

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

Kurzbericht Arbeitspaket 3: Ableitung von Empfehlungen.



Bildquelle: © Christian Jaeggi Photography

Nicole Bachmann und Samin Sepahniya

Institut für Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit
Fachhochschule Nordwestschweiz

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit
Sektion Chancengleichheit
Schwarzenburgstrasse 157
CH-3003 Bern

Olten, 24. März 2025

Impressum

Titel:	Soziale Ungleichheit und schwere Covid-19-Verläufe in der Migrationsbevölkerung. Kurzbericht Abgeleitete Empfehlungen.
Autorinnen:	Nicole Bachmann und Samin Sepahniya
Institut:	Institut für Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW)
Auftraggeberin:	Bundesamt für Gesundheit Nicole Fasel Sektion Chancengleichheit Prävention und Gesundheitsversorgung/GCG Schwarzenburgstrasse 157 CH-3003 Bern
Vertrags-ID	Aktenzeichen 142005426 / 224-83/12
Zitierweise:	Bachmann, N. & Sepahniya, S. (2025). Soziale Ungleichheit und schwere Covid-19-Verläufe in der Migrationsbevölkerung: Abgeleitete Empfehlungen. Fachhochschule Nordwestschweiz im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: BAG

Dieser Kurzbericht wurde von der FHNW im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG erstellt. Für die Inhalte dieser Studie sind die Autorinnen verantwortlich.

Dank

Unser Dank gilt den Teilnehmenden des Delphi-Verfahrens, die mit ihrer Expertise einen wichtigen Beitrag zur Qualität dieses Berichts geleistet haben.

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

Management Summary

Im vorliegenden kurzen Bericht werden die Methodik und die Ergebnisse zur **Entwicklung von Empfehlungen** auf Basis der Studie «Soziale Ungleichheit und schwere Covid-19-Verläufe in der Migrationsbevölkerung der Schweiz» vorgestellt, die das Institut Soziale Arbeit und Gesundheit ISAGE im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG durchgeführt hat. Die Studie stellt wissenschaftlich fundierte Informationen bereit, **um vulnerable Gruppen in der Migrationsbevölkerung während einer Pandemie besser schützen zu können und Personen in prekärer Lage nach einer schweren COVID-19 Erkrankung besser begleiten zu können** (Bachmann et al., 2024). Aus den Erkenntnissen der erwähnten Studie und einer ergänzenden Literaturrecherche wurden in einem partizipativen Prozess mit Stakeholdern Empfehlungen abgeleitet, die als bedeutsam und umsetzbar beurteilt wurden. Diese Empfehlungen sollen bei einer zukünftigen Pandemie dazu dienen Personen, die aufgrund ihrer prekären sozialen Lage ein hohes Ansteckungs- und Erkrankungsrisiko haben, besser schützen zu können.

Die Literaturrecherche wurde in den gängigen sozialwissenschaftlichen Literaturdatenbanken und Online-Plattformen für den Zeitraum 2020 bis Mai 2024 zu den im Folgenden aufgeführten drei Fragestellungen durchgeführt. Gibt es Gute Praxis-Beispiele oder Empfehlungen zum Schutz der Migrationsbevölkerung während der Covid-19 Pandemie bezüglich: (1) wirksamen Präventionsmassnahmen; (2) der Zugänglichkeit zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung; (3) Unterstützungsmassnahmen in der Bewältigung von schweren Verläufen der Covid-19- Erkrankung und deren Krankheitsfolgen? Es wurden insgesamt 52 Publikationen identifiziert, die die Kriterien der Literaturrecherche erfüllten. Aus diesen Publikationen und den Ergebnissen der Studie wurden 24 Empfehlungen abgeleitet.

Diese 24 Empfehlungen wurden in einem Stakeholderprozess auf ihre Bedeutsamkeit und ihre Umsetzbarkeit beurteilt. Dazu wurde ein **zweistufiges Online-Delphi-Verfahren** durchgeführt. Der dafür konstruierte Fragebogen der ersten Runde wurde auf Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch angeboten. Am Delphi-Verfahren nahmen insgesamt 19 Stakeholder aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, aus den zuständigen Behörden auf Bundes-, Kantons- und Gemeinde/ Städte-Ebene und aus Migrations-Communities oder NGOs, welche sich für Armutsbetroffene und die Migrationsbevölkerung engagieren, teil. Am Schluss des Verfahrens blieben **23 konsensuale Empfehlungen**, die ermöglichen sollen, bei einer zukünftigen Pandemie die Migrationsbevölkerung in prekärer sozialer Lage besser zu schützen, im Erkrankungsfall besser zu unterstützen und die soziale Ungleichheit im Risiko, sich anzustecken oder schwer zu erkranken zu verringern. Im Folgenden wird eine Zusammenfassung der Empfehlungen vorgestellt.

Generelle Empfehlungen

Die Gefährdung von bestimmten Bevölkerungsgruppen während einer zukünftigen Pandemie soll neben medizinischen auch soziale Risikofaktoren berücksichtigen. Zur Bestimmung des Risikos soll die Kombination von Migrationsfaktoren mit der sozialen Lage beachtet werden. Gefährdete Gruppen, Multiplikator:innen und verantwortliche Stellen sollen frühzeitig und adressat:innengerecht informiert werden. Dafür ist eine frühzeitige Vernetzung der Stakeholder des Gesundheits- und Sozialsystems mit den Organisationen, Fachstellen und Communities für Personen in vulnerabler Lage auf regionaler Ebene notwendig. Die konkrete Vorgehensweise zum Schutz von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen soll in einem partizipativen Prozess erarbeitet und durch eine nicht-stigmatisierende Kommunikationsstrategie begleitet werden.

Empfehlungen zum Impfen

In Regionen mit hoher sozialer Benachteiligung sollen mobile Impfzentren eingerichtet werden, die einen niedrighschwelligem und vertrauensbildenden Zugang ermöglichen. Für Personen in besonders vulnerabler Lage (z. B. Obdachlose, Sexarbeitende) sollen ergänzend aufsuchende Impfangebote in Wohnheimen, Treffpunkten, etc. angeboten werden.

Exposition in kollektiven Haushalten

In kollektiven Haushalten wie Asylzentren, Notunterkünften, Wohnheimen für Kinder und Jugendliche, Schlafräumen für Arbeitsmigrant:innen müssen umfassende Schutzmöglichkeiten etabliert werden, wobei die Bewohnenden dadurch nicht mehr Restriktionen und Freiheitseinschränkungen ausgesetzt sein sollten als die übrige Bevölkerung.

Exposition bei der Arbeit oder in der Schule

Mitarbeitende mit erhöhter Ansteckungsgefahr bei der Arbeit sollten beim Zugang zum Impfen prioritär behandelt werden. Zum Schutz am Arbeitsplatz und in Schulen gehören spezifische physische und rechtliche Massnahmen, um vor Ansteckung zu schützen (z. B. bei aerogener Übertragung: gute Lüftung; keine finanziellen oder rechtlichen Nachteile, wenn Arbeitnehmende mit Symptomen zu Hause bleiben).

Zugänglichkeit des Gesundheitsversorgungssystems

Die Funktionsweise des Schweizer Gesundheitssystems (inklusive Vorgehen während einer Pandemie) soll in leicht zugänglicher Sprache und in den wichtigen Migrationssprachen erklärt und breit zugänglich gemacht werden. Ein adäquater Zugang zur Grundversorgung als erste Anlaufstelle und Triagestelle in gesundheitlicher Notlage soll unabhängig vom rechtlichen Status 24/7 für alle sichergestellt sein. Zugang zu (Online-) Dolmetscher:innen oder Dolmetsch-Tools sollen in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung implementiert und auch in Notsituationen ohne Anmeldung zur Verfügung stehen. Vor einem Spitalaustritt sollte mit sozial benachteiligten Patient:innen, ihre soziale Lage (Wohn- und Arbeitssituation, Elternpflichten, soziale Einbindung) abgeklärt und dafür Sorge getragen werden, dass die Versorgung und Unterstützung gewährt ist (Angehörige, Hausarzt/ärztin, Spitexdienst).

Bewältigung einer Erkrankung in prekärer sozialer Lage

Hilfsorganisationen sollen dafür finanziert werden, ein Angebot von sofortiger praktischer und niedrighschwelliger Hilfe in existenziellen Notlagen (z. B. Mahlzeitendienst, Kinderbetreuung bei Hospitalisation der Eltern) anzubieten und flächendeckend zugänglich zu machen. Die Inanspruchnahme von Nothilfe während einer pandemischen Krise darf nicht zu einer Einschränkung des Aufenthaltsrechts und der Einbürgerungschancen führen. Die öffentlichen sozialen Dienste (Sozialdienste, etc.) müssen auch während einer Pandemie weiter funktionsfähig und kontaktierbar bleiben. Mitarbeitende des Gesundheits- und Sozialhilfesystems sollen dafür sensibilisiert werden, bei sozial benachteiligten Patient:innen während einer Pandemie auch psychische Probleme zu beachten. Familien dürfen nicht wegen pandemiebezogenen Schutzmassnahmen (z. B. Besuchsverbote in Wohnheimen) voneinander getrennt werden. Es ist anzustreben, dass alle Menschen in der Schweiz auch während einer Pandemie ein Leben in Würde führen können.

Zusätzliche Empfehlungen, die sich nicht auf die Pandemiezeit beschränken

Die Zugänglichkeit zum Gesundheitsversorgungssystem sollte allgemein in Bezug auf armutsbetroffene Personen und diejenigen Gruppen, die am meisten Barrieren beim Zugang erleben, verbessert werden. Die Berufsanerkennung von Gesundheitsfachpersonen, die ihr Diplom im Ausland erhalten haben, soll erleichtert werden. Die regionale Vernetzung und die partizipative Zusammenarbeit mit Migrations-Communities zur Bearbeitung von Public-Health-Themen sollte unabhängig von Pandemien möglichst bald angegangen werden.

Monitoring und Gesundheitsberichterstattung als Grundlage von soziallyagenbezogenen Massnahmen

Die Datengrundlage zur Erkennung von gesundheitlicher Gefährdung aufgrund von sozialen Faktoren soll verbessert werden, indem u. a. der Zugang zu verlinkten Daten erleichtert wird. Das Monitoring und die Gesundheitsberichterstattung zur sozialen Dimension der Gesundheit soll ausgebaut werden.

Synthèse

Ce rapport succinct présente la méthodologie et les résultats concernant l'**élaboration de recommandations** basées sur l'étude « Inégalités sociales et évolutions sévères du coronavirus dans la population issue de la migration en Suisse en 2022-2024 », réalisée par l'Institut Travail social et santé sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). L'étude fournit des informations scientifiquement fondées **afin de mieux protéger les personnes issues de la migration qui se trouvent dans une situation sociale précaire pendant une pandémie et de mieux accompagner les personnes en situation de précarité après une maladie grave de type COVID-19** (Bachmann et al., 2024). Dans le cadre d'un processus participatif mené avec les parties prenantes, les auteurs se sont appuyés sur les enseignements tirés de l'étude susmentionnée et sur une recherche complémentaire dans la littérature pour élaborer des recommandations significatives et applicables. En cas de pandémie, ces recommandations doivent servir à mieux protéger les personnes exposées à un risque accru de transmission et de maladie en raison de leur situation sociale précaire.

La recherche bibliographique, menée dans les banques de données habituelles des sciences sociales et les plateformes en ligne pour la période 2020 jusqu'à mai 2024, visait à répondre aux questions suivantes : existe-t-il des exemples de bonnes pratiques ou des recommandations visant à protéger la population migrante pendant la pandémie de COVID-19 en ce qui concerne : (1) des mesures de prévention efficaces ; (2) l'accès à des soins de qualité ; (3) des mesures de soutien permettant de gérer les cas graves de COVID-19 et leurs séquelles ? Au total, 52 publications répondant aux critères fixés ont été identifiées. Ces publications et les résultats de l'étude ont permis de déduire 24 recommandations.

