



Grundlegendokument « Migration und
Gesundheit »

Januar 2007

Bülent Kaya

in Zusammenarbeit mit Denise Efonayi-Mäder
Aus dem Französischen: Chantal Wyssmüller

Entwicklung von Grundlagen zur Berücksichtigung der Migrationsdimension in der Prävention und Gesundheitsförderung

Mandant : Gesundheitsförderung Schweiz und Bundesamt für Gesundheit,
Sektion « Chancengleichheit und Gesundheit »
Vertrag Nr. 52011

© 2007 SFM

SWISS FORUM FOR MIGRATION AND POPULATION STUDIES (SFM)
AT THE UNIVERSITY OF NEUCHÂTEL
RUE ST-HONORÉ 2 – CH-2000 NEUCHÂTEL
TEL. +41 (0)32 718 39 20 – FAX +41 (0)32 718 39 21
SECRETARIAT.SFM@UNINE.CH – WWW.MIGRATION-POPULATION.CH

Inhalt

Einleitung	5
1 Migration: Eine wichtige Komponente der Schweizer Gesellschaft	6
1.1 Starke Diversifizierung der Migrationsbevölkerung	7
2 Migration und Gesundheit : ein komplexer Zusammenhang	10
2.1 Die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund: Eine Frage sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten	10
2.2 Gesundheitliche Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen mit Migrationshintergrund	13
3 « Migrationssensible » Gesundheitsförderung	15
3.1 Warum es wichtig ist, die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten im Auge zu haben	15
3.2 Berücksichtigung der « Migrationsdimension » im Rahmen von Projekten und Interventionen	17
3.3 Beispiel eines « migrationssensibel » gestalteten Projektes	26
4 Fazit	28
Literatur	30
Glossar	33
Nützliche Links und Adressen	39
Anhang	41

Einleitung

Die Schweiz zeichnet sich durch grosse sprachliche und kulturelle Vielfalt aus. Während der letzten Jahre wurde die Schweizer Gesellschaft – wie alle modernen Gesellschaften – durch einen starken sozio-kulturellen Wandel geprägt, der u.a. darin sichtbar wird, dass eine Pluralisierung der Lebensstile, Lebensformen, Sprachen und Wertsysteme stattgefunden hat und die gesellschaftliche Diversität*¹ noch akzentuiert wurde. Diese Diversifizierung manifestiert sich in allen Gesellschaftsbereichen und stellt diese vor neue Herausforderungen. Auch die Einwanderung hat wesentlich zu diesem Prozess beigetragen.

Während man in den meisten europäischen Ländern von Migrations-² oder allochthoner (Niederlande) Bevölkerung spricht, ist im angelsächsischen Diskurs häufiger von „ethnischen“ oder „kulturellen“ Minderheiten die Rede. Die beiden Begrifflichkeiten werden aber oft synonym verwendet bzw. Menschen mit Migrationshintergrund* zusammen mit Angehörigen anderer Minderheitengruppen unter dieselbe Kategorie gefasst. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass sich ein Migrationshintergrund tatsächlich häufig mit der Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit und/oder einer anderen Nationalität überschneidet. Zum anderen sind Menschen mit Migrationshintergrund und Angehörige anderer Minderheitengruppen zuweilen mit ähnlichen Schwierigkeiten konfrontiert, etwa mit Problemen beim Zugang zu einem ihnen unvertrauten Gesundheitssystem und/oder mit sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten. Dass ein Migrationshintergrund bzw. eine Minderheitenzugehörigkeit meist mit sozialer Benachteiligung assoziiert wird, hat damit zu tun, dass bestimmte Gruppen der Migrationsbevölkerung* häufig unter schwierigen sozio-ökonomischen Bedingungen leben.

Aufgrund der wachsenden Pluralisierung der Gesellschaft sind die Institutionen des Gesundheitswesens oft mit Klientinnen und Klienten unterschiedlichster Herkunft und mit einer grossen Vielfalt an Lebensstilen und Bezugssystemen konfrontiert. Dies erfordert eine Öffnung der Institutionen für eine zunehmend vielfältige (Migrations-) Bevölkerung und damit einhergehend eine transkulturelle Organisationsentwicklung, damit die spezifischen Bedürfnisse einzelner Menschen besser berücksichtigt werden können.

¹ Die mit * bezeichneten Begriffe sind im angefügten Glossar definiert.

² Mit « Migrationsbevölkerung » sind alle Personen gemeint, die im Ausland geboren worden sind sowie deren Nachkommen, unabhängig ihrer Nationalität. Vgl. auch Glossar.

Das vorliegende Dokument liefert Grundlagen für die „migrationssensible“ Gestaltung von Projekten. Es formuliert Kernfragen, welche man sich vor der Einreichung eines Projektantrags stellen sollte, wenn man sein Gesundheitsförderungs-Projekt „migrationssensibel“ gestalten möchte, und kann so Projektverantwortlichen dabei helfen, Interventionen im Bereich Gesundheitsförderung bestmöglich an die Situationen von Menschen mit Migrationshintergrund anzupassen. Selbstverständlich bietet das Dokument aber keine Patentrezepte an; es kann die Kreativität und Eigeninitiative, die sich aus der Dynamik jedes Projekts ergibt, keinesfalls ersetzen.

Das Dokument ist in drei Kapitel unterteilt. Das erste wirft einen soziodemographischen Blick auf die Migrationsbevölkerung in der Schweiz. Im zweiten Kapitel wird der Zusammenhang zwischen Migration* und Gesundheit erläutert. Das dritte Kapitel weist auf einige Punkte hin, die es im Zusammenhang mit Migration bei der Konzeptualisierung und Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten zu erwägen gilt. Im Anhang findet sich eine tabellarische Zusammenstellung von spezifischen Bedürfnissen benachteiligter Zielgruppen aus der Migrationsbevölkerung, die in wissenschaftlichen Arbeiten identifiziert worden sind. Die Zusammenstellung basiert auf der Sichtung von Studien, die in jüngster Zeit zum Thema „Migration und Gesundheit“ in der Schweiz durchgeführt worden sind.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird die beigezogene Literatur nicht direkt im Text zitiert, sondern am Schluss eine thematisch geordnete Bibliographie angefügt. Sie finden hinten auch eine Liste mit nützlichen Links und Adressen sowie ein Glossar, welches die Definitionen einiger im Zusammenhang mit Migration und Gesundheit häufig verwendeter Begriffe enthält.

1 Migration: Eine wichtige Komponente der Schweizer Gesellschaft

Ein kurzer historischer Überblick über die Demographie der Schweiz seit dem Ende des 19. Jahrhunderts zeigt, dass Migration dabei eine wichtige Komponente darstellt: Auch wenn die ausländische Bevölkerung nicht kontinuierlich zugenommen hat, ist die Schweiz seit Beginn des 20. Jahrhunderts zu einem Einwanderungsland geworden. Gemäss den Daten für 2005 des Bundesamts für Statistik ist nahezu ein Viertel der Bevölkerung (22,6%) im Ausland geboren. Rechnet man die Kinder und Enkelkinder dieser Menschen hinzu, umfasst die Migrationsbevölkerung zwei Millionen Menschen. Einwohner und Einwohnerinnen ausländischer Nationalität stellen 20,6% der Bevölkerung. Mit dieser Quote befindet sich die Schweiz im Vergleich mit den Staaten der Europäischen Union (EU-25) an dritter Stelle hinter Luxemburg und Liechtenstein.

1.1 Starke Diversifizierung der Migrationsbevölkerung

Die Migrationsbevölkerung ist eine zunehmend heterogene Gruppe was Herkunftsland sowie sozio-ökonomische und -professionnelle Merkmale angeht.

Diversifizierung der Herkunftsländer...

Seit zwei Jahrzehnten ist ein verlangsamtes Wachstum der ausländischen Bevölkerung zu beobachten, einhergehend mit einer starken Diversifizierung der Herkunftsländer der Migrantinnen und Migranten*.

Der grösste Teil der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung* im Jahr 2005 (58.5% oder 883'988 Personen) stammte aus den 25 EU-Ländern. Seit Inkrafttreten des Personenfreizügigkeitsabkommens zwischen der Schweiz und der EU (2004) stieg der Anteil Migrantinnen und Migranten aus EU-Ländern kontinuierlich an.

Die folgende Tabelle zeigt, welche Nationalitäten in der Migrationsbevölkerung zurzeit am häufigsten vorkommen.

Tabelle 1 : Die grössten Herkunftsgruppen der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung 2005

Land	Anzahl	%
1. Italien	296 392	19.6%
2. Serbien und Montenegro	196 179	13.0%
3. Portugal	167 269	11.1%
4. Deutschland	157 580	10.4%
5. Türkei	75 448	5.0%
6. Spanien	71 376	4.7%

Quelle: Bundesamt für Migration

Soziale und berufliche Vielfalt...

Menschen mit Migrationshintergrund sind in allen sozialen und beruflichen Kategorien vertreten. Während in der Vergangenheit die erwerbstätige Migrationsbevölkerung hauptsächlich aus wenig qualifizierten Arbeitskräften bestand, zeichnet sich die heutige Situation eher durch eine wachsende Polarisierung zwischen Hoch- und wenig Qualifizierten aus.

Die aufenthaltsrechtliche Situation* dieser Menschen (Asylsuchende, Menschen mit Aufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung etc.) ist ebenso unterschiedlich wie ihre Migrationsmotive (z.B. wirtschaftliche Motive, Familiennachzug, Zwangsmigration).

Sprachliche Vielfalt...

Die Einwanderung hat die Sprachenvielfalt in der Schweiz noch vergrössert. Innerhalb von 40 Jahren hat sich der Anteil der Menschen, die eine andere als eine der Landessprachen als ihre Hauptsprache bezeichnen, von 1,4% im Jahr 1960 auf 9% im Jahr 2000 erhöht. Mit anderen Worten: die Migrationssprachen nehmen in der Sprachenlandschaft der Schweiz einen immer wichtigeren Platz ein.

Vor dem Hintergrund solcher sprachlicher Vielfalt müssen Interventionsprogramme in der Prävention und der Gesundheitsförderung – wollen sie den in der Bevölkerung bestehenden Bedürfnissen gerecht werden – den mit verschiedenen Sprachen einhergehenden unterschiedlichen Denk-, Argumentations- und Handlungsweisen Rechnung tragen. Der Rückgriff auf Herkunftssprachen von Migrantinnen und Migranten, etwa im Rahmen von interkultureller Übersetzung* und Vermittlung*, kann die Kommunikation entscheidend verbessern und in bestimmten Situationen das Verständnis, die Aushandlung und letztlich die Lösung eines Problems erleichtern. Die Anpassung an die sprachliche Vielfalt der Bevölkerung (Bereitstellen von Informationen in Migrationssprachen, Beiziehen von Übersetzerinnen und Übersetzern etc.) stellt auch für die Prävention und Gesundheitsförderung eine Herausforderung dar.

Tabelle 2 : Die wichtigsten Nicht-Landessprachen in der Schweiz (als Hauptsprache gesprochen)

Sprachen	Anzahl Personen	%
1. Serbokroatisch	103 350	1.4%
2. Albanisch	94 350	1.3%
3. Portugiesisch	89 527	1.2%
4. Spanisch	77 506	1.1%
5. Englisch	73 425	1.0%
6. Türkisch	44 523	0.6%

Quelle : Bundesamt für Statistik

Religiöse Vielfalt...

Mit 4,3% war der Islam im Jahr 2000 die Religionsgemeinschaft mit dem dritthöchsten Anteil Angehöriger in der Schweiz, nach dem Christentum römisch-katholischer Konfession (41,8%) und dem protestantischen Christentum (35,3%). Abgesehen von der rein zahlenmässigen Bedeutung trägt diese Entwicklung auch zur Erweiterung der Wert- und Bezugssysteme und der religiösen Vorstellungen in der Schweizer Gesellschaft bei. Hinzu kommen Unterschiede innerhalb der Religionsgemeinschaften. Muslime und Musliminnen etwa bilden nicht eine homogene Einheit, sondern es bekennen sich Zugehörige

ge eines grossen Spektrums von ethnischen und nationalen Gruppen zur islamischen Religion: 56,4% der Muslime und Musliminnen in der Schweiz stammen aus dem ehemaligen Jugoslawien, 20,2% aus der Türkei, 6% aus afrikanischen Staaten (davon 3,4% aus dem Maghreb). Zu bedenken ist ausserdem, dass religiöse Zugehörigkeit unterschiedlich interpretiert werden kann. Was den Zusammenhang zwischen Religionszugehörigkeit bzw. Religiosität und Gesundheit betrifft, so können religiöse Sitten oder Regeln der Gesundheit und dem Wohlbefinden sowohl förderlich wie auch hinderlich sein.

Geschlechterunterschiede

Nachdem die Immigration in die Schweiz lange männlich geprägt war, wandern seit den 1970er Jahren immer mehr Frauen zu, sei es im Rahmen des Familiennachzugs oder aus anderen Gründen. Diese Feminisierung drückt sich im aktuellen Geschlechterverhältnis der ausländischen Wohnbevölkerung aus: Der Männeranteil ist nur noch 8%-Punkte höher als der Frauenanteil (54% zu 46% im Jahr 2004).

Die Integration von Migrantinnen und Migranten in den Arbeitsmarkt erfolgt geschlechterdifferenziert: Frauen arbeiten eher im Dienstleistungssektor (Haushaltsarbeiten, Pflege, Gastronomie), während Männer vorwiegend in Industrie- und Bauberufen zu finden sind.

