkerungsvielfalt, die sich durch Immigration akzentuiert, ist seit einigen Jahren auf internationaler Ebene zunehmend prominent traktandiert. In verschiedenen Abkommen und Deklarationen der letzten Jahre werden Staaten aufgefordert, auf gesundheitliche Chancengleichheit hinzuwirken. Auch sind in einigen völkerrechtlichen Verträgen, die die Schweiz ratifiziert hat, diesbezüglich explizit Rechte verankert (vgl. Achermann/Künzli 2005).

Artikel 12 des UNO-Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Pakt I) verpflichtet die Vertragsstaaten, darunter die Schweiz, das Recht einer/s jeden auf das für sie/ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit anzuerkennen und die Voraussetzungen zu schaffen, die für jede/n im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen. Dieses Recht gilt dann als gewährt, wenn qualitativ und quantitativ genügende öffentliche Gesundheitseinrichtungen verfügbar sind und diese sowie gesundheitsrelevante Information für alle Personen auf dem gesamten Staatsgebiet, insbesondere auch Benachteiligte, diskriminierungsfrei zugänglich sind.<sup>11</sup>

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat gesundheitliche Chancengleichheit bereits in ihrer Verfassung von 1946 als zentrales Ziel formuliert. Anfang der 1980er Jahre wurde im europäischen Regionalbüro der WHO ein gesundheitspolitisches Aktionsprogramm (Strategie „Gesundheit für alle“) entwickelt, welches unter dem Leitbegriff Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta von 1986 erstmals in einem offiziellen Dokument veröffentlicht wurde (vgl. WHO 2005). Dieses Programm wurde seither an verschiedenen Konferenzen und in daraus hervorgehenden Erklärungen bestätigt und weiterentwickelt. Dem in diesen Doku-

---

<sup>11</sup> Vgl. CESCR Committee on Economic, Social and Cultural Rights (Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte), General Comment No. 14 (2000), [www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument)

menten beschriebenen Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung folgen auch die Zielsetzungen, welche das WHO-Regionalbüro für Europa 1999 unter dem Titel „Gesundheit 21“ vorstellte (WHO 1999). Sie lauten dahingehend, gesundheitliche Ungleichheiten zwischen den Ländern und innerhalb einer Gesellschaft zu verringern. Bis zum Jahr 2020 soll das gesundheitliche Gefälle in allen Mitgliedsländern um mindestens ein Viertel reduziert werden, indem der Gesundheitszustand der benachteiligten Gruppen deutlich verbessert wird. Dabei wird vor allem darauf abgezielt, den Anteil der in Armut lebenden Bevölkerung erheblich zu verringern und die sozioökonomischen Bedingungen, die die Gesundheit beeinträchtigen (Unterschiede im Einkommen, im Bildungsstand und im Zugang zum Arbeitsmarkt) wesentlich zu verbessern (vgl. WHO 1999).

Auf der Basis dieser WHO-Initiative erarbeitete die Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG), mit Unterstützung des BAG und des Projekts Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, 21 Gesundheitsziele für die Schweiz als – rechtlich unverbindliche – Grundlage für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik. Das Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit wurde dahingehend konkretisiert, dass „Personen mit besonderen Bedürfnissen von gesellschaftlicher Ausgrenzung geschützt“ werden und „ungehinderten Zugang zu bedarfsgerechter Versorgung“ erhalten sollen (SGPG 2002).

Die Europäische Union (EU) misst der Frage der Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten seit einigen Jahren ebenfalls grosse Bedeutung bei. Seit 1997 verfügt die Europäische Gemeinschaft im Rahmen des Vertrags von Amsterdam über Befugnisse in Gesundheitsangelegenheiten wie auch in der Bekämpfung von Diskriminierung. Aus diesen neuen Zuständigkeiten ging einerseits die Richtlinie zur Gleichbehandlung ohne Unterschied der Rasse hervor (Richtlinie 2000/43/EG zur Anwendung des Gleichbehandlungsgrundsatzes ohne Unterschied der Rasse oder der ethnischen Herkunft<sup>12</sup>), die unter anderem in den Bereichen soziale Sicherheit und Gesundheitsdienste Schutz gegen Diskriminierungen gewährt. Andererseits wurde im Jahr 2002 ein Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) verabschiedet.<sup>13</sup> Darin setzt sich die EU zum Ziel, sektorübergreifende Strategien zu entwickeln, in deren Rahmen unter anderem auf die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten hingewirkt werden soll.

Im Jahr 2002 lancierte zudem die EU-Kommission das europäische Pilotprojekt „Migrant-friendly Hospitals“ (MFH), aus dem die „Amsterdamer Erklärung für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser“ hervorging. Diese lädt alle europäischen Spitäler ein, sich zu transkulturell kompetenten Organisationen zu entwickeln.<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Richtlinie 2000/43/EG des Rates vom 29. Juni 2000 zur Anwendung des Gleichbehandlungsgrundsatzes ohne Unterschied der Rasse oder der ethnischen Herkunft, Amtsblatt L 180 vom 19.7.2000, S. 22

<sup>13</sup> Vgl. Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008), Amtsblatt L 271 vom 9.10.2002, S. 1 (<http://eur-lex.europa.eu>)

<sup>14</sup> Vgl. Website des europäischen Projekts „Migrant Friendly Hospitals“ (<http://www.mfh-eu.net>)

Auch der Europarat thematisiert die gesundheitliche Chancengleichheit und verabschiedete 2006 einen von ExpertInnen aus mehreren europäischen Ländern erarbeiteten Empfehlungskatalog zuhanden seiner Mitgliedstaaten.<sup>15</sup> Zugangsprobleme, fehlende transkulturelle Kompetenzen der Dienstleistenden und mangelhaft an die Vielfalt der Klientel angepasste Dienste (fehlende Übersetzungsdienste, fehlendes mehrsprachiges Informationsmaterial) werden als vermeidbare strukturelle Barrieren zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung gesehen. Daher lautet die erste Empfehlung des Europarats, die Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung sowie deren Qualität sei in pluralistischen Gesellschaften als prioritäres Handlungsfeld der Gesundheitspolitik zu betrachten.

In verschiedenen europäischen Länder (Grossbritannien, Deutschland, Oesterreich, Holland) wurden unterschiedliche Initiativen zur Lösung der Gesundheitsprobleme von MigrantInnen ergriffen.

## **4.2 Bisherige Tätigkeiten des BAG im Bereich Migration und Gesundheit**

Nachdem eine Evaluation bezüglich der Aufklärung über HIV/Aids in einigen MigrantInnengemeinschaften beträchtliche Informationslücken zutage gebracht hatte, begann das BAG, für diese Zielgruppe in der HIV/Aids-Prävention spezifische Interventionsstrategien zu entwickeln. Im Jahr 1991 lancierte es das ursprünglich zweijährige und dann verlängerte basisnahe Pilotprojekt *Projekt Migration und Gesundheit* (PMG). 1995/1996 erfolgte eine thematische Erweiterung von der Aids- auf die Suchtprävention und umfassende Gesundheitsförderung. Zugleich wurde das Projekt auf weitere Herkunftsgruppen ausgedehnt.

Parallel zur Ausweitung des PMG wurde 1996 im BAG innerhalb der Facheinheit Sucht und Aids der *Dienst Migration* gebildet, der für alle Massnahmen zur Gesundheitsförderung bei der Migrationsbevölkerung zuständig war. Auch die Leitung des PMG wurde hier angesiedelt. Der Dienst Migration deckte neben dem PMG die drei Tätigkeitsfelder Aus- und Weiterbildung, Beratung zu Migrationsfragen sowie Forschung und Evaluation ab. Er schloss mit verschiedenen externen Partnerorganisationen Leistungsverträge ab, die insgesamt darauf ausgerichtet waren, die Bedürfnisse von MigrantInnen bei der Regelversorgung besser zu berücksichtigen. Im Jahr 2002 wurde der Dienst Migration zu einer eigenständigen *Fachstelle Migration und Gesundheit* innerhalb des BAG. Anlässlich einer Reorganisation wurde daraus 2004 der *Fachbereich Migration und Gesundheit* innerhalb der Sektion Chancengleichheit. Das Gesamtprogramm Migration und Gesundheit wurde 2001 einer Evaluation unterzogen (Efionayi-Mäder et al. 2001). Diese unterstützte das BAG bei der Ausarbeitung einer Gesamtstrategie und bei der Definition von genauen Zielen, an denen sich sämtliche Tätigkeiten des

---

<sup>15</sup> Vgl. Recommendation Rec(2006) of the Committee of Ministers to member states on health services in a multicultural society (Adopted by the Committee of Ministers on 8th November 2006 at the 979th meeting of the Ministers' Deputies) und angefügtes Explanatory Memorandum „Adapting Health Care Services to Cultural Diversity in Multicultural Europe“.

BAG im Migrationsbereich orientieren sollten. Diese Strategie Migration und Gesundheit 2002–2006 kam in Zusammenarbeit mit dem damaligen Bundesamt für Flüchtlinge (BFF), dem damaligen Bundesamt für Ausländerfragen (BFA)<sup>16</sup> und der Eidgenössischen Ausländerkommission (EKA) zustande. Ihre Laufzeit wurde 2005 aus evaluationstechnischen Überlegungen vom Bundesrat bis 2007 verlängert. Die Umsetzung erfolgt mit verschiedenen vom Thema betroffenen Bundesämtern und Organisationen. Auf nationaler Ebene begleitet eine interinstitutionelle Arbeitsgruppe die verschiedenen Vorhaben.

Die Strategie beinhaltet Aktivitäten in fünf Interventionsbereichen:

- Im Interventionsbereich **Information, Prävention und Gesundheitsförderung** setzt sich der Bund für die systematische Förderung von Interventionen ein, die zur Informationsvermittlung über das Gesundheitssystem (Gesundheitswegweiser Schweiz in 18 Sprachen), zur Prävention und zur Gesundheitsförderung in der Migrationsbevölkerung beitragen (z.B. mit den Gesundheitskursen VIA oder mit dem Aidspräventionsprojekt Afrimedia für Subsahara-MigrantInnen). Im Suchtbereich wurde mit kantonaler Unterstützung ein Pilotprojekt lanciert, das als Goodpractice Beispiel nationale Ausstrahlung erlangte. Weitere Aktivitäten fanden im Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit statt (Geburtsvorbereitungskurse sowie Aufbau einer Plattform zum Thema Female Genital Mutilation (FGM)). Zudem wirkt der Bund auch darauf hin, dass das Thema Migration und Gesundheit in die wichtigsten Leistung erbringenden Dienste in der Schweiz eingebracht wird, damit eine Öffnung der Angebote für die Migrationsbevölkerung erreicht werden kann. Eine weitere Errungenschaft ist die Internetplattform migesplus, die Zugang zu übersetzten Gesundheitsinformationen bietet. Da die herkömmlichen Informations- und Präventionskampagnen die Migrationsbevölkerung meist nur ungenügend erreichen, schliesst dieses Angebot eine Lücke. Die Internetplattform wird insbesondere von Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen konsultiert, die das Material in ihrem Praxisalltag verwenden und es an ihre PatientInnen oder KlientInnen weitergeben.
- Im Interventionsbereich **Bildung** ist auf Grundlage eines breit abgestützten Rahmenprogramms ein Kompetenzzentrum zur Förderung von Weiterbildungsangeboten für Fachleute in Gesundheitsberufen eingerichtet worden. Damit soll ein wichtiger Beitrag zur Steigerung der transkulturellen Kompetenz geleistet werden. Bisher wurden rund zwanzig Angebote von Regelinstitutionen (Spitäler, Pflegeheime, Berufsverbände) entwickelt und durchgeführt.

---

<sup>16</sup> Das BFA wurde 2002 in Bundesamt für Immigration, Emigration und Migration (IMES) umbenannt. Per 1. Januar 2005 wurde dieses mit dem BFF zum Bundesamt für Migration (BFM) zusammengelegt.

Ein weiterer Schwerpunkt des Interventionsbereichs ist das interkulturelle Übersetzen. Wenn in Spitälern oder anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens gemeinsame Sprachkenntnisse zwischen Fachpersonen und Angehörigen der Migrationsbevölkerung fehlen, ermöglichen DolmetscherInnen eine Verständigung. Um deren Ausbildungsqualität zu garantieren und die Professionalisierung zu fördern, hat der Verein Interpret im Auftrag des Bundes Ausbildungsinstitutionen in allen Regionen akkreditiert sowie Ausbildungsmodule und ein nationales Zertifikat entwickelt. Dafür qualifizierten sich bislang über 400 Personen in 40 verschiedenen Sprachen.

- Im Interventionsbereich **Gesundheitsversorgung** werden Projekte initiiert, die darauf ausgerichtet sind, die Angebote bereits bestehender Institutionen des Gesundheitswesens leichter zugänglich zu machen. Ausgehend von der EU-Initiative Migrant-Friendly Hospitals hat sich im Auftrag des Bundes in der Schweiz ein gleichnamiges Netzwerk von Spitälern gebildet. Ziel des Projekts ist, dass die beteiligten Spitäler besondere Kompetenzen bei der Betreuung von Personen mit Migrationshintergrund erlangen. Sie bemühen sich unter anderem, Zugangsbarrieren abzubauen, interkulturelle Übersetzung anzubieten und die transkulturelle Kompetenz ihres Personals zu fördern, sodass MigrantInnen mit Gesundheitsproblemen kompetent und ihren Bedürfnissen entsprechend Hilfe geleistet werden kann. Im Rahmen dieses Netzwerks ist insbesondere das Handbuch „Diversität und Chancengleichheit“ entstanden, das Handlungsempfehlungen zu einer migrationsgerechten Versorgung enthält.

Zudem fördert der Bund den Einsatz von professionellen interkulturellen ÜbersetzerInnen, indem Leistungsverträge mit Vermittlungsstellen abgeschlossen wurden. Diese Massnahme erfolgte in Absprache mit dem BAG im Rahmen des Schwerpunkteprogramms zur Integrationsförderung, für welches das BFM und die EKA zuständig sind.

- Im Rahmen des Interventionsbereichs **Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich** werden bereits bestehende spezialisierte Therapieangebote für Traumatisierte mit längerfristiger Aufenthaltsperspektive unterstützt und eine Dezentralisierung der Therapieeinrichtungen bewirkt. Für die Umsetzung dieses Interventionsbereichs ist das Bundesamt für Migration zuständig.