Les parties prenantes ont évalué l'importance et l'applicabilité de ces recommandations. À cette fin, une enquête réalisée selon la **méthode Delphi à deux tours** a été menée. Le questionnaire élaboré pour le premier tour a été rédigé en français, en allemand, en italien et en anglais. Au total, 19 parties prenantes ont pris part à la procédure : des représentants des domaines de la santé et des affaires sociales, des autorités compétentes de la Confédération, des cantons, des communes et des villes, des communautés de migrants et des ONG qui s'engagent pour les personnes en situation de précarité et la population migrante. Les acteurs ont émis **23 recommandations consensuelles** qui

permettront, en cas de pandémie, de mieux protéger la population migrante en situation sociale précaire, de mieux la soutenir en cas de maladie et de réduire les inégalités sociales face au risque de transmission ou de maladie. Les recommandations sont résumées ci-après.

Recommandations générales

Les risques encourus par certains groupes de population pendant une pandémie doivent être pris en compte dans le contexte tant médical que social. Pour déterminer le risque, les facteurs liés à la migration doivent être combinés à la situation sociale. Les groupes concernés, les multiplicateurs et les services responsables devront être informés rapidement et de manière adéquate. À cette fin, il importe de mettre en relation de manière précoce les acteurs du système de santé et des affaires sociales avec les organisations, les services spécialisés et les communautés de personnes vulnérables au niveau régional. Un processus participatif accompagné d'une stratégie de communication non stigmatisante devra permettre de définir la procédure concrète visant à protéger les groupes de population défavorisés sur le plan social.

Recommandations de vaccination

Des centres de vaccination mobiles seront installés dans les zones où vivent des groupes de population fortement défavorisés sur le plan social, afin de leur offrir un accès simple et favorisant la confiance. Des offres complémentaires hors murs (foyers, lieux de rencontre, etc.) seront proposées pour les personnes particulièrement vulnérables (p. ex. sans-abri, travailleurs du sexe).

Exposition dans les foyers collectifs

Dans les établissements collectifs tels que les centres pour personnes requérantes d'asile, les logements de secours, les foyers pour enfants et adolescents et les hébergements pour travailleurs migrants, les mesures mises en place doivent offrir une protection complète, sans imposer aux personnes concernées des limitations ou des restrictions de liberté plus sévères que pour le reste de la population.

Exposition au travail ou à l'école

Les personnes les plus exposées à un risque de transmission dans le cadre de leur activité professionnelle devront avoir accès en priorité à la vaccination. Des mesures physiques et légales spécifiques sont nécessaires pour protéger les personnes d'une infection au travail ou à l'école (p. ex. bien aérer en cas de transmission aérogène ; aucun préjudice financier ou légal si la personne présentant des symptômes doit rester à la maison).

Accessibilité du système de santé

Le fonctionnement du système de santé suisse (y c. les processus en cas de pandémie) doit être accessible au plus grand nombre et expliqué dans une langue facilement compréhensible et dans les principales langues de la migration. En cas d'urgence, il convient de garantir en tout temps et à tout le monde un accès adéquat aux soins de santé via un premier point de contact et de triage, indépendamment du statut juridique. L'accès à des interprètes (en ligne) ou à des outils correspondants doit être mis en place dans tous les domaines des soins et être disponible de suite dans les situations d'urgence. À la suite d'une admission à l'hôpital, la situation sociale (logement, travail, devoirs

parentaux, intégration sociale) doit être clarifiée avec les personnes défavorisées, en veillant à ce que les soins et le soutien soient garantis (proches, médecin de famille, service d'aide et de soins à domicile).

Gestion d'une maladie dans une situation sociale précaire

Le financement des organisations d'aide devra leur permettre de proposer immédiatement et partout des aides pratiques et facilement accessibles, dans les situations de détresse existentielle (p. ex. service de repas, garde d'enfants en cas d'hospitalisation des parents). Durant une crise pandémique, le recours à des aides en cas d'urgence ne doit pas entraîner une restriction du droit de séjour ou limiter les chances d'obtenir la citoyenneté, et les services sociaux publics (services sociaux, etc.) doivent continuer à fonctionner et rester atteignables. Le personnel du système de santé et d'aide sociale doit être sensibilisé à la nécessité de prendre en compte les problèmes psychiques des patients socialement défavorisés. Les mesures de protection liées à une pandémie ne doivent pas séparer les membres d'une famille (p. ex. interdictions de visite dans des foyers). Il faut veiller à ce que toutes les personnes vivant en Suisse puissent mener une vie digne, même pendant une pandémie.

Recommandations supplémentaires ne se limitant pas à une pandémie

L'accessibilité du système de soins doit être améliorée de manière générale pour les personnes en situation de précarité et pour les groupes devant franchir le plus d'obstacles pour y accéder. Il convient de faciliter la reconnaissance des diplômes que les professionnels de la santé ont obtenus à l'étranger. Il y a lieu de mettre en place le plus rapidement possible une mise en réseau régionale et une collaboration participative avec les communautés de migrants, en vue de traiter des thèmes de santé publique, indépendamment des pandémies.

Le monitoring et les rapports sur la santé comme bases pour des mesures liées à la situation sociale

La base de données permettant de détecter les facteurs sociaux présentant un risque pour la santé doit être améliorée, notamment en facilitant l'accès à des données reliées. Il faut développer le monitoring et les rapports sur les dimensions sociales de la santé.

Management summary

Nel presente breve rapporto vengono esposti la metodologia e i risultati destinati allo **sviluppo di raccomandazioni** sulla base dello studio «Disparità sociali e forme gravi di COVID-19 nella popolazione migrante della Svizzera» (disponibile in tedesco con sintesi in italiano), condotto dall'FHNW (Institut Soziale Arbeit und Gesundheit ISAGE) e commissionato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Lo studio fornisce informazioni scientificamente valide **per poter tutelare meglio i gruppi vulnerabili della popolazione migrante durante una pandemia e sostenere in modo più adeguato le persone in situazioni precarie dopo una forma grave di COVID-19** (Bachmann et al., 2024). Sulla base dei risultati scaturiti dallo studio e di una ricerca bibliografica complementare sono state elaborate, in un processo partecipativo con i portatori di interesse, delle raccomandazioni che sono state valutate come rilevanti e fattibili. Tali raccomandazioni dovrebbero servire, in caso di una futura pandemia, a proteggere meglio le persone che sono ad alto rischio di contrarre l'infezione e di ammalarsi a causa della loro precaria situazione sociale.

La ricerca bibliografica è stata condotta consultando le banche dati di scienze sociali più utilizzate e le piattaforme online durante il periodo compreso tra il 2020 e maggio 2024 sui tre seguenti quesiti. Esistono esempi di buona prassi o raccomandazioni per proteggere la popolazione migrante durante la pandemia di COVID-19 in merito a: (1) misure di prevenzione efficaci; (2) accessibilità a un'assistenza sanitaria di alta qualità; (3) misure di sostegno per gestire i decorsi gravi di COVID-19 e le relative conseguenze? Sono state identificate complessivamente 52 pubblicazioni che soddisfacevano i criteri della ricerca bibliografica. Da esse e dai risultati dello studio sono scaturite 24 raccomandazioni, che sono state valutate dai portatori di interesse in merito alla loro rilevanza e fattibilità.

Inoltre è stata eseguita una **procedura Delphi online in due fasi**. L'apposito questionario elaborato per la prima fase è stato somministrato in tedesco, francese, italiano e inglese. Alla procedura Delphi hanno partecipato complessivamente 19 portatori di interesse dei settori sanitario e sociale, delle autorità competenti a livello federale, cantonale e comunale/cittadino e delle comunità di migranti o ONG che si impegnano per la popolazione migrante e le persone in condizioni di povertà. Alla fine della procedura sono risultate **23 raccomandazioni consensuali** che, in caso di una futura pandemia, dovrebbero consentire di proteggere meglio la popolazione migrante in situazioni sociali precarie, fornire un migliore sostegno in caso di malattia e ridurre le disparità sociali nel rischio di contrarre l'infezione o di ammalarsi gravemente. Di seguito viene presentata una sintesi delle raccomandazioni.

Raccomandazioni generali

La vulnerabilità di alcune fasce di popolazione durante una futura pandemia dovrebbe tenere conto, oltre che dei fattori di rischio medici, anche di quelli sociali. Per determinare il rischio, è necessario considerare la combinazione dei fattori migratori con la situazione sociale. Le fasce di popolazione vulnerabili, i moltiplicatori e gli enti responsabili devono essere informati tempestivamente e in modo adeguato. A tale scopo è necessaria una tempestiva interconnessione a livello regionale tra i portatori di interesse del sistema sanitario e sociale e le organizzazioni, i servizi specializzati e le comunità per le persone in situazioni di vulnerabilità. Il modus operandi concreto per proteggere le fasce di popolazione socialmente svantaggiate deve essere trovato in un processo partecipativo e sostenuto da una strategia di comunicazione non stigmatizzante.

Raccomandazioni di vaccinazione

Nelle regioni ad alto livello di svantaggio sociale dovrebbero essere allestiti centri di vaccinazione mobili che consentano un accesso a bassa soglia e che creino fiducia in tali servizi. Alle persone in situazioni particolarmente vulnerabili (p. es. senzatetto, sex worker) andrebbero proposte offerte vaccinali complementari in strutture di accoglienza, centri di incontro ecc.

Esposizione in alloggi collettivi

Negli alloggi collettivi come centri d'asilo, alloggi d'emergenza, centri di accoglienza per bambini e adolescenti nonché dormitori per lavoratori migranti vanno create opzioni di protezione complete, in base alle quali i residenti non dovrebbero essere soggetti a maggiori restrizioni e limitazioni della libertà rispetto al resto della popolazione.

Esposizione sul luogo di lavoro o a scuola

Alle persone esposte a un maggiore rischio d'infezione sul luogo di lavoro andrebbe data la priorità per le vaccinazioni. La protezione sul luogo di lavoro e nelle scuole comprende misure fisiche e legali specifiche per proteggere dall'infezione (p. es., in caso di trasmissione per via aerea: buona ventilazione; nessuno svantaggio finanziario o giuridico se i lavoratori con sintomi rimangono a casa).

Accessibilità del sistema di assistenza sanitaria

Il funzionamento del sistema sanitario svizzero (compresa la procedura da seguire durante una pandemia) va spiegato in un linguaggio facilmente accessibile e nelle principali lingue parlate dai migranti e reso ampiamente disponibile. Un accesso adeguato alle cure mediche di base come primo punto di contatto e di triage in situazione d'emergenza sanitaria va garantito a tutti, 24 ore su 24 e sette giorni su sette, a prescindere dallo status giuridico. L'accesso a interpreti (online) o a strumenti di interpretariato va previsto in tutti i settori dell'assistenza sanitaria e deve essere disponibile anche in situazioni di emergenza senza registrazione. Prima di dimettere un paziente socialmente svantaggiato è buona norma chiarire la sua situazione sociale (situazione abitativa e lavorativa, obblighi parentali, integrazione sociale) e fare in modo che il sostegno e l'assistenza sanitaria siano garantiti (familiari, medico di famiglia, servizi Spitex).

Gestione di una malattia in una situazione socialmente precaria

Le organizzazioni di assistenza vanno finanziate affinché possano creare e rendere accessibile capillarmente un'offerta di servizi di assistenza immediata, pratica e a bassa soglia in situazioni di emergenza esistenziale (p. es. servizio di pasti a domicilio, servizi di custodia infantile in caso di ospedalizzazione dei genitori). Il ricorso agli aiuti di emergenza durante una crisi causata da una pandemia non deve comportare una restrizione del diritto di soggiorno e delle possibilità di naturalizzazione. I servizi sociali pubblici devono continuare a funzionare ed essere reperibili anche durante una pandemia. Chi lavora nel sistema sanitario e di aiuto sociale va sensibilizzato a considerare, durante una pandemia, anche i problemi mentali dei pazienti socialmente svantaggiati. Le famiglie non possono essere separate a causa di misure di protezione dovute alla pandemia (p. es. divieti di visita nelle strutture residenziali). L'obiettivo è garantire che tutte le persone in Svizzera possano condurre una vita dignitosa anche durante una pandemia.

Raccomandazioni supplementari non limitate ai periodi di pandemia

L'accessibilità al sistema di assistenza sanitaria va generalmente migliorata in relazione alle persone in condizioni di povertà e alle fasce di popolazione che incontrano più barriere ad accedervi. Inoltre va facilitato il riconoscimento dei titoli di studio dei professionisti della salute che hanno conseguito il diploma all'estero. Sarebbe opportuno occuparsi il prima possibile, indipendentemente dalla pandemia, della creazione di reti regionali e della collaborazione partecipativa con le comunità di migranti per affrontare al meglio le questioni di salute pubblica.