Allgemein haben Migrationsbewegungen insofern einen geschlechtsspezifischen Charakter, als dass die Migration von Frauen und Männern häufig unterschiedlich motiviert ist. Auch machen Frauen und Männer als Migrantinnen bzw. Migranten unterschiedliche, durch ihr Geschlecht geprägte Erfahrungen. Die zu beobachtenden Differenzen sind insbesondere auf gesellschaftliche Zuschreibungen und Erwartungshaltungen bezüglich Rollen, Verhalten und Beziehungen im Herkunftsland wie auch in der Aufnahmegesellschaft zurückzuführen.

Betont werden muss auch der Umstand, dass Migrantinnen oft unter Bedingungen leben, die potentiell oder tatsächlich einer sozio-ökonomischen Marginalisierung förderlich sind, und diese wiederum wirkt sich negativ auf ihre Gesundheit aus. Beruflicher Abstieg und sozialer Statusverlust kann das gesundheitsrelevante Verhalten und/oder die Gesundheit ebenfalls negativ beeinflussen. Insbesondere männliche Migranten sind häufig davon betroffen.

2 Migration und Gesundheit : ein komplexer Zusammenhang

Die Beziehung, die traditionellerweise zwischen Migration und Gesundheit hergestellt worden ist, war lange geprägt von der Idee, dass Migrantinnen und Migranten eine „pathologische Last“ für die Aufnahmegesellschaft darstellen. Dies rührt daher, dass man – meist ausgehend von der Befürchtung, kranke Migrantinnen und Migranten könnten ein Risiko für die öffentliche Gesundheit darstellen – den Gesundheitszustand bestimmter Eingewandertengruppen fokussierte und feststellte, dass Migrantinnen und Migranten zum Teil von Krankheiten (meist infektuöser Art) betroffen waren, die sie aus ihrem Herkunftsland „importiert“ hatten, oder dass sie im Zusammenhang mit der Anpassung an die Aufnahmegesellschaft unter psychischen oder anderen gesundheitlichen Störungen litten.³

Heute besteht weitgehend Einigkeit darin, dass *a priori* kein direkter kausaler Zusammenhang zwischen Migration und Krankheit besteht. Gleichzeitig ist aber offensichtlich, dass die Lebens- und Arbeitsbedingungen wie auch die politischen Rahmenbedingungen im Aufnahmeland sich unter Umständen negativ auf die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten auswirken.⁴ In diesem Verständnis wird Migration an sich nicht als gesundheitliches Risiko gesehen. Die aktuelle Forschung betont vielmehr die Komplexität des Zusammenhangs zwischen Migration und Gesundheit, die sich aus der Kombination mannigfaltiger genetischer, sozialer, wirtschaftlicher, politischer, administrativer und lebensweltlicher Einflussfaktoren ergibt.

2.1 Die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund: Eine Frage sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten

Es ist wissenschaftlich anerkannt, dass die Faktoren, welche die Gesundheit (mit)bestimmen, nicht nur im Gesundheitsbereich im engeren Sinn zu suchen

³ Diesem Ansatz widersprechend wird in gewissen Studien der Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit eher positiv gesehen und dargestellt, indem betont wird, dass jene Personen, die sich zur Emigration entschliessen, meist in guter gesundheitlicher Verfassung sind.

⁴ Dieses Phänomen wird in der wissenschaftlichen Literatur unter dem Begriff « *exhausted migrant effect* » abgehandelt.

und zu finden sind: Umwelt, Gesellschaft und Politik im weitesten Sinn bilden die grundlegenden Rahmenbedingungen der Gesundheit.

Die Migrationserfahrung, die eine der prägendsten Erfahrungen im Leben eines Menschen und seiner Familie darstellt, sowie der Migrationskontext beeinflussen einerseits die sozio-ökonomischen Bedingungen von Migrantinnen und Migranten und wirken sich andererseits auch direkt auf ihre Gesundheit aus. Grosse Teile der Migrationsbevölkerung finden sich in niedrigen Positionen der sozialen Hierarchie und sind an ihrem Arbeitsplatz gesundheitlichen Risiken ausgesetzt, namentlich einem erhöhten Unfallrisiko.

Menschen mit Migrationshintergrund sind auch häufiger von konjunkturentworfener Arbeitslosigkeit betroffen. Zudem ist, aufgrund ihres im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung niedrigeren Einkommensniveaus, ein grösserer Anteil der erwerbstätigen Frauen und Männer mit Migrationshintergrund zu den *working poor* zu zählen. Überdies führt der aufenthaltsrechtliche Status unter Umständen zu einer prekären Situation, die sich ungünstig auf die Gesundheit (insbesondere die psychische) auswirkt.

In Bezug auf die Gesundheit und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz bestehen nach wie vor grosse Wissenslücken. Aus den zurzeit vorliegenden Forschungserkenntnissen ergibt sich nicht nur ein inkomplettes, sondern auch ein uneinheitliches und z.T. widersprüchliches Bild. Mit dem Ziel, einige dieser Lücken zu schliessen, wurde 2004 im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und des Bundesamtes für Migration (BFM) das Projekt *Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung* (GMM) durchgeführt. Diese Befragung ergab zunächst, dass Ausländerinnen und Ausländer* ihren eigenen Gesundheitszustand durchschnittlich schlechter einschätzen als die Bevölkerung schweizerischer Staatsbürgerschaft. Dieser Befund bestätigt die Ergebnisse aus früheren in der Schweiz durchgeführten Studien, die bei verschiedenen Gruppen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Schweizerinnen und Schweizern in der Regel eine schlechtere Gesundheit beobachtet haben.

Trotz des lückenhaften Wissens kann man einige generelle Beobachtungen anführen was die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten angeht. Sie charakterisiert sich unter anderem durch:

- Aus dem Herkunftsland mitgebrachte Krankheiten, hauptsächlich infektiöser Art;
- Psychosoziale Beeinträchtigungen der Gesundheit, die mit den Ursachen oder Bedingungen der Migration zusammenhängen (insbesondere bei Asylsuchenden und Flüchtlingen);
- Eine langsame Verschlechterung der Gesundheit im Lauf der Zeit, welche mit einer oft physisch belastenden Arbeit (harte körperliche Arbeit,

unregelmässige Arbeitszeiten bzw. Nachtarbeit) und den häufig prekären Lebensbedingungen in Verbindung gebracht werden;

- Eine mangelhafte reproduktive Gesundheit, häufigere Risikoschwangerschaften und einen erhöhten Anteil Frühgeburten;
- Erhöhte Mortalität aufgrund bestimmter Todesursachen, z.B. sterben Migrantinnen und Migranten südeuropäischer Herkunft häufiger an Magenkrebs.

In Bezug auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen von Menschen mit Migrationshintergrund stellen Risikoverhaltensweisen und der Zugang zu bzw. die Inanspruchnahme von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung die grössten Herausforderungen dar:

Risikoverhalten: Gemäss den Resultaten des GMM zeigen diverse Gruppen mit Migrationshintergrund ein vergleichsweise ausgeprägteres Risikoverhalten in den Bereichen Tabakkonsum, Bewegung und Ernährung; sie weisen z.T. auch höhere Anteile an Übergewichtigen aus. Gewisse Herkunftsgruppen weisen im Vergleich zu den Schweizerinnen und Schweizern einen deutlich erhöhten Raucheranteil auf, so etwa die Gruppe türkischer Herkunft. In allen Gruppen rauchen Männer häufiger als Frauen. Mit Ausnahme der Personen aus Österreich, Frankreich und Deutschland sind insbesondere Migrantinnen weniger sportlich aktiv als im Durchschnitt die Schweizerinnen.

Vor diesem Hintergrund verdienen die Diffusion von Gesundheitsinformationen unter der Migrationsbevölkerung und die Frage, ob und wie präventive Botschaften diese erreichen, besondere Beachtung. Aus der Wissenschaft ist bekannt, dass hier eine Reihe von Faktoren eine Rolle spielen: *Health literacy** (Gesundheitskompetenz), soziales Kapital, die sozio-ökonomische Situation usw. Für Menschen mit beschränkter Gesundheitskompetenz ist es schwieriger, schriftliche und mündliche Informationen von Gesundheitsfachleuten richtig zu verstehen, deren Empfehlungen zu folgen und gegenüber Fachleuten kritisch damit umzugehen. Gesundheitsförderungs- und Präventionsinterventionen sollten daher den Einfluss berücksichtigen, den beschränkte Gesundheitskompetenz auf das Gesundheitsverhalten von Migrantinnen und Migranten hat.

Zugang zu (Inanspruchnahme von) Versorgungsleistungen: Aus der wissenschaftlichen Literatur geht hervor, dass die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung durch die Migrationsbevölkerung sowie deren gesundheitsrelevante Verhaltensweisen – protektive oder riskante – nicht allein von individuellen Entscheidungen abhängen, sondern dass dabei eine Reihe von Umständen Wirkung zeitigen, die in Bezug auf die autochthone Bevölkerung eine geringere Rolle spielen. Diskriminierungserfahrungen*, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, unterschiedliche Konzeptionen von Gesund-

heit und Krankheit oder mangelnde Kenntnisse über das schweizerische Gesundheitssystem und dessen Angebote sind beispielsweise Faktoren, die eine unterdurchschnittliche oder inadäquate Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen durch die Migrationsbevölkerung zur Folge haben können.

Was bisher dargelegt wurde legt nahe, dass Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme und –interventionen mit dem Ziel, gesundheitliche Ungleichheiten* zu verringern, die Migrationsbevölkerung und deren spezifische Bedürfnisse berücksichtigen müssen. Dabei müssen nicht nur die gesundheitlichen Defizite bestimmter Gruppen von Migrantinnen und Migranten, sondern auch deren Vielfalt was Lebensweisen, Vorstellungen und Wertssysteme usw. angeht in die Überlegungen mit einbezogen werden. Diese Aspekte bestimmen das gesundheitsrelevante Verhalten, die Wahrnehmung von Präventionsbotschaften und die Möglichkeiten, wie Migrantinnen und Migranten oder andere Minderheitenangehörige mit solchen Botschaften erreicht werden können.

2.2 Gesundheitliche Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen mit Migrationshintergrund

Zwischen gewissen Herkunftsgruppen mit Migrationshintergrund oder sogar zwischen Unterkategorien einer Herkunftsgruppe sind oft deutlichere gesundheitliche Unterschiede zu beobachten als zwischen der Migrationsbevölkerung als Ganzes und der autochthonen Bevölkerung.

Während gemäss GMM 3% der Schweizer/innen ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ bezeichnen, beläuft sich dieser Anteil auf 5% bei Tamilinnen und Tamilen, auf 7% bei Italiener/innen, auf 9% bei Portugiesinnen und Portugiesen, auf 11% bei Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien und auf 16% bei Türkinnen und Türken.

Wenngleich die Nationalität bei der Erklärung gesundheitlicher Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen mit Migrationshintergrund bedeutend zu sein scheint, dürfen andere Faktoren, welche die Gesundheit nachgewiesenermassen massgeblich beeinflussen, nicht unberücksichtigt bleiben. Es sind dies etwa Alter, Geschlecht, Migrationsgrund, Aufenthaltsstatus usw.

Betrachten wir beispielsweise das Alter: 5% der Schweizer im Alter zwischen 51 und 62 Jahren bezeichnen ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Bei den Italienern derselben Altersgruppe beläuft sich dieser Prozentsatz auf 14%, bei Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, aus Portugal und aus der Türkei auf 30 – 40%. Die geschlechterbezogenen Unterschiede variieren je nach Nationalitätengruppe. Während 83% der Italiener ihren Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ einschätzen, tun dies nur 74% der Italienerinnen. Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern zuun-

gunsten der Frauen erreicht bei der türkischen Herkunftsgruppe 27 Prozentpunkte und 15 Prozentpunkte bei den Frauen und Männern aus Sri Lanka.

In den Resultaten des GMM zeigt sich auch der Einfluss des Migrationsgrundes: Asylsuchende fühlen sich gesundheitlich schlechter als Menschen derselben Herkunft, die aus wirtschaftlichen Motiven migriert sind.

Weiter konnte in einer Studie aufgezeigt werden, dass unter den Migrantinnen und Migranten, die sich aufgrund ihres aufenthaltsrechtlichen Status in einer prekären Situation befinden (in diesem Fall vorläufig Aufgenommene und sogenannte Sans Papiers), diejenigen, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen, ihre Gesundheit vergleichsweise als besser bezeichnen als die Menschen, die nicht erwerbstätig sind. Dies macht deutlich, wie sich die eigenen Ressourcen auf die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes auswirken.

Es könnten weitere gesundheitliche Unterschiede aufgelistet werden, die zwischen verschiedenen Untergruppen der Migrationsbevölkerung beobachtet werden – wichtig ist hier aber vor allem die Feststellung, dass die Kombination verschiedener Einflussfaktoren bei Teilen der Migrationsbevölkerung kumulative Effekte zeitigt, welche eine erhöhte Vulnerabilität und einen Mangel an Ressourcen zur Folge haben können: Migration bringt zwar nicht unbedingt eine schlechte(re) Gesundheit mit sich, aber eine arbeitslose Migrantin mit einem unsicheren Aufenthaltsrecht (F-Ausweis oder Asylsuchende), die zudem kleine Kinder zu versorgen hat und die ortsübliche Sprache schlecht beherrscht usw. lebt in einer Situation, die gesundheitliche Risiken birgt und die Vergrößerung bestehender gesundheitlicher Unterschiede begünstigt.

Da Migrantinnen und Migranten in der Schweiz oft in sozio-ökonomisch schwierigen Verhältnissen leben, besteht die Tendenz, die gesamte Migrationsbevölkerung der Kategorie „Benachteiligte“ unterzuordnen. Wie gezeigt heisst aber „Migrant/in sein“ nicht automatisch auch „benachteiligt sein“. Es ist daher wichtig, eine differenziertere und nicht verallgemeinernde Kategorisierung vorzunehmen. Auch wenn die Variablen „ethnische Zugehörigkeit“ und „Aufenthaltsstatus“ möglicherweise am bedeutsamsten sind, sollte man jenen Untergruppen der Migrationsbevölkerung, die als potentielle Hochrisikogruppen* erscheinen, grössere Beachtung schenken.