- Im Interventionsbereich **Forschung** werden Projekte der problemorientierten Grundlagenforschung zur Schliessung von Wissenslücken gefördert. Deren Ergebnisse wurden bereits in einem Sammelband „Forschung Migration und Gesundheit“ des BAG einem breiteren Fachpublikum zugänglich gemacht. Zudem unterstützte der Bund die Durchführung einer erstmaligen breiten Gesundheitsbefragung unter der Migrationsbevölkerung (Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung). Dessen Er-



gebnisse tragen dazu bei, die ungenügende Datenlage hinsichtlich Gesundheitssituation und Gesundheitsverhalten von MigrantInnen zu verbessern.

Über die Umsetzung der Massnahmen und Projekte informiert das BAG kontinuierlich die Öffentlichkeit (insbesondere durch die Internetplattform [miges.admin.ch](http://miges.admin.ch) und das „Dossier Migration und Gesundheit“)

Die Strategie Migration und Gesundheit 2002–2007 und ihre Umsetzung wurden durch ein externes Team umfassend evaluiert (vgl. Ledermann et al. 2006). Insgesamt stellt die Evaluation der Strategie ein gutes Zeugnis aus: Ihre Ziele werden als relevant und die Lösungsansätze mehrheitlich als geeignet bezeichnet. Der Bund ist bei der Strategie von einem gut begründeten und stimmigen, wenn auch sehr ambitionierten Konzept ausgegangen. Wegen beschränkten Ressourcen sowie schwierigen politischen, ökonomischen und institutionellen Rahmenbedingungen konnten die Ziele zwar nicht vollständig erreicht werden. Es wurden aber zweckmässige Prioritäten gesetzt, die einem integrativen Ansatz entsprechen. Dieser zielt darauf ab, die Bedürfnisse von MigrantInnen in den Regelstrukturen des Gesundheitsbereichs zu verankern.

Die streng wissenschaftlich durchgeführte Evaluation orientierte sich als Messgrösse an den anfänglich zu ambitioniert gesteckten Zielen der Strategie, welche so nicht erreicht werden konnten. Diese wurden im Verlauf der Umsetzung angepasst. Die neu gesetzten Ziele wurden grossmehrheitlich erreicht, so dass die Umsetzung der Strategie überwiegend gut verlief. Die Evaluation kommt zum Schluss, dass es gelungen ist, den Problemen im Bereich Migration und Gesundheit eine bessere Sichtbarkeit zu verleihen sowie konkrete Leistungen zu erbringen, die ihre AdressatInnen mehrheitlich erreicht und auch Wirkungen bei der Migrationsbevölkerung erzielt haben. Verbesserungspotenzial wird bei den konzeptionellen Grundlagen sowie bei der Organisation der Umsetzung geortet. Die Umsetzungsstruktur erwies sich als komplex und eher unübersichtlich, zudem konnten insbesondere die Kantone nur ungenügend in die Umsetzung eingebunden werden.

Die Empfehlungen der Evaluation wurden bei der Erarbeitung der vorliegenden Strategie berücksichtigt. Sie lauten insbesondere:

- Breiten Problemaufriss beibehalten entsprechend einer umfassenden „Public Health“-Sicht
- Gesundheitliche Chancengleichheit als Vision beibehalten
- Probleme auf der Basis neuer Erkenntnisse genauer definieren
- Ziele klarer formulieren und vermehrt Machbarkeitsüberlegungen miteinbeziehen
- In den Handlungsfeldern thematische Kontinuität anstreben und die Nachhaltigkeit der bisher erfolgreichen Projekte und Tätigkeiten sichern
- Die Abstützung der Strategie und die BAG-interne Vernetzung verbessern.

Durch die Berücksichtigung dieser Empfehlungen beinhaltet die Strategie in ihrer zweiten Phase sowohl Kontinuität als auch neue Akzentsetzungen und qualitative Verbesserungen.

### **4.3 Der bundespolitische Kontext - Programme und Aktivitäten in den Bereichen Gesundheit, Migration/Integration, Bildung und Forschung**

Auf Bundesebene findet sich in den Bereichen Gesundheit, Migration/Integration, Bildung und Forschung eine Vielzahl von gesetzlichen Regelungsbereichen und Programmen die einen direkten oder indirekten Bezug zum Thema Migration und Gesundheit aufweisen. Sie bilden damit den bundespolitischen Kontext für die verschiedenen Ansatzpunkte zur Schaffung von gesundheitlicher Chancengleichheit. Damit die Interventionen im Rahmen der Strategie Migration und Gesundheit in diesen Kontext eingebettet und vorhandene Ressourcen genutzt werden können, werden diese Programme und Regelungsbereiche, ihre Zielsetzungen sowie die verantwortlichen AkteurInnen im Folgenden kurz beschrieben.

#### **4.3.1 Aktivitäten des Bundes im Bereich Gesundheit**

Auf Bundesebene ist das BAG der wichtigste gesundheitspolitische Akteur im Themenbereich Migration und Gesundheit. Daneben setzt sich auch die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz in ihrer längerfristigen Strategie für Chancengleichheit als transversales Thema ein und lässt gesundheitlich benachteiligten Gruppen besondere Aufmerksamkeit zukommen. Die Gesundheitsversorgung fällt in die Zuständigkeit von Kantonen und Gemeinden. Diese sind – ebenso wie zahlreiche zivilgesellschaftliche Organisationen – auch in der Gesundheitsförderung und Prävention aktiv.

- *Suchtprävention (Tabak, Alkohol, illegale Drogen) und Drogenpolitik (Schadenminderung, Therapie):* Das dritte Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) konkretisiert die Weiterführung der Politik des Bundes in Bezug auf die Problematik des Umgangs mit illegalen Drogen (BAG 2006c). Nach einer ersten Pilotphase soll das Thema Migration im Drogenbereich weiter verankert werden. Das BAG verfolgt dabei die Strategie, das Querschnittsthema Migration in bestehende Interventionen im Drogenbereich zu integrieren. Im Vordergrund stehen die beiden Massnahmen „migrationsgerechte Suchtarbeit als Teil der Qualitätsförderung“ sowie „Förderung von migrationsgerechter Suchtarbeit durch Infodrog“.

- *Krankheitsbekämpfung (Infektionskrankheiten, HIV/Aids, Impfungen)*: Gestützt auf das Epidemienengesetz<sup>17</sup> ist das BAG im Bereich der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (insbesondere HIV/Aids) tätig. Diese werden insbesondere bei der Migrationsbevölkerung jüngerer Einreisenden häufiger diagnostiziert (BAG 2002). Im Rahmen der grenzsanitätsdienstlichen Massnahmen (GSM) werden deshalb alle in die Schweiz einreisenden Personen des Asylbereichs hinsichtlich Tuberkulose untersucht sowie über Impfungen und den Schutz vor HIV/Aids informiert. Zudem wird ihr Gesundheitszustand hinsichtlich einer möglichen Tuberkuloseinfektion beurteilt (BAG 2006d). Im nationalen HIV/Aids Programm 2004–2008 stellen MigrantInnen aus Ländern mit hoher Prävalenz und deren SexualpartnerInnen sowie Sexworkers mit Migrationshintergrund spezifische Zielgruppen dar (BAG 2003).
- *Krankenversicherungspolitik*: Die Krankenversicherungspolitik im Rahmen des KVG regelt wichtige Fragen des Zugangs zu medizinischer Versorgung. Sie definiert unter anderem den Kreis der obligatorisch Versicherten und den für alle Versicherten einheitlichen Leistungskatalog der obligatorischen Krankenversicherung, der auch individuelle Massnahmen der medizinischen Prävention enthält (Art. 26 KVG). Indem sich die Krankenversicherungspolitik mit wenigen Ausnahmen (Personen aus dem Asylbereich mit Nichteintretensentscheid/ NEE) auf die gesamte Migrationsbevölkerung bezieht und auch illegal anwesenden Personen („Sans Papiers“) den Zugang zur Versorgung ermöglicht, gewährt sie weitgehende Chancengleichheit. Der Pflichtleistungskatalog ist hingegen auf medizinische Massnahmen beschränkt, was die Finanzierung von Massnahmen wie z.B. interkulturellem Übersetzen ausschliesst.
- *Gender Health*: Die Zielsetzung des Fachbereichs Gender Health des BAG lautet, zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit von Frauen und Männern in der Schweiz beizutragen. Die Massnahmen des Fachbereichs kommen somit auch MigrantInnen zugute, welche bezüglich ihrer Gesundheit oftmals geschlechtsspezifische Unterschiede aufweisen. So sind Migrantinnen z.B. besonders häufig von Armut betroffen und weisen im Bereich der reproduktiven Gesundheit häufiger Probleme auf als einheimische Frauen.
- *Psychische Gesundheit*: Ziel des BAG ist es, das Thema Mental Health in Public Health nachhaltig zu verankern. Zu diesem Zweck will es anstelle eines ressourcenaufwändigen nationalen Programms wissenschaftliche Innovationen von nationaler Bedeutung verschiedener Handlungsträger in verschiedenen Regionen fachlich unterstützen. Da kritische Lebensereignisse und Phasen von Lebensübergängen kombiniert mit erschwerten Lebensbedingungen nachgewiesene Risikofaktoren für die psychische Gesundheit sind,

---

<sup>17</sup> Bundesgesetz vom 18. Dezember 1970 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (SR 818.101); Verordnung des EDI über grenzsanitätsdienstliche Massnahmen vom 9. Dezember 2005 (SR 818.125.11).

stellt auch die Migrationsbevölkerung eine Risikogruppe dar und muss somit eine Zielgruppe einer entsprechenden regionalen Massnahme sein (BAG 2006e).

- *Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung bei Arbeitnehmenden:* Das Ressort „Grundlagen Arbeit und Gesundheit“ und die Eidgenössische Arbeitsinspektion des Staatssekretariats für Wirtschaft (seco) bearbeiten Fragestellungen im Bereich Gesundheit am Arbeitsplatz und leisten so einen wichtigen Beitrag an die betriebliche Gesundheitsförderung.
- *Gesundheitsförderung:* Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz initiiert und koordiniert auf Grundlage von Art. 19 KVG Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten. Die aktuelle Strategie der Stiftung widmet einen ihrer fünf Arbeitsgrundsätze dem Thema Chancengleichheit: Alle Menschen in der Schweiz sollen Zugang zu den Ressourcen der Gesundheit und die Möglichkeit haben, ihre Gesundheit zu entwickeln und zu erhalten. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf marginalisierte Gruppen gerichtet (Gesundheitsförderung Schweiz 2006).

#### **4.3.2 Aktivitäten des Bundes in den Bereichen Migration und Integration**

Die inländische Migrationspolitik umfasst die Zulassungs-, die Asyl- und die Integrationspolitik, die in den Zuständigkeitsbereich des Bundesamts für Migration (BFM) fallen. Im Bereich der Integration ist ausserdem die Eidgenössische Ausländerkommission (EKA) eine wichtige Akteurin. Die Migrationspolitik wird ergänzt durch Massnahmen zur Diskriminierungsbekämpfung.

- *Zulassungspolitik:* Die Zulassungspolitik umfasst die Regelung der Aufenthaltsberechtigung von MigrantInnen. Sie bezweckt unter anderem die Schaffung günstiger Rahmenbedingungen für deren Integration (Art. 1 BVO<sup>18</sup>). Einzelne Vorgaben der Zulassungspolitik können die Gesundheit und Integrationschancen von MigrantInnen beeinträchtigen, indem sie diese möglicherweise daran hindern, durch berufliche und/oder geografische Mobilität ihre sozioökonomische Stellung zu verbessern oder ihre Familienangehörigen nachzuziehen
- *Asylpolitik:* Die Asylpolitik des Bundes umfasst die Aufnahme, Fürsorge und Integration von Flüchtlingen (inkl. Schutzbedürftigen) in der Schweiz sowie die Rückkehr von abgewiesenen Asylsuchenden (AsylG; SR 143.20). Wie bereits die Zulassungspolitik umfasst auch die Asylpolitik sowohl die Gesundheit fördernde wie auch hemmende Elemente: Einerseits wird der Zugang Asylsuchender zur Gesundheitsversorgung sichergestellt, andererseits kann die Unsicherheit über den Aufenthaltsstatus während des Verfahrens insbesondere die psychische Gesundheit Asylsuchender beeinträchtigen. Das

---

<sup>18</sup> Verordnung über die Begrenzung der Zahl der Ausländer vom 6. Oktober 1986; SR 823.21

BFM beteiligte sich im Rahmen der Strategie Migration und Gesundheit 2002–2007 finanziell an Therapieangeboten für Traumatisierte im Asylbereich.

- *Integrationspolitik*: Auf Bundesebene beinhaltet die Integrationspolitik im engeren Sinne zwei Bereiche: Die von der EKA und dem BFM betreute Integrationsförderung im Rahmen der Verordnung über die Integration der Ausländerinnen und Ausländer (VIntA; SR 142.205) richtet sich an AusländerInnen mit einer dauerhaften Aufenthaltsbewilligung, einer Niederlassungsbewilligung oder an Personen, die eine vorläufige Aufnahme erhalten haben (Art. 2 Abs. 1 VIntA). Im Rahmen des Schwerpunkteprogramms 2004–2007 (EJPD 2003) unterstützt der Bund Projekte in den Bereichen Sprache, Aus- und Weiterbildung von Schlüsselpersonen, Förderung der Partizipation, Öffnung von Institutionen, Erleichterung des Zusammenlebens, Aufbau von Ausländerdiensten und Vermittlungsstellen für interkulturelle Übersetzung sowie Qualitätssicherung und Innovation. Art. 16 VIntA sieht auch Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheit von AusländerInnen als möglichen Förderbereich vor; in den Schwerpunkteprogrammen 2001–2003 und 2004–2007 der EKA wurde dieser Bereich jedoch nicht explizit berücksichtigt. Mit der EKA bestand im Rahmen der Strategie Migration und Gesundheit 2002–2007 eine enge Zusammenarbeit in Zusammenhang mit der Ausbildung und dem Einsatz von professionellen interkulturellen ÜbersetzerInnen.