Monitoraggio e stesura di rapporti sulla salute come base per le misure relative alle situazioni sociali

La base di dati per individuare la vulnerabilità sanitaria dovuta a fattori sociali va migliorata, facilitando tra l'altro l'accesso ai dati collegati. Il monitoraggio e la stesura di rapporti sanitari relativi alla dimensione sociale della salute vanno ampliati.

Inhaltsverzeichnis

MANAGEMENT SUMMARY

1	EINLEITUNG	1
1.1	Zielsetzung und Fragestellungen	1
1.2	Methodik	1
1.2.1	Literaturrecherche zur Guten Praxis	2
1.2.2	Stakeholderprozess mittels Delphi-Verfahren	3
2	ERGEBNISSE LITERATURRECHERCHE	4
2.1	Spezifische behandelte Themen	5
2.2	Konkretisierungsgrad der Empfehlungen	7
2.3	Exemplarischer Einblick in drei evaluierte Interventionen	7
2.4	Abgeleitete Empfehlungen	10
3	ERGEBNISSE STAKEHOLDER-PROZESS	11
3.1	Ergebnisse erste Runde	12
3.2	Ergebnisse zweite Runde	15
4	SCHLUSSFOLGERUNGEN	17
5	REFERENZEN	22
6	ANHANG	I

1 Einleitung

Im vorliegenden kurzen Bericht werden die Methodik und die Ergebnisse zur **Entwicklung von Empfehlungen auf Basis der Studie «Soziale Ungleichheit und schwere Covid-19-Verläufe in der Migrationsbevölkerung der Schweiz»** vorgestellt, welche das Institut Soziale Arbeit und Gesundheit ISAGE im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG durchgeführt hat. Die Studie stellt wissenschaftlich fundierte Informationen bereit, um vulnerable Gruppen in der Migrationsbevölkerung während einer Pandemie besser schützen zu können und Personen in prekärer Lage nach einer schweren COVID-19 Erkrankung besser begleiten zu können. Die Studie war in drei Arbeitspakete unterteilt. Die Ergebnisse der ersten beiden Arbeitspakete wurden im [Abschlussbericht](#) der Forschungsstudie im August 2024 publiziert (Bachmann et al., 2024). Aus den Erkenntnissen dieses Berichts und einer ergänzenden Literaturrecherche wurden im **Arbeitspaket 3** in einem partizipativen Prozess mit Stakeholdern Empfehlungen abgeleitet, die bedeutsam und umsetzbar sind. Dieser Teil der Studie wird im vorliegenden Kurzbericht vorgestellt.

1.1 Zielsetzung und Fragestellungen

Im dritten Arbeitspaket der Studie wurden folgende Fragestellungen bearbeitet:

1. Welche wissenschaftlich gestützten Empfehlungen in Bezug auf die Prävention, Versorgung und Bewältigung von zukünftigen Pandemien in der Migrationsbevölkerung lassen sich aus den Erkenntnissen der vorliegenden Studie ableiten?
2. Gibt es Gute Praxis-Beispiele oder Empfehlungen für (a) wirksame Präventionsmassnahmen; (b) eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung und (c) Unterstützungsmassnahmen in der Bewältigung von schweren Verläufen der Covid-19- Erkrankung und deren Krankheitsfolgen in der Migrationsbevölkerung?
3. Welche der abgeleiteten Empfehlungen finden einen Konsens bei den verschiedenen Stakeholder-Gruppen, die von dieser Problematik betroffen sind?

In Absprache mit dem Auftraggeber wurde darauf verzichtet, den Bereich der **Kommunikation von Gesundheitsinformationen zu Covid-19** einzubeziehen, da dazu von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW bereits ein Prozess zur Ableitung von Empfehlungen mit Stakeholdern im Bereich Migrationsbevölkerung durchgeführt wurde (vgl. dazu Kleinberger et al., 2023).

1.2 Methodik

Um wissenschaftlich gestützte Empfehlungen aus der Forschungsstudie ableiten zu können, wurden die in der Studie erarbeiteten Ergebnisse mit der wissenschaftlichen Literatur in Bezug gesetzt, die Gute Praxis zur Prävention, Gesundheitsversorgung und Bewältigung von Covid-19-Erkrankungen in der Migrationsbevölkerung beschreibt oder in denen Empfehlungen formuliert sind. Die dafür

durchgeführte Literaturrecherche beschränkt sich auf Studien, die sich auf Europa und die Jahre 2022 bis März 2024 beziehen. Die Ergebnisse der Studie und die Ergebnisse der Literaturrecherche zur Guten Praxis dienten den Autorinnen als Basis, um eine erste Fassung von Empfehlungen zu formulieren. Diese wurden anschliessend einer Gruppe von Stakeholdern unterbreitet, welche mittels zweistufigem Delphi-Verfahren diese Empfehlungen beurteilten und konsolidierten (vgl. dazu Abbildung 1).

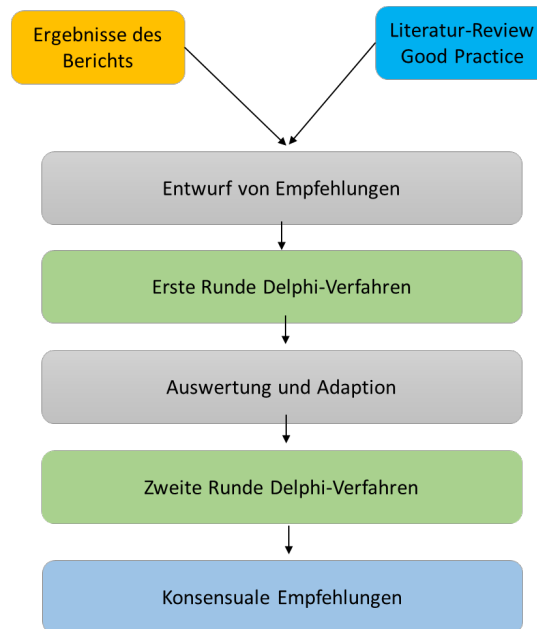


Abbildung 1: Ablauf des Vorgehens zur Ableitung von konsensualen Empfehlungen

1.2.1 Literaturrecherche zur Guten Praxis

Die Literaturrecherche wurde in den gängigen sozialwissenschaftlichen Literaturdatenbanken und Online-Plattformen für den Zeitraum 2020 bis Mai 2024 zu den im Folgenden aufgeführten drei Fragestellungen durchgeführt. Gibt es Gute Praxis-Beispiele oder Empfehlungen zum Schutz der Migrationsbevölkerung während der Covid-19 Pandemie bezüglich:

- wirksamen Präventionsmassnahmen;
- der Zugänglichkeit zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung;
- Unterstützungsmassnahmen in der Bewältigung von schweren Verläufen der Covid-19- Erkrankung und deren Krankheitsfolgen?

Die **Suchstrategie** beinhaltete eine heuristische Vorgehensweise, wobei der Ansatz während der Suche angepasst wurde und verschiedene Suchstrategien kombiniert wurden. Dies umfasste eine (1) systematische Suche in Fachdatenbanken (PubMed, Medline, Cochrane Library und Web of Science); (2) eine adaptierte Suche auf verschiedenen Plattformen (z. B. WHO, WHO Europa, OECD, BAG und BSV); (3) ein Schneeballverfahren ausgehend von bereits identifizierten Publikationen. Die verwendeten Schlagwörter können dem Anhang 1 entnommen werden.

Die Suche fokussierte primär auf Publikationen aus dem europäischen Raum. Zusätzlich wurden einzelne nicht europäische Publikationen (z. B. aus Kanada und Australien) berücksichtigt, da sie Themen behandelten, (1) zu denen es bisher nur sehr wenige Publikationen gibt (z. B. Exposition bei der

Arbeit), (2) ein besonderer methodischer Zugang gewählt wurde (z. B. qualitative Datenerhebung) oder (3) die formulierten Empfehlungen sehr konkret ausgearbeitet wurden.

Folgende Ausschlusskriterien wurden verwendet:

- Die Publikation befasst sich ausschliesslich mit der Beschreibung sozialer Ungleichheiten, ohne dass Empfehlungen oder Gute Praxis diskutiert werden;
- Die Publikation befasst sich ausschliesslich mit der Prävention existenzieller Krisen im Zusammenhang mit den pandemischen Massnahmen (z.B. Sicherung eines Einkommens, Zugang zu Nahrung und Wohnraum) unabhängig vom Risiko einer Covid-19 Erkrankung;
- Die Publikation fokussiert nicht auf die Migrationsbevölkerung, sondern ausschliesslich auf ethnische Minoritäten (z. B. Diskussion zur Lage von People of Color in den USA).

Ein Flow Chart illustriert das Selektionsverfahren und die Anzahl der Treffer der Literaturrecherche (siehe Anhang 2).

1.2.2 Stakeholderprozess mittels Delphi-Verfahren

Die aus dem Abschlussbericht der Forschungsstudie und der Literaturrecherche abgeleiteten Empfehlungen wurden in einer ersten Fassung einem Kreis von Fachpersonen und Stakeholdern vorgelegt, von diesen geprüft, ergänzt und valorisiert. Dazu wurde ein zweistufiges Online-Delphi-Verfahren durchgeführt, um diejenigen Empfehlungen zu ermitteln, die von den verschiedenen beteiligten Gruppen als Konsens getragen werden. Der dafür konstruierte Fragebogen der ersten Runde wurde auf Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch angeboten.

Eingeladen zum Delphi-Verfahren wurden 63 Stakeholder aus folgenden Bereichen:

- Migrations-Communities (z. B. Femmes-Tische, Anlaufstellen für Sans-Papiers);
- NGO's und Fachstellen zum Thema Migration und / oder Armut (z. B. SRK, Caritas, ATD 4. Welt, SKOS);
- Behörden des Bundes, der Kantone und Städte aus dem Migrations-, dem Gesundheits- und dem Sozialbereich (z. B. SEM, BAG, BSV, GDK, SODK, Gemeindeverband, Städteverband, Integrationsbeauftragte)
- Expert:innen der Gesundheitsversorgung, Gesundheits- und Sozialpolitik (z. B. Swiss Network for Health Equity, Unisanté Lausanne, Avenir Suisse);
- Expert:innen von Universitäten und Fachhochschulen, die sich mit dem Thema befassen.

Das Delphi-Verfahren hat sich bei der Entwicklung von Empfehlungen zu verschiedenen Aspekten des Gesundheitsversorgungssystems bewährt. Gemäss Drumm, Bradley und Moriarty (2022) empfiehlt es sich, das Delphi-Verfahren mit geschlossenen Fragen (fünf- oder siebenstufige Likert-Skalierung zur Einschätzung der Zustimmung zu bestimmten Aussagen) und mit offenen Fragen zu gestalten. Die geschlossenen Fragen erlauben eine quantitative Auswertung zur Frage des Konsenses zu bestimmten Empfehlungen, welche an die Teilnehmenden des Delphi-Verfahrens zurückgespielt werden. Die offenen Fragen dienen dazu, zusätzliche Empfehlungen in das Verfahren einzubringen oder den Befragten die Möglichkeit zu geben, zu kommentieren, weshalb sie eine bestimmte Empfehlung als besonders bedeutsam oder als eher schädlich und unwirksam beurteilen. Ziel dieses Vorgehens ist es, aus den

Ergebnissen der vorliegenden Studie Empfehlungen zum Umgang mit zukünftigen Epi- oder Pandemien abzuleiten, welche von den verschiedenen Stakeholder-Gruppen **als bedeutsam und als umsetzbar beurteilt** werden. In den zwei Runden wurden die Teilnehmenden gebeten, jeweils zwei Einschätzungen pro Empfehlung vorzunehmen:

- Bedeutsamkeit: Ich erachte diese Empfehlung als wichtig.
- Umsetzbarkeit (politisch und praktisch: Die Chance, dass diese Empfehlung umgesetzt werden kann, ist hoch.

Die Antwortkategorien entsprechen einer fünfstufigen Likertskala: stimme überhaupt nicht zu / stimme eher nicht zu / neutral / stimme eher zu / stimme voll und ganz zu.