Die Berücksichtigung des *kumulativen Effekts* verschiedener Risikofaktoren führt zu einer gezielteren Bestimmung der am stärksten benachteiligten Gruppen innerhalb der Migrationsbevölkerung. Die Migrationsperspektive berücksichtigen heisst in einem breiteren Sinn aber auch, Lebensweisen, Wertssysteme usw. zu bedenken – Faktoren, die sowohl Ressourcen wie auch Risiken mit sich bringen können.

3 « Migrationssensible » Gesundheitsförderung

Man kann den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit (vgl. Kapitel 2) nur verstehen, wenn man ihn in der Diskussion um bestehende gesundheitliche Ungleichheiten in der Gesellschaft verortet. Migration ist eine – sicherlich wichtige – Ursache unter anderen, die gesundheitliche Ungleichheiten bewirken kann. Aus diesem Grund betonen die in mehreren Ländern erarbeiteten Strategien zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit die Bedeutung, welche der Berücksichtigung der „Migrationsdimension“ im Rahmen aller Anstrengungen zur Gesundheitsförderung und Prävention zukommt.

3.1 Warum es wichtig ist, die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten im Auge zu haben

Gesundheitsstrategien im Allgemeinen und solche in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention im Besonderen erklären die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten* zwischen verschiedenen sozialen Gruppen und die Verbesserung des Gesundheitszustandes der am stärksten benachteiligten Gruppen zu ihren Hauptzielen. Diese Zielsetzung bezieht sich auf alle sozialen Gruppen, die gesundheitlich benachteiligt sind, durch welche Merkmale auch immer sie definiert werden (Geschlecht, Nationalität, Migrationshintergrund, sozio-ökonomische Situation usw.). Sie wird mit einer Reihe von Argumenten unterschiedlicher Art untermauert, mit denen Aktivitäten und Massnahmen legitimiert werden, welche auf jene Gruppen ausgerichtet sind, die von *vermeidbaren und ungerechten* gesundheitlichen Benachteiligungen betroffen sind.

Normative Argumente

Argument der Chancengleichheit: Gesundheitliche Unterschiede/Ungleichheiten* sind ethisch gesprochen in der Masse unerwünscht und inakzeptabel, wie sie zugleich *vermeidbar und ungerecht* sind (*health inequities**). Gesundheitliche Ungleichheiten sind ungerecht, wenn der schlechte Gesundheitszustand auf eine schlechte Verteilung der gesundheitsrelevanten sozialen Determinanten zurückzuführen ist (beispielsweise fehlende Chancengleichheit beim Zugang zu Bildung, Beschäftigung oder zu den Leistungen des Gesundheitssystems). Dieses Argument geht also vom Konzept der *gesundheitlichen Chancengleichheit** aus und betrachtet die Gesundheit als Ressource, zu der alle gleichberechtigten Zugang haben müssen. Es stützt sich auf die Ansicht, dass die Verteilung von zentraler Bedeutung für die soziale Gerechtigkeit ist und dass die bestmögliche Verteilung darin besteht, dass alle Menschen die gleichen Ressourcen erhalten.

Prinzip der Gleichheit und Nicht-Diskriminierung als Quelle der Legitimation: Das Prinzip der Gleichheit kann als Konkretisierung des Prinzips der gesundheitlichen Chancengleichheit gesehen werden, indem es die Grundlage für antidiskriminatorische Massnahmen im Gesundheitsbereich bildet. In demokratischen und liberalen Gesellschaften werden „egalitäre“ Massnahmen sehr häufig durch das Prinzip der Gleichheit und Gerechtigkeit als philosophisches Konzept und gleichzeitig als Instrument des rechtsstaatlichen Prinzips legitimiert, das in den Verfassungen aller demokratischen Länder anerkannt wird. In der Schweiz garantiert Artikel 8 der Bundesverfassung die Gleichheit aller Menschen, Artikel 261bis des Strafgesetzbuches verbietet Diskriminierung*.

Argument der Menschenrechte: Zahlreiche, rechtsverbindliche internationale und regionale Menschenrechtsabkommen wie etwa die Verfassung der WHO oder die *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte* führen ein Recht auf Gesundheit an. Auch die Ottawa Charta nimmt Bezug auf das Recht auf Gesundheit und betont wie wichtig es sei, dieses Recht im Rahmen der Gesundheitsförderung zu konkretisieren.

Das *Recht auf Gesundheit* impliziert ganz allgemein, dass jeder Mensch den Anspruch auf Lebensbedingungen hat, die es ihm ermöglichen, ein gesundes Leben zu führen und Zugang zu Präventionsprogrammen und – falls erforderlich – zu angemessener medizinischer Behandlung zu haben. Somit wird das Recht des Einzelnen auf Gesundheit als untrennbar von anderen Rechten angesehen, wie vor allem dem Recht auf einen angemessenen Lebens- und Bildungsstandard sowie dem Recht auf umfassende Beteiligung am gesellschaftlichen Leben.

Gesellschaftspolitische Argumente

Fehlende gesundheitliche Chancengleichheit* schadet allen Mitgliedern der Gesellschaft. Insbesondere in der wissenschaftlichen Diskussion wird davon ausgegangen, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen der guten Gesundheit der Einzelnen in einer Gesellschaft und dem sozialen Zusammenhalt: Es wird darauf hingewiesen, dass die soziale Kohäsion in jenen Gesellschaften stärker ist, in denen die einzelnen Mitglieder weitgehend gleichberechtigt und bei guter Gesundheit sind. Eine starke soziale Kohäsion gibt den Einzelnen das Gefühl, zu einer Gemeinschaft zu gehören und Herausforderungen gemeinsam angehen zu können.

Überdies ist anerkannt, dass die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit die Gesundheit benachteiligter Gruppen und dadurch auch die durchschnittliche Gesundheit der Gesamtbevölkerung verbessert – sie trägt somit wesentlich zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit bei.

Es wäre daher zu erwarten, dass die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit auch einen positiven Einfluss auf den sozialen Zusammenhalt hat.

Abgesehen davon ist die Gesundheit für Frauen und Männer mit Migrationshintergrund ein entscheidendes Element im Hinblick auf den Integrationsprozess. Ein gesunder Mensch verfügt offensichtlich über mehr Ressourcen, welche eine Integration* erleichtern, als jemand, der gesundheitlich eingeschränkt ist. Im Migrationskontext ist also davon auszugehen, dass alles, was der Gesundheit förderlich ist, auch die soziale Integration von Menschen mit Migrationshintergrund begünstigt.

Wirtschaftliche Argumente

Es konnte nachgewiesen werden, dass Programme und Massnahmen, die zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten ergriffen bzw. durchgeführt werden, eine Reduktion der öffentlichen Gesundheitsausgaben nach sich ziehen können. Ein weiterer Aspekt ist, dass gute Gesundheit auch einen Produktionsfaktor darstellt. Dies trifft insbesondere auf Arbeiterinnen und Arbeiter aus sozial benachteiligten Schichten zu, deren körperliche Verfassung ein Werkzeug darstellt, das sowohl für ihre Arbeit als auch für das Wirtschaftswachstum unerlässlich ist, denn sie gehört zum Sozialkapital einer Gesellschaft.

3.2 Berücksichtigung der « Migrationsdimension » im Rahmen von Projekten und Interventionen

Aufgrund ihres Migrationshintergrundes, ihrer sozio-ökonomischen Situation, ihrer zuweilen unterschiedlichen Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit sowie ihrer Wertsysteme können Migrantinnen und Migranten was die Förderung ihrer Gesundheit angeht spezifische Bedürfnisse aufweisen. Darum ist es wichtig, den Migrationshintergrund zu berücksichtigen, wenn es um die Konzeptualisierung und Durchführung von Projekten zur Gesundheitsförderung geht. Im Folgenden wird anhand konkreter Fallbeispiele aus der Prävention und Gesundheitsförderung gezeigt, wie ein solcher Ansatz in verschiedenen Phasen eines Projekts verfolgt werden kann. Die Beispiele wurden aus Projektbeschreibungen und Evaluationsberichten extrahiert oder anlässlich verschiedener Gruppendiskussionen zum Thema „Migration und Gesundheit“ angeführt – es handelt sich zum Einen um Beispiele erfolgreich verlaufener Aktionen, zum Anderen verweisen sie auf konkrete Probleme, die im Rahmen eines Projekts aufgetaucht sind. Einige der vorgestellten Projekte sind beispielhaft darin, dass sie in hohem Masse „migrationssensibel“ sind.

Reflexionsphase

Ein Projekt, welches die „Migrationsdimension“ berücksichtigt, hat sich unbedingt an Zielen wie der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten und der Gewährleistung von Chancengleichheit und Diskriminierungsfreiheit im Be-

reich der Gesundheitsförderung zu orientieren. Im Vorfeld einer jeden Initiative, zu deren Begünstigten auch Menschen mit Migrationshintergrund gehören, sollten die konzeptuellen Überlegungen von diesen Prinzipien geleitet sein. Je nach Situation und vorhandenem Wissen bzw. Erfahrungen ist zu entscheiden, ob das Projekt den besonderen Bedürfnissen der Migrationsbevölkerung angepasst werden kann/soll oder ob – in gewissen Fällen sinnvoller – ein Projekt speziell auf eine bestimmte Zielgruppe mit Migrationshintergrund ausgerichtet wird. Im unten beschriebenen Fallbeispiel werden gleich beide Stossrichtungen sichtbar, indem die allgemeinen Dienstleistungen des Vereins erweitert (damit das Angebot „geöffnet“) werden und zwar (vorerst) durch die Einführung eines spezifischen auf Migranten und Migrantinnen zugeschnittenen Projekt:

Fallbeispiel 1: Der « ostschweizerische Verein für das Kind ⁵» (im Weiteren OVK) mit Sitz in St. Gallen hat sich dafür entschieden, seine Beratungsleistungen zu den Themen Ernährung und kindliche Entwicklung für Eltern mit Migrationshintergrund zu öffnen. Der Verein begründet diesen Entscheid mit der auf dem Gleichheitsprinzip aufbauenden Empfehlung der Ottawa Charta, gesundheitsfördernde Interventionen müssten allen Individuen dieselben Ressourcen und Möglichkeiten bieten. Um die Idee zu konkretisieren, wurde ein Pilotprojekt auf die Beine gestellt (MigesBalù),⁶ welches sich an Familien mit Migrationshintergrund unterschiedlicher Herkunft richtet.

Konzeptualisierungsphase

Analyse der Ausgangssituation: Im Rahmen dieser wichtigen Analyse geht es darum, die verschiedenen Faktoren zu berücksichtigen, welche die Vielfalt der Begünstigten bestimmen, und die vorzusehenden Interaktionsarten zu identifizieren. Die hierfür notwendigen Informationen sucht man in der wissenschaftlichen Literatur und den verfügbaren statistischen Gesundheitsdaten aber oft vergeblich: Die Daten sind vielfach nicht nach Aufenthaltsstatus oder Aufenthaltsdauer differenziert, und die Nationalität greift zur Erfassung einer Problematik zu kurz.

⁵ Der « ostschweizerische Verein für das Kind » ist eine Non-Profit Organisation, die in der Region St.Gallen/Rorschach tätig ist. Sie berät Eltern mit Kindern im Alter von 0-6 Jahren zu Themen wie Stillen, Ernährung, Bildung etc. (www.ovk.ch).

⁶ MigesBalù wurde verschiedentlich als *Best Practice* gelobt. Das Projekt zeigt beispielhaft, wie die « Migrationsdimension » erfolgreich in ein Gesundheitsförderungsprojekt integriert werden kann (für nähere Informationen vgl. www.ovk.ch/de/main.projekt.php).

Beispiel 2 (vgl. Fallbeispiel 1): Der OVK stellt fest, dass seine Dienstleistungen von Familien mit Migrationshintergrund kaum in Anspruch genommen werden, obwohl deren Kinder im Alter bis 6 Jahre ebenfalls von Ernährungsproblemen und Bewegungsmangel betroffen sind. Diesen Befund erklärt sich der OVK, basierend auf Beobachtungen, wie folgt: Aus verschiedenen Gründen (Nachtarbeit, Müdigkeit, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Erfahrung von Ablehnung in der Aufnahmegesellschaft) behalten Eltern mit Migrationshintergrund ihre Kleinkinder oft vorwiegend in der Wohnung, was zur Folge hat, dass diese sich weniger bewegen und mehr fernsehen als Kinder aus autochthonen Familien. Kinder aus Migrationsfamilien sind somit einem gesundheitlichen Risiko ausgesetzt.

Bestimmung des Bedarfs bzw. der Bedürfnisse: Es kann vorkommen, dass der Bedarf, dem das Projekt Rechnung tragen soll, in Bezug auf Migrantinnen und Migranten nicht derselbe ist wie in Bezug auf die autochthone Bevölkerung oder erstere in diesem Zusammenhang spezifische Bedürfnisse haben. Daher muss ein spezifischer Bedarf bzw. spezifische Bedürfnisse⁷ der Migrationsbevölkerung identifiziert werden, was auf zwei Arten geschehen kann: Ein „objektiver“ Ansatz orientiert sich an Ergebnissen wissenschaftlicher Studien – er kann dann zum Zug kommen, wenn der Gegenstand, um den es geht, unter dem Aspekt der Vielfalt* oder der Migration untersucht worden ist. Der zweite, eher „subjektive“ Ansatz stützt sich auf z.B. von Gesundheitsinstitutionen, Fachpersonen, der Migrationsbevölkerung oder Schlüsselpersonen ausgedrückte (oder wahrgenommene) Bedürfnisse. Selbstverständlich schliessen sich diese beiden Ansätze gegenseitig nicht aus, und eine Kombination ist oft sinnvoll.