Für die Unterstützung der sozialen, beruflichen und kulturellen Integration von anerkannten Flüchtlingen und Schutzbedürftigen mit Anspruch auf eine Aufenthaltsbewilligung im Rahmen von Art. 91 Abs. 4 AsylG ist die Schweizerische Flüchtlingshilfe (SFH) im Auftrag des BFM zuständig. Im Rahmen dieser Massnahmen werden primär die berufliche Aus- und Weiterbildung, Kommunikationskompetenzen, die Sozialisierung und Einschulung sowie psychosoziale Beratung und aktive Lebenshilfe bei der Flüchtlingsintegration unterstützt.<sup>19</sup>

Das neue Ausländergesetz (AuG), das per 2008 in Kraft tritt, stellt die Integrationspolitik auf eine neue gesetzliche Grundlage. Das BFM wird die Federführung über das Integrationsförderungsprogramm übernehmen und verfügt neu über den gesetzlich verankerten Auftrag, die Aktivitäten des Bundes im Bereich der Integrationsförderung zu koordinieren. In diesem Zusammenhang ist die Interdepartementale Arbeitsgruppe für Migrationsfragen (IAM) bis im Juni 2007 damit beschäftigt, Massnahmen zur Erleichterung der Integration der ausländischen Wohnbevölkerung zu prüfen. In der IAM sind diejenigen Bundesämter vertreten, die in den im Integrationsbericht des BFM (2006) erörterten Integrationsbereichen – dazu zählt auch der Bereich Gesundheit – über Zuständigkeiten verfügen.

---

<sup>19</sup> Homepage der SFH: [www.osar.ch/integration/projects](http://www.osar.ch/integration/projects).

- *Antidiskriminierungspolitik:* Rassismusbekämpfung wird von der Fachstelle für Rassismusbekämpfung (FRB) als Querschnittsaufgabe angegangen. Aus diesem Grund bringt sie den Aspekt der Antidiskriminierung in grössere Projekte anderer Bundesämter ein. Dies kann auch Projekte aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention betreffen. Die eigentliche Kernaufgabe der Fachstelle besteht jedoch in der langfristigen und nachhaltigen Präventions- und Sensibilisierungsarbeit gegen Rassismus und Fremdenfeindlichkeit. Auch die Eidgenössische Kommission gegen Rassismus (EKR) trägt mit ihrem Engagement für die Anliegen von Minderheiten sowie gegen Rassismus und Diskriminierung zur Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung bei.

#### **4.3.3 Aktivitäten des Bundes in den Bereichen Bildung und Forschung**

Im Bereich der Bildung ist auf Bundesebene das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) für die Regelung und Zulassung nicht-universitärer Berufsausbildungen zuständig. Im Bereich der universitären Gesundheitsberufe verfügt das BAG über eine Zuständigkeit. Die Forschungstätigkeit des Bundes umfasst vor allem die Ressortforschung der einzelnen Bundesämter sowie die vom Schweizerischen Nationalfonds finanzierten Forschungsarbeiten. Daneben finden sich weitere Forschungsaktivitäten.

- *Berufsbildungspolitik:* Seit Inkrafttreten des neuen Berufsbildungsgesetzes (BBG; SR 412.10) 2004 ist das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) für die (nicht-universitären) Ausbildungen im Bereich der Sekundarstufe II (berufliche Grundbildung), Tertiär B (höhere Berufsbildung) sowie für die berufsorientierte Weiterbildung zuständig. Dies umfasst auch die Berufe aus den bisher kantonale geregelten Bereichen Gesundheit, Soziale Arbeit und Kunst. Der Bund ist für den Erlass der Verordnungen (berufliche Grundbildung) und der Prüfungsreglemente (eidgenössische Berufs- und höhere Fachprüfungen) sowie für die Anerkennung der Bildungsgänge (höhere Fachschulen) zuständig. Der Vollzug ist Sache der Kantone. Die Organisationen der Arbeitswelt (Sozialpartner, Berufsverbände, andere zuständige Organisationen und andere Anbieter der Berufsbildung) definieren die Bildungsinhalte und stellen Bildungsangebote bereit.
- *Gesetzgebung über universitäre Gesundheitsberufe:* Um sicherzustellen, dass in der Schweiz praktizierende Medizinalpersonen die erforderlichen fachlichen Kompetenzen aufweisen, legt der Bund die Ziele und Anforderungen an Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramme der universitären Gesundheitsberufe fest und nimmt die Akkreditierung dieser Programme vor (Bundesrat 2004). Die Bestimmungen beziehen sich auf die eidgenössischen Diplome und Weiterbildungstitel. Für die weiteren Fort- oder Weiterbildungsprogramme sind die medizinischen Fachgesellschaften zuständig.
- *Forschungspolitik:* In der Ressortforschung sieht der Entwurf für das Forschungskonzept Gesundheit 2008–2011 des BAG vor, die Migrationsperspektive als integralen Be-

standteil in Forschungsdesigns, in Monitorings, in der Umsetzung und in Evaluationen zu verankern und so die Chancengleichheit zu fördern. In den letzten Jahren wurden verschiedene Forschungsprojekte zum Thema Migration und Gesundheit unterstützt, deren Resultate 2006 in einer Synopsis veröffentlicht wurden (BAG 2006f). Neben dem BAG widmeten sich auch die nationalen Forschungsprogramme 51 (Integration und Ausschluss) sowie 45 (Sozialstaat) mit Fragen zum Bereich Migration und Gesundheit. Im Rahmen der Integrationsförderung des BFM und der EKA wurden ebenfalls Forschungen im Bereich Migration und Integration lanciert.

#### **4.4 Der kantonale, kommunale und zivilgesellschaftliche Kontext**

Neben der Bundesebene sind auch die kantonale und kommunale Ebene sowie die Aktivitäten zivilgesellschaftlicher AkteurInnen in den Bereichen Migration und Gesundheit für den Kontext der Strategie Migration und Gesundheit relevant.

##### **4.4.1 Kantonsebene**

Die Kantone sind allgemein zuständig für die Gesundheitsversorgung und -vorsorge (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2004; Achtermann/Berset 2006). In ihren Aufgabenbereich fallen Massnahmen in der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention sowie die Sicherstellung der medizinischen Versorgung, Pflege und Rehabilitation. In der Gesundheitsversorgung sind die Kantone verantwortlich für die Spitalplanung. Sie sind vielfach Träger von öffentlichen Spitälern und organisieren die Pflege sowie verschiedene Dienste, unter anderem sozialpsychiatrische und schulärztliche Dienste. Die Kantone haben zudem Zuständigkeiten in der regionalen Umsetzung von Anliegen der Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Somaini 2004). Im Rahmen des Gesundheitsschutzes setzen die Kantone Bundesrecht bezüglich Arbeitssicherheit sowie Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten um. Sie nehmen zudem diverse sozialpolitische Aufgaben wahr und sind auch für die Prämienverbilligung in der obligatorischen Krankenversicherung zuständig. Die Konferenz der Schweizerischen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK) ist für die interkantonale Zusammenarbeit, die Zusammenarbeit zwischen Kantonen und Bund und zwischen Kantonen sowie Verbänden und anderen Organisationen des Gesundheitswesens zuständig.

Im Bereich der Migrationspolitik sind sie für die Betreuung von Asylsuchenden zuständig und in unterschiedlichem Ausmass in der Förderung der Integration von MigrantInnen aktiv. Eine Vielzahl von Kantonen verfügt über Integrationsdelegierte, die im Auftrag der Kantonsbehörden verschiedene Aufgaben wahrnehmen. Diese sind in einer nationalen Dachorganisation, der Konferenz der kantonalen, regionalen und kommunalen Integrationsdelegierten (KID), zusammengeschlossen.

Als Träger der Berufsschulen, höheren Fachschulen, Fachhochschulen und Universitäten nehmen die Kantone des Weiteren in der Berufsbildung eine wichtige Rolle ein. Im Bereich der Forschung sind sie im Rahmen kantonaler Gesundheitsberichte und eigener statistischer Erhebungen tätig.

#### **4.4.2 Gemeindeebene**

Auch die Gemeinden sind im Gesundheitsbereich tätig, indem sie gemeindenahe Versorgungs- und Präventionseinrichtungen zur Verfügung stellen und Gesundheitsförderungs- und Präventionsanliegen unterstützen, die sich an Problemen in ihrer Gemeinde orientieren (vgl. Achtermann/Berset 2006; Somaini 2004). Dabei handelt es sich unter anderem um Zuständigkeiten, die die Kantone an sie delegiert haben, so z.B. die Führung von Bezirksspitalern, Pflege- und Seniorenheimen, die spitalexterne Pflege oder schulärztliche Dienste (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2004).

#### **4.4.3 Private AkteurInnen**

Das Engagement privater AkteurInnen im Gesundheitsbereich findet sich vor allem auf der Angebotsseite (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2004): Sie bieten durch Leistungen im Bereich der Produktion von medizinischen Gütern, Versicherungsleistungen, medizinische Versorgung oder Prävention und Gesundheitsförderung einen grossen Teil der Gesundheitsversorgungsleistungen an und werden durch Kantone und Gemeinden in formelle und informelle Entscheidungsprozesse einbezogen. Die verschiedenen LeistungserbringerInnen sind in der Regel zu Verbänden zusammengeschlossen, die auch Aufgaben in den Bereichen der Aus- und Weiterbildung und der Qualitätssicherung wahrnehmen. Diesbezüglich sind insbesondere die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), die verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften, der Verband H + Die Spitäler der Schweiz, die Dach-OdA Gesundheit, die Schweizerische Konferenz der Pflegefachschulen (SKP) und der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) zu nennen.

Themen der Prävention und Gesundheitsförderung werden von zahlreichen privaten AkteurInnen wie etwa den Gesundheitsligen und den Fachstellen, aber auch von Profitorganisationen (z.B. im Fitnessbereich) aufgenommen (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2004; Somaini 2004). Private AkteurInnen sind zudem oft an der Umsetzung von Entscheiden auf der Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene durch Leistungsvereinbarungen beteiligt (vgl. Achtermann/Berset 2006; Rosenbrock/Gerlinger 2004; Somaini 2004). Auf der Nachfrageseite finden sich insbesondere KonsumentInnen- und PatientInnen-Organisationen.



## 5 Grundsätze der Strategie Migration und Gesundheit Phase II

Im Folgenden werden die Grundsätze der Strategie Migration und Gesundheit Phase II, d.h. ihre Vision, Ziele und Handlungsprinzipien beschrieben.

### 5.1 Vision

Die Strategie Migration und Gesundheit verfolgt die Vision der gesundheitlichen Chancengleichheit im Sinne der WHO (vgl. Whitehead 1991; Mielck 2000):

Alle in der Schweiz lebenden Personen erhalten eine faire Chance, ihr Gesundheitspotenzial zu entfalten. Niemand wird durch vermeidbare Benachteiligungen daran gehindert.

Diese Vision gilt unabhängig davon, ob eine Person einen Migrationshintergrund aufweist oder nicht. Wie weiter oben dargelegt wurde, ist Migration bzw. Herkunft neben dem Geschlecht in verschiedener Hinsicht eine wesentliche Determinante gesundheitlicher Chancengleichheit. Die übergeordnete Zielsetzung der Strategie Migration und Gesundheit lautet deshalb:

Die Strategie Migration und Gesundheit trägt zum Abbau von vermeidbaren gesundheitlichen Benachteiligungen bei und verbessert so die Voraussetzungen, dass Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz dieselbe Chance wie Einheimische haben, ihr Gesundheitspotenzial zu entfalten.

### 5.2 Ziele

Die Strategie Migration und Gesundheit zielt in erster Linie darauf ab, die Situation von Personen mit Migrationshintergrund, deren gesundheitliche Chancengleichheit beeinträchtigt ist, zu verbessern. Dies schliesst jedoch nicht aus, dass die Massnahmen dieser Strategie auch anderen Personenkreisen zu Gute kommen können, die z.B. aufgrund ihrer sozioökonomischen Stellung oder Einschränkungen ihrer Gesundheitskompetenz ähnliche gesundheitliche Benachteiligungen erfahren wie Personen mit Migrationshintergrund. So ist beispielsweise davon auszugehen, dass die Förderung der Kompetenz des Gesundheitspersonals im Umgang mit Diversität zu einer Steigerung der allgemeinen Patientenorientierung und damit grundsätzlich zu einer höheren Qualität der Gesundheitsversorgung beitragen kann.

Angesichts der in Kapitel 3 identifizierten Problemfelder und Handlungsmöglichkeiten verfolgt die Strategie Migration und Gesundheit Phase II die folgenden sechs Wirkungsziele:

- Angebote der Gesundheitsförderung und der Prävention sind migrationsgerecht ausgestaltet.
- Personen mit Migrationshintergrund verfügen über ausreichende Gesundheitskompetenz und gesundheitsbezogene Informationen, um sich gesundheitsförderlich verhalten zu können.
- Führungsverantwortliche und Leistungserbringende auf allen Ebenen des Versorgungssystems setzen sich mit konkreten Massnahmen dafür ein, dass die Gesundheitsversorgung auch für Personen mit Migrationshintergrund zugänglich und adäquat ausgestaltet ist.
- Das Gesundheitspersonal verfügt über eine ausreichende transkulturelle Kompetenz im Umgang mit einer von Diversität geprägten Klientel.
- Professionelles interkulturelles Übersetzen kommt im Gesundheitswesen verstärkt und dem Bedarf entsprechend zum Einsatz.
- Es ist zusätzliches und differenziertes Wissen über die gesundheitliche Situation von Personen mit Migrationshintergrund sowie über die Zusammenhänge und Wechselwirkungen von Migration und gesundheitlicher Chancengleichheit vorhanden und für interessierte Kreise verfügbar.

Diese Ziele werden auf der Ebene der einzelnen Handlungsfelder durch spezifische Teilziele konkretisiert.

### **5.3 Handlungsprinzipien**

Im Rahmen der Strategie Migration und Gesundheit orientiert sich der Bund an fünf zentralen Handlungsprinzipien. Er verfolgt einen integrativen Ansatz, strebt die Stärkung der Ressourcen der Migrationsbevölkerung an, berücksichtigt die Bedeutung der Gender-Dimension, setzt im Rahmen seiner Möglichkeiten auf ein multisektorales Vorgehen und legt Wert auf Partizipation und Vernetzung.