Es waren auch offene Rückmeldungen möglich, so dass kritische Anmerkungen, zusätzliche Vorschläge und Kommentare eingebracht werden konnten. Die Antworten wurden **quantitativ ausgewertet** und diejenigen Empfehlungen wurden beibehalten, die sich in der geteilten Einschätzung als besonders bedeutsam und umsetzbar erwiesen. Zusätzlich wurden die **offenen Antworten inhaltlich ausgewertet**. Vorschläge und Kommentare flossen ebenfalls in die zweite Runde der Empfehlungen ein. Die Teilnehmenden wurden gebeten, die zweite Version der Empfehlungen nochmals auf dieselbe Weise zu beurteilen, so dass sich am Schluss eine Liste von konsolidierten Empfehlungen ergab. Die beiden Kriterien Bedeutsamkeit und Umsetzbarkeit wurden bei der Auswahl der Empfehlungen allerdings nicht gleich hoch gewichtet. **Die Einschätzung der Bedeutsamkeit wird als prioritäres Kriterium bei der Selektion der Empfehlungen behandelt.** Eine Massnahme, die zwar gut umsetzbar ist, aber nicht als sinnvoll oder zielführend beurteilt wird, macht wenig Sinn. Eine Massnahme, die hoch bedeutsam ist, aber als schwierig umsetzbar beurteilt wird, sollte zumindest in Betracht gezogen werden und allenfalls nach neuen Strategien bei der Umsetzung gesucht werden.

2 Ergebnisse Literaturrecherche

Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der Treffer und der potenziell relevanten Dokumente. Insgesamt wurden 324 Dokumente gesichtet, die im Rahmen der Recherche identifiziert wurden. Davon wurden 100 im Literaturverwaltungsprogramm Zotero gespeichert. In einem zweiten Schritt wurden die Abstracts dieser Dokumente geprüft und insgesamt 52 Publikationen als relevant eingestuft.

	Treffer	Potenziell relevant	Relevant
Prävention von Erkrankungen	96	30	14
Zugänglichkeit Gesundheitsversorgung	106	24	12
Unterstützung bei der Bewältigung	94	18	10
Weitere Quellen	28	28	16
Total	324	100	52

Tabelle 1: Anzahl Treffer der Literaturrecherche, der potenziell relevanten Publikationen und anhand der Abstracts als relevant identifizierte Publikationen

Die durchgeführte Literaturrecherche beleuchtet die vielfältigen Herausforderungen, denen Migrant:innen und sozial benachteiligte Gruppen während der COVID-19-Pandemie gegenüberstanden, sowie deren Umgang mit Gesundheitsinformationen und Präventionsmassnahmen. Es wird insbesondere auf Problemlagen im Zusammenhang mit sprachlichen und kulturellen Barrieren beim Zugang zu Informationen, die als vertrauenswürdig gelten, eingegangen und die Frage, wie die Impfbereitschaft, aber auch die Zugänglichkeit der Impfungen erhöht werden kann. In diesem Zusammenhang werden praktische, aber auch finanzielle und rechtliche Probleme thematisiert. Einige Studien gehen auf die erhöhte Exposition beim Wohnen und bei der Arbeit ein. Ein weiteres Thema ist die Frage der Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung und zu sozialer Unterstützung bei der Bewältigung der Krankheit. Sozial benachteiligte Migrant:innen waren in allen untersuchten Ländern in einer besonders vulnerablen Lage.

“These vulnerabilities include overrepresentation in high-risk employment settings, language and cultural barriers, racism and discrimination including structural racism, poor housing conditions, low socioeconomic status, reduced health literacy, limited healthcare access, deportation fears, and mistrust of health institutions, governments, and media” (Holdbrook et al., 2023, S. 2).

Drei Gruppen von Migrant:innen werden in der gefundenen Literatur als **besonders vulnerabel** angesichts der Pandemie beschrieben:

- Asylsuchende in kollektiven Unterkünften;
- Sans-Papiers;
- Arbeitsmigrant:innen in prekärer Lage: Temporär angestellte Arbeitende mit unsicherem Aufenthaltsstatus und prekären oder inexistenten Arbeitsschutzrechten.

Die Arbeitsmigrant:innen arbeiten in vielen Staaten vorwiegend in der Landwirtschaft, im Care-Bereich, in der Lebensmittelverarbeitung (z. B. Fleischverarbeitung), im Baugewerbe und in der Prostitution. Dazu gehören auch Opfer von Menschenhandel. Für alle drei Gruppen wurden spezifische Massnahmen zur Prävention von Covid-19 Ansteckungen und Erkrankungen formuliert. Diese sind an ihre Wohn- und Arbeitsbedingungen, an ihre kritische Lebenslage, die Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung und ihre rechtliche Situation angepasst.

2.1 Spezifische behandelte Themen

Die als relevant identifizierten 52 Publikationen wurden hinsichtlich der behandelten Themen analysiert. Im Anhang 3 findet sich eine Tabelle aller Publikationen, wobei jeweils Autor:innen, Jahr, Titel, geografischer Raum und behandelte Themen angegeben sind.

Die meisten der gefundenen Publikationen (n=34) diskutieren die **Kommunikation von Gesundheitsinformationen**, respektive die Zugänglichkeit von Informationen zum Umgang mit der Pandemie. Wie bereits oben erwähnt, wird dieses Thema hier nicht weiter behandelt, sondern auf den Bericht von Kleinberger et al. (2023) verwiesen.

19 Publikationen befassten sich explizit mit der Frage der **Zugänglichkeit und Nutzung der Impfungen** durch die Migrationsbevölkerung (u. a. Arya et al., 2021; Bentivegna et al., 2022; Gordon et al., 2023; Holdbrook et al., 2023; Kholina et al., 2022; Matlin et al., 2022; Wong et al., 2024). Einige Publikationen

gehen auf die spezifischen und sehr hohen Barrieren ein, die sich bei der Zugänglichkeit der Impfung für Sans-Papiers stellen (z. B. El Arab et al., 2023; Matlin et al., 2022).

15 Publikationen befassen sich mit dem **Schutzverhalten und /oder der Zugänglichkeit von Schutzmassnahmen in umfassendem Sinne** wie Masken tragen, Abstand halten, Covid-19 Tests und Ähnliches (u. a. Beyeler et al., 2021; u. a. Fabris et al., 2021; Führer et al., 2022; Gross et al., 2023; Hayward et al., 2021; Jackson et al., 2021; Lachat, 2020; Marchi et al., 2022; Probst et al., 2021; Taran & Kadysheva, 2022).

Deutlich weniger Publikationen (n=6) gehen auf die Thematik der erhöhten **Exposition der Migrationsbevölkerung beim Wohnen** ein (El Arab et al., 2023; Führer et al., 2022; Hayward et al., 2021; Jackson et al., 2021; Jaljaa et al., 2022). Diese Publikationen beschränken sich allerdings fast ausschliesslich auf die Beschreibung des erhöhten Risikos und davon ausgehend auf sehr allgemeine Empfehlungen. Speziell thematisiert wird die Problematik von Personen, die in kollektiven Haushalten untergebracht sind (z. B. Arya et al., 2021; Führer et al., 2022). In einer besonders schwierigen Lage befanden sich während der Pandemie auch Menschen, die über keine oder keine sichere Wohnmöglichkeit verfügen (Jackson et al., 2021).

Eine erhöhte Exposition der Migrationsbevölkerung bei **der Arbeit** und entsprechende Schutzmassnahmen wurde selten thematisiert (n=7) (Darwish et al., 2022; Fabreau et al., 2022; Gawlewicz et al., 2024; Hayward et al., 2021; Jaljaa et al., 2022; Kuhlmann et al., 2023; Richardson & Pettigrew, 2022). Die Autor:innen beleuchten meist spezifische Arbeitsfelder. Richardson und Pettigrew (2022) gehen beispielsweise auf die problematische Lage von migrantischen Landarbeiter:innen ein, Kuhlmann et al. (2023) auf diejenige von migrantischem Gesundheitspersonal, Fabreau et al. (2022) beleuchten die Situation und Massnahmen bei migrantischem Personal in der Fleischverarbeitung.

Die Frage der **Zugänglichkeit zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung** während der Pandemie wurde in 21 Publikationen thematisiert (u. a. Burton-Jeangros et al., 2020; Gama et al., 2022; Hraiech et al., 2023; Jackson et al., 2021; Marchi et al., 2022; Matlin et al., 2022; Tomkow et al., 2023). Eine Studie aus Portugal setzte sich vertieft mit diesem Thema auseinander (Gama et al., 2022). Sie führten zu Beginn der Pandemie im Jahr 2020 einen Survey mit knapp 1'000 Migrant:innen ab 18 Jahren im Grossraum Lissabon und zusätzlich qualitative Interviews mit 14 Personen durch. Die Resultate zeigen, dass ein grosser Teil der Migrant:innen mit Beginn der Pandemie verstärkte Probleme beim Zugang zur Gesundheitsversorgung erlebte und sich die Verlagerung von direkten Kontakten zu digitalem Zugang und Austausch für viele als zusätzliche Barriere erwies. Für Migrant:innen in besonders vulnerabler Lage, **Asylsuchende in kollektiven Unterkünften, Sans-Papiers und Arbeitsmigrant:innen in prekärer Lage** ist dokumentiert, dass der Zugang zum Gesundheitssystem bereits im Normalfall erschwert ist, eine Problematik, die sich während der Pandemie nochmals deutlich verstärkt hat. So weisen Arya et al. (2021) auf folgende Probleme hin: hohes Expositionsrisiko und gleichzeitig Barrieren im Zugang zu Covid-19-Tests, kein oder erschwerter Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem, Verstärkung von psychischen Problemen und Verstärkung von sozialen und existenziellen Problemen.

Spezifisch mit dem **Schweregrad von Covid-19-Verläufen** befasste sich lediglich eine der Publikationen. Hraiech et al. (2023) untersuchten das Risiko von Sans-Papiers in Frankreich wegen einer Covid-19-Erkrankung intensivmedizinisch behandelt werden zu müssen, die Inzidenz eines akuten Atemnot-Syndroms (ARDS), die Notwendigkeit künstlicher Beatmung und die Sterblichkeitsrate während dem Aufenthalt auf der Intensivstation. Die Ergebnisse zeigen keine erhöhte Sterblichkeitsrate während der

intensivmedizinischen Behandlung, aber eine erhöhte Inzidenz von ARDS und eine häufigere Notwendigkeit künstlicher Beatmung bei Sans-Papiers-Patient:innen verglichen mit der übrigen Bevölkerung. Die aus dem Ergebnis abgeleiteten Empfehlungen sind allgemein gehalten (verbesserte Prävention und besserer Zugang zur Grundversorgung für Sans-Papiers) (Burton-Jeangros et al., 2020; Gama et al., 2022; Gerber et al., 2020; Jackson et al., 2021; Lachat, 2020; Taran & Kadysheva, 2022).

Die **Zugänglichkeit zu sozialer und existenzieller Unterstützung** für Migrant:innen im Zusammenhang mit Covid-19 wurde in insgesamt 7 der von uns identifizierten Publikationen thematisiert (Bundesamt für Gesundheit, 2024; Burton-Jeangros et al., 2020; Gama et al., 2022; Gerber et al., 2020; Jackson et al., 2021; Lachat, 2020; Taran & Kadysheva, 2022). Lachat (2020) untersuchte beispielsweise die Situation von vulnerablen Migrant:innen (Sans-Papiers und erst kürzlich regulalisierte Personen) zu Beginn der Pandemie in Genf und stellte fest, dass existenzielle Probleme für diese Gruppe deutlich belastender waren als die gesundheitliche Situation. Armut, unsicherer Zugang zu Nahrung und Wohnraum waren aufgrund des Verlusts oder der Reduktion der Erwerbsmöglichkeiten während des Lockdowns weit verbreitet. Dazu kamen vielfach rechtliche Barrieren bei der Suche nach Unterstützungsmöglichkeiten.

2.2 Konkretisierungsgrad der Empfehlungen

Bei der Sichtung der 52 Publikationen wurde ebenfalls unterschieden, in welchem Konkretisierungsgrad allfällige Empfehlungen und Gute Praxis-Massnahmen ausgearbeitet wurden. Dabei wurden drei Stufen unterschieden:

- Die Empfehlungen bleiben auf einer hohen Flughöhe im Sinne einer generellen Berücksichtigung der sozialen Lage der Adressat:innen und von allgemeinen Handlungsprinzipien: 20 Publikationen;
- Die Empfehlungen sind spezifisch und konkret formuliert: 13 Publikationen;
- Die Empfehlungen basieren auf Interventionen, die umgesetzt und evaluiert wurden: 6 Publikationen.