Fallbeispiel 3: Ein bei Radix eingereichtes Projekt, welches sich auf Äusserungen von Migrantinnen und Migranten im Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem stützt, kommt zum Schluss, dass die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsleistungen durch die Migrationsbevölkerung aus verschiedenen Gründen eingeschränkt ist (etwa aufgrund mangelnden Vertrautseins mit dem hiesigen Gesundheitssystem, welches anders funktioniert als im Herkunftsland). Das Projekt identifiziert das spezielle Bedürfnis von Migrantinnen und Migranten, über das Gesundheitssystem und seine Funktionsweise sowie verschiedene dem Zugang vorgelagerte Hindernisse informiert zu werden.

Identifizierung der Zielgruppen: In Abhängigkeit vom identifizierten Bedarf/Bedürfnis müssen Zielgruppen ausgewählt werden. An dieser Stelle gilt es in Erinnerung zu rufen, dass die Migrationsbevölkerung sehr heterogen ist und

⁷ Zum Unterschied zwischen den Begriffen « Bedarf » und « Bedürfnis », vgl. <http://www.quint-essenz.ch/de/resources/glossary/5102.html>.

die einflussreichen sozio-ökonomischen Dimensionen (Bildung, Einkommen etc.) mit den Variablen Herkunft, Geschlecht, Aufenthaltsstatus, Sprachkenntnisse usw. kombiniert werden müssen, damit die am stärksten benachteiligten Subgruppen der Migrationsbevölkerung bestimmt werden können. Weiter muss die *kumulative Wirkung* gewisser Faktorenkombinationen beachtet werden (vgl. Kapitel 2.2). Es ist also möglich, dass die identifizierten Untergruppen innerhalb eines *a priori* als Einheit wahrgenommenen Bevölkerungsteils unterschiedliche Bedürfnisse bzw. unterschiedlichen Bedarf zeigen sowie auch über unterschiedliche Ressourcen verfügen. Als Beispiel seien Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika genannt, bei denen man zuweilen dazu neigt, sie allein aufgrund ihrer Hautfarbe und der Zuschreibung gewisser Stereotypen als „Einheit“ zu betrachten, obwohl sie eine in Sprachen und Lebensweisen sehr vielfältige Gruppe bilden.

Fallbeispiel 4: Die unten beschriebene Vorgehensweise zur Identifizierung einer Zielgruppe aus der Migrationsbevölkerung zeigt, wie wichtig es ist, differenziert und dem Gegenstand und Kontext jedes Projektes angemessen vorzugehen.

«... Für die Aidsprävention wollten wir innerhalb der Migrationsbevölkerung jene Gruppe identifizieren, die als « Hochrisikogruppe » bezeichnet werden kann. Zunächst haben wir Literatur konsultiert und festgestellt, dass innerhalb der Migrationsbevölkerung Migrantinnen und Migranten mit prekärer Aufenthaltsstatus sowie jene, die aus Regionen stammen, wo die Aids-Prävalenz höher ist, grösseren Risiken ausgesetzt sind. Um die am stärksten benachteiligten Gruppen eingrenzen zu können haben wir uns an Fachleute und ExpertInnen gewendet und schliesslich „Sexworkers“ und „Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika“ mit prekären Aufenthaltsstatus als Zielgruppen definiert. (Eine Teilnehmerin einer Diskussionsgruppe zum Thema „Migration und Gesundheit“).

Auf der Grundlage der Beobachtungen, die man im Verlauf dieser Konzeptualisierungsetappen macht, kann man erneut Abwägen, ob ein Projekt ausschliesslich auf Migrantinnen und/oder Migranten ausgerichtet werden oder ob es sich an ein breiteres, vielfältiges Publikum richten soll. Im letzteren Fall ist darauf zu achten, dass auch hier in den verschiedenen Etappen des Projektverlaufs der „Migrationsdimension“ Rechnung getragen wird. In Bereichen, wo wenig bekannt ist und kaum auf Erfahrung zurückgegriffen werden kann, ist es zuweilen sinnvoll, einen spezifischen Ansatz zu verfolgen, das heisst, die Intervention zunächst (explorativ) auf den Migrationskontext auszurichten, um danach zu entscheiden, ob es anhand der Lehren, die man aus diesem Vorgehen gezogen hat, möglich ist, die „Migrationsdimension“ in einem auf die breite Bevölkerung ausgerichteten Projekt angemessen zu berücksichtigen.

Umsetzungsphase

Die Zielgruppe erreichen: Ist die Zielgruppe einmal definiert, stellt sich bereits die nächste Herausforderung: Es gilt, das anvisierte Zielpublikum mit der Präventionsbotschaft auch tatsächlich zu erreichen. Hier ist zu beachten, dass die

Menschen mit Migrationshintergrund innerhalb der Zielgruppe möglicherweise schwerer zu erreichen sind als die „Autochthonen“. Zwar ist ganz allgemein in jeder Entwicklungsstufe eines Projektes den innerhalb der Ziel- bzw. Begünstigten existierenden unterschiedlichen Wertsystemen und Vorstellungen Beachtung zu schenken, ganz besonders wichtig ist dies aber in der Umsetzungsphase und namentlich bei der Kontaktaufnahme, denn soziale Interaktionen variieren stark je nach sozio-kultureller Lage der Beteiligten.

Nicht zu vernachlässigen ist zudem die Tatsache, dass nicht wenige Migrantinnen und Migranten innerhalb der Schweiz sehr mobil sind, sei das auch nur aus Gründen sozialer Kontakte. Eine Gruppe wie z.B. die Sans Papiers kann aufgrund des unbewilligten Aufenthalts, der sie dazu zwingt, in der Öffentlichkeit „unsichtbar“ zu bleiben, besonders schwer zu erreichen sein.

Abgesehen von diesen Faktoren, welche die Erreichbarkeit der Migrationsbevölkerung beeinflussen können, gilt es auch die Bedeutung der Settings und der sozialen Netze, die Art der Kontaktaufnahme und die Auswahl von Vermittlungspersonen zu bedenken. Hier sind gleichfalls nicht nur sozio-kulturelle und traditionelle Faktoren zu berücksichtigen, sondern auch Gegebenheiten des sozialen und beruflichen Lebens der Migrantinnen und Migranten (Arbeitszeiten usw.). Überdies ist der Auswahl der Vermittlungs- bzw. Schlüsselpersonen Beachtung zu schenken: wichtig ist, dass diese in der anvisierten Zielgruppe das nötige Vertrauen geniessen.

Zuerst gilt es also, mit einem MigrantInnen-Netzwerk in Kontakt zu treten (über Schlüsselpersonen, interkulturelle Vermittlerinnen und Vermittler*, Vertreterinnen oder Vertretern von MigrantInnenorganisationen usw.). Solche Vermittlungsinstanzen können nicht nur eine Brücke bilden zwischen dem Projekt und der Zielgruppe bzw. den Begünstigten, sondern auch nützliche Hinweise liefern, wie das Zielpublikum am besten erreicht werden kann.

Fallbeispiel 5: Ein Suchtpräventions-Projekt möchte die Eltern von Jugendlichen albanischer Herkunft ins Zielpublikum aufnehmen und kontaktiert zu diesem Zweck eine albanischstämmige Lehrerin. Diese führt unter den Eltern eine kleine Umfrage durch mit dem Ziel, mehr über deren Bedürfnisse und Interessen zu erfahren. Anschliessend wird zum Thema Sucht ein Informationsabend durchgeführt. Zu diesem Anlass erscheinen allerdings keine Eltern albanischer Herkunft, was damit zusammenhängen dürfte, dass die Lehrerin, welche als Schlüsselperson hätte funktionieren sollen, von den albanischen Eltern als Vertreterin der politischen „Linken“ wahrgenommen wird und kein Vertrauen zu erwecken vermochte. Nach dieser Erfahrung haben sich die Projektverantwortlichen dazu entschlossen, die Eltern auf direkterem Weg zu erreichen zu versuchen: sie besuchten in der Folge Extra-Klassen für albanischsprechende Jugendliche. Das Beispiel zeigt, dass eine Schlüsselperson noch keinen Erfolg garantiert und dass der Suche nach der geeigneten Vermittlungsperson grosse Bedeutung zukommt.

Beispiel 6 (vgl. Fallbeispiel 1): Im Rahmen des Projekts MigesBalù ist, um die Mütter albanischer Herkunft zu erreichen, eine differenzierte und spezifische Kommunikationsstrategie zur Anwendung gekommen: Im Wissen darum, dass im traditionellen Geschlechterverhältnis innerhalb der albanischen Herkunftsgruppe der Ehemann in seiner Rolle als Familienoberhaupt über die Entscheidungsgewalt verfügt, hat man sich bei MigesBalù dafür entschieden, mit Hilfe interkultureller Übersetzer zuerst mit den Männern in Kontakt zu treten, um sie davon zu überzeugen, dass es für Sie und ihre Ehefrauen vorteilhaft wäre, wenn letztere die Dienstleistungen des Projekts in Anspruch nehmen würden.⁸ Das Projekt wurde ausserdem in verschiedenen MigrantInnenorganisationen vorgestellt.

Fallbeispiel 7: « Wir haben in den Räumlichkeiten der Schule einen Informationsanlass für Migrationsfamilien organisiert – und hatten damit gar keinen Erfolg, es nahmen nur wenige Leute teil. Als wir aber dieselbe Veranstaltung in der türkischen Moschee durchführten, waren wir überrascht, wie viele Teilnehmende sich einfanden... ». (Teilnehmer einer Diskussionsgruppe zum Thema Partizipation im Bereich Migration und Gesundheit).

Partizipation und Ressourcenorientierung

Partizipation: Partizipation als Begriff und Konzept stammt ursprünglich zwar aus anderen Bereichen, ist aber mittlerweile zu einem Schlüsselkonzept der Gesundheitsförderung geworden. Auch im Gesundheitsförderungsansatz der WHO stellt sie ein grundlegendes Element dar.

Orientiert sich ein Gesundheitsförderungsprojekt, das sich an die Migrationsbevölkerung richtet oder diese in sein Zielpublikum einschliesst, am Leitgedanken der Partizipation, hat dies für die Umsetzung ganz konkrete Folgen. Es ist dann nämlich unerlässlich, Mitarbeitende mit Migrationshintergrund nicht nur bei der Bestimmung der Probleme und Bedürfnisse sondern auch in die Leitung, Umsetzung und Evaluation des Projekts einzubeziehen. Eine aktive Partizipation von Menschen mit Migrationshintergrund ist in allen Etappen eines Projektes möglich und wünschbar, besonders aber in der Umsetzungsphase.

⁸ Mit Blick auf Gruppen der Migrationsbevölkerung besteht ein grosses Risiko, dass verallgemeinert und pauschalisiert wird. Darum sollte man hier überaus vorsichtig sein: Diese Art der Kontaktaufnahme ist weder generell für die Migrationsbevölkerung noch für die albanische Herkunftsgruppe als Ganzes die einzig geeignete Vorgehensweise. Sinnvoll ist, sich von Fall zu Fall über das geeignetste, dem Kontext angemessenste Vorgehen klar zu werden. Abgesehen davon muss hier festgehalten werden, dass es in gewissen Fällen wichtig ist, mit Migrantinnen direkt – ohne Einbezug ihrer Ehemänner – in einen Dialog zu treten.

Fallbeispiel 8: «In unserem Projekt ist die Partizipation von Migrantinnen und Migranten sehr gewinnbringend: Eine Co-Projektverantwortliche hat selber einen Migrationshintergrund, sie war von Beginn weg involviert. Für die Kontaktaufnahme mit unserem Zielpublikum arbeiten wir systematisch mit interkulturellen Übersetzerinnen und Mediatoren sowie mit MigrantInnenvereinigungen. Bei der Umsetzung bestimmter Module unseres Projekts sind regelmässig Fachleute mit Migrationshintergrund involviert, sie kommen auch im Rahmen unserer Beratungsleistungen für MigrantInnengruppen zum Einsatz.» (Ein Projektverantwortlicher).

Einige Vorteile des Einbezugs von Menschen mit Migrationshintergrund in Projekte

- Der Einbezug von Menschen mit Migrationshintergrund stellt die Nähe zum potentiellen Zielpublikum her bzw. sicher;
- Der Einbezug von Menschen mit Migrationshintergrund erhöht die Akzeptanz des Projekts bei der Migrationsbevölkerung und beeinflusst die Motivation der vom Projekt anvisierten Menschen Migrationshintergrund positiv
- Menschen mit Migrationshintergrund werden nicht bloss als Begünstigte / Empfänger/innen von Leistungen betrachtet, sondern man sucht die Zusammenarbeit mit ihnen;

Ressourcenorientierung: Bei der Umsetzung des Projekts ist zudem wichtig, dass man Wert darauf legt, die Ressourcen der Menschen mit Migrationshintergrund zu mobilisieren und zu nutzen. Sie verfügen über Humankapital, welches sie im Verlauf ihrer Bildungs- und Berufsbiographie erworben haben (auch vor der Migration), sowie über informelle Ressourcen⁹, die sie im Verlauf ihres Lebens aufgebaut haben (Migrationserfahrungen, Kompetenzen in der Herkunftssprache, Know-How usw.). Diese Ressourcen zu nutzen kann sehr vorteilhaft sein, sei es für die Projektverantwortlichen oder für die Teilnehmenden bzw. Begünstigten selber.