#### ***Integrativer Ansatz und Nachhaltigkeit***

Grundsätzlich wird primär die Berücksichtigung migrationsspezifischer Anliegen in den regulären Angeboten und Dienstleistungen angestrebt. In erster Linie wird deshalb auf die Öffnung der bestehenden Institutionen, Angebote und Dienstleistungen und der bereits zur Anwendung kommenden Programme hingewirkt (mittels Information, Koordination und Vernetzung). Damit ein niederschwelliger Zugang zu Einrichtungen und Angeboten ermöglicht werden kann, müssen in erster Linie bestehende Zugangshindernisse abgebaut werden. Unter bestimmten Bedingungen ist es allerdings sinnvoll, in Ergänzung und Abstimmung mit den vorhandenen Angeboten auch Interventionen zu fördern, die sich gezielt an bestimmte

Zielgruppen in der Migrationsbevölkerung wenden. Dies kann der Fall sein, wenn keine entsprechenden Angebote bestehen, die Öffnungsmöglichkeiten bestehender Angebote beschränkt sind, oder eine Integration von spezifischen Angeboten in den Regelstrukturen nicht sinnvoll erscheint. Das Vorgehen mit einem integrativen Ansatz entspricht insgesamt dem Anspruch, die migrationsgerechten Angebote und Massnahmen nachhaltig im Gesundheitswesen zu verankern.

### ***Ressourcenorientierung, Empowerment und Partizipation der Migrationsbevölkerung***

Bei der Umsetzung der Bundesstrategie Migration und Gesundheit soll ein salutogenetischer und ressourcenorientierter Ansatz (z.B. die Nutzung von Netzwerken der Migrationsbevölkerung zur Valorisierung von gesundheitsrelevanten Informationen) zunehmend an Bedeutung gewinnen. Das bei Personen mit Migrationshintergrund vorhandene Potenzial hinsichtlich der Verbesserung ihrer gesundheitlichen Lage ist zu identifizieren und die Mobilisierung ihrer Ressourcen zu stärken. Zur Ressourcenorientierung im Rahmen des Empowerments gehört die Partizipation der Migrationsbevölkerung: Insbesondere im Rahmen von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen wird verstärkt mit Fachpersonen mit Migrationshintergrund zusammengearbeitet.

### ***Gender-Sensibilität***

Im Hinblick auf Chancengleichheit im Gesundheitswesen für Personen mit Migrationshintergrund ist es von zentraler Bedeutung, dass bei der Umsetzung der Strategie der Gender-Aspekt systematisch berücksichtigt wird. Die Sensibilität für Geschlechterverhältnisse und (potenzielle) Diskriminierungsstrukturen führt dazu, dass Unterschiede der Geschlechter anerkannt werden und dass bei der Umsetzung der Strategie die persönlichen und sozialen Ressourcen von Frauen/Mädchen und Männern/Jungen systematisch berücksichtigt werden. Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen sind für Frauen und Männer gegebenenfalls von unterschiedlichen Faktoren geprägt, was sich auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen auswirken kann. Unterschiedlichen Sichtweisen und Lebenswelten von Frauen und Männern wird deshalb bei der Umsetzung Rechnung getragen.

### ***Multisektorales Vorgehen***

Für die Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit ist der Einbezug von Gesundheitsdeterminanten aus Bereichen wie Bildung, Arbeit und Wohnen wichtig, die die Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen können. Zur Schaffung von gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen ist deshalb prinzipiell ein sektorübergreifender Ansatz angebracht (vgl. BAG 2005; Achtermann/Berset 2006). Eine umfassende, systematische multisektorale Ausrichtung der Strategie Migration und Gesundheit ist jedoch angesichts der beschränkten Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten ein zu ambitioniertes Vorhaben. Im Sinne einer realistischen Prioritätensetzung bemüht sich die Strategie Migration und Gesundheit

deshalb vor allem darum, im Rahmen eines Mainstreaming migrationsbezogene Überlegungen in gesundheitsrelevante Prozesse und Aktivitäten einzubringen.

Dazu dienen Vernetzungs- und Koordinationsaktivitäten, bei denen Gesundheitsanliegen in Prozesse und andere Politikbereiche eingebracht werden. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die Wechselwirkungen zwischen Integrations- und Gesundheitspotenzial zu betonen. So bietet etwa die Umsetzung des Integrationsberichts des BFM eine Gelegenheit, Gesundheitsförderung und Integrationsförderung aneinander zu koppeln, was einen ersten Schritt in Richtung multisektoraler Gesundheitspolitik darstellt.

### ***Partizipation und Vernetzung***

Angesichts der Kompetenzteilung und der an Komplexität gewinnenden Kompetenzverflechtung im schweizerischen Gesundheitswesen ist der Bund beim Hinwirken auf die Vision der Chancengleichheit im Gesundheitswesen auf die Unterstützung zahlreicher anderer AkteurInnen angewiesen. Die Zielerreichung der Strategie Migration und Gesundheit ist von der Zusammenarbeit und dem Informationsaustausch zwischen verschiedenen AkteurInnen abhängig. Der Bund muss deshalb mit geeigneten Massnahmen die Bereitschaft zur Zusammenarbeit und zur gegenseitigen Abstimmung der Aktivitäten herzustellen versuchen. Seine Möglichkeiten der Steuerung nimmt er in allen vier Handlungsfeldern insbesondere durch die Erfüllung der Querschnittsaufgabe Mainstreaming Migration wahr.

Die bisher praktizierte Kombination von massnahmenbezogenen Tätigkeiten, Initiierung und Förderung von Projekten sowie Koordinations- und Vernetzungsarbeit hat sich grundsätzlich als sinnvoll und geeignet erwiesen. Der direkte Kontakt mit innovativen Projekten fördert einerseits den Praxisbezug und die Beziehungen zur Umsetzungsebene, andererseits kann die Lancierung von Projekten auch wichtige Impulse in Richtung strukturelle Verankerung geben. Ein Prozess Richtung strukturelle Verankerung muss allerdings durch die Rahmenbedingungen begünstigt sein. Es ist daher unabdingbar, dass im Rahmen der Bundesstrategie parallel auch solche günstigen Rahmenbedingungen gefördert werden, sei es durch die Programmleitung, die Kantone oder Partnerorganisationen. Angesichts der in Phase II der Strategie Migration und Gesundheit angestrebten Vertiefung drängt sich ein vermehrter Einbezug der diversen AkteurInnen wie auch die verstärkte systematische Nutzung bereits bestehender Plattformen auf.

## **6 Die vier Handlungsfelder der Strategie Migration und Gesundheit Phase II**

Die wesentlichen Ansatzpunkte zur Erreichung der obgenannten Ziele sind die migrationsgerechte Ausgestaltung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention, die Mobilisierung von Entscheidungsträgern des Gesundheitssystems, die transkulturelle Kompetenz des Gesundheitspersonals, der Einsatz von interkulturellem Übersetzen, die Erweiterung bestehender Datenerhebungsinstrumente im Gesundheitswesen, die Generierung neuen Wissens sowie der Wissenstransfer, Diese Ansatzpunkte und die damit verbundenen Massnahmen lassen sich zu vier Handlungsfeldern mit spezifischen Zielen und Massnahmen bündeln:

- Gesundheitsförderung und Prävention
- Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen
- Gesundheitsversorgung
- Forschung

Diese vier Handlungsfelder sind aufeinander abgestimmt und ergänzen sich gegenseitig. Inhaltlich und in ihrer grundsätzlichen Stossrichtung entsprechen sie weitgehend denjenigen der Strategie Migration und Gesundheit 2002–2007. Sie werden ergänzt durch die Querschnittsaufgabe Mainstreaming Migration, die handlungsfeldübergreifend zum Tragen kommt und die spezifischen Massnahmen unterstützt.

Im Folgenden werden die vier Handlungsfelder der Strategie Migration und Gesundheit Phase II diskutiert. In jedem Handlungsfeld wird zunächst definiert, was es beinhaltet. Anschliessend wird formuliert, welchen Beitrag das Handlungsfeld an die Erreichung der Ziele der Strategie Migration und Gesundheit leisten soll. Ein dritter Abschnitt präsentiert die Strategien und Massnahmen, mit denen der Bund die Zielerreichung sicherstellen will. Schliesslich werden die Strukturen umrissen, in deren Rahmen diese Strategien und Massnahmen realisiert werden sollen. Im Anschluss an die vier Handlungsfelder wird die unterstützende Querschnittsaufgabe Mainstreaming Migration präsentiert.

### **6.1 Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention**

#### **6.1.1 Definition des Handlungsfelds**

Das Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention umfasst Strategien und Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Personen mit Migrationshintergrund, zur Stärkung ihrer Gesundheitsressourcen und zur Reduktion von spezifischen gesundheitlichen Belastungen.

Gesundheitsförderung wird als Prozess verstanden, der Personen befähigt, die Selbstbestimmung über ihre Gesundheit und deren Determinanten zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern. Das Konzept der Gesundheitsförderung beinhaltet für die Zielgruppe der Personen mit Migrationshintergrund ein grosses Potenzial, da es sich daran orientiert, wie es Menschen auch unter belastenden Bedingungen gelingt, gesund zu bleiben respektive gesünder zu werden.

Prävention umfasst die Reduktion von spezifischen gesundheitlichen Belastungen. Schwerpunkte liegen hier in der Verringerung von migrationspezifischen Erkrankungsrisiken (primäre Prävention) und in der Früherkennung von bereits vorhandenen Krankheiten (sekundäre Prävention).

Aus wissenschaftlicher Sicht sind Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention nur dann wirkungsvoll, wenn sie Komponenten zur Änderung der individuellen Verhaltensebene beinhalten (Verhaltensprävention) wie auch auf die Verhältnisse der Menschen in ihrem Alltag einwirken (Verhältnisprävention).

### **6.1.2 Zielbeitrag**

Indem gesundheitsschädigende Verhältnisse und Verhaltensweisen verringert und gesundheitsförderliche Verhältnisse und Verhaltensweisen gestärkt werden, haben Personen mit Migrationshintergrund dieselben Chancen wie die Einheimischen, ihre Gesundheit zu fördern und präventiv zu handeln.

Angesichts der hohen Bedeutung von materiellen und psychosozialen Belastungen für den Gesundheitszustand von Personen mit Migrationshintergrund ist es für die Chancengleichheit im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention zum einen eine wesentliche Voraussetzung, dass die Verhältnisse wie etwa die Arbeitssituation oder die soziale Situation berücksichtigt werden. Dies bedeutet eine Einbettung von Gesundheitsförderung und Prävention in den Integrationsprozess im umfassenden Sinn. Damit Personen mit Migrationshintergrund überhaupt gesundheitsförderlich und präventiv handeln können, müssen aber auch die strukturellen Barrieren des Gesundheitssystems selbst abgebaut werden, sodass gesundheitsfördernde und präventive Angebote niederschwellig und in guter Qualität in Anspruch genommen werden können (z.B. durch die Produktion von gesundheitsrelevanten Informationen in Migrationssprachen und deren niederschwellige Valorisierung in Sprachkursen, die von der Zielgruppe besucht werden).

Ein wesentlicher Faktor für ein chancengleiches gesundheitsförderliches und präventives Handeln sind zudem Verhaltensänderungen: Indem Gesundheitskompetenzen gezielt gefördert und individuelle und kollektive Gesundheitsressourcen gestärkt werden, sollen Personen mit Migrationshintergrund dieselben Chancen haben, gesund zu bleiben.

### 6.1.3 Strategie und Massnahmen

Um das gesundheitsfördernde und präventive Handeln von Personen mit Migrationshintergrund zu stärken, bedarf es einer dreifachen Strategie:

- Um die Verhältnisebene von Gesundheitsförderung und Prävention berücksichtigen zu können, ist ein Bezug zur Integrationspolitik unerlässlich. Gesundheitspolitische Aspekte müssen fortlaufend in die Integrationsförderungsmassnahmen des Bundes eingebracht und Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention auf ihr integratives Potenzial hin überprüft werden.
- Gleichzeitig müssen die bereits bestehenden Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme und –angebote, die für die gesundheitlichen Problemlagen von Personen mit Migrationshintergrund relevant sind, migrationsgerecht angepasst und geöffnet werden
- Ergänzend dazu müssen bei Bedarf spezifische Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote für Personen mit Migrationshintergrund gezielt gefördert werden.

Um erfolgreiche Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen für Personen mit Migrationshintergrund realisieren zu können, müssen diese auf deren sozialen Kontext abgestimmt sein. Dabei ist insbesondere der Stellenwert von sozialen Netzwerken und der Settings wie z.B. Familie, Vereine, Arbeit und Freizeit zu berücksichtigen. Spezifische Zielgruppen müssen je nach thematischer Ausrichtung evidenzbasiert unter Berücksichtigung der spezifischen Altersgruppen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, ältere MigrantInnen) definiert werden. Von zentralem Stellenwert sind zudem der partizipative Miteinbezug der Zielgruppe bei der Konzipierung und Umsetzung der Massnahmen, die Gendersensibilität und die Berücksichtigung von Eigeninitiativen.

Mainstreaming Migration in Gesundheitsförderung und Prävention durch Wissenstransfer, Austausch, Innovationsförderung

Die migrationsgerechte Öffnung von bestehenden Programmen, Angeboten und Vorhaben der Gesundheitsförderung und Prävention wird auf nationaler und kantonaler Ebene durch einen gezielten Wissenstransfer von Grundlagen und operationellen Hilfsmitteln, durch Austauschplattformen und durch die Unterstützung von Innovationen gefördert. Handlungsbedarf besteht hier insbesondere in den folgenden Themenbereichen:

- Sicherheit und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz
- Bewegung und Ernährung
- HIV/Aids
- Sucht (Medikamente, Tabak, illegale Substanzen, Alkohol)
- Krebsvorsorge
- Psychische Gesundheit

### Bereitstellung von adäquaten Informationsmaterialien/-medien und Förderung von Gesundheitskompetenzen bezüglich der Funktionsweise des Gesundheitssystems

Damit sich die funktionale, interaktive und kritische Gesundheitskompetenz von Personen mit Migrationshintergrund erhöht, werden Massnahmen ergriffen, um Informationslücken zu schliessen sowie um das Grundwissen und die Handlungskompetenz von Personen mit Migrationshintergrund über die Funktionsweise des Gesundheitssystems zu erhöhen. Dazu sind zielgruppenadäquate Informationsmaterialien bereitzustellen, zentral zugänglich zu machen und zielgruppengerecht zu verbreiten.