Es fällt insgesamt auf, dass sich viele Publikationen vor allem mit der Art und dem Ausmass der sozialen Ungleichheit als solche befassen und aus den gefundenen Erkenntnissen Empfehlungen ableiten, welche sehr allgemein und auf höher Flughöhe angesiedelt sind (z.B. es sollen sozio-kulturelle Unterschiede bei der Planung von Massnahmen berücksichtigt werden oder die Präventionsmassnahmen für Sans-Papiers sollen verbessert werden). **Zum heutigen Zeitpunkt existieren erst wenige Publikationen, die sich mit spezifischen Interventionen im Kontext der Pandemie auseinandersetzen und diese evaluiert haben.** Die meisten Empfehlungen gehen von generellen Problemlagen sozial benachteiligter Immigrant:innen oder Minoritäten und Massnahmen aus, die sich in diesem Zusammenhang bewährt haben. Einige der Publikationen enthalten, aber auch spezifische Empfehlungen und Gute Praxis-Beispiele, die teilweise auch evaluiert und auf ihre Wirkung hin untersucht wurden.

2.3 Exemplarischer Einblick in drei evaluierte Interventionen

Exemplarisch sollen hier drei Interventionen genauer vorgestellt werden, welche spezifische und konkrete Massnahmen umsetzten und evaluierten, die erste in Italien in einem Aufnahmезentrum für Migrant:innen, die zweite in Alberta Kanada in einem Stadtteil mit sehr hohem Anteil an sozial

benachteiligten Migrant:innen, die dritte in der Schweiz mit Personen in besonders vulnerabler Lage (Fabris et al., 2021; Gross et al., 2023; Holdbrook et al., 2023).

Aufnahmezentrum für kürzlich angekommene Migrant:innen in Italien

Fabris et al. (2021) beschreiben in ihrer Studie präventive Massnahmen zur Eindämmung von COVID-19 in einem italienischen Aufnahmezentrum für kürzlich angekommene Migrant:innen. Im Extraordinary Reception Center (ERC) “Mondo Migliore” of Rocca di Papa (Rome) wohnten während der Beobachtungsphase im Jahr 2020 rund 350 Asylsuchende, die meisten aus Nordafrika, dem Golf von Guinea, Horn von Afrika, Syrien, Pakistan und Bangladesh. Den Aufgenommenen stand im Zentrum ein Sozialdienst, eine Rechtsberatung und ein 24/7 zugänglicher Gesundheitsdienst mit ärztlichem und pflegerischem Personal zur Verfügung. Um die Intervention zu evaluieren, wurden georeferenzierte kleinräumliche Analysen der Covid-19 Erkrankungsfälle auf Basis des Sentinel-Überwachungssystems in der Region durchgeführt.

Eine der ersten Interventionen bestand in der Erhebung der Gesundheitskompetenz der Bewohner:innen in Bezug auf die Pandemie durch Gesundheitsfachpersonen. Diese war je nach Herkunftsland der Migrant:innen mehr oder weniger adäquat. Darauf gestützt wurden für diejenigen Personen mit tiefem Wissensstand regelmässige Treffen organisiert, in denen kulturelle Mediatoren die notwendigen Informationen immer wieder vermittelten. Es zeigte sich, dass auf der Ebene der Migrant:innen die Massnahmen, welche darauf abzielten, kulturelle Barrieren abzubauen und adäquates Schutzverhalten zu fördern, wirksam waren.

Auf der Ebene des Zentrums wurden ebenfalls Massnahmen umgesetzt, um einen Ausbruch der Ansteckungen zu minimieren.

“In low-resource settings, especially in closed communities, the implementation of social distancing strategies, the systematic use of individual protection devices, and active syndromic surveillance are essential tools to limit the risk of outbreaks” (Fabris et al., 2021, S. 1).

Dazu gehörten im Fall eines Ausbruchs auch Screenings sowie Isolations- und Quarantänemöglichkeiten für die Bewohner:innen innerhalb des Zentrums.

Die Sentinel-Daten zeigen deutlich, dass die getroffenen Massnahmen wirksam waren, um Ansteckungen zu verhindern oder um einen Ausbruch im Zentrum schnell eingrenzen zu können. Im Vergleich zu anderen geschlossenen Communities in der Region wie religiöse Zentren, Schulen, Spitälern, Barackenunterkünften waren die Fallzahlen im ERC deutlich geringer.

“Taken together, this evidence also suggests that migrant’s adherence to preventive measures adopted in the ERC were rock-solid” (Fabris et al., 2021, S. 6).

Gemeindenahes Impfzentrum in Alberta, Kanada

In einem Stadtzentrum von Alberta, Kanada, charakterisiert durch einen hohen Anteil an sozial benachteiligten Migrant:innen, wurde im Juni 2021 ein gemeindenahes Impfzentrum eröffnet. Die Initiative ging von einer lokalen zivilen Organisation zur Unterstützung von neu zugewanderten Migrant:innen aus. Eine Multi-Stakeholder Gruppe wurde gebildet, zusammengesetzt aus Gesundheitsfachpersonen (inkl. Ärzt:innen), Gemeinwesenorganisationen und -fachpersonen, Vertretenden des

Gesundheitssystem, der regionalen Verwaltung, der Universität und Freiwilligen. Das Ziel war es, eine wirksame, effiziente, patientenzentrierte, sichere und gemeindenahe Covid-19-Impfklinik zu realisieren.

Die Klinik bot freie Zugänglichkeit ohne Anmeldung an, war kostenlos für alle Personen ungeachtet ihres Migrations- oder Versicherungsstatus. Die Klinik lag an einem ÖV-Verkehrsknotenpunkt. Die Stadt bot kostenlose öffentliche Transportmöglichkeiten zum Impfzentrum an und Taxi-Gutscheine für Personen, die aus gesundheitlichen Gründen keinen ÖV benutzen können. Die Klinik war zwei Tage pro Woche bis 22.00 Uhr geöffnet. Informationen und Beratung wurden in 16 Sprachen angeboten. Die Vermittlung eines sicheren Ortes auch für Personen in prekärer rechtlicher Lage wurde dadurch erreicht, dass kulturvermittelnde Personen und Mediator:innen in ihren Communities darüber informierten, dass keine Angaben zur Identität gemacht werden müssen. Bereits vor der Klinik wurden die Ankommenenden von Freiwilligen angesprochen, über das Angebot informiert und allenfalls begleitet. In der Klinik wurden Esspakete abgegeben und wenn gewünscht, soziale Unterstützung angeboten. Um Komfort und Niedrigschwelligkeit zu erhöhen wurde eine sog. «walk-up assembly line» eingerichtet, wobei die Klinikbesuchenden in einer Warteschlange auf Stühlen sitzen können und die Gesundheitsfachpersonen von Person zu Person gehen. Angeboten wurden ausserdem Impfungen für ganze Familien und Kinderbetreuung während des Aufenthalts in der Klinik.

Die Massnahmen wurden evaluiert, um sie im Verlauf verbessern zu können (formative Evaluation). Zu diesem Zweck wurden die beteiligten Gesundheitsfachpersonen, Gemeinwesenarbeiter:innen und die Freiwilligen mit standardisiertem Fragebogen und offenen Fragen interviewt. Die befragten Personengruppen waren der Meinung, dass die angestrebten Zielsetzungen der Klinik gut erreicht wurden und dass diese Intervention auf andere Angebote übertragen werden könnte (z.B. Impfzentrum in einer Schule oder einem Betrieb). Als besonders wichtige Erfolgsfaktoren wurden benannt: Mitarbeitende, die aus den adressierten ethnischen Gruppen stammen und deren Sprache sprechen; Reduktion der Barrieren, die eine Zugänglichkeit der Impfung erschweren und ein starkes Engagement der Communities und der Stadt/Gemeinde. Die Forschergruppe betont darüber hinaus, dass die Zusammenarbeit zwischen den Stakeholdern über verschiedene Sektoren hinweg von grosser Bedeutung für den Erfolg war.

“Our findings provide evidence to support expanding community-engaged vaccine delivery models among marginalized urban areas to promote vaccine equity among migrants and other underserved communities” (Holdbrook et al., 2023, S. 8).

Impfen und Schutzmassnahmen für Menschen in besonders prekärer Lebenslage in der Schweiz

Public Health Services wurden vom Bundesamt für Gesundheit beauftragt, stark sozial benachteiligte Menschen in prekärer Lage zu erreichen, um sie über die Schutzmassnahmen und das Impfen während der Pandemie zu informieren und ihnen den Zugang zum Impfen zu ermöglichen (Salis Gross et al., 2023). Es handelte sich um **Sans-Papiers, Sexarbeitende, Obdachlose und Suchtbetroffene**. Das Ziel war, in mindestens 6 Kantonen, ca. 40 Interventionen in Zusammenarbeit mit kantonalen Stellen und mit NGO und Fachstellen, die sich für diese Gruppen engagieren, umzusetzen. Dieses Ziel wurde übertroffen und mit den Interventionen rund 1500 Personen erreicht. Das Projektteam analysierte die Umsetzung und Wirkung mittels einer Selbstevaluation. Die im Folgenden aufgeführten «lessons learned» werden als besonders wichtig bezeichnet.

Auf der Ebene der Adressat:innen:

- Offene und ausgewogene Information und Beratung durch Ärzt:innen, um sich informiert entscheiden zu können: Dies ist nicht nur für die Adressat:innen selbst wichtig, sondern auch für die Mediator:innen (Fachstellenmitarbeitende), welche vor diesem Angebot oft Vorbehalte gegenüber dem Impfen hatten;
- Die Kooperation mit Vertrauenspersonen und Mediator:innen ist zentral; bereits bestehende Netze und Beziehungen sollten genutzt werden, um Vertrauen aufbauen zu können;
- Niedrigschwelligkeit: Keine «Hol-Schuld», sondern aufsuchende und begleitende Angebote; Informieren und Beraten sowie Impfen mobil vor Ort (z. B. Notschlafstelle, Selbsthilfetreffen von Suchtkranken, spezielle Impfstelle für Sans-Papiers). Teilweise wurden Personen zum Impfzentrum begleitet und die Termine vereinbart.
- Sicherer Zugang auch für Menschen in rechtlich prekärer Lage (Impfen ohne Angabe der Identität);

Auf der Ebene des Systems (Kantone, Fachstellen, Organisationen):

- Der geplante «top-down»-Ansatz über kantonale Stellen hat sich in der Krisensituation nicht bewährt. Diese waren personell und finanziell bereits stark gefordert mit der Regel-Versorgung der Bevölkerung, ein agiles Vorgehen ist wichtig;
- «Bottom-up»-Ansatz über Fachstellen und Organisationen für die Adressat:innen-Gruppen vor Ort haben sich bewährt (z. B. Obdachlosenheime, Organisationen für Sexarbeitende oder Sans-Papiers, etc.);
- Bei Organisationen mit besonders geringen Ressourcen, für die eine Übernahme von mehr Aufgaben in der pandemischen Krisenlage nicht bewältigbar ist, kann mit Entlastungsangeboten (finanziell und personell) eine Zusammenarbeit ermöglicht werden;
- Ein möglichst frühzeitiger Einbezug dieser Fachstellen und Organisationen in der Krisensituation ist besonders wichtig. Menschen in prekärer Lage sind besonders verletzlich in dieser Situation und wurden über die «offiziellen Kanäle» zu spät oder gar nicht angesprochen und erreicht.

2.4 Abgeleitete Empfehlungen

Aus den Ergebnissen der von Bachmann et al. (2024) erarbeiteten Forschungsstudie «Soziale Ungleichheit und schwere Covid-19-Verläufe in der Migrationsbevölkerung der Schweiz» und aus der oben vorgestellten Literaturrecherche wurden in einem ersten Schritt **24 Empfehlungen** für die erste Runde des Delphi-Verfahrens abgeleitet, unterteilt in **sechs thematische Blöcke**:

- Generelle Massnahmen
- Impfen
- Exposition bei der Arbeit
- Exposition beim Wohnen
- Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung
- sowie Bewältigung der Erkrankung.