Vorteile der Ressourcenorientierung

- Sie stärkt die gesundheitsrelevanten Handlungskompetenzen (*Empowerment**);
- Sie stellt *Humanressourcen* bereit (transkulturelle Kenntnisse, Kompetenzen in der Herkunftssprache, spezifisches Know-How und Migrationserfahrungen usw.);
- Sie stellt *soziale Ressourcen* von Menschen mit Migrationshintergrund bereit (Netzwerke, soziale Bindungen usw.), die sie in ihrer Kapazität zur Verbesserung

⁹ Während sich der Begriff *formelle Ressourcen* auf mit einem Diplom oder Zertifikat beglaubigte Kompetenzen bezieht (schulische, universitäre, berufliche Titel), werden alle anderen Ressourcen, über die Menschen verfügen (etwa Lebenserfahrung, Know How, kulturelle Codes, Werte und (religiöse) Bezugssysteme usw.) als *informelle Ressourcen* bezeichnet. Allerdings werden die Diplome aus zahlreichen Ländern in der Schweiz bisher nicht anerkannt und deshalb werden prinzipiell bestehende formelle Ressourcen verkannt, obwohl sie im Rahmen eines Projekts fruchtbar verwendet werden könnten.

- ihrer gesundheitlichen Situation stärken (über das durch individuelle Anstrengungen Erreichbare hinaus);
- Sie ermöglicht Kostensenkungen.

Methoden und Arbeitsinstrumente

Der Erfolg eines Projekts hängt auch von der Umsetzungs- oder Diffusionsmethode ab sowie davon, welche Arbeitsinstrumente zur Anwendung kommen.

Fallbeispiel 9: Im Rahmen eines Projektes wollte man die modernen Kommunikationstechnologien nutzen und produzierte eine CD-ROM (in einer Landessprache), mittels der man Familien mit Präventionsbotschaften erreichen wollte. Bei Familien mit Migrationshintergrund war diese Methode nicht erfolgreich, denn sie berücksichtigt die Tatsache nicht, dass in diesen Familien die Kenntnisse der ortsüblichen Sprache oft nicht genügen, um die auf der CD-ROM verfügbaren Informationen zu verstehen. Überdies geht man bei diesem Vorgehen davon aus, dass der Gebrauch multimedialer Kommunikationsmittel in Familien mit Migrationshintergrund ebenso verbreitet ist wie in „autochthonen“ Familien – was nicht zutrifft. Die Schwäche dieser Vorgehensweise besteht darin, dass sie einen pauschalisierenden Ansatz verfolgt, d.h. die spezifischen Charakteristiken eines Teils seines Zielpublikums – der Migrationsbevölkerung – nicht berücksichtigt. Geeigneter Vorgehensweisen wären in diesem Zusammenhang die Produktion einer CD-ROM in der Herkunftssprache der anvisierten Gruppen mit Migrationshintergrund oder die Entwicklung anderer, angemessener Instrumente bzw. die Nutzung geeigneter Kanäle (Vereinigungen, Hochzeitsfeiern, Gemeinschaftsabende u.ä.) zur Verbreitung der Information.

Beispiel 10 (vgl. Fallbeispiel 1): «Alle zur Zielgruppe gehörenden Eltern mit Migrationshintergrund erhalten in den Frauenkliniken der Region in ihrer Herkunftssprache abgefasste Prospekte über unsere Beratungsdienste. Auch haben wir die Öffnungszeiten unserer Beratungsstelle den Bedürfnissen der Zielgruppe mit Migrationshintergrund angepasst.» (Auszug aus dem Evaluationsbericht des Projektes MigresBalü).

Einige Vorschläge bezüglich Methoden und Arbeitsinstrumenten

- Die Methoden und die Arbeitsinstrumente (Einzelgespräche, Informationsveranstaltungen, thematische Workshops, Gruppenspiele usw.) sollten die grosse Vielfalt der anvisierten Personen mit Migrationshintergrund (was Bildung, Sprachkenntnisse, Lebenswelt usw. betrifft) so gut wie möglich berücksichtigen.
- Wenn eine «gemischte» Zielgruppe angesprochen werden soll (Teile der autochthonen wie auch der Migrationsbevölkerung), muss abgeklärt werden, ob die vorgesehene Methode bei den zur Zielgruppe gehörenden Personen mit Migrationshintergrund eine ebenso gute Wirkung zeitigt (bzw. zu zeitigen verspricht) wie bei der Gruppe der „Autochthonen“.
- In bestimmten Fällen ist es möglicherweise sinnvoll, für den Teil der Zielgruppe mit bzw. ohne Migrationshintergrund je unterschiedliche Methoden anzuwenden, damit spezifischen Merkmale von Gruppen mit Migrationshintergrund besser Rechnung getragen werden kann.
- Das Arbeitsmaterial bzw. die Kommunikationsmittel (Dokumente, Sprache, Bilder usw.) sollte den Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund angepasst werden.

- Es ist darauf zu achten, dass die Evaluationsinstrumente die spezifischen Merkmale der Zielgruppe mit Migrationshintergrund berücksichtigen (spezifische Bedürfnisse, Heterogenität was Wertsysteme und Konzepte von Gesundheit und Krankheit angeht usw.).

Die vorangegangenen Überlegungen die verschiedenen Projektphasen betreffend werden in der untenstehenden Tabelle veranschaulicht, indem für jede Phase Ziele formuliert werden, welche eine „migrationssensible“ Gestaltung des Projekts garantieren, d.h. die sozio-ökonomischen und „kulturellen“ (Vielfalt von Lebensweisen und Wertsystemen) Merkmale von Menschen mit Migrationshintergrund angemessen berücksichtigen.

Tabelle 3 : Projektziele nach Projektphasen

Phasen	Ziele/Überlegungen
Reflexionsphase	<ul style="list-style-type: none"> • Beitragen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten, die mit Migration in Zusammenhang stehen. • Chancengleichheit von Migrations- und autochthoner Bevölkerung anstreben.
Konzeptualisierungsphase	<ul style="list-style-type: none"> • Sich bewusst sein, dass Menschen mit Migrationshintergrund von bestimmten Benachteiligungen betroffen sind, die man verringern kann. (<i>Ausgangslage</i>) • In Erwägung ziehen, dass verschiedene Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund spezifische Bedürfnisse haben können (z.B. was den Zugang zu Gesundheitsförderungsprogrammen angeht). (<i>Identifizierung von Bedürfnissen</i>) • Darauf achten, dass die am stärksten benachteiligten Gruppen mit Migrationshintergrund in die Zielgruppe des Projektes eingeschlossen werden und dass die kumulative Wirkung bestimmter Faktorenkombinationen bei der Bestimmung der Zielgruppen berücksichtigt wird. (<i>Identifizierung der Zielgruppen</i>)
Umsetzungsphase	<ul style="list-style-type: none"> • Sich bewusst sein, dass soziale Netzwerke von Personen mit Migrationshintergrund eine bedeutende Rolle spielen wenn es darum geht, die Zielgruppe mit Migrationshintergrund mit präventiven Botschaften zu erreichen. (<i>Erreichbarkeit der Zielgruppe</i>)
Partizipation und Ressourcenorientierung	<ul style="list-style-type: none"> • Darauf achten, dass in allen Phasen des Projektes Menschen mit Migrationshintergrund angemessen einbezogen werden. • Soziale und individuelle Ressourcen von Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigen im Bewusstsein, dass es für das Projekt gewinnbringend sein kann, wenn sie genutzt werden.
Methoden und Arbeitsinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Darauf achten, dass die Methoden und die Arbeitsinstrumente den unterschiedlichen Lebenslagen gerecht werden, in denen sich Menschen mit Migrationshintergrund befinden, und ihren Bedürfnissen angemessen Rechnung tragen.

3.3 Beispiel eines « migrationssensibel » gestalteten Projektes

Die Migrationsdimension angemessen zu berücksichtigen stellt Anforderungen an ein Projekt, welchen nur mit systematischem Vorgehen erfolgreich zu begegnen ist.

Tabelle 4 (unten) kann für eine „migrationssensible“ Gestaltung Ihres Projektes hilfreich sein, indem – der in Tabelle 3 veranschaulichten Logik folgend (vgl. oben) – einige Leitfragen formuliert sind, die Sie sich in der jeweiligen Phase des Projektes stellen können. Selbstverständlich handelt es sich um sehr allgemeine Leitfragen, die je nach Projekt angepasst werden müssen – jedes Projekt ist in einem spezifischen Kontext verortet, dem unbedingt Rechnung getragen werden muss.

Tabelle 4: Testfragen zur Berücksichtigung der Migrationsdimension

Phasen	Fragen/Herausforderungen
Reflexionsphase	<ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern trägt Ihr Projekt zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten bei, die mit dem Migrationshintergrund der Zielgruppe in Zusammenhang stehen? • Woran ist ersichtlich, dass sich Ihr Projekt am Ziel der Chancengleichheit für Menschen mit Migrationshintergrund im Bereich der Gesundheitsförderung orientiert?
Konzeptualisierungsphase	
<i>Analyse der Ausgangslage und Bedarf</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Hinweise auf gesundheitliche Unterschiede zwischen Migrations- und Referenzbevölkerung (z.B. Bevölkerung schweizerischer Nationalität) und wenn ja, welche? • Auf was sind diese Unterschiede zurückzuführen? Sind sie ausschliesslich dem Migrationshintergrund zuzuschreiben (z.B. Hindernisse beim Zugang zum Gesundheitssystem) oder sind auch andere Faktoren (z.B. biologische) im Spiel? • Sind Studienerkenntnisse zum Thema «(gesundheitliche) Ungleichheiten im Migrationskontext» berücksichtigt worden?
<i>Identifizierung von Bedürfnissen</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Unterscheiden sich Bedürfnisse der Zielgruppe mit Migrationshintergrund von jenen der „autochthonen“ Bevölkerung, und wenn ja, inwiefern? • Wenn Sie sich für einen « subjektiven » Ansatz zur Identifizierung der Bedürfnisse entschieden haben (vgl. oben Kap. 3.2, Konzeptualisierungsphase), haben Sie die Sichtweise von Schlüsselpersonen, interkulturellen Mediatorinnen bzw. Mediatoren, Vertreterinnen bzw. Vertretern von MigrantInnenorganisationen und Fachleuten im Bereich Gesundheit zur Kenntnis genommen?

<i>Identifizierung der Zielgruppe</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern haben Sie berücksichtigt, dass verschiedene Gruppen mit Migrationshintergrund spezifische Bedürfnisse haben könnten? • Wodurch können diese spezifischen Bedürfnisse erklärt werden? • Ist die Zielgruppe Ihres Projektes die am stärksten benachteiligte Gruppe innerhalb der Migrationsbevölkerung? • Anhand welcher Indikatoren wurde diese Gruppe identifiziert? • Ist die Zielgruppe Ihres Projekts betroffen von der kumulativen Wirkung bestimmter Faktorenkombinationen auf die Gesundheit (z.B. Geschlecht, Aufenthaltsstatus, Sprachkompetenzen)?
Umsetzungsphase	
<i>Erreichbarkeit der Zielgruppe</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kann die Zielgruppe mit Migrationshintergrund als schwer erreichbar bezeichnet werden? • Haben Sie, um die Zielgruppe besser erreichen zu können, mit sozialen Netzwerken von Menschen mit Migrationshintergrund Kontakt aufgenommen?
Partizipation und Ressourcenorientierung	<p><i>Partizipation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Bedeutung messen Sie dem Einbezug von Menschen mit Migrationshintergrund bei der Leitung und Umsetzung des Projektes zu? • Wie gestaltet sich die Mitarbeit von Menschen mit Migrationshintergrund? Was sind die Auswahlkriterien? • Erfüllen die Einstellungs- und Arbeitsbedingungen für interkulturelle Vermittler und Vermittlerinnen das Kriterium der Gleichberechtigung/Gleichbehandlung aller Projektangestellten? • Ist vorgesehen, in allen Phasen des Projektes Menschen mit Migrationshintergrund einzubeziehen? Falls nicht, gibt es valable/gewichtige Gründe für diesen Ausschluss? <p><i>Valorisierung der Ressourcen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Ressourcen von Menschen mit Migrationshintergrund haben Sie im Hinblick auf Ihr Projekt identifiziert (in Bezug auf Mitarbeitende wie auch auf Begünstigte)? • Wie gedenken Sie diese Ressourcen im Rahmen Ihres Projektes zu valorisieren? • Sind Sie sich der Herausforderungen bewusst, welche die Nutzung der Ressourcen von Menschen mit Migrationshintergrund ebenfalls mit sich bringen kann (fehlende Kompetenzen, zusätzliche Arbeitsbelastung von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund im Falle unvorhergesehener Einsätze)?
Methoden und Arbeitsinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Erfordern die Bedürfnisse der Zielgruppe mit Migrationshintergrund die Anwendung spezifischer Methoden? • Inwiefern berücksichtigen die im Hinblick auf die gesam-

- te Zielgruppe ausgewählten Methoden den spezifischen Bedarf bzw. die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund?
- Sind Übersetzungskosten (etwa für die Übersetzung von Dokumenten oder den Einsatz interkultureller Übersetzer/innen) u.ä. im Budget vorgesehen?
- Ist das Arbeits- und Informationsmaterial an die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund angepasst?
- Tragen Ihre Evaluationsinstrumente den spezifischen Situationen von Menschen mit Migrationshintergrund Rechnung?
- Haben sich die vorgesehenen Methoden auch für die Zielgruppe mit Migrationshintergrund als wirksam erwiesen?

4 Fazit

Auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse wurde erläutert, warum es wichtig ist, im Rahmen von Vorstössen zur Gesundheitsförderung die Migrationsdimension zu berücksichtigen. Weiter wurde – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – im Hinblick auf eine migrationssensible Gestaltung solcher Interventionen einige Ansätze beschrieben und bezüglich Vorgehensweisen Vorschläge gemacht, die für die praktische Projektarbeit hilfreich sein können. Will man sich bei der Umsetzung eines Projektes davon leiten lassen, sollte man aber kreativ und flexibel mit den vorgebrachten Ratschlägen umgehen und sie jeweils an den Kontext des eigenen Projektes anpassen.