### Förderung von Schwerpunktprojekten

Im Rahmen von Schwerpunktprojekten werden zusätzlich Massnahmen gefördert, die es erlauben, auf den Bedarf nach spezifischen Angeboten zu reagieren. Handlungsbedarf besteht hier insbesondere in den folgenden Themenbereichen:

- Sexuelle und reproduktive Gesundheit (insbesondere Schwangerschaftsverhütung und -abbrüche, FGM, Geburtsvorbereitung)
- Orale Gesundheit

#### **6.1.4 Umsetzungsstruktur**

In der Schweiz findet sich eine Vielzahl von Institutionen auf Bundes-, Kantons-, und Gemeindeebene, die sich vorwiegend oder teilweise mit Fragen und Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention beschäftigen. Deren Zuständigkeiten und Kompetenzen sind aufgrund der lückenhaften und uneinheitlichen Gesetzgebung in der Gesundheitsförderung und Prävention nicht verbindlich geregelt (BAG 2006g). Die Überprüfung der politischen Machbarkeit einer Vereinheitlichung der rechtlichen und strategischen Grundlagen ist Ziel des Projekts „Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung“ bis ins Jahr 2010. Im Rahmen der Strategie Migration und Gesundheit Phase II wird deshalb die Zusammenarbeit mit den zuständigen Stellen auf nationaler Ebene verstärkt sowie die Zusammenarbeit mit den kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung, den kantonalen Präventionsstellen und den kantonalen Integrations- und Suchtdelegierten gefördert.

Dem Bund kommt dabei primär die Rolle zu, Grundlagen und Anreize für eine migrationsgerechte Ausrichtung von Programmen und Angeboten zu schaffen. Ergänzende Angebote sollen in enger Zusammenarbeit mit der Regelversorgung und bei Bedarf in Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Organisationen realisiert werden.



## **6.2 Handlungsfeld Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen**

### **6.2.1 Definition des Handlungsfelds**

Unter Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen werden die regulären Aus- und Weiterbildungsangebote für Berufsleute des Gesundheitswesens in der Schweiz verstanden. Diese erfolgen auf folgenden Stufen:

- berufliche Grundbildung
- höhere Berufsbildung
- berufsorientierte Weiterbildung
- akademische Bildung.

Das Handlungsfeld Aus- und Weiterbildung umfasst auch Ausbildungsangebote für professionelle interkulturelle ÜbersetzerInnen im Gesundheits- und Sozialbereich, die bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten die Fachleute im Gesundheitsbereich bei der kompetenten Behandlung von PatientInnen mit Migrationshintergrund unterstützen.

### **6.2.2 Zielbeitrag**

Im Handlungsfeld Aus- und Weiterbildung verfolgt der Bund Strategien und setzt Massnahmen um, die darauf abzielen, dass die Berufsleute im Gesundheitswesen sich im Rahmen ihrer regulären Aus- und Weiterbildung das nötige Handlungswissen aneignen können, damit die zunehmend vielfältige PatientInnenschaft transkulturell kompetent behandelt wird. Transkulturelle Kompetenz auf allen Ebenen des Gesundheitswesens ist eine wesentliche Voraussetzung für eine adäquate Ausgestaltung des Gesundheitssystems und die Verbesserung des Zugangs zu dessen Angeboten. Damit die Ziele in den Handlungsfeldern Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden können, ist es notwendig, dass die im Gesundheitswesen tätigen Fachleute über das im Zusammenhang mit Migration und Gesundheit relevante Wissen verfügen.

### **6.2.3 Strategie und Massnahmen**

Eine Voraussetzung, dass die Berufsleute des Gesundheitswesens die im Zusammenhang mit Migration und Gesundheit relevanten Bildungsinhalte in ihren regulären Aus- und Weiterbildungen erwerben können, ist deren Verankerung und Thematisierung in den verschiedenen Ausbildungsreglementen und Lehrplänen. In diesem Bereich liegt der Schwerpunkt der Massnahmen des Handlungsfelds Aus- und Weiterbildung.

Um eine adäquate Behandlung von PatientInnen mit Migrationshintergrund bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten sicherzustellen, sollen zudem weiterhin, dem quantitativen und qualitativen Bedarf entsprechend, interkulturelle ÜbersetzerInnen ausgebildet werden.

Die verantwortlichen Instanzen für die Aus- und Weiterbildung im Bereich der Gesundheitsberufe in der Schweiz werden mit folgenden Massnahmen zur Mitarbeit angeregt:

Mainstreaming zur Förderung der systematischen Integration des Themenbereichs Migration in die Ausbildungsreglemente und Lehrpläne der Bildungsgänge für Gesundheitsberufe

Um eine nachhaltige, strukturelle Wirkung bei der Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsberufen zu erzielen, sind verschiedene Adressaten anzusprechen. Die Mainstreaming-Massnahmen richten sich an die zuständigen Instanzen für die Reglementierung der Gesundheitsberufe, an die Instanzen, welche die Umsetzung der Reglementierungen überwachen, sowie an die Ausbildungsinstitutionen selbst – in letzterem Fall stehen vor allem Information und Wissenstransfer im Vordergrund.

Derzeit befinden sich in der Schweiz zahlreiche Berufsbildungen des Gesundheitsbereichs im Umbruch, werden neu konzipiert oder verändert. Ausserdem werden neue Berufe im Gesundheitsbereich entwickelt. Daher bietet sich eine günstige Gelegenheit, migrationspezifische Bildungsinhalte in die Ausbildungsreglemente und Lehrpläne einzubringen. Der Aus- und Weiterbildung von ÄrztInnen soll zudem besondere Beachtung geschenkt werden: durch Mainstreaming-Aktivitäten sollen Inhalte wie migrationspezifische Anamnese, Arbeit mit interkulturellen ÜbersetzerInnen u.ä. in die Aus- und Weiterbildung von ÄrztInnen eingebracht werden.

Bereitstellung ergänzender, spezifischer Weiterbildungsangebote zur Stärkung der transkulturellen Kompetenz von Berufsleuten des Gesundheitswesens

Ergänzend zu den oben genannten Mainstreaming-Massnahmen sollen bei Bedarf Anreizfinanzierungen für zusätzliche, spezifische Weiterbildungsangebote zur Stärkung der transkulturellen Kompetenz von Berufsleuten des Gesundheitswesens bereitgestellt werden. Mit dieser Massnahme sollen Institutionen des Gesundheitsbereichs wie Spitäler, Ausbildungsstätten oder Berufsverbände ermutigt werden, die transkulturelle Kompetenz ihres Personals, ihrer Auszubildenden oder ihrer Verbandsmitglieder zu stärken. Dabei sollen insbesondere auch diejenigen ArbeitnehmerInnen in der Pflege erreicht werden, die über keine reguläre Ausbildung im Gesundheitsbereich verfügen.

Förderung eines qualitativ und quantitativ bedarfsgerechten Angebots an interkulturellen ÜbersetzerInnen

Die oben umschriebenen Mainstreaming-Aktivitäten sowie bei Bedarf Zusatzfinanzierungen kommen auch im Bereich der Ausbildung der interkulturellen ÜbersetzerInnen zur Anwendung. Der Bund setzt sich mit diesen Massnahmen dafür ein, dass dem im Gesundheitswesen

bestehenden Bedarf entsprechend – beispielsweise nach Dolmetschenden einer bestimmten Sprache, eines bestimmten Geschlechts – interkulturelle ÜbersetzerInnen zur Unterstützung für die Berufsleute und die NutzerInnen des Gesundheitswesens verfügbar sind. Es wird zudem sichergestellt, dass die Qualität der Übersetzungsdienstleistungen dem Bedarf im Gesundheitswesen entspricht bzw. sich dementsprechend weiter entwickelt.

#### **6.2.4 Umsetzungsstruktur**

In der Schweiz sind verschiedene Institutionen auf unterschiedlichen Ebenen für die Ausbildung und die Festlegung der Inhalte der Aus- und Weiterbildung im Bereich der Gesundheitsberufe zuständig. Es sind dies:

- Instanzen der öffentlichen Hand (sowohl des Bundes wie auch der Kantone)
- private Trägerschaften von Aus- und Weiterbildungen im Gesundheitswesen
- Dachorganisationen der Arbeitswelt, Berufs- und Fachverbände
- sowie Arbeitgeber und Ausbildungsstätten im Gesundheitsbereich.

Um seine Ziele im Handlungsfeld Aus- und Weiterbildung zu erreichen, arbeitet der Bund bei der Umsetzung der verschiedenen Massnahmen eng mit diesen Instanzen zusammen. Er verstärkt die Zusammenarbeit mit ihnen und setzt sich für ein gemeinsames Hinwirken auf die Verankerung der Inhalte zu Migration und Gesundheit in den Aus- und Weiterbildungen im Gesundheitswesen ein.

### **6.3 Handlungsfeld Gesundheitsversorgung**

#### **6.3.1 Definition des Handlungsfelds**

Die Gesundheitsversorgung umfasst alle Personen, Organisationen, Einrichtungen, Regelungen und Prozesse, die die Gesundheit fördern und erhalten oder aber Krankheiten und Verletzungen vorbeugen und behandeln. KundInnen oder PatientInnen der Gesundheitsversorgung sind demnach Menschen, die in ihrer Gesundheit beeinträchtigt sind oder deren Gesundheit erhalten werden soll. Bei den Leistungen der Gesundheitsversorgung kann es sich um diagnostische, präventive, therapeutische oder Rehabilitationsleistungen handeln.

Zu den AkteurInnen der Gesundheitsversorgung gehören AnbieterInnen, die genannte Leistungen stationär (etwa Spitäler, Einrichtungen für Betagte, chronisch Kranke oder Behinderte) oder ambulant (z.B. HausärztInnen, Spitex-Dienste, ZahnärztInnen, etc.) erbringen. Auch staatliche und private AkteurInnen und KostenträgerInnen, die mit den genannten LeistungserbringerInnen in Zusammenhang stehen, sind dem System der Gesundheitsversorgung zuzuordnen (Bund, Kantone, Gemeinden, gesetzliche Sozialversicherungsträger, private Kranken- und Unfallversicherer, Fachverbände u.a.).

### **6.3.2 Zielbeitrag**

Die Gesundheitsversorgung von Personen mit Migrationshintergrund muss adäquat sein, d.h. die Qualität der Betreuung und Behandlung von Personen mit Migrationshintergrund entspricht derjenigen der einheimischen Bevölkerung. Dies bedeutet zudem, dass den MigrantInnen ein chancengleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleistet wird. Die Gesundheitsversorgung gilt als adäquat, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Die Erfolgchancen einer medizinischen Behandlung sind bei Menschen mit Migrationshintergrund gleich gross wie bei der einheimischen Bevölkerung
- Die Betreuung und Behandlung von Personen mit Migrationshintergrund gestaltet sich nach deren medizinischem Bedarf
- Personen mit Migrationshintergrund sind mit den Leistungen der Gesundheitsversorgung zufrieden. Das Personal der Gesundheitsversorgung ist mit der Arbeit mit PatientInnen mit Migrationshintergrund zufrieden
- Der Zugang zu den Leistungen der Gesundheitsversorgung ist nicht von Sprache, Religion, sozioökonomischer Situation, Geschlecht oder Alter abhängig.

Indem die Institutionen der Gesundheitsversorgung Leistungen konsequent auf eine vielfältige Klientel ausrichten, d.h. auch auf Personen mit Migrationshintergrund, und allen Bevölkerungsgruppen in der Schweiz Zugang zu adäquaten Leistungen gewährleisten, tragen sie wesentlich zur Realisierung der Chancengleichheit im Gesundheitswesen bei.

### **6.3.3 Strategie und Massnahmen**

Die Ansatzpunkte im Handlungsfeld Gesundheitsversorgung sind auf drei Ebenen anzusiedeln:

- Makroebene: Nationale und kantonale Rahmenbedingungen können eine adäquate Betreuung und Behandlung von Personen mit Migrationshintergrund ermöglichen. Angesprochen sind insbesondere Gesetzgebungen und Vereinbarungen im Gesundheitsbereich.
- Mesoebene: Versorgungsinstitutionen wie Spitäler, Kliniken oder Spitex, aber auch Privatpraxen erreichen durch entsprechende Unternehmensstrategien und Prozesse sowie durch geeignete Massnahmen bezüglich Kommunikation, Personal und den zentralen Diensten eine hohe Betreuungsqualität gegenüber Personen mit Migrationshintergrund.
- Mikroebene: Die einzelnen Fachpersonen des Gesundheitswesens und ihr direktes Umfeld können wesentlich dazu beitragen, dass die Betreuung und Behandlung von MigrantInnen adäquat ist.

### Mainstreaming bei LeistungserbringerInnen der Gesundheitsversorgung und relevanten Behörden zur Förderung einer migrationsgerechten Angebotsgestaltung

Die Massnahmen im Handlungsfeld Gesundheitsversorgung setzen in erster Linie bei der Regelversorgung an. Durch Mainstreaming Migration (Informationsvermittlung, Wissenstransfer und Vernetzung) sollen die LeistungserbringerInnen der Gesundheitsversorgung sowie relevante Behörden angeregt werden, bei der Gestaltung der Angebote die Klientel mit Migrationshintergrund miteinzubeziehen. Aufgrund der in Abschnitt 2.3.3 beschriebenen empirischen Evidenz werden dabei bestimmte Bereiche fokussiert, in denen besonderer Handlungsbedarf besteht:

- Spitalmanagement (oberste Führungsebene)
- Klinikmanagement (Untereinheiten eines Spitals), insbesondere zentrale AkteurInnen von Frauenkliniken, Notfallaufnahmen, psychiatrischen Kliniken, Rehabilitationskliniken, Schmerzkliniken und Suchthilfeeinrichtungen
- AllgemeinpraktikerInnen, GynäkologInnen und ZahnärztInnen mit Privatpraxis
- Spitex und andere Betreuungsangebote für betagte Menschen

### Förderung von Versorgungsangeboten für spezifische MigrantInnengruppen

Ergänzend zur Öffnung der Regelversorgung werden Angebote unterstützt, die Versorgungsleistungen hinsichtlich spezifischer Bedürfnisse oder vulnerabler Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund erbringen. Damit soll deren Bedarf an medizinischer Betreuung und Behandlung besser entsprochen werden. Dies beinhaltet beispielsweise Therapieangebote für traumatisierte Flüchtlinge und vorläufig Aufgenommene (inkl. Schutzbedürftige). Solchen ergänzenden Angeboten wird ein sekundärer Stellenwert zugeschrieben. Sie sind nur dann notwendig, wenn die entsprechenden Leistungen aus plausiblen Gründen nicht von der Regelversorgung übernommen werden können.