3 Ergebnisse Stakeholder-Prozess

In der ersten Runde des Delphi-Verfahrens wurden die 24 Empfehlungen, unterteilt in sechs thematische Blöcke (Generelle Massnahmen, Impfen, Exposition bei der Arbeit und zu Hause, Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung sowie Bewältigung der Erkrankung) von Expert:innen bewertet. Eingeladen wurden Expert:innen zum Thema aus NGO's (u.a. SRK), aus der Verwaltung auf Bundes- und Kantonsebene (u.a. BAG, GDK und SODK), Migrations-Communities sowie Hochschulen. Sie bewerteten die Empfehlungen in Bezug auf ihre Bedeutsamkeit sowie die politische, praktische Umsetzbarkeit auf einer fünfstufigen Likert-Skala (1: Stimme überhaupt nicht zu, 2: Stimme eher nicht zu, 3: Neutral, 4: Stimme eher zu, 5: Stimme voll und ganz zu). Darüber hinaus hatten sie in jedem Themenblock die Möglichkeit, freie Kommentare abzugeben.

Von den **63 eingeladenen Expert:innen nahmen 19 (30 %) an der ersten Runde** teil. Unter den Teilnehmenden waren elf Personen, die hauptsächlich in NGO's und Verbänden tätig sind, sechs Personen aus der Verwaltung auf Bundes- und Kantonsebene, eine Person aus dem Gesundheitswesen und eine weitere aus dem Hochschulbereich. Die Umfrage war in den Sprachen Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch verfügbar. Als Einladung zur Teilnahme erhielten alle Personen eine persönlich verfasste E-Mail mit einer Begründung, weshalb sie ausgewählt und ihre Stimme für diesen Prozess wichtig ist. Nach zehn Tagen wurde ein Reminder versandt. In der ersten Runde wurden die deutsche und französische Version ausgefüllt, wobei 16 Teilnehmende aus der Deutschschweiz und 3 aus der Romandie stammten. Bei **der zweiten Runde haben insgesamt 15 Expert:innen** teilgenommen, 14 aus der Deutschschweiz und eine Person aus der Romandie. Unter den Teilnehmenden waren sieben Personen, die hauptsächlich in NGO's tätig sind, sechs Personen aus der Verwaltung auf Bundes- und Kantonsebene, eine Person aus dem Gesundheitswesen und eine aus einem anderen (nicht genannten) Bereich. Die Teilnahmequoten an der Umfrage müssen als eher gering bewertet werden¹. Positiv ist hingegen, dass sich die Gruppe aus verschiedenen Bereichen und Sprachräumen zusammensetzt.

	Mwert	SD	Median	N
Bedeutsamkeit Rd. 1	4.4	0.8	4.5	19
Bedeutsamkeit Rd. 2	4.6	0.7	5.0	15
Umsetzbarkeit Rd. 1	3.3	1.0	3.2	19
Umsetzbarkeit Rd. 2	3.7	0.9	3.6	15

Tabelle 2: Mittelwert, Standardabweichung und Median der Beurteilungen von Bedeutsamkeit und Umsetzbarkeit bei den beiden Delphi-Prozess-Runden (Likert-Skala von 1-5)

Insgesamt wurden die meisten der vorgeschlagenen Empfehlungen als bedeutsam oder sehr bedeutsam beurteilt mit einem Mittelwert von $x_1 = 4.4$ in der ersten Runde und $x_2 = 4.6$ in der zweiten Runde. Die Einschätzung der Umsetzbarkeit wurde hingegen insgesamt kritischer beurteilt, wie man der Tabelle 2 entnehmen kann.

¹ Der Versand der Einladungen fiel in die Zeit kantonaler Schulferien und es gingen viele automatisierte Antworten wegen ferienbedingten Abwesenheiten ein.

3.1 Ergebnisse erste Runde

In den folgenden Tabellen 3 bis 5 sind die Ergebnisse der ersten Runde nach Empfehlung dargestellt, wobei jeweils die Anzahl und der Prozentsatz der Teilnehmenden angegeben sind, die den vorgeschlagenen Empfehlungen in Bezug auf ihre Bedeutsamkeit und Umsetzbarkeit zustimmten («stimme voll und ganz zu» oder «stimme zu»).

		Bedeutsamkeit	Umsetzbarkeit
	Generell	"stimme eher zu" oder "stimme voll und ganz zu", n (%)	"stimme eher zu" oder "stimme voll und ganz zu", n (%)
1	Bei zukünftigen Pandemien in der Schweiz soll die Gefährdungslage von Bevölkerungsgruppen nicht nur nach medizinischen Faktoren (Altersgruppen, Vorerkrankungen, etc.), sondern auch nach sozialen Risikofaktoren (z.B. tiefes Bildungsniveau, prekäre Wohnsituation, Exposition am Arbeitsplatz) bestimmt werden. Dieser Grundsatz soll in die Pandemieplanung des Bundes und der Kantone integriert werden.	18 (94.7%)	11 (57.9%)
2	Um eine gesundheitliche Gefährdung aufgrund von sozialen Faktoren identifizieren zu können, muss die vorhandene Datengrundlage verbessert werden. Insbesondere sollte der Zugang zu verlinkten Daten zur Gesundheit und zur sozialen Lage erleichtert werden, um eine zeitnahe und fundierte Analyse und Auswertung zu ermöglichen. Die öffentlichen Stellen (z. B. Bundesamt für Statistik), die die relevanten Daten erheben und aufbereiten, sollen einen entsprechenden Auftrag erhalten.	13 (68.4%)	6 (31.6%)
3	Menschen mit Migrationshintergrund sollen dabei nicht undifferenziert als Risikogruppe per se betrachtet und adressiert werden. Die Kombination von Migrationsfaktoren (z. B. Aufenthaltsstatus, Sprachbarriere) mit der sozialen Lage (z. B. tiefe Schulbildung, Armut) ist entscheidend für die Frage der Gefährdung.	18 (94.7%)	8 (42.1%)
4	In einer Pandemielage sollten gefährdete Gruppen, wichtige Multiplikator:innen und verantwortliche Stellen und Organisationen möglichst frühzeitig und adressat:innengerecht über Risikofaktoren, die mit der sozialen Lage verbunden sind, informiert werden.	19 (100.0%)	9 (47.4%)
5	Um sich auf eine zukünftige Pandemie vorbereiten zu können, ist es wichtig, dass die verschiedenen Stakeholder des Gesundheits- und Sozialsystems sich auf regionaler Ebene mit den Organisationen, Fachstellen und Communities für Personen in vulnerabler Lage vernetzen.	19 (100.0%)	9 (47.4%)
6	Die konkrete Vorgehensweise zum Schutz von Bevölkerungsgruppen, die aus sozialen Gründen gefährdet sind, soll in einem partizipativen Prozess erarbeitet und im Rahmen der kantonalen Pandemiepläne festgehalten werden.	16 (84.2%)	7 (36.8%)
7	Dieses Vorgehen sollte durch eine nicht-stigmatisierende Kommunikationsstrategie begleitet werden (Vermeidung von «blaming the victim»-Prozessen; negativen Stereotypen, etc.).	19 (100.0%)	9 (47.4%)

Tabelle 3: Generelle Empfehlungen: Beurteilung der Bedeutsamkeit und Umsetzbarkeit; Anteil der zustimmenden Antworten («stimme voll und ganz zu» und «stimme zu»); N=19;

		Bedeutsamkeit	Umsetzbarkeit
	Impfen	"stimme eher zu" oder "stimme voll und ganz zu", n (%)	"stimme eher zu" oder "stimme voll und ganz zu", n (%)
8	In Analogie zu Menschen, die aufgrund ihrer medizinischen Situation als Risikogruppen bezeichnet werden, sollen Menschen, die aufgrund ihrer sozialen Lage ein besonders hohes Risiko für eine Ansteckung und einen schweren Krankheitsverlauf haben, bei Impfkampagnen explizit adressiert und zeitlich vorgezogen werden.	14 (73.7%)	5 (26.3%)
9	Besonders hohe Priorität sollte dabei auf die Adressierung von sozial benachteiligten Teilen der Migrationsbevölkerung (1) mit tiefer Impfquote im Herkunftsland oder (2) mit hohen Barrieren im Zugang zur Regelversorgung (z. B. Sans Papiers) gelegt werden.	15 (78.9%)	9 (47.4%)
10	In Regionen (Stadtteile, Gemeinden, etc.) mit besonders hohem Anteil an sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen sollen mobile Impfzentren realisiert werden, die einen niedrighschwellig und vertrauensbildenden Zugang zum Impfen ermöglichen. Für die Kommunikation und Zugangsförderung wird eine Zusammenarbeit mit lokalen Organisationen empfohlen.	16 (84.2%)	9 (47.4%)
11	Für Menschen in besonders vulnerabler Lage (z. B. Obdachlose oder Sexarbeitende) sollen ergänzend aufsuchende Impfangebote angeboten werden, wobei eine Vernetzung mit den Mediator:innen vor Ort oder kulturellen Übersetzer:innen sinnvoll ist. Diese Angebote können in Wohnheimen, Notunterkünften, Beratungsstellen, etc. realisiert werden.	16 (84.2%)	11 (57.9%)

	Exposition in privaten und in kollektiven Haushalten		
12	Personen in engen Wohnbedingungen und in Mehrgenerationen-Haushalten sollten beim Zugang zum Impfen prioritär behandelt werden.	13 (68.4%)	5 (26.3%)
13	Personen in engen Wohnbedingungen, die keine Möglichkeiten zur Distanzierung und zur Isolation von angesteckten Haushaltsmitgliedern haben, sollten geeignete und finanziell tragbare Räumlichkeiten vermittelt werden.	9 (47.4%)	2 (10.5%)
14	Ein besonderes Augenmerk sollte auf umfassende Schutzmöglichkeiten in kollektiven Haushalten wie Asylzentren, Notunterkünften, Schlafräumen für Arbeitsmigrant:innen gelegt werden. Dafür müssen umsetzbare Schutzkonzepte erarbeitet und etabliert werden.	17 (89.5%)	11 (57.9%)
	Exposition bei der Arbeit oder in der Schule		
15	Mitarbeitende ohne Möglichkeit zum Home Office und mit erhöhter Ansteckungsgefahr bei der Arbeit (z.B. in lärmbelasteten Arbeitsräumen oder im Gesundheitssektor) sollten beim Zugang zum Impfen prioritär behandelt werden.	17 (89.5%)	12 (63.2%)
16	Zum Schutz am Arbeitsplatz und in Schulen gehören spezifische Massnahmen, um vor Ansteckung zu schützen (gute Lüftung, soziale Distanz, Zugänglichkeit von Masken). Dazu gehört auch, ohne finanzielle oder rechtliche Nachteile zu Hause bleiben zu dürfen, wenn Symptome auftreten. Die entsprechende Rechtslage muss von den Arbeitgebern oder Schulleitung transparent kommuniziert werden.	18 (94.7%)	13 (68.4%)
17	Arbeitsorte mit hohem Risiko für Ansteckungen sollen mobile Screenings- und Impfzentren direkt im Betrieb einrichten (z.B. Spitäler, Pflegeheime, Fleischverarbeitung). Die Einrichtung des Impfzentrums ist für den Betrieb obligatorisch; das Impfen selbst ist für die Mitarbeitenden freiwillig.	13 (68.4%)	7 (36.8%)

Tabelle 4: Empfehlungen zum Impfen und zur Exposition beim Wohnen, bei der Arbeit und Schule: Beurteilung der Bedeutsamkeit und Umsetzbarkeit; Anteil der zustimmenden Antworten («stimme voll und ganz zu» und «stimme zu»); N=19;