Ganz allgemein wurde aufgezeigt, dass drei Typen von Faktoren die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund beeinflussen: Sozioökonomische Faktoren, kulturelle Faktoren (im Sinne von unterschiedlichen Wert- und Bezugssystemen) sowie Faktoren im Zusammenhang mit der Migrationserfahrung. In ihrer Gesamtheit ist die Migrationsbevölkerung durch grosse sprachliche Vielfalt und durch unterschiedliche Lebensweisen, Wert- und Bezugssysteme, aber auch unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit gekennzeichnet. Ein Teil der Migrationsbevölkerung hat mit schwierigen Lebens- und Arbeitsbedingungen umzugehen und gehört daher einer benachteiligten sozialen Schicht an. Abgesehen davon ist zu bedenken, dass die Migrationserfahrung (Migrationsgründe, Flucht, Intergrationschwierigkeiten, unsichere Zukunft, Exilerfahrung usw.) ein prägendes Moment im Leben von Migrantinnen und Migranten sowie deren Familien darstellt – insbesondere gilt dies für Asylsuchende und Flüchtlinge.

Selbstverständlich beeinflussen auch etwa das Alter oder das Geschlecht sowie weitere Faktoren die Gesundheit von Frauen und Männern mit Migrations-

hintergrund. Die Gesundheitsförderung hat im Hinblick auf ihre Interventionen all diese Einflussfaktoren in ihrer Komplementarität zu berücksichtigen.

Schliesslich muss erneut auf die Bedeutung hingewiesen werden, die einer Öffnung der Institutionen, Vereinigungen und Projekte für die Migrationsbevölkerung zukommt. Damit die spezifischen Bedürfnisse dieses Bevölkerungsteils Berücksichtigung finden, müssen Institutionen, Methoden und Wahrnehmungen an individuell unterschiedliche Kontexte angepasst werden. Dies erfordert zwar eine beachtliche Anstrengung, die sich aber lohnt, denn die Akteure im Bereich Gesundheitsförderung werden jetzt und in Zukunft nur durch eine Öffnung für eine generell vielfältige Bevölkerung in der Lage sein, ein breitestmögliches Zielpublikum (mit und ohne Migrationshintergrund) zu erreichen und adäquat zu versorgen.

Literatur

Migration und Integration

(BFM), Bundesamt für Migration (2006). *Ausländer-und Asylstatistik 2005*. Bern: Bundesamt für Migration (BFM).

(BFS), Bundesamt für Statistik (2005). *Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).

Bovay, Claude (2005). *Religionslandschaft in der Schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Lüdi, Georges und Iwar Werlen (2005). *Sprachenlandschaft in der Schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Mahnig, Hans (Hg.) (2005). *Histoire de la politique de migration, d'asile et d'intégration en Suisse depuis 1948*. Zürich: Seismo.

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

Migration und Gesundheit

Achermann, Christin und Chimienti Milena, unter Mitarbeit von Fabienne Stants (2006). *Migration, Prekarität und Gesundheit*. Neuchâtel: SFM.

(BAG), Bundesamt für Gesundheit (2006). *Forschung Migration und Gesundheit. Sammelband mit Artikeln zu aktuellen Forschungen im Bereich "Migration und Gesundheit"*. Bern: Bundesamt für Gesundheit. (<http://www.bag.admin.ch/suchen/index.html?lang=de&keywords=Sammelband>)

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2001). *Migration und Gesundheit : strategische Ausrichtung des Bundes, 2002-2006*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Efionayi-Mäder, Denise und Milena Chimienti (2003). "Migration und Gesundheit : eine sozialpolitische Orientierung." *Sozialalmanach*, 5: 155-172.

Gentilini, M., G. Brücker und M. de Montvalon (1986). *La santé des migrants*. Paris: La Documentation française.

Kaya, Bülent, Martina Kamm und Alexis Gabadinho (forthcoming) (2006). *Les employés migrants dans le domaine de la santé et leurs ressources potentielles : une recherche-action*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.

Loutan, Louis (2001). "The health of migrants and refugees", in *Principles and practice of travel medicine*. Chichester: J. Wiley, S. 467-475.

Weiss, Regula (2003). *Macht Migration krank? : eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo.

Gesundheit der Migrationsbevölkerung

BFS (2000). Schweizerische Gesundheitsbefragung. Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.

Bouchardy, Christine, Philippe Wanner und Luc Raymond (2001). La mortalité des étrangers en 1989-92. Neuchâtel: OFS.

Gubéran, Etienne und Massimo Usel (2000). Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève ; suivi de, Ecarts de mortalité entre classes sociales dans les pays développés. Genève: Office cantonal de l'inspection et des relations du travail, OCIRT.

Loutan, Louis und Claire-Lise Chaignat (1994). "Afflux de réfugiés en Suisse : quels problèmes de santé ?" *Revue suisse de médecine militaire et de catastrophes*, 71(4): 105-109.

Rommel, Alexander, Caren Weilandt und Josef Eckert (2006). Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Bonn: WIAD (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands).

Tonnerre, Claude, Alexander N. Bischoff und Louis Loutan (1997). "Interprétariat en milieu médical : enquête dans les services de médecine interne en Suisse." *Journal suisse de médecine*, 127(Suppl. 88): 44.

Wanner, Philippe, Christine Bouchardy und Luc Raymond (1998). "Comportement des étrangers en Suisse en matière d'alimentation, de consommation d'alcool et de tabac et de prévention." *Démos*, (2): 3-20.

Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Bisig, Brigitte und Felix Gutzwiller (Hg.) (2004). Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? - Band 1: Gesamtübersicht Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus. Zürich/Chur: Verlag Rüegger.

Guilley, Edith (2005). Longévité et santé. In: *Ages et générations. La vie après 50 ans en Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS).

Kickbusch, Ilona (2006). Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Künzler, Gabriela und Carlo Knöpfel (2002). Les pauvres vivent moins longtemps : couche sociale, mortalité et politique de l'âge de la retraite en Suisse. Lucerne: Caritas Suisse.

Lehmann, Philippe, Catherine Mamboury und Christoph E Minder (1990). "Health and social inequities in Switzerland." *Social science and medicine*, 31(3): 369-386.

Schopper, Doris (2002). *Les inégalités sociales de santé : du constat à l'action*. Genève: Direction générale de la santé, République et canton de Genève.

Vranjes, Nenad, Brigitte Bisig und Felix Gutzwiller (1996). *Gesundheit der Ausländer in der Schweiz*. Liebfeld: Facheinheit Sucht und Aids, Bundesamt für Gesundheit.

Gesundheitliche Chancengleichheit:

Kaya, Bülent, in Zusammenarbeit mit Denise Efiionayi (2005). *Chancengleichheit und Gesundheit: State of the Art*. Neuchâtel: SFM.

Saladin, Peter (Hg.) (2006). *Diversität und Chancengleichheit: Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit in Zusammenarbeit mit H+ die Spitäler. Bezug von Gratisexemplare: H+ Die Spitäler der Schweiz, geschaeftsstelle@hplus.ch. Oder heruntergeladen unter: <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00209/index.html?lang=d>

Weltgesundheitsorganisation (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*: Weltgesundheitsorganisation. Regionalbüros für Europa (<http://www.euro.who.int>).

Whitehead, Margaret (1991). *Die Konzepte und Prinzipien von Chancengleichheit und Gesundheit*. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation. Regionalbüros für Europa.

Glossar

Aufenthaltsbewilligungen (unterschiedliche Typen)

Unter <http://www.bfm.admin.ch/index.php?id=626> findet sich eine Übersicht über die unterschiedlichen Typen von Aufenthaltsbewilligungen.

Ausländer/in

Ein Mensch, der nicht über die Staatszugehörigkeit des Landes verfügt, in dem er lebt. Es handelt sich um den juristischen Begriff zur Bezeichnung des Unterschieds zwischen Staatsangehörigen und Nicht-Staatsangehörigen. Jede/r ausländische Staatsangehörige, die/der auch über die schweizerische Staatsbürgerschaft verfügt (Doppelbürger/in) erscheint in den Statistiken als Schweizer/in. Demgegenüber werden Staatenlose und Personen, deren Staatszugehörigkeit nicht eruiert werden kann als Ausländer/innen betrachtet.

Diskriminierung

Das Ergebnis beabsichtigter wie auch unbeabsichtigter Handlungen, welche zu Ungleichheiten zwischen sozialen Gruppen führen von der Art, dass sich gewisse Gruppen abgelehnt fühlen. Diskriminierung kann das Resultat von Intoleranz und Rassismus* sein.

Diversität/Vielfalt

« Unter Diversität werden hier die persönlichen und gesellschaftlichen Differenzen verstanden, die unter anderem aufgrund von Herkunft, Geschlecht, Sprache, Fähigkeiten, Alter, Lebensformen und sozialem Status entstehen und bestehen und sich auf die gesellschaftliche Entwicklung auswirken. Das Management der Diversität strebt einen positiven Umgang mit diesen Differenzen an, um daraus erfolgreiches Handeln für ein Unternehmen, seine Kundinnen und Kunden sowie seine Mitarbeitenden zu gestalten. »

(Peter Saladin (Hg.), 2006)

Dolmetscher/in

Dolmetscher/innen sind Fachpersonen mit perfekter Kenntnis der eigenen Muttersprache sowie einer oder mehrerer Fremdsprachen. Sie beherrschen die notwendigen Dolmetschertechniken, um eine gesprochene Botschaft mündlich von der Ausgangssprache in die Zielsprache zu übertragen.

(www.inter-pret.ch)

Empowerment

Befähigung zu selbst bestimmtem Handeln, das heisst bessere Kontrolle über Entscheidungen und Handlungen, sowie erweiterte Gestaltungsmöglichkeiten der eigenen Lebenswelt und der Bedingungen, welche die Gesundheit beeinflussen.

(Quint-essenz.ch.)

Gesundheitliche Chancengleichheit (*equity in health*)

Gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet, dass ein fairer und gerechter Zugang zu gesundheitsrelevanten Ressourcen dazu beiträgt, dass alle Menschen, unabhängig von Herkunft, sozio-ökonomischem Status, Alter oder Geschlecht, die gleichen Möglichkeiten haben, ihre Gesundheit zu entwickeln und zu erhalten. Mit anderen Worten: Alle Menschen sollten die Möglichkeit haben, ihr volles gesundheitliches Potenzial auszuschöpfen bzw. niemand sollte dabei benachteiligt werden, und die Verteilung von gesundheitsrelevanten Leistungen, Unterstützungen etc. sollte idealerweise einzig und allein von den Bedürfnissen der Menschen bestimmt werden. Strategien zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit setzen bei der Verringerung jener *gesundheitlichen Unterschiede* zwischen Mitgliedern oder Gruppen der Gesellschaft (z.B. hinsichtlich Geschlecht, Alter, Einkommen etc.) an, die *vermeidbar* sind und die darum *als ungerecht angesehen* werden, weil unterschiedliche Lebens- und Erfolgchancen mit ihnen verbunden sind (*inequities in health/inéquité en santé*).

In der englisch- und französischsprachigen wissenschaftlichen Literatur wird unterschieden zwischen den Begriffen *health inequalities/inégalités en santé* und *health inequities/inéquité en santé*, die zwei unterschiedliche Konzepte repräsentieren. *Health inequalities/inégalité en santé* meint wertneutral die gesundheitlichen Unterschiede, die zwischen verschiedenen sozialen Gruppen beobachtet und statistisch-deskriptiv beschrieben werden können. *Health inequities/inéquité en santé* hingegen bezieht sich auf jene Unterschiede mit Bezug auf die Gesundheit, die *als ungerecht, vermeidbar und daher als inakzeptabel angesehen* werden. In der deutschsprachigen Literatur trifft man den Begriff *gesundheitliche Ungleichheiten* zur Bezeichnung meist des letzteren (*inequities*), manchmal jedoch auch des ersten Konzepts (als Synonym gesundheitlicher Unterschiede) an. Um Klarheit zu schaffen hat sich die WHO im Rahmen der Europäischen Strategie *Gesundheit für alle* dafür entschieden, zur Bezeichnung von *inequity in health/inéquité en santé* in deutscher Sprache durchgängig den Begriff *Fehlende gesundheitliche Chancengleichheit* zu verwenden (vgl. auch nächster Abschnitt).

(www.quint-essenz.ch; <http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>; Whitehead 1991)

Gesundheitliche Ungleichheit(en) / Fehlende gesundheitliche Chancengleichheit (*inequity in Health/inéquité en santé*)

Der Begriff *Gesundheitliche Ungleichheit(en)* wird in der deutschsprachigen wissenschaftlichen Literatur in der Regel definiert als *bedeutsame systematische und vermeidbare Unterschiede im Gesundheitszustand* zwischen verschiedenen sozialen Gruppen, die auf Unterschiede im sozio-

ökonomischen Status, auf einen Migrationshintergrund oder die Zugehörigkeit zu einer Minderheitengruppe, auf unterschiedliche Lebenschancen usw. zurückzuführen sind (*health inequities/inéquités en santé*). Da der Begriff aber uneinheitlich benutzt wird – zum Teil mit ebendieser Konnotation von "Ungerechtigkeit", zum Teil jedoch auch wertneutral als rein mathematische, statistisch-deskriptive Ungleichheit im Sinn von gesundheitlichen Unterschieden (vgl. vorangehender Abschnitt) – hat sich die WHO im Rahmen der Europäischen Strategie *Gesundheit für alle* für die durchgängige Verwendung von *Fehlende gesundheitliche Chancengleichheit* zur Bezeichnung des Konzepts *inequity in health/inéquité en santé* entschieden. Bestehen also Unterschiede im Gesundheitszustand, die *vermeidbar* sind und die als *unfair/ungerecht* gelten, fehlt die gesundheitliche Chancengleichheit bzw. besteht gesundheitliche Chancenungleichheit. Der Begriff hat insofern eine moralische und ethische Dimension.