### Mainstreaming und Koordination für die interkulturelle Übersetzung in der Gesundheitsversorgung

Hinsichtlich der Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal und Personen mit Migrationshintergrund besteht Handlungsbedarf. Fehlen unterstützende Angebote im Bereich Übersetzung, ist die Verständigung zwischen Fachpersonen und Personen ohne genügende Kenntnisse einer der schweizerischen Landessprachen nicht zufriedenstellend. Die Qualität der Versorgung ist nicht gewährleistet und es bestehen Zugangsbarrieren für die betroffenen MigrantInnen. Es werden deshalb Massnahmen getroffen, um bezüglich Finanzierung und Einsatzmöglichkeiten von interkulturellem Übersetzen in der Gesundheitsversorgung Ver-

besserungen zu schaffen (z.B. Durchführen einer Kosten-Nutzen Analyse zwecks eines Argumentariums für den Einsatz von interkulturellem Übersetzen) .

### **6.3.4 Umsetzungsstruktur**

In der Schweiz sind primär die Kantone für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung verantwortlich. Sie bestimmen Art und Umfang der angebotenen Dienstleistungen des öffentlichen Gesundheitswesens. Auch im Asyl- und Flüchtlingsbereich sind die Kantone für die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden und vorläufig Aufgenommenen zuständig. Einzig im Bereich traumatisierter Personen kann das Bundesamt für Migration Beiträge an fachspezifische Leistungen erbringen.

Im Bereich der ambulanten und zum Teil auch der stationären Versorgung sind private LeistungserbringerInnen (ÄrztInnen und ZahnärztInnen, Spitexorganisationen etc.) aktiv. Auch interkulturelle Übersetzung wird von privaten, teilweise öffentlich unterstützten Organisationen angeboten.

Aufgrund der beschränkten Kompetenzen des Bundes im Handlungsfeld Gesundheitsversorgung wird in erster Linie auf Mainstreaming gesetzt. Durch verstärkte Zusammenarbeit, Informationsvermittlung, Vernetzung und Bereitstellung von Know-how werden AkteurInnen dazu bewegt, selbst Initiativen zu ergreifen und so zur Zielerreichung beizutragen.

## **6.4 Handlungsfeld Forschung**

### **6.4.1 Definition des Handlungsfelds**

Das Handlungsfeld Forschung umfasst Massnahmen und Strategien, die wissenschaftliche Erkenntnisse im Bereich Migration und Gesundheit generieren und diese den AkteurInnen zugänglich machen.

Das Forschungsfeld Migration und Gesundheit umfasst einerseits Fragestellungen zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Migrationsbevölkerung sowie zu Ursachen und Konsequenzen davon. Andererseits befasst es sich mit dem Gesundheitssystem und mit dessen Leistungserbringung an MigrantInnen.

Die Forschung erfolgt interdisziplinär und umfasst Ansätze aus den Sozial-, Rechts- und Wirtschaftswissenschaften, aus der Sozialepidemiologie, der Medizin und der Pflegewissenschaft. Sie bedient sich bewährter wissenschaftlicher Methoden aus den genannten Disziplinen und wendet sowohl quantitative als auch qualitative Methoden an.

### **6.4.2 Zielbeitrag**

Durch die durchgeführten Forschungsarbeiten werden Wissenslücken im Themenbereich Migration und Gesundheit geschlossen:

- Die gewonnenen Erkenntnisse zeigen auf, wodurch sich der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Migrationsbevölkerung bzw. ihrer verschiedenen Untergruppen (hinsichtlich sozioökonomischer Situation, Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Lebenslage, Herkunft, etc.) auszeichnen. Bedarf und Bedürfnisse hinsichtlich der Gesundheitsförderung und –versorgung von Personen mit Migrationshintergrund sind besser bekannt.
  - Es ist Wissen darüber vorhanden, inwiefern und in welcher Form das schweizerische Gesundheitssystem und dessen Institutionen adäquate bzw. chancengleiche Leistungen für die Migrationsbevölkerung erbringen und in welcher Hinsicht Zugangsprobleme bestehen.
  - Wirkungszusammenhänge im Bereich Migration und Gesundheit, insbesondere bezüglich Problemursachen und der Wirkung spezifischer Massnahmen, sind besser bekannt.
- Das zu generierende Wissen liefert vertiefte Informationen, in welchen Bereichen (Chancen-) Ungleichheiten bestehen, wo deren Ursachen liegen und mit welchen Ansätzen die Unterschiede verringert werden können. Wird dieses Wissen in der Praxis berücksichtigt, können Massnahmen im Bereich Migration und Gesundheit gezielt geplant und umgesetzt werden und leisten einen effektiven und effizienten Beitrag zur Chancengleichheit.

### **6.4.3 Strategie und Massnahmen**

#### Migrationsspezifische Anpassung bestehender Datenerhebungsinstrumente im Bereich Gesundheit

Bei verschiedenen regelmässig durchgeführten Gesundheitserhebungen wird der Aspekt Migration nicht oder nur marginal berücksichtigt. So beschränken sich die Angaben oft auf die Nationalität der Befragten. Wünschenswert ist, differenzierte Aussagen über die Mortalität, die Morbidität und das Risikoverhalten von Personen mit Migrationshintergrund sowie über die Zusammenhänge zwischen den Gesundheitsdeterminanten und über Soziodemographie, Migrationshintergrund u.a. machen zu können. Dazu müssen nebst der Nationalität weitere Informationen vorliegen, die beispielsweise Rückschlüsse auf den Migrationsgrund, die Lebenslage oder den Integrationsgrad erlauben. Deshalb sollen bestehende, insbesondere nationale Datenerhebungsinstrumente, die Gesundheit oder das Gesundheitssystem zum Gegenstand haben, mit möglichst einheitlichen, migrationsrelevanten Variablen erweitert werden. Auch kann es von grosser Bedeutung sein, bei der Gestaltung von Befragungsmethode und Stichprobendesign zu berücksichtigen, dass zur Zielgruppe auch MigrantenInnen gehören, deren spezifische Situation berücksichtigt werden muss (relevant z.B. hinsichtlich der Sprachkompetenz oder der Repräsentativität der heterogenen Migrationsbevölkerung).

#### Weiterführung des Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz

Im Jahr 2004 wurde eine erste Befragung zur Gesundheitssituation und dem Gesundheitsverhalten ausgewählter Gruppen aus der Migrationsbevölkerung durchgeführt (GMM). Diese Befragung lieferte interessante neue Erkenntnisse und bestätigte andere. Um allerdings die Datenlage weiterhin zu verbessern sowie um mittelfristig Veränderungstendenzen im Gesundheitszustand und -verhalten der Migrationsbevölkerung zu erkennen, sind weitere und verfeinerte Erhebungen im Sinne eines Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz durchzuführen.

#### Gezielte Forschungsprojekte zur Gewinnung von relevantem Wissen zuhanden der anderen Handlungsfelder

Um die Strategien und Massnahmen in den drei Handlungsfeldern Prävention und Gesundheitsförderung, Gesundheitsversorgung und Aus- und Weiterbildung evidenzbasiert konzipieren und umsetzen zu können, fehlt es teilweise noch an konkretem Wissen. Dieses Wissen kann mit Hilfe von Forschungsprojekten generiert werden. Insbesondere sind Erkenntnisse über Wirkungszusammenhänge zwischen spezifischen Interventionen (wie z.B. Einsatz von interkulturellem Übersetzen) und dem Gesundheitszustand und -verhalten von MigrantInnen sowie Fragen der Effizienz dieser Interventionen nötig. Zudem ist Wissen über den (Handlungs-)Bedarf und die Bedürfnisse von Personen mit Migrationshintergrund erforderlich.

#### Wissenstransfer von Forschungsergebnissen aus dem Bereich Migration und Gesundheit zu allen relevanten AkteurInnen

Die Kenntnisse über Migration und Gesundheit, die durch Forschungen gewonnen werden, können dazu beitragen, Massnahmen und Interventionen zielgerichtet und effizient zu planen und durchzuführen. Damit neu generiertes Wissen sowie auch bereits vorhandene Kenntnisse tatsächlich die Praxis beeinflussen, müssen sie den betreffenden AkteurInnen zugänglich gemacht werden.

#### **6.4.4 Umsetzungsstruktur**

Bei nationalen Erhebungen sind oft verschiedene Bundesämter oder deren Untereinheiten Auftraggeber oder Mitfinanzierer, oder machen Auflagen hinsichtlich einiger Kriterien der Erhebungen. Mit diesen verantwortlichen Ämtern und Stellen wird zusammengearbeitet.

Die Weiterführung des Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung erfolgt sinnvollerweise im Rahmen eines Auftrags an ein kompetentes und anerkanntes Forschungsinstitut. Die Konzeptualisierung des Projekts muss allerdings durch das BAG und in enger Absprache



mit weiteren Stakeholdern durchgeführt werden. Auch für gezielte Forschungsprojekte, die die Aktivitäten der anderen Handlungsfelder unterstützen sollen, werden Mandate an externe und unabhängige Forschungsinstitute vergeben.

## **6.5 Querschnittsaufgabe Mainstreaming Migration**

Die Sensibilisierung von relevanten AkteurInnen für die Themen Migration und Diversität hat in der Strategie Migration und Gesundheit ein besonderes Gewicht. Aufgrund der Kompetenzaufteilung und Kompetenzverflechtung im Gesundheitswesen ist der Bund bei seinen Tätigkeiten auf die Unterstützung einer Vielzahl von AkteurInnen angewiesen. Um erfolgreich zu sein, muss er auf deren Bereitschaft zur Zusammenarbeit und zur gegenseitigen Abstimmung der Aktivitäten zählen können.

In der Strategie Migration und Gesundheit Phase II sollen die angestrebten Veränderungen im Bereich Migration und Gesundheit strukturell besser verankert werden. Das heisst unter anderem, dass die relevanten AkteurInnen verbindlicher einbezogen werden, dass vermehrt auf gesetzliche und reglementarische Hebel gesetzt wird, dass gezielt Informations- und Öffentlichkeitsarbeit betrieben wird, dass Know-how und gesammelte Erfahrungen weitervermittelt werden und dass die Vernetzung und Koordination mit Partnerorganisationen sichergestellt wird.

Solche Aktivitäten mit dem Ziel einer nachhaltigen institutionellen Verankerung der Migrationsthematik werden mit dem Begriff Mainstreaming Migration bezeichnet. Darunter sind alle Aktivitäten zu verstehen, die darauf abzielen, dass AkteurInnen in Politik, Verwaltung und Gesellschaft bei Entscheidungen und Handlungen bezüglich der Planung, Umsetzung und Evaluation von Programmen, Projekten und Massnahmen migrationsspezifische Realitäten systematisch mitdenken und berücksichtigen.

Mainstreaming Migration beinhaltet in erster Linie Tätigkeiten in den Bereichen Information, Wissenstransfer, Vernetzung, Koordination und Öffentlichkeitsarbeit. Als Querschnittsaufgabe wird Mainstreaming Migration in allen vier Handlungsfeldern wahrgenommen. Zusätzlich erfolgt ein übergeordnetes, allgemeines Mainstreaming Migration, mit dem Ziel, ein breiteres Fachpublikum verstärkt auf das Thema Migration und Gesundheit aufmerksam zu machen.

Der Bund ist darum bemüht, die Migrationsthematik bei der Planung, Umsetzung und Evaluation von gesundheitsbezogenen Programmen und Projekten systematisch zu berücksichtigen und seine Programme migrationsgerecht auszugestalten. Er setzt sich mit seinen Aktivitäten in verschiedenen Bereichen für eine Öffnung des Gesundheitssystems ein. Der Bund arbeitet darauf hin, dass auch seine KooperationspartnerInnen im Rahmen gesundheitspolitischer Programme den Migrationsaspekt in ihre Aktivitäten integrieren.

Die einzelnen Kantone engagieren sich heute in sehr unterschiedlichem Mass im Sinne der Strategie Migration und Gesundheit. Einige befinden sich diesbezüglich in einer eigentlichen

Vorreiterrolle und sollen in ihren Bemühungen weiterhin gestärkt werden. Ein Ziel des Mainstreaming Migration besteht aber auch darin, bisher wenig aktive Kantone anzuregen, Massnahmen im Bereich Migration und Gesundheit zu ergreifen bzw. Aktivitäten im Sinne der Bundesstrategie zu unterstützen.

Mainstreaming Migration bedeutet also Sensibilisierung der EntscheidungsträgerInnen auf allen Ebenen. Die Berücksichtigung der Migrationsperspektive ist innerhalb und ausserhalb der Bundesverwaltung sowie innerhalb des BAG zu fördern. Im Folgenden werden die wesentlichen Tätigkeiten bei der Umsetzung von Mainstreaming präzisiert.