		Bedeutsamkeit	Umsetzbarkeit
	Zugänglichkeit des Gesundheitsversorgungssystems	"stimme eher zu" oder "stimme voll und ganz zu", n (%)	"stimme eher zu" oder "stimme voll und ganz zu", n (%)
18	Die Funktionsweise des Schweizer Gesundheitssystems solle in leicht zugänglicher Sprache und in den wichtigen Migrationssprachen erklärt werden und breit zur Verfügung gestellt werden. Die bereits entwickelte Broschüre der SRK sollte ergänzt werden um Anlaufstellen, Rechte und Vorgehen im Notfall während einer Pandemie.	17 (89.5%)	12 (63.2%)
19	Adäquater Zugang zur Grundversorgung als erste Anlaufstelle und Triagestelle in gesundheitlicher Notlage 24/7 für alle sicherstellen (Hausärzt:innen, spezialisierte Anlaufstellen, telemedizinischer Dienst). Die Verantwortlichen innerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems dafür sensibilisieren, dass dieser Zugang unabhängig vom Versicherungsstatus und Aufenthaltsstatus allen Personen zur Verfügung gestellt werden muss. Dies gilt insbesondere auch für Personen in Asylzentren und Sans-Papiers.	18 (94.7%)	8 (42.1%)
20	Einen Zugang zu (Online-) Dolmetscher:innen oder Dolmetsch-Tools in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung implementieren. Die Nutzung sollte in Notsituationen ohne Anmeldung zur Verfügung stehen.	18 (94.7%)	8 (42.1%)
21	Vor einem Spitalaustritt sollte bei sozial benachteiligten Patient:innen abgeklärt werden, wie die soziale Lage der erkrankten Person ist (Wohn- und Arbeitssituation, Elternpflichten, soziale Einbindung) und dafür Sorge getragen werden, dass die Versorgung und Unterstützung gewährt ist (Angehörige, Hausarzt/-ärztin, Spitexdienst) damit die betroffene Person die therapeutischen Vorgaben befolgen kann und eine Chance auf ein gutes gesundheitliches Outcome hat.	15 (78.9%)	8 (42.1%)
	Bewältigung einer Erkrankung in prekärer sozialer Lage		
22	Hilfsorganisationen (z. B. Caritas) sollen beauftragt werden, ein Angebot von sofortiger praktischer und niedrigschwelliger Hilfe in existenziellen Notlagen (z. B. Mahlzeitenabgabe, Kinderbetreuung, wenn ein alleinerziehendes Elternteil hospitalisiert wird) anzubieten und flächendeckend zugänglich zu machen.	15 (78.9%)	6 (31.6%)
23	Die Inanspruchnahme von Nothilfe während einer pandemischen Krise darf nicht zu einer Einschränkung des Aufenthaltsrechts und der Einbürgerungschancen führen. Entsprechende gesetzliche Verordnungen und Regelungen müssen angepasst und kommuniziert werden.	17 (89.5%)	5 (26.3%)
24	Mitarbeitende des Gesundheits- und Sozialhilfesystems sollen dafür sensibilisiert werden, bei sozial benachteiligten Patient:innen während einer Pandemie auch psychische Probleme mitzuberücksichtigen und entsprechende Hilfe zu vermitteln.	18 (94.7%)	8 (42.1%)

Tabelle 5: Empfehlungen zur Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung und Bewältigung einer Erkrankung in prekärer sozialer Lage: Beurteilung der Bedeutsamkeit und Umsetzbarkeit; Anteil der zustimmenden Antworten («stimme voll und ganz zu» und «stimme zu»); N=19;

Die farbigen Markierungen sollen die Übersichtlichkeit der Ergebnisse visuell unterstützen, indem diejenigen Empfehlungen, die eine vergleichsweise sehr hohe Zustimmung erhielten, dunkelblau und diejenigen, die eine hohe Zustimmung erhielten hellblau hervorgehoben sind. Die Grenzwerte wurden folgendermassen festgelegt:

- in Bezug auf die Zustimmung zur Bedeutsamkeit: $\geq 90\%$: dunkelblau; $\geq 80\%$: hellblau;
- in Bezug auf die Zustimmung zur Umsetzbarkeit $\geq 50\%$: dunkelblau; $\geq 40\%$: hellblau.

Im Anhang 4 findet sich eine Tabelle mit den Details der Auswertung (Mittelwert, SD, Median pro Empfehlung).

- Als Ergebnis dieser ersten Runde wurden 14 von 24 Empfehlungen als besonders wichtig und gleichzeitig auch als eher bis gut umsetzbar beurteilt (Empfehlungen Nr. 1, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 24).
- Sechs Empfehlungen, die als weniger bedeutsam und gleichzeitig schwierig umsetzbar beurteilt wurden, wurden ausgeschlossen (Empfehlungen Nr. 2, 8, 9, 12, 13, 17).
- Zwei Empfehlungen wurde als sehr bedeutsam erachtet und gleichzeitig ihre Umsetzung als sehr schwierig. Es handelt sich um die Empfehlungen Nr. 6 zur partizipativen Erarbeitung von Massnahmen² und Nr. 23 zur Inanspruchnahme von Nothilfe³, die aus unserer Sicht aufgrund der hohen Bedeutsamkeit in der Liste der Empfehlungen beibehalten werden sollten.
- Aufgrund der offenen Kommentare der Teilnehmenden wurde **bei insgesamt fünf Empfehlungen eine angepasste oder ergänzende Formulierung vorgeschlagen, die in die zweite Runde einfließen** (Empfehlungen Nr. 4, 10, 14, 21, 22).
- Die Teilnehmenden haben in den offenen Kommentaren **zusätzlich sechs weitere Empfehlungen vorgeschlagen, die ebenfalls in die zweite Runde einfließen sind**, so dass in der zweiten Runde insgesamt elf Empfehlungen beurteilt wurden.

3.2 Ergebnisse zweite Runde

In der zweiten Runde wurde den Teilnehmenden insgesamt **11 Empfehlungen** unterbreitet, die auf Basis der Rückmeldungen in der ersten Runde des Delphi-Verfahrens präziser formuliert wurden oder neu dazugekommen sind. Die Ergebnisse der zweiten Runde sind in den Tabellen 6 und 7 dargestellt.

Die Mehrzahl, der in der zweiten Runde unterbreiteten Empfehlungen, wurden von den teilnehmenden Stakeholdern als sehr bedeutsam eingestuft ($\geq 90\%$); zwei Empfehlungen (Nr. 10 und 22) etwas weniger bedeutsam mit einem Zustimmungsgrad zwischen 80% und 90%. Die Einschätzungen zur Umsetzbarkeit waren auch in der zweiten Runde durchwegs etwas tiefer mit einem Wert von 47 % bis maximal 67 % der Teilnehmenden, die der Meinung waren, dass die Empfehlungen umsetzbar sind.

² Die konkrete Vorgehensweise zum Schutz von Bevölkerungsgruppen, die aus sozialen Gründen gefährdet sind, soll in einem partizipativen Prozess erarbeitet und im Rahmen der kantonalen Pandemiepläne festgehalten werden.

³ Die Inanspruchnahme von Nothilfe während einer pandemischen Krise darf nicht zu einer Einschränkung des Aufenthaltsrechts und der Einbürgerungschancen führen. Entsprechende gesetzliche Verordnungen und Regelungen müssen angepasst und kommuniziert werden.

		Bedeutsamkeit	Umsetzbarkeit
		"stimme eher zu" oder "stimme voll und ganz zu", n (%)	"stimme eher zu" oder "stimme voll und ganz zu", n (%)
4	<i>Neue Formulierung:</i> In einer Pandemielage sollten gefährdete Gruppen, wichtige Multiplikator:innen und verantwortliche Stellen und Organisationen möglichst frühzeitig und adressat:innengerecht über soziallagenbezogene Risikofaktoren und Problemlagen sowie mögliche Lösungsansätze informiert werden.	15 (100%)	10 (67%)
10	<i>Neue Formulierung:</i> In Regionen (Stadtteile, Gemeinden, etc.) mit besonders hohem Anteil an sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen sollen mobile Impfzentren realisiert werden, die einen niedrighschwelligem und vertrauensbildenden Zugang zum Impfen ermöglichen. Für die Kommunikation und Zugangsförderung wird eine Zusammenarbeit mit lokalen Organisationen und die Anstellung von Vertrauenspersonen empfohlen.	12 (80%)	8 (53%)
14	<i>Neue Formulierung:</i> Ein besonderes Augenmerk sollte auf umfassende Unterstützungsmöglichkeiten in kollektiven Haushalten wie Asylzentren, Notunterkünften, Schlafräumen für Arbeitsmigrantinnen gelegt werden. Dafür müssen umsetzbare Konzepte erarbeitet und etabliert werden.	14 (93%)	7 (47%)
14b	<i>Ergänzung zu 14:</i> Diese unterstützenden Massnahmen dürfen in kollektiven Haushalten wie Asylzentren, etc. nicht zu mehr Restriktionen, Freiheitseinschränkungen und Ausgrenzungen als bei der übrigen Bevölkerung führen. Dies ist nur möglich, wenn besondere Massnahmen ergriffen werden (z. B. Ermöglichung des Zugangs zu Telekommunikation oder des Besuchs von Angehörigen). Diese Vorgehensweise zur Wahrung der Rechte von Personen in kollektiven Haushalten bedingt eine bewusste Planung von Anfang an und sollte daher in die Pandemieplanung einbezogen werden.	14 (93%)	7 (47%)
21	<i>Neue Formulierung:</i> Vor einem Spitalaustritt sollte mit sozial benachteiligten Patient:innen, und wenn angezeigt mit ihrem sozialem Umfeld, abgeklärt werden, wie die soziale Lage der erkrankten Person ist (Wohn- und Arbeitssituation, Elternpflichten, soziale Einbindung) und dafür Sorge getragen werden, dass die Versorgung und Unterstützung gewährt ist (Angehörige, Hausarzt/ärztin, Spitexdienst) damit die betroffene Person die therapeutischen Vorgaben befolgen kann und eine Chance auf ein gutes gesundheitliches Outcome hat.	14 (93%)	7 (47%)
22	<i>Neue Formulierung:</i> Hilfsorganisationen (z. B. Caritas) sollen beauftragt und für diesen Auftrag von der öffentlichen Hand finanziert werden, ein Angebot von sofortiger praktischer und niedrighschwelliger Hilfe in existenziellen Notlagen (z. B. Mahlzeitenabgabe, Kinderbetreuung, wenn ein alleinerziehendes Elternteil hospitalisiert wird) anzubieten und flächendeckend zugänglich zu machen.	13 (87%)	9 (60%)
25	<i>Neue zusätzliche Empfehlung:</i> In zukünftigen Pandemien muss dafür gesorgt sein, dass die öffentlichen sozialen Dienste (Sozialdienste, etc.) weiter funktionsfähig und kontakierbar bleiben, so dass anspruchsberechtigte Personen nicht in Existenznot geraten. Es ist anzustreben, dass alle Menschen in der Schweiz auch während einer Pandemie ein Leben in Würde führen können, ohne auf karitative Hilfe angewiesen zu sein.	15 (100%)	10 (67%)
26	<i>Neue zusätzliche Empfehlung:</i> Es ist dafür zu sorgen, dass Familien nicht wegen pandemiebezogenen Schutzmassnahmen (Besuchsverbote) voneinander getrennt werden. Dies betrifft insbesondere Familien mit Kindern, die bei Pflegeeltern oder in stationären Institutionen untergebracht sind.	15 (100%)	10 (67%)

Tabelle 6: Beurteilung der Bedeutsamkeit und Umsetzbarkeit der zusätzlichen oder angepassten Empfehlungen in der zweiten Runde; Anteil der zustimmenden Antworten («stimme voll und ganz zu» und «stimme zu»); N=15;

Zusätzlich wurden in der ersten Runde in den offenen Kommentaren drei neue Empfehlungen vorgeschlagen, die sich nicht auf die Zeit der Pandemie beziehen, sondern generell als empfehlenswert diskutiert wurden.