([www. quint-essen.ch](http://www.quint-essen.ch); <http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>; Whitehead 1991)

Health Literacy/Gesundheitskompetenz

Health Literacy (in der Regel übersetzt mit *Gesundheitskompetenz*) wird gewöhnlich als "wissensbasierte, soziale und kulturelle Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung" umschrieben. Man kann sie auch als die Fähigkeit der und des Einzelnen bezeichnen, in verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Gesundheitskompetenz impliziert u.a. auch die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen.

(http://www.gesundheitsfoerderung.ch/de/about/news/news_detail.asp?offset=15&id=197; Kickbusch 2006).

Integration

Mit der Integration wird ein chancengleicher Zugang zu den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Ressourcen angestrebt. Die Integration umfasst somit alle Bestrebungen, die dem gegenseitigen Verständnis zwischen der schweizerischen und der ausländischen Bevölkerung dienen. Zentrale Anliegen sind auch das Zusammenleben auf der Basis gemeinsamer Grundwerte und Verhaltensweisen, die Information der Ausländerinnen und Ausländer über unsere Einrichtungen, Rechtsvorschriften und Lebensbedingungen sowie die Schaffung von günstigen Rahmenbedingungen für die Chancengleichheit und für die Teilnahme am Gesellschaftsleben.

(Bundesamt für Migration)

Interkulturelle/r Übersetzer/in

Interkulturelle Übersetzer/innen sind Fachpersonen für mündliches Übersetzen in Dialogsituationen. Sie ermöglichen eine gegenseitige Verständigung zwischen Gesprächspartner/innen unterschiedlicher sprachlicher

Herkunft. Sie dolmetschen unter Berücksichtigung des sozialen und kulturellen Hintergrundes der Gesprächsteilnehmenden.

(www.inter-pret.ch)

Interkulturelle/r Vermittler/in

Interkulturelle Vermittlerinnen und Vermittler informieren adressatengerecht Migrantinnen und Migranten sowie Fachpersonen öffentlicher Dienstleistungen über kulturelle Besonderheiten, über unterschiedliche Regeln des politischen oder des Sozialsystems sowie über unterschiedliche Umgangsformen. Damit bauen sie Brücken zwischen Migrantinnen und Migranten sowie Bildungs- oder Beratungseinrichtungen und sorgen dafür, dass Unklarheiten zwischen Ärztin/Arzt und Patient/in, Anwältin/Anwalt und Mandant/in, Lehrer/in und Eltern keinen Raum haben.

(Peter Saladin (Hg.), 2006)

Kultur

Kultur ist die Gesamtheit des Handlungswissens, das sich einzelne Menschen im Verlauf ihres Lebens aneignen und welches es ihnen erlaubt, intersubjektiv nachvollziehbare Konzepte zu konstruieren und vernunftgeleitet zu handeln. Kultur ist demnach ein offener, analysierbarer Prozess und kein Zustand.

Migrant/in

Eine im Ausland geborene Person, die immigriert ist.

Migration

Unter Migration versteht man das Überschreiten administrativer, politischer oder geographischer Grenzen durch Einzelne oder Gruppen mit dem Ziel einer vorübergehenden oder dauerhaften Niederlassung an einem anderen als dem Herkunftsort.

(Internationale Organisation für Migration IOM)

Migrationsbevölkerung, Menschen mit Migrationshintergrund

Diese Begriffe umfassen alle im Ausland geborenen Personen wie auch alle in der Schweiz lebenden Menschen mit mindestens einem im Ausland geborenen Elternteil.

Multiplikator/in

Der Begriff «Multiplikatorin» oder «Multiplikator» bezeichnet Personen, die von professionellen interkulturellen Vermittlerinnen und Vermittlern eingesetzt werden, um Aussagen und Informationen in denjenigen Gruppen oder Settings zu verbreiten, zu denen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren einen vereinfachten Zugang besitzen.

(BAG, Strategie « Migration und Gesundheit » 2002-2006)

Rassismus

Rassismus ist eine Ideologie, die Menschen auf Grund realer oder fiktiver Merkmale körperlicher oder kultureller Art auf ihre ethnische, nationale oder religiöse Zugehörigkeit reduziert und «die Anderen» als moralisch und intellektuell minderwertig erachtet.

(<http://www.edi.admin.ch/ekr/themen/00105/index.html?lang=de&PHPSESSID=fdba6cd7305210987d8cbe16c6202dca>)

Risikogruppe (Hauptbetroffenengruppe)

Eine Gruppe von Menschen, die auf Grund ihrer biologischen, sozialen oder ökonomischen Lebensumstände, ihres Verhaltens oder ihrer Umwelt bekannten Risikofaktoren ausgesetzt ist, und die somit eher zu bestimmten Folgeerscheinungen, wie z.B. Erkrankungen, neigt als der Rest der Bevölkerung.

(<http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>)

Ständige ausländische Wohnbevölkerung

Alle ausländischen Staatsangehörigen, die während mindestens einem Jahr in der Schweiz wohnhaft sind und eine der folgenden drei Bewilligungen besitzen:

- Niederlassungsbewilligung
- Aufenthaltsbewilligung
- Kurzaufenthaltsbewilligung für einen Aufenthalt von 12 Monaten oder länger (>=12 Monate)

Nicht enthalten sind in der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung die Personen aus dem Asylbereich, die Diplomatinen und Diplomaten und die internationalen Funktionärinnen und Funktionäre sowie deren Familienangehörige.

(Bundesamt für Migration)

Transkulturelle Kompetenz

« Transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in besonderen Situationen und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. »

(Dagmar Domenig, « Transkulturelle Kompetenz » in Peter Saladin (Hg.), 2006, S. 26)

Vielfalt/Diversität

« Unter Diversität werden hier die persönlichen und gesellschaftlichen Differenzen verstanden, die unter anderem aufgrund von Herkunft, Geschlecht, Sprache, Fähigkeiten, Alter, Lebensformen und sozialem Status entstehen und bestehen und sich auf die gesellschaftliche Entwicklung auswirken. Das Management der Diversität strebt einen positiven Umgang mit diesen Differenzen an, um daraus erfolgreiches Handeln für ein Unternehmen, seine Kundinnen und Kunden sowie seine Mitarbeitenden zu gestalten. »

(Peter Saladin (Hg.), 2006)

Nützliche Links und Adressen

Bundesamt für Gesundheit BAG

Sektion Chancengleichheit und Gesundheit

info@bag.admin.ch

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395/index.html?lang=de>

Bundesamt für Migration BFM

info@bfm.admin.ch

www.bfm.admin.ch

Contact Netz

info@contactmail.ch

www.contactnetz.ch

Eidgenössische Ausländerkommission

eka-cfe@bfm.admin.ch

www.eka-cfe.ch

Forum für die Integration der Migrantinnen und Migranten

info@fimm.ch

www.fimm.ch

Gesellschaft Minderheiten in der Schweiz

infogms@gra.ch

www.gms-minderheiten.ch

Gesundheitsförderung Schweiz und Quint-essenz

<http://www.promotionsante.ch>

<http://www.quint-essenz.ch>

„Gesundheitswegweiser Schweiz“

Neu : Zweite überarbeitete Auflage !

Bestellung unter: <http://www.migesplus.ch/index-de.php>

Handbuch « Diversität und Chancengleichheit » (Saladin Peter (Hg.) 2006)

<http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00209/index.html?lang=de>

H+ Die Spitäler der Schweiz

Generalsekretariat

geschaeftsstelle@hplus.ch; www.hplus.ch

„Ich geh' ins Spital !“

Herausgeber : Kind & Spital. Schweizerische Vereinigung für die Rechte von Kindern und Jugendlichen im Gesundheitswesen

Bestellung unter: www.migesplus.ch

„Ihre Rechte bei der Ärztin, beim Arzt und im Spital“

Herausgeber : Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion, Kanton Basel-Land

Bestellung unter : www.migesplus.ch

„Info Mutterschaft“

Herausgeber : Travail.Suisse

Bestellung unter: www.migesplus.ch

„Interkulturelles Vermitteln in Spitälern“ - didaktisches Video (mit Broschüre)

Herausgeber: Interpret. Schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln

Bestellung unter: www.inter-pret.ch

International Centre for Migration and Health, Genève

www.icmh.ch

INTERPRET

Schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln

www.inter-pret.ch

„Migesplus“ - Internetplattform für Gesundheitsinformationen in Migrationssprachen

www.migesplus.ch

Radix Gesundheitsförderung

info-zh@radix.ch

www.radix.ch

Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien

Forschungsinstitut der Universität Neuchâtel

secretariat.sfm@unine.ch

www.migration-population.ch

Schweizerisches Rotes Kreuz

www.redcross.ch

Spitalwörterbuch, Kantonsspital St. Gallen, Departement Pflege

Bestellung unter: www.pflegedienst-kssg.ch

Anhang

Anlässlich einer Sichtung wissenschaftlicher Literatur zum Thema *Migration und Gesundheit in der Schweiz* wurde überblicksartig aufgelistet, in Bezug auf welche Zielgruppen Empfehlungen für angepasste Gesundheitsförderung- bzw. Präventionsinterventionen gefunden werden konnten. Diesen Überblick in Tabellenform fügen wir hier an. Lesende, die ihre Kenntnisse zum einen oder anderen Thema vertiefen möchten, finden die entsprechenden Literaturangaben im Anschluss an die Tabellen.

Tab. 1: *Angepasste Präventions-/Gesundheitsförderungsinterventionen in Bezug auf bestimmte Gesundheitsstörungen bzw. Risikoverhaltensweisen*

HIV/Aids (vgl. (BAG) 2004 ; vgl. Achermann et al. 2005 ; Chimienti 2005 ; Dubois-Arber et al. 2001)	
Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Personen mit prekärem Aufenthaltsstatus, speziell HIV-Risikogruppen wie Sexworkers oder MigrantInnen aus Subsahara-Afrika bzw. aus anderen Regionen mit erhöhter HIV-Prävalenz • Risikogruppen wie Sexworkers oder MigrantInnen aus Subsahara-Afrika bzw. aus anderen Regionen mit erhöhter HIV-Prävalenz ungeachtet ihres Aufenthaltsstatus 	<ul style="list-style-type: none"> • Angepasste Präventionsinformationen über Kanäle verbreiten, die an die Lebensstile und Treffpunkte der betroffenen Personen angepasst sind • Der Austausch unter Personen in ähnlichen Situationen sollte in vertrauensvoller Umgebung ermöglicht werden • Menschen, die zuwandern und/oder Asyl suchen, müssen umfassend über HIV informiert und mit den Schutzmöglichkeiten und dem medizinischen Angebot vertraut gemacht werden • Community-basierte Voluntary Counselling and Testing – Programme werden als effektiver eingeschätzt als top-down – Programme
Tuberkulose (vgl. BAG 2003a ; vgl. BAG 2003b ; Loutan 2001a ; Manzano et Suter 2002 ; Zellweger 2003)	
Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Alle Einreisenden des Asylbereichs, insbesondere Kinder • Illegal Eingereiste • Risikogruppen aus Ländern mit erhöhter TB-Prävalenz 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortführung des angeordneten TB-Screenings von Personen des Asylbereichs ist sinnvoll • Sensibilisierung des in der Grundversorgung tätigen Gesundheitspersonals • Überwachung von Kindern ab dem Zeitpunkt ihrer Einreise • U.U. Anordnung präventiver Chemotherapie

Krankheiten, denen durch Impfung vorgebeugt werden kann (vgl. Genton et al. 2003 ; Manzano et Suter 2002)	
Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Personen mit prekärem Aufenthaltsstatus, insbesondere Kinder 	<ul style="list-style-type: none"> • Bisherige Praxis weiterführen (Impfungen in den Erstaufnahmезentren, später vom zuständigen Personal in den Kantonen durchgeführt) • Kinder: Bei fehlender Dokumentation sollten nicht systematisch alle Impfungen durchgeführt, sondern zuvor mittels Blutprobe kontrolliert werden, ob schon Immunität vorhanden
Krebs (Gebärmutter/Brust bzw. Prostata) (vgl. Rommel et al. 2006)	
Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Tamilinnen und Frauen des Asylbereichs • Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus Sri Lanka 	<ul style="list-style-type: none"> • Die geringen Vorsorgequoten (Gebärmutterhalsabstrich/Brustuntersuchung bzw. Prostatauntersuchung) legen in Bezug auf diese Gruppen einen besonderen Bedarf an Informations- und Aufklärungsarbeit nahe
Gewalterfahrungen (vgl. Verwey 2002)	
Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Gewaltflüchtlinge 	<ul style="list-style-type: none"> • Erfolgversprechende Projekte wie das Angebot 'Gesundheitswerkstätten' für bosnische Kriegsflüchtlinge weiterverfolgen
Psychische Gesundheit (vgl. Achermann et al. 2005)	
Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Personen mit prekärem Aufenthaltsstatus 	<ul style="list-style-type: none"> • Angepasste Präventionsinformationen über Kanäle verbreiten, die an die Lebensstile und Treffpunkte der betroffenen Personen angepasst sind
FGM (vgl. Hohlfeld et al. 2005 ; Thierfelder 2003 ; UNICEF 2005)	
Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • MigrantInnen-Gemeinschaften aus Ländern, wo FGM traditionell praktiziert wird (insbesondere MigrantInnen aus Äthiopien, Eritrea, Somalia) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitspersonal befähigen, Präventionsaufgaben wahrzunehmen: FGM in der Ausbildung von GynäkologInnen und Hebammen thematisieren • Netzwerkbildung und Erfahrungsaustausch sollte gefördert werden, sowohl zwischen betroffenen Migrantinnen wie auch unter dem Gesundheitspersonal