### ***Information und Kommunikation***

Eine wirksame Umsetzung der Strategie Migration und Gesundheit setzt voraus, dass die involvierten AkteurInnen über aktuelles und adäquates Wissen verfügen. Informiertheit über die gesundheitsrelevante Bedeutung migrationsbezogener Fragestellungen erhöht zudem die Akzeptanz von Massnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit. Um den Wissensstand der beteiligten AkteurInnen zu erhöhen, leistet der Bund Informations- und Kommunikationsarbeit. Er stellt den zahlreichen AkteurInnen im Gesundheitswesen angemessene Informationen über Migration und Gesundheit zur Verfügung und fördert den Wissensaustausch. Information und Kommunikation richten sich primär an AdressatInnen, deren Einbezug und Unterstützung für die erfolgreiche Umsetzung der Strategie Migration und Gesundheit entscheidend sind. Die Notwendigkeit und Wirksamkeit der im Rahmen der Strategie Migration und Gesundheit Phase II erfolgenden Aktivitäten wird nicht nur Fachkreisen und EntscheidungsträgerInnen, sondern auch einer breiteren Öffentlichkeit in angemessener Art und Weise dargelegt. Auf diese Weise sollen themenbezogene Diskussionen versachlicht und Beiträge zum Agenda-Setting hinsichtlich migrationspezifischer Gesundheitsthemen geleistet werden.

### ***Koordination und Vernetzung***

An der Umsetzung der Strategie Migration und Gesundheit ist eine Vielzahl von Institutionen beteiligt, die sich hinsichtlich ihrer Aufgaben unterscheiden. Bisher konnten noch nicht alle wichtigen migrations- und gesundheitspolitischen AkteurInnen ausreichend in die Aktivitäten eingebunden werden (Kantone, Fachverbände und MigrantInnenorganisationen). Bei der Umsetzung der Strategie Migration und Gesundheit Phase II wird daher ein verstärkter Einbezug dieser AkteurInnen angestrebt.

Der Bund fördert die Koordination und Vernetzung der relevanten AkteurInnen im Bereich Migration und Gesundheit. Das BAG übernimmt die Führungsrolle im Themenbereich Migration und Gesundheit. Dies bedingt die Zusammenarbeit des BAG mit zahlreichen Bundesstellen und den weiteren relevanten Akteuren im Bereich Migration und Gesundheit, die sich, wenn auch mit unterschiedlicher Intensität, für die Gesundheit der Bevölkerung einsetzen.

Dabei ist namentlich die Koordination mit der Integrationsförderung des BFM sicherzustellen.

## **7 Trägerschaft, Finanzierung, Umsetzung und Evaluation**

Träger der Bundesstrategie Migration und Gesundheit Phase II ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) unter Einbezug des Bundesamts für Migration (BFM) und der Eidgenössischen Ausländerkommission (EKA).

Die Finanzierung wird hauptsächlich durch das BAG über den Präventionskredit sichergestellt, das BFM kann im Rahmen von Art. 91 Abs. 3 des Asylgesetzes ergänzende Beiträge an die Arbeit in Therapieeinrichtungen für traumatisierte Personen des Asylbereichs beisteuern. Die Umsetzung der Strategie Migration und Gesundheit wird weiterhin von der Sektion Chancengleichheit und Gesundheit des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) gesteuert und federführend umgesetzt. Zu diesem Zweck wird ein Massnahmenplan erarbeitet, der die Ziele und Massnahmen der einzelnen Handlungsfelder spezifiziert sowie die Zuteilung der Ressourcen an diese definiert. Der Plan enthält auch zeitliche Vorgaben und wird periodisch aktualisiert.

Die Strategie Migration und Gesundheit, ihre Umsetzung und ihre Wirkungen werden evaluiert. Die Optimierung der Umsetzung der Massnahmen soll sich weitgehend auf eine geregelte Berichterstattung und Selbstevaluation des Programms und der Projekte abstützen. Eine umfassende Beurteilung der Wirkungen der Strategie Migration und Gesundheit ist in Form einer externen Evaluation vorgesehen, um insbesondere im Hinblick auf zukünftige Tätigkeiten rechtzeitig allfällige Anpassungen vornehmen zu können.

## **Literatur**

- Achermann, Alberto und Jörg Künzli (2005). Interkulturelles Übersetzen im Gesundheitsbereich: Vorstudie für eine rechtliche Studie im Bereich. Bern: [s.n.].
- Achermann, Christin und Denise Efionayi-Mäder (2003). Leben ohne Bewilligung in der Schweiz: Auswirkungen auf den sozialen Schutz. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV).
- Achermann, Christin, Milena Chimienti und Fabienne Stants (2005). Migration, Prekarität und Gesundheit. Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- Achermann, Christin und Milena Chimienti (2006). Migration, Prekarität und Gesundheit: Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- Achermann, Wally und Christel Berset (2006). Gesundheitspolitiken in der Schweiz - Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Band 1: Analyse und Perspektiven, Band 2: 10 Porträts. Bern: Nationale Gesundheitspolitik Schweiz/Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Addor, V., Narring, F. und P.-A. Michaud (2003). «Abortion trends 1990-1999 in a Swiss region and determinants of abortion recurrence», in Swiss Medical Weekly 133(15-16), 219-226.
- Aebischer Perone, Sigiriya et al. (2005). «Tuberculosis in undocumented migrants, Geneva», in Emerging infectious diseases 11(2), 351-352.
- Antonovsky, Aaron (1987). Unraveling the Mystery of Health. San Francisco: Jossey-Bass.
- BAG (2002). Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2003a). Handbuch Tuberkulose. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2003b). Nationales HIV/Aids-Programm 2004-2008. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2005). Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2006a). Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

- BAG (2006b). Gesundheitskompetenz – Kurzfassung.  
[[www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/index.html?lang=de)]
- BAG (2006c). Die Drogenpolitik der Schweiz. Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006-2011. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2006d). Übertragbare Krankheiten: Neuausrichtung der grenzsanitätsdienstlichen Massnahmen, in Bulletin 1 vom 3. Januar 2006. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2006e). «Mental Health in Public Health» – Konzept zur Integration der psychischen Gesundheit in die öffentliche Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2006f). Forschung Migration und Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2006g). Vision und Thesen zur Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Dokumentation der Fachkommission «Prävention + Gesundheitsförderung» vom 13. März 2006.  
[[www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/01823/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/01823/index.html?lang=de)]
- Bahnan Büechi, Rania und Christine Sieber (2004). «Frauen Sans-Papiers: Recht auf Gesundheit», in Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (Hg.). Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Zürich: Seismo, 139-149.
- Banta, David et al. (2001). Health Promotion and disease prevention. ECHTA Working Group 1 Final Report. [[www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/WG1\\_FinalReport\\_010817.pdf](http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/WG1_FinalReport_010817.pdf)]
- Bärtschi, Franziska, Monika Lutz und Dorothee Guggisberg (2003). «[...] sie nehmen Risiko auf sich und hoffen, dass nichts passiert»: Illegalisierte Migrantinnen und ihre Zugänge zu medizinischen Angeboten - theoretische und empirische Betrachtungen. Bern: Hochschule für Sozialarbeit HSA (Diplomarbeit).
- Bauer, Theres (2005). «Das Vertrauen ist das Wichtigste»: Erfahrungen von Migrantinnen und Migranten mit der Gesundheitsversorgung in der Ostschweiz. St. Gallen: Caritas-Fachstelle Gesundheit und Integration.
- Beer, Valeria, Brigitte Bisig und Felix Gutzwiller (1993). «Social Class Gradients in years of potential life lost in Switzerland», in Social science and medicine 37(8), 1011-1018.
- BFM (2006). Probleme der Integration von Ausländerinnen und Ausländern in der Schweiz: Bestandaufnahme der Fakten, Ursachen, Risikogruppen, Massnahmen und des integrationspolitischen Handlungsbedarfs. Bern: Bundesamt für Migration (BFM).

- BFS (2004a). 28% der in der Schweiz wohnhaften Personen waren zum Zeitpunkt ihrer Geburt ausländischer Nationalität. Medienmitteilung Nr. 0350-0406-70 vom 5. Juli 2004. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2004b). Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz: Bericht 2004. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2005). Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz. Bericht 2005. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Bischoff, Alexander (2004). «„Hätten Sie jemanden zur Hand, der übersetzen kann?“: Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln im Gesundheitsbereich», in Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (Hg.). Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Zürich: Seismo, 120-128.
- Bischoff, Alexander (2006). «Kommunikation: Fremde Sprachen im Spital», in Saladin, Peter (Hg.). Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG) und H+ Die Spitäler der Schweiz, 28-30.
- Bischoff, Alexander et al. (2005). Wirkt interkulturelle Mediation integrierend? Basel/Neuchâtel: Universität Basel/Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- Bisig, Brigitte, Matthias Bopp und Christoph E. Minder (2001). «Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz», in Mielck, Andreas und Kim Bloomfield (Hg.). Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim und München: Juventa Verlag, 60-70.
- Bollini, Paola (1992). «Health policies for immigrant populations in the 1990s: A comparative study», in International Migration 30 (special issue), 103-119.
- Bollini Paola und Harold Siem (1995). «No real progress towards equity: Health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000», in Social Science and Medicine 41: 819-828.
- Bollini, Paola und Philippe Wanner (2005). Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- Bolzmann, Claudio et al. (2004). «Older labour migrants' well being in Europe: the case of Switzerland», in Ageing and society 24, 411-429.

- Bopp, M. und C. Minder (2003). «Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990-1997: results from the Swiss national cohort», in *International Journal of Epidemiology* 32(3), 346-354.
- Bouchardy, Christine, Philippe Wanner und Luc Raymond (1999). *Mortalité des étrangers en Suisse: Résultats d'une analyse des décès par cause (1989-1992)*. Bern: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Breitenmoser, Beatrice und Buri, Markus (2004). *Ausländische Rentenbezüger/innen in der IV*. In: *Soziale Sicherheit CHSS 1/2004*: 36 – 41.
- BSV (2006). *IV-Statistik 2006*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV).
- Bundesrat (2002). *Botschaft zum Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer vom 8. März 2002*. BBl 2002 3709.
- Bundesrat (2004). *Botschaft zum Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG) vom 3. Dezember 2004*. BBl 2005 173.
- Calmonte, Roland, Thomas Spuhler und Walter Weiss (Hg.) (2000). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997: Schweizerische Gesundheitsbefragung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Chimienti, Milena und Sandro Cattacin (2001). «Migration et santé»: *priorités d'une stratégie d'intervention*. Rapport de base d'une étude Delphi. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM)
- Ciola, Amilcar und Francine Rosenbaum (2003). «Guadi e ponti tra le culture. Cantata a due voci e forme diverse di mediazione culturale», in Maurizio Andolfi (Hg.). *La mediazione culturale. Tra l'estraneo e il familiare*. Milano: F. Angeli, 129-155.
- Committee of Experts on Health Services in a Multicultural Society, Council of Europe 2002-04 (2005). *Adapting Health Care Services to Cultural Diversity in Multicultural Europe - Explanatory Memorandum*. Strasbourg: Council of Europe.
- Dahinden, Janine (2004). «Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln als Integrationsinstrumente: eine kritische Sichtweise auf ihre Potenziale», in Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (Hg.). *Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen*. Zürich: Seismo, 99-119.
- Dahinden, Janine (2006). «Migration und Diversität», in Saladin, Peter (Hg.). *Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG) und H+ Die Spitäler der Schweiz, 23-25.



- Dahinden, Janine und Milena Chimienti (2002). Professionelles Sprachmitteln und interkulturelles Vermitteln im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich: theoretische Perspektiven. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- Dahinden, Janine, Chantal Delli und Walter Grisenti (2005). Nationale Machbarkeitsstudie Projektmodell «Migration und Sucht». Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies(SFM).
- Domenig, Dagmar (2001). Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern: Hans Huber Verlag.
- Domenig, Dagmar (2006). «Transkulturelle Kompetenz», in Saladin, Peter (Hg.). Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG) und H+ Die Spitäler der Schweiz, 26-27.
- Dubois-Arber, Françoise et al. (2001). «HIV/Aids-Prävention in der Schweiz: Bilanz und Ausblick», in Schweizerisches Medizin-Forum (24), 621-625.
- Dubois-Arber, Françoise et al. (2003). Evaluation de la stratégie de prévention du VIH/sida en Suisse: septième rapport de synthèse 1999-2003. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Efionayi-Mäder, Denise et al. (2001). Evaluation des Gesamtprogrammes «Migration und Gesundheit» des Bundesamts für Gesundheit. Forschungsbericht 17/2001. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- Efionayi-Mäder, Denise und Milena Chimienti (2003). «Migration und Gesundheit: Eine sozialpolitische Orientierung», in Caritas (Hrsg.). Sozialalmanach 2003: Gesundheit – eine soziale Frage. Luzern: Caritas, 155–172.
- EJPD (2003). Integrationsförderung des Bundes. Schwerpunkteprogramm 2003-2007. Bern: Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement (EJPD).
- EKF (1999) «Schwerpunkt Migration», f-Frauenfragen Nr. 2. Bern: Eidgenössische Kommission für Frauenfragen (EKF).
- Eytan, Ariel et al. (2002). «Screening of mental disorders in asylum-seekers from Kosovo», in Australian and New Zealand journal of psychiatry 36, 499-503.
- Eytan, Ariel et al. (2004). «Determinants of postconflict symptoms in Albanian Kosovars», in The journal of nervous and mental disease 192(10), 664-671.
- Ferron, Christine et al. (1997). «Health behaviours and psychosocial adjustment of migrant adolescents in Switzerland», in Schweizerische medizinische Wochenschrift 127, 1419-1429.