		Bedeutsamkeit	Umsetzbarkeit
	Allgemeine Empfehlungen, die nicht auf eine Pandemiesituation bezogen sind:	"stimme eher zu" oder "stimme voll und ganz zu", n (%)	"stimme eher zu" oder "stimme voll und ganz zu", n (%)
27	Die Frage der Zugänglichkeit zum Gesundheitsversorgungssystem sollte nicht nur in Bezug auf die Migrationsbevölkerung diskutiert werden, sondern ganz allgemein in Bezug auf armutsbetroffene Personen und diejenigen Gruppen, die am weitesten entfernt sind vom Gesundheitssystem, respektive die meisten Barrieren beim Zugang erleben.	14 (93%)	8 (53%)
28	Um den Zugang der Bevölkerung mit Migrationshintergrund zur Gesundheitsversorgung zu fördern, wird empfohlen, dass die Berufsanerkennung von medizinischem Personal (Pflege wie Ärztinnen), welche ihre Diplome im Ausland erhalten haben, erleichtert wird.	12 (80%)	3 (20%)
29	Die regionale Vernetzung und die partizipative Zusammenarbeit mit Migrations-Communities zur Bearbeitung von Public-Health-Themen sollte unabhängig von Pandemien möglichst bald angegangen werden.	13 (87%)	9 (60%)

Tabelle 7: Beurteilung der Bedeutsamkeit und Umsetzbarkeit der zusätzlichen oder angepassten Empfehlungen in der zweiten Runde; Anteil der zustimmenden Antworten («stimme voll und ganz zu» und «stimme zu»); N=15;

Die zusätzlichen generellen Empfehlungen werden alle drei als bedeutsam eingestuft. Die Empfehlung Nr. 28 zur vereinfachten Anerkennung von ausländischen Diplomen wird als bedeutsam, aber gleichzeitig als sehr schwierig umsetzbar beurteilt.

4 Schlussfolgerungen

Im Rahmen dieses abschliessenden Arbeitspakets 3 zur Ableitung von Empfehlungen wurden auf Basis der Ergebnisse der Forschungsstudie und einer Recherche der wissenschaftlichen Literatur in der ersten Runde des Delphi-Verfahrens 24 Empfehlungen und in der zweiten Runde 11 Empfehlungen vorgeschlagen und einer Stakeholder-Gruppe unterbreitet. Fünf Empfehlungen aus der ersten Runde wurden für die zweite Runde präzisiert und sechs Empfehlungen wurden aufgrund der Rückmeldungen aus der ersten Runde neu ergänzt (vgl. Abbildung 2).



Abbildung 2: Ergebnisse des Delphi-Verfahrens: Anzahl Empfehlungen pro Runde

Die Auswertung der Umfrage mittels Online-Delphi-Verfahren in zwei Runden ergab **insgesamt zwanzig Empfehlungen für eine soziallagenbezogene Prävention zum Schutz von Menschen mit Migrationshintergrund während einer Pandemie**, die als bedeutsam und eher umsetzbar beurteilt wurden und **zusätzlich drei Empfehlungen, die sich nicht unmittelbar auf die Zeit einer Pandemie beziehen**.

Diese werden im Folgenden nochmals abschliessend vorgestellt.

Generell

1. Bei zukünftigen Pandemien in der Schweiz soll die Gefährdungslage von Bevölkerungsgruppen nicht nur nach medizinischen Faktoren (Altersgruppen, Vorerkrankungen, etc.), sondern auch nach sozialen Risikofaktoren (z.B. tiefes Bildungsniveau, prekäre Wohnsituation, Exposition am Arbeitsplatz) bestimmt werden. Dieser Grundsatz soll in die Pandemieplanung des Bundes und der Kantone integriert werden.
2. Menschen mit Migrationshintergrund sollen dabei nicht undifferenziert als Risikogruppe per se betrachtet und adressiert werden. Die Kombination von Migrationsfaktoren (z. B. Aufenthaltsstatus, Sprachbarriere) mit der sozialen Lage (z. B. tiefe Schulbildung, Armut) ist entscheidend für die Frage der Gefährdung.
3. In einer Pandemielage sollten gefährdete Gruppen, wichtige Multiplikator:innen und verantwortliche Stellen und Organisationen möglichst frühzeitig und adressat:innengerecht über soziallyagenbezogene Risikofaktoren und Problemlagen sowie mögliche Lösungsansätze informiert werden.
4. Um sich auf eine zukünftige Pandemie vorbereiten zu können, ist es wichtig, dass die verschiedenen Stakeholder des Gesundheits- und Sozialsystems sich auf regionaler Ebene mit den Organisationen, Fachstellen und Communities für Personen in vulnerabler Lage vernetzen.
5. Die konkrete Vorgehensweise zum Schutz von Bevölkerungsgruppen, die aus sozialen Gründen gefährdet sind, soll in einem partizipativen Prozess erarbeitet und im Rahmen der kantonalen Pandemiepläne festgehalten werden.
6. Dieses Vorgehen sollte durch eine nicht-stigmatisierende Kommunikationsstrategie begleitet werden (Vermeidung von «blaming the victim»-Prozessen; negativen Stereotypen, etc.).

Impfen

7. In Regionen (Stadtteile, Gemeinden, etc.) mit besonders hohem Anteil an sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen sollen mobile Impfzentren realisiert werden, die einen niedrigschwelligen und vertrauensbildenden Zugang zum Impfen ermöglichen. Für die Kommunikation und Zugangsförderung wird eine Zusammenarbeit mit lokalen Organisationen und die Anstellung von Vertrauenspersonen empfohlen.
8. Für Menschen in besonders vulnerabler Lage (z. B. Obdachlose oder Sexarbeitende) sollen ergänzend aufsuchende Impfangebote angeboten werden, wobei eine Vernetzung mit den Mediator:innen vor Ort oder kulturellen Übersetzer:innen sinnvoll ist. Diese Angebote können in Wohnheimen, Notunterkünften, Beratungsstellen, etc. realisiert werden.

Exposition in privaten und in kollektiven Haushalten

- 9a. Ein besonderes Augenmerk sollte auf umfassende Unterstützungsmöglichkeiten in kollektiven Haushalten wie Asylzentren, Notunterkünften, Schlafräumen für Arbeitsmigrant:innen gelegt werden. Dafür müssen umsetzbare Konzepte erarbeitet und etabliert werden.
- 9b. Diese unterstützenden Massnahmen dürfen in kollektiven Haushalten wie Asylzentren, etc. nicht zu mehr Restriktionen, Freiheitseinschränkungen und Ausgrenzungen als bei der übrigen Bevölkerung führen. Dies ist nur möglich, wenn besondere Massnahmen ergriffen werden (z. B.

Ermöglichung des Zugangs zu Telekommunikation oder des Besuchs von Angehörigen). Diese Vorgehensweise zur Wahrung der Rechte von Personen in kollektiven Haushalten bedingt eine bewusste Planung von Anfang an und sollte daher in die Pandemieplanung einbezogen werden.

Exposition bei der Arbeit oder in der Schule

10. Mitarbeitende ohne Möglichkeit zum Homeoffice und mit erhöhter Ansteckungsgefahr bei der Arbeit (z.B. in lärmbelasteten Arbeitsräumen oder im Gesundheitssektor) sollten beim Zugang zum Impfen prioritär behandelt werden.

11. Zum Schutz am Arbeitsplatz und in Schulen gehören spezifische Massnahmen, um vor Ansteckung zu schützen (z. B. bei aerogener Übertragung: gute Lüftung, soziale Distanz, Zugänglichkeit von Masken). Dazu gehört auch, ohne finanzielle oder rechtliche Nachteile zu Hause bleiben zu dürfen, wenn Symptome auftreten. Die entsprechende Rechtslage muss von den Arbeitgebern oder Schulleitung transparent kommuniziert werden.

Zugänglichkeit des Gesundheitsversorgungssystems

12. Die Funktionsweise des Schweizer Gesundheitssystems soll in leicht zugänglicher Sprache und in den wichtigen Migrationssprachen erklärt werden und breit zur Verfügung gestellt werden. Die bereits entwickelte Broschüre der SRK sollte ergänzt werden um Anlaufstellen, Rechte und Vorgehen im Notfall während einer Pandemie.

13. Adäquater Zugang zur Grundversorgung als erste Anlaufstelle und Triagestelle in gesundheitlicher Notlage 24/7 für alle sicherstellen (Hausärzt:innen, spezialisierte Anlaufstellen, telemedizinischer Dienst). Die Verantwortlichen innerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems dafür sensibilisieren, dass dieser Zugang unabhängig vom Versicherungsstatus und Aufenthaltsstatus allen Personen zur Verfügung gestellt werden muss. Dies gilt insbesondere auch für Personen in Asylzentren und Sans-Papiers.

14. Einen Zugang zu (Online-) Dolmetscher:innen oder Dolmetsch-Tools in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung implementieren. Die Nutzung sollte in Notsituationen ohne Anmeldung zur Verfügung stehen.

15. Vor einem Spitalaustritt sollte mit sozial benachteiligten Patient:innen, und wenn angezeigt mit ihrem sozialem Umfeld, abgeklärt werden, wie die soziale Lage der erkrankten Person ist (Wohn- und Arbeitssituation, Elternpflichten, soziale Einbindung) und dafür Sorge getragen werden, dass die Versorgung und Unterstützung gewährt ist (Angehörige, Hausarzt/ärztin, Spitexdienst) damit die betroffene Person die therapeutischen Vorgaben befolgen kann und eine Chance auf ein gutes gesundheitliches Outcome hat.

Bewältigung einer Erkrankung in prekärer sozialer Lage

16. Hilfsorganisationen (z. B. Caritas) sollen beauftragt und entsprechend für diesen Auftrag von der öffentlichen Hand finanziert werden, ein Angebot von sofortiger praktischer und niedrigschwelliger Hilfe in existenziellen Notlagen (z. B. Mahlzeitenabgabe, Kinderbetreuung, wenn ein alleinerziehendes Elternteil hospitalisiert wird) anzubieten und flächendeckend zugänglich zu machen.

17. Die Inanspruchnahme von Nothilfe während einer pandemischen Krise darf nicht zu einer Einschränkung des Aufenthaltsrechts und der Einbürgerungschancen führen. Entsprechende gesetzliche Verordnungen und Regelungen müssen angepasst und kommuniziert werden.

18. Mitarbeitende des Gesundheits- und Sozialhilfesystems sollen dafür sensibilisiert werden, bei sozial benachteiligten Patient:innen während einer Pandemie auch psychische Probleme mitzubersichtigen und entsprechende Hilfe zu vermitteln.

19. In zukünftigen Pandemien muss dafür gesorgt sein, dass die öffentlichen sozialen Dienste (Sozialdienste, etc.) weiter funktionsfähig und kontaktierbar bleiben, so dass anspruchsberechtigte Personen nicht in Existenznot geraten. Es ist anzustreben, dass alle Menschen in der Schweiz auch während einer Pandemie ein Leben in Würde führen können, ohne auf karitative Hilfe angewiesen zu sein.

20. Es ist dafür zu sorgen, dass Familien nicht wegen pandemiebezogenen Schutzmassnahmen (Besuchsverbote) voneinander getrennt werden. Dies betrifft insbesondere Familien mit Kindern, die bei Pflegeeltern oder in stationären Institutionen untergebracht sind.

Zusätzliche Empfehlungen, die sich nicht auf die Pandemiezeit beschränken

21. Die Frage der Zugänglichkeit zum Gesundheitsversorgungssystem sollte nicht nur in Bezug auf die Migrationsbevölkerung diskutiert werden, sondern ganz allgemein in Bezug auf armutsbetroffene Personen und diejenigen Gruppen, die am weitesten entfernt sind vom Gesundheitssystem, respektive die meisten Barrieren beim Zugang erleben.

22. Um den Zugang der Bevölkerung mit Migrationshintergrund zur Gesundheitsversorgung zu fördern, wird empfohlen, dass die Berufsanerkennung von medizinischem Personal (Pflege wie Ärztinnen), welche ihre Diplome im Ausland erhalten haben, erleichtert wird.

23. Die regionale Vernetzung und die partizipative Zusammenarbeit mit Migrations-Communities zur Bearbeitung von Public-Health-Themen sollte unabhängig von Pandemien möglichst bald angegangen werden.

Monitoring und Gesundheitsberichterstattung als Grundlage von soziallyagenbezogenen Massnahmen

Abschliessend erlaubt sich die Autorenschaft dieser Forschungsstudie eine letzte Empfehlung anzufügen, die in der ersten Runde des Delphi-Verfahrens als weniger bedeutsam erachtet wurde. Es handelt sich um die Bereitstellung der Datengrundlage, die notwendig ist, um soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Gefährdung überhaupt erst feststellen und auf Basis dieser wissenschaftlichen Grundlage, zielführende Massnahmen diskutieren zu können.

24. Um eine gesundheitliche Gefährdung aufgrund von sozialen Faktoren identifizieren zu können, muss die vorhandene Datengrundlage verbessert werden. Insbesondere sollte der Zugang zu verlinkten Daten zur Gesundheit und zur sozialen Lage erleichtert werden, um eine zeitnahe und