	<ul style="list-style-type: none"> • Auf grosse (Universitäts-/Kantons-) Kliniken fokussierte Massnahmen können den grössten Teil der Betroffenen erreichen • Zielgruppenspezifische Informations- und Ausbildungsarbeit • Aufklärungsarbeit in Gemeinschaften aus Ländern, in denen Mädchenbeschneidung traditionell praktiziert wird • Verstärkte Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure
--	--

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

(vgl. Achermann et al. 2005 ; Bollini et Wanner 2005 ; Hälg et al. 2004 ; Lüthi 2002 ; Wanner et al. 2002 ; Wolff et al. 2005)

Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Migrantinnen mit prekärer Aufenthaltsstatus • Türkinnen • Migrantinnen herkunftsspezifisch 	<ul style="list-style-type: none"> • Für illegal anwesende Migrantinnen Möglichkeiten der Verhütungsberatung, der Vornahme der Röteln-Impfung sowie der Gebärmutterhalskrebs-Abklärung schaffen • Information via bevorzugte Kontaktwege/-orte der Migrantinnen in einer dem Kenntnisstand der Frauen angepassten Art und Weise (in Bezug auf Frauen türkischer Herkunft eher mündlich und visuell, praktische Anleitung in Gruppen) • Information insbesondere zu Verhütung und zu den Abläufen im schweizerischen Gesundheitswesen • Aufbau/Weiterführung von auf bestimmte Gruppen von Migrantinnen ausgerichteten Angeboten der Geburtsvorbereitung und Säuglingspflege

Nikotinkonsum

(vgl. Bodenmann 2003)

Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Herkunftsspezifische Zielgruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Prävention, die auf Migrationserfahrung, Gegebenheiten im Herkunftsland und im Aufnahmeland sowie auf Sprachkompetenzen des zu Beratenden/der Risikogruppe Rücksicht nimmt

Ernährungsverhalten

(vgl. Kruseman et al. 2005)

Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Afrikanische MigrantInnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventionen, um die MigrantInnen mit den lokalen Nahrungsangeboten besser vertraut zu machen

Risikoverhalten allgemein

(vgl. Bodenmann et al. 2005)

Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Herkunftsspezifische Zielgruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen jeglicher Ausbildung im Präventionsbereich sollte das Verständnis der Einschätzung und Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken durch autochthone und Migrationsbevölkerung vermittelt werden; zudem sollten die Auszubildenden mit Instrumenten vertraut gemacht werden, welche eine verbesserte Kommunikation der Risiken ermöglichen

Tab. 2 : Allgemein gesundheitsfördernde/präventive Interventionen in Bezug auf bestimmte MigrantInnengruppen

Allgemeine Gesundheitsförderungs-/Präventionsmassnahmen

(vgl. Aspasia 2002 ; Bahnan Buechi et Sieber 2004 ; Hunkeler et Müller 2004 ; Keel 2001 ; Loncarevic et Selva 2001 ; Lüthi 2002)

Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Personen mit prekärer Aufenthaltsstatus, insbesondere Frauen und Sexworkers • Türkinnen • MigrantInnen am Arbeitsplatz 	<ul style="list-style-type: none"> • Für Frauen und Sexworkers mit prekärer Aufenthaltsstatus Beratungsstellen schaffen, wo sie zu HIV und anderen Krankheiten informiert werden bzw. ihre Kenntnisse reaktivieren können • Verschiedene Integrationsmassnahmen; Möglichkeiten schaffen, damit sich Frauen mit prekärer Aufenthaltsstatus ein Solidaritätsnetz aufbauen können, z.B. indem in Durchgangszentren ein Bezugspersonensystem aufgebaut wird • Bezüglich Frauen türkischer Herkunft: Information über Gesundheit und Gesundheitsförderung allgemein sowie über das schweizerische Gesundheitssystem, über Möglichkeiten und Grenzen einer Selbstbehandlung via bevorzugte Kontaktwege/-orte der Migrantinnen verbreiten, und dies in einer dem Kenntnisstand der Frauen angepassten Art und Weise (eher mündlich und visuell, praktische Anleitung in Gruppen) • Informations- und Präventionsprogramme auf

- spezifische Arbeitssituationen und Sprachkenntnisse der ArbeiterInnen zuschneiden
- Grundsensibilisierung mittels Aus- und Weiterbildung: Kurse für Gesundheitspersonal, 'Gesundheitswegweiser' und Gesundheitskurse für MigrantInnen

Tab. 3 : Bedürfnisse bestimmter Zielgruppen

Niederschwellige Angebote zur medizinischen Versorgung

(Achermann et al. 2005 ; Bahnan Büechi et Sieber 2004 ; Bärtschi et Lutz 2003 ; Loutan 2001a ; Médecins sans frontières (MSF) 2002) Asylsuchende: (Etlin et Perritaz 2004 ; Loutan 2001b ; Médecins sans frontières (MSF) 2002 ; Schäublin et al. 2003)

Zielgruppen	Erkenntnisse/Empfehlungen
<ul style="list-style-type: none"> • Personen mit prekärem Aufenthaltstatus 	<ul style="list-style-type: none"> • Frauen haben spezifische Bedürfnisse • Nachfrage nach bestehenden angepassten Versorgungsleistungen übersteigt das Angebot (eruiert für Genf) • Anregungen seitens der NutzerInnen zur Verbesserung der bestehenden Angebote • Bedürfnis nach Klarheit bezüglich der Frage der Kostenübernahme

Betreuung von Migrantinnen während der peri- und postnatalen Phase

(Hälg et al. 2004)

Zielgruppen	Erkenntnisse/Empfehlungen
<ul style="list-style-type: none"> • Migrantinnen während der peri- und postnatalen Phase 	<ul style="list-style-type: none"> • Angepasste Informationen zu Verhütungsfragen • Mehr/angepasste Information zu den Abläufen im schweizerischen Gesundheitssystem • Adäquatere medizinischer Versorgung • Mehr Respekt, verbesserte Wahrung der Intimsphäre; psychosoziale Bedürfnisse

Betreuung älterer MigrantInnen

(Hungerbühler 2004)

Zielgruppen	Erkenntnisse/Empfehlungen
<ul style="list-style-type: none"> • Ältere Migrantinnen 	<ul style="list-style-type: none"> • U.U. spezifische Bedürfnisse hinsichtlich der Betreuung in Alterseinrichtungen • Angepasste Informationen zu Spitex-Dienstleistungen • U.U. Zusicherung einer rituell korrekten Bestattung

In den Tabellen zitierte Literatur

- (BAG), Bundesamt für Gesundheit (2004). *Strategie Migration und Gesundheit: Analyse von MigrantInnennetzwerken. Entwurf Schlussbericht. Studie durchgeführt von INFRAS.* . Bern: Unveröffentlichtes internes Arbeitspapier.
- Achermann, Christin, Milena Chimienti et Fabienne Stants (2005). *Migration, Prekarität und Gesundheit. Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich.* Neuchâtel: SFM.
- Aspasie (2002). *Aspasie, 20 ans : rapport d'activités 2001.* Genève: Aspasie.
- BAG (2003a). *Handbuch Tuberkulose.* Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2003b). *Technische Weisung betreffend grenzsanitarische Untersuchungen und Massnahmen bei Personen des Asylbereiches.* Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Bahnan Büechi, Rania et Christine Sieber (2004). "Frauen Sans-Papiers : Recht auf Gesundheit", dans *Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen* hrsg. vom Departement Migration, Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) ; mit einem Vorwort von Hans Beat Moser. - Zürich : Seismo, cop. 2004. - S. 139-149.
- Bärtschi, Franziska et Monica Lutz (2003). "[...] sie nehmen Risiko auf sich und hoffen, dass nichts passiert." : *illegalisierte Migrantinnen und ihre Zugänge zu medizinischen Angeboten : theoretische und empirische Betrachtungen.* Bern: [s.n.].
- Bodenmann, Patrick (2003). "La migration est-elle un facteur de risque du tabagisme ?" *Médecine et Hygiène*, (2452): 1870-1873.
- Bodenmann, Patrick et al. (2005). *Perception du risque pour la santé liée à la consommation excessive d'alcool, au tabagisme et aux comportements sexuels à risque chez les migrants et les autochtones: nécessité d'une prévention différente?* Lausanne: Policlinique médicale universitaire.
- Bollini, Paola et Philippe Wanner (2005). *Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention:* forMed et SFM.
- Chimienti, Milena (2005). "Inclusion - exclusion : le VIH/sida face à d'autres maladies chroniques : (...)", dans *Solidarité et droits sociaux : réflexions partant de la question du VIH/sida Sandro Cattacin... [et al.] (Hg.).* - Zürich : Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP, cop. 2005. - P. 51-134.
- Dubois-Arber, Françoise et al. (2001). "HIV/AIDS-Prävention in der Schweiz : Bilanz und Ausblick." *Schweizerisches Medizin-Forum*, (24): 621-625.
- Etlin, Melchior et Monique Perritaz (2004). "Centres de santé pour les requérants d'asile", dans *Migration - eine Herausforderung für*

- Gesundheit und Gesundheitswesen* hrsg. vom Departement Migration, Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) ; mit einem Vorwort von Hans Beat Moser. - Zürich : Seismo, cop. 2004. - P. 150-156.
- Genton, Blaise, Valérie D'Acremont et Daniel Desgrandchamps (2003). "Vaccination chez les migrants." *Médecine et Hygiène*, (2455): 2045-2048.
- 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.
- Hohlfeld, Patrick, Clara Thierfelder et Fabienne Jäger (2005). "Patientinnen mit genitaler Beschneidung : schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte." *Schweizerische Ärztezeitung*, 86(16): 951-960.
- Hungerbühler, Hildegard (2004). "Altern in der Migration : Folgen der Lebens- und Arbeitsbiographie", dans *Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen* hrsg. vom Departement Migration, Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) ; mit einem Vorwort von Hans Beat Moser. - Zürich : Seismo, cop. 2004. - S. 221-242.
- Hunkeler, Brigitte et 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*. Psychologisches Institut, Sozial- und Gesundheitspsychologie. Zürich: Universität Zürich.
- Keel, P. (2001). "Low Back Pain and Foreign Workers: Does Culture Play an Important Role?" dans Yilmaz, A. Tarik, Mitchell G. Weiss et Anita Riecher-Rössler (éd.), *Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives*. Basel u.a.: Karger.
- Kruseman, Maaike et al. (2005). "Post-migration dietary changes among African refugees in Geneva: a rapid assessment study to inform nutritional interventions." *Sozial- und Präventivmedizin = Médecine sociale et préventive*, (3 UR - <http://www.springerlink.com/app/home/contribution.asp?wasp=158583983c1743f39ce75f2a90796a5a&referrer=parent&backto=issue,7,13;journ al,1,20;linkingpublicationresults,1:109374,1>): 161-165.
- Loncarevic, Maja et Gabriella Selva (2001). *Vom interkulturellen Zusammenleben im Spital : ein Pilotprojekt des Schweizerischen Roten Kreuzes und des Kinderspitals Zürich*. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz, Departement Migration.

- Loutan, Louis (2001a). "The health of migrants and refugees", dans *Principles and practice of travel medicine* ed. by Jane N. Zuckerman. - Chichester : J. Wiley, 2001. - P. 467-475.
- Loutan, Louis (éd.) (2001b). *Policlinique de médecine : autoportraits : patients - soignants - citoyens, les chemins de la santé*. [Genève]: HUG, Hôpitaux universitaires de Genève.
- Lüthi, Silvia (2002). *Wie sehen türkische Frauen das schweizerische Gesundheitssystem ?* [S.l.]: [s.n.].
- Manzano, S. et S. Suter (2002). "La santé des enfants requérants d'asile à Genève." *Médecine et Hygiène*, (2379): 360-362.
- Médecins sans frontières (MSF) (2002). *Accès aux soins des personnes en marge du système de santé : Genève-Lausanne*. Genève: Médecins sans frontières.
- Rommel, Alexander, Caren Weilandt et Josef Eckert (2006). *Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung*. Bonn: WIAD (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands).
- Schäublin, Rodolphe, Alain Péroud et Patrick Bodenmann (2003). "Prise en charge médico-sanitaire des requérants d'asile dans le canton de Vaud." *Médecine et Hygiène*, (2455): 2016-2018, 2021-2022.
- Thierfelder, Clara (2003). *Female genital mutilation and the Swiss health care system*. Basel: Schweizerisches Tropeninstitut.
- UNICEF (2005). *Mädchenbeschneidung in der Schweiz : Umfrage bei Schweizer Hebammen, Gynäkologen/innen, Pädiatern/innen und Sozialstellen*. Zürich: Schweizerisches Komitee für UNICEF.
- Verwey, Martine (2002). "'...das ist keine Gesundheit!' : psychosozial orientierte Gesundheitswerkstätten mit traumatisierten Flüchtlingen." *Bulletin Medicus Mundi Schweiz*, (86).
- Wanner, Philippe et al. (2002). *Familien und Migration : Beiträge zur Lage der Migrationsfamilien und Empfehlungen der Eidgenössischen Koordinationskommission für Familienfragen*. Bern: BBL, Vertrieb Publikationen.
- Wolff, Hans et al. (2005). "Health care and illegality : a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva." *Social science and medicine*, 60: 2149-2154.
- Zellweger, Jean-Pierre (2003). "Tuberkulose bei Immigranten: Erkennung und Behandlung." *Schweizerisches Medizin-Forum*, (24 11): 556-558.