- Fleischer, Isabelle (2002). La consultation de patients migrants chez le médecin praticien avec ou sans traducteur. Lausanne: [s.n.].
- Flores, G. (2005). «The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review», in *Med Care Res Rev* 62(3), 255-299.
- Frey, Conrad (2004). «Überlebende von Folter und Krieg: eine Herausforderung an unser Sozial- und Gesundheitswesen», in Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (Hg.). *Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen*. Zürich: Seismo, 159-180.
- Frick, Ulrich et al. (2005). *Psychiatrische Hospitalisierungen im Kanton Zürich: Welche Rolle spielt der Migrationsstatus?* Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.
- Gabadinho, Alexis und Philippe Wanner (2006). *Analyse des données de l'enquête GMM – Projet de rapport final*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- Gajo, Laurent et al. (2005). *Interaction et compétence transculturelle en milieu hospitalier. Etude contextuelle des pratiques soignantes dans cinq hôpitaux suisses*. Genève, Lausanne: Université de Genève.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2006). *Langfristige Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz*. Bern, Lausanne.
- Geyer, Siegfried (2002). «Sozialwissenschaftliche Grundlagen», in Petra Kolip (Hrsg.). *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*. Weinheim, München: Juventa, 53-77.
- Gilgen, Denise et al. (2005). «Impact of migration on illness experience and help-seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel», in *Health Place* 11(3), 261-73.
- Gmel, Gerhard und Richard Müller (2001). *Legale und illegale Drogen: Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 (Schlussbericht)*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Graham, Hilary und Michael P. Kelly (2004). *Health Inequalities: Concepts, Frameworks and Policy*. London: Health Development Agency.
- Guignet, Carole (2003). *Les politiques d'asile: quels impacts sur la santé des réquerants d'asile et des admis provisoires?* [Lausanne]: [s.n.].
- Hälg, Regula et al. (2004). *Migration und reproduktive Gesundheit: Die Betreuung der Migrantinnen in der Geburtshilfe aus der Sicht von öffentlichen Spitälern in der Schweiz*. Bern: Universität Bern, Institut für Ethnologie.
- Hämmig, Oliver, Gregor Jenny und Georg Bauer (2005). *Arbeit und Gesundheit in der Schweiz. Surveybasiertes Monitoring der Arbeitsbedingungen und des*

- Gesundheitszustandes der Schweizer Erwerbsbevölkerung. Zürich, Neuchâtel: Universität Zürich, ISPM/Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Health Care Communication Laboratory (Hg.) (2005). Forschungsbereich Health Literacy: Health Care Communication Laboratory, Università della Svizzera italiana. Lugano.
- Höpflinger, François (2000). «Lebenslagen im Alter aus der Sicht der Schweiz», in Backes, Gertrud M. und Wolfgang Clemens (Hg.) Lebenslagen im Alter. Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen. Opladen: Leske & Budrich, 75-91.
- Hungerbühler, Hildegard (2004). «Altern in der Migration: Folgen der Lebens- und Arbeitsbiographie», in Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (Hg.). Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Zürich: Seismo, 221-242.
- Hunkeler, Brigitte und Eva Müller (2004). Aufenthaltsstatus und Gesundheit. Eine ressourcenorientierte qualitative Untersuchung zur Unsicherheit des Aufenthaltsstatus im Zusammenhang mit der psychosozialen Gesundheit bei Migrantinnen in der Stadt Zürich. Zürich: Universität Zürich, Psychologisches Institut, Sozial- und Gesundheitspsychologie.
- Interpret' (2002). Standards de formation pour les interprètes communautaires et les médiateurs/médiatrices culturel(le)s dans les domaines de la santé, du social et de la formation: rapport final. Bern: Interpret'.
- ISPM (2005). Swiss National Vaccination Coverage Survey. Vaccination Coverage of Children in Switzerland 1999-2003. Zurich, Institute for Social and Preventive Medicine (ISPM)
- Jacobs Schmid, Inge (2001). Migration und Spitex Basel. Basel: Eigenverlag FHS-BB.
- Kaya, Bülent, Martina Kamm und Alexis Gabadinho (2005). Les employés migrants dans le domaine de la santé et leurs ressources potentielles : une recherche-action. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- Keel, Peter (2001). «Low Back Pain and Foreign Workers: Does Culture Play an Important Role?», in Yilmaz AT, Weiss MG, Riecher-Rössler A (Hg.). Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives 169, 117-125.
- Kilcher, Anne und Regina Spiess (2003). «Die hausärztliche Betreuung von Migrantinnen/-innen mit chronischem Schmerzsyndrom», in Schweizerische Ärztezeitung 84(10), 452-460.
- Kläui, Heinrich (2004). «„Es geht mir nicht besser...“: einige Überlegungen zu Migration, Trauma und Gesundheitswesen», in Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (Hg.). Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Zürich: Seismo, 181-197.

- Kruseman, Maaïke et al. (2005). «Post-migration dietary changes among African refugees in Geneva: a rapid assessment study to inform nutritional interventions», in *Sozial- und Präventivmedizin* 50/3: 161-165.
- KSUV (2006). *Unfallstatistik UVG 2006*. Luzern: Kommission für die Statistik der Unfallversicherung UVG (KSUV).
- Lamprecht, Markus, Claudia König und Hanspeter Stamm (2006). *Gesundheitsbezogene Chancengleichheit mit Blick auf «Psychische Gesundheit – Stress» und «Gesundes Körpergewicht»*. Grundlagendokument im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Leanza, Yvan (2003). *Education, pédiatrie et cultures: du sens de l'activité professionnelle pour des pédiatres dans leur travail de prévention auprès de familles migrantes*. [Genève]: [s.n.].
- Ledermann, Simone et al. (2006). *Evaluation der Strategie «Migration und Gesundheit 2002-2006»*. Schlussbericht. Bern: Büro Vatter/INFRAS/IDHEAP/ISPM.
- Lehmann, Philippe, Catherine Mamboury und Christoph E. Minder (1990). «Health and social inequities in Switzerland», in *Social science and medicine* 31(3), 369-386.
- Leu, Robert et al. (1998). *Armut und Lebensbedingungen im Alter. Beiträge zur Sozialen Sicherheit*. Forschungsbericht Nr. 17/98. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung (BSV).
- Leu, Robert und Martin Schellhorn (2004). *The evolution of income-related health inequalities in Switzerland over time*. Bonn: Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit (IZA).
- Loncarevic, Maja, Corina Salis Gross und Daniel Mäusezahl (2001). «„Der Kopf tut weh, und noch mehr die Seele“: Gewalterfahrungen und Bewältigungsstrategien bosnischer Kriegsflüchtlinge in der Schweiz», in *Curare* 24(1/2), 117-136.
- Longchamp, Claude et al. (2005). *Sans Papiers in der Schweiz: Arbeitsmarkt, nicht Asylpolitik ist entscheidend*. Bern: gfs.bern.
- Loutan, Louis (2001). «The health of migrants and refugees», in Jane N. Zuckerman (Hg.). *Principles and practice of travel medicine*. Chichester: J. Wiley, 467-475.
- MacKay, Laura et al. (2003). *Migration and health: a review of the international literature*. Glasgow: MRC Social and Public Health Sciences Unit.
- Mackenbach, Johan P. und Martijntje Bakker (Hg.) (2002). *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London: Routledge.
- Manzano, S. und S. Suter (2002). «La santé des enfants requérants d'asile à Genève», in *Médecine et Hygiène* (2379), 360-362.

- Marmot, Michael und Richard Gerald Wilkinson (Hg.) (2001). *Social determinants of health*. Oxford [etc.]: Oxford University Press.
- Menghini, G., Steiner, M. und T.M. Marthaler (1995). «The dental status of schoolchildren from abroad in Canton Zurich 1992 to 1994», in *Schweizerische Monatsschrift für Zahnmedizin* 105(12), 1529-1533.
- Meystre-Agustoni, Giovanna (2004). *Populations particulières et prévention du VIH/sida: les travailleurs du sexe: revue de littérature*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive [etc.].
- Mielck, Andreas (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern (u.a.): Hans Huber Verlag.
- Negovetic, S. (2001). «Consequence of war and disasters on the health of civilian populations», in *Sozial- und Präventivmedizin* 46(3), 150-151.
- Nutbeam, Don (2000). «Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century», in *Health Promotion International* 15(3), 259-267.
- Obrist, Brigitte und Silvia Büchi (2006). *Gesundsein in der Migration*. Basel: Universität Basel, Ethnologisches Seminar.
- Oehling, A.-K., Steffen, Th. und M. Ledergerber (2005). «Übergewicht bei Basler Kindern und Jugendlichen oder weniger Gutzi und mehr Bewegung», in *Synapse* 2/2005, 16-17.
- Öztürk, Seriyе (2001). *Gesundheitsförderung illegalisierter Migrantinnen*. [S.l.]: [s.n.].
- Piguet, Etienne (2004). *L'immigration en Suisse. 50 ans d'entrouverture*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Previsic, Sanja (2002). *Papierlose Immigrantinnen: Stresssituationen, Bewältigungsformen und soziale Einbettung von Frauen aus Lateinamerika: Eine qualitative Untersuchung*. Bern: Edition Soziothek.
- Prodoliet, Simone (2000). *Bekannte Unbekannte. Migrantinnen in der Schweiz*. Referat anlässlich der nationalen Tagung «Gesundheiten – Prävention bei Migrantinnen in der Schweiz». Eine Tagung der Aids-Hilfe Schweiz und der Caritas Schweiz. Bern, 23. Juni 2000. Unveröffentlichtes Referat.
- Rausa-de Luca, Fabienne (2005). *Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Moduls «Mobilität und Migration» der SAKE 2003*. Demos. Informationen aus der Demografie 4/2004. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).

- Rommel, Alexander, Caren Weilandt und Josef Eckert (2006). Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Endbericht. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V. (WIAD).
- Rosenbrock, Rolf und Thomas Gerlinger (2004). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Verlag Hans Huber.
- Saladin, Peter (Hg.) (2006). Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG) und H+ Die Spitäler der Schweiz.
- Salis Gross, Corina (2004). «Struggling with imaginaries of trauma and trust: the refugee experience in Switzerland», in *Culture, medicine and psychiatry* 28(2), 151-167.
- Santos-Eggimann, Brigitte (2002). «Increasing use of emergency department in a Swiss hospital: observational study based on measures of the severity of cases», in *BMJ* 324(7347), 1186-1187.
- Schopper, Doris (2002). *Les inégalités sociales de santé: du constat à l'action*. [Genève]: Direction générale de la santé, République et canton de Genève.
- Schwartz, F. (2000). *Erwartungen an ein Qualitätsmanagement der Prävention durch die Gesetzliche Krankenversicherung*. Hannover.
- SGPG (2002). *Gesundheitsziele der Schweiz*. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG).
- Sieber, C. (2001). «Verhütung und Schwangerschaftsabbruch bei Migrantinnen», in Domenig, Dagmar (Hg.). *Professionelle transkulturelle Pflege*. Bern: Hans Huber Verlag, 341–359.
- Siegrist, Johannes (2005). *Ergebnisse des Forschungsprogramms «Soziale Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit in Europa»*. Referat auf dem 108. Deutschen Ärztetag 2005 in Berlin. [[www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.20.1827.1834.1848](http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.20.1827.1834.1848)]
- Singy, Pascal, Orest Weber und Patrice Guex (2003). «Die Situation der MigrantInnen im Gesundheitswesen: Ein Erfahrungsbericht aus Lausanne», in Wicker, Hans-Rudolf, Werner Haug und Rosita Fibbi (Hg.). *Migration und die Schweiz: Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms «Migration und interkulturelle Beziehungen»*. Zürich: Seismo, 551-575.
- Somaini, Bertino (2004). «Gesundheitsförderung und Prävention, Public Health», in Kocher, Gerhard und Willy Oggier (Hg.). *Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Verlag Hans Huber, 65-75.

- SRK, Departement Migration (2006). *Sans-Papiers in der Schweiz. Unsichtbar – Unverzichtbar*. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK).
- Stahelin, C. et al. (2004). «Migrants from sub-Saharan Africa in the Swiss HIV Cohort Study: a single center study of epidemiologic migration-specific and clinical features», in *Aids Patient Care and STDs* 18(11), 665-675.
- Steiner, M. et al. (1994). «The caries occurrence in schoolchildren of the city of Zurich in 1970-1993. A view of prevention in new immigrants», in *Schweizerische Monatsschrift für Zahnmedizin SMfZ* 104(10), 1187-1189.
- Subilia, Laurent (2002). «Impact du durcissement de la politique d'asile sur la santé physique et mentale des requérants d'asile en Suisse», in *Cultures et sociétés* 16/17, 173-181.
- Testa-Mader, Anita, Alessandro Degrate und Nathalie Clerici (1999). «Disagiopsichico e utilizzazione dei servizi psichiatrici pubblici nella popolazione straniera del Canton Ticino», in *Epidemiologia e psichiatria sociale* 8(3), 209-219.
- Tomatis, L. (Hg.) (1990). *Cancer: causes, occurrence and control. Descriptive epidemiology of cancer at specific sites. IARC scientific publications N° 100*. Lyon: International agency for research on cancer.
- UNICEF (2005). *Mädchenbeschneidung in der Schweiz: Umfrage bei Schweizer Hebammen, Gynäkologen/innen, Pädiatern/innen und Sozialstellen*. Zürich: Schweizerisches Komitee für UNICEF.
- Vranjes, Nenad, Brigitte Bisig und Felix Gutzwiller (1995). *Gesundheit der Ausländer in der Schweiz: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93 des Bundesamtes für Statistik*. Bern.
- Vranjes, Nenad, Brigitte Bisig und Felix Gutzwiller (1996). *Gesundheit der Ausländer in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Wanner, Philippe (2004). *Migration und Integration: Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Wanner, Philippe, Christine Bouchardy und Luc Raymond (2000). *Mortalité des étrangers en Suisse: analyse par grand groupe de causes et par type de cancer, 1989-1992*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Weiss, Regula (2003). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo.
- Whitehead, Margaret (1991). *Concept et principes de l'égalité des chances en matière de santé*. Kopenhagen: WHO, Regionalbüro für Europa.

- WHO (1999). Gesundheit21. Das Rahmenkonzept «Gesundheit für alle» für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen: WHO, Regionalbüro für Europa.
- WHO (2005). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Copenhagen: WHO, Regionalbüro für Europa.
- Wicker, Hans-Rudolf (1993). Die Sprache extremer Gewalt: Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen. Bern: Institut für Ethnologie.
- Winizki, David (2002). «Schattenmedizin für „Sans Papiers“: Grundversorgung für Menschen ohne Aufenthalts- und Arbeitsbewilligung», in *Soziale Medizin* 29(4), 54-55.
- Wolff, Hans et al. (2005). «Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva», in *Social science and medicine* 60, 2149-2154.
- Zellweger, Jean-Pierre (2003). «Tuberkulose bei Immigranten: Erkennung und Behandlung», in *Schweizerisches Medizin-Forum* 24, 556-558.
- Zemp, Elisabeth (Hg.) (2001). Migration und Gesundheit: Beurteilung der gesundheitlichen Betreuung von MigrantInnen in der Region Basel. Bericht zuhanden der Gesundheitsförderung BS. [Basel]: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel.
- Zemp, Elisabeth und Michela Ceschi (2003). «Frauen und Gesundheit», in *Managed Care* 5, 12-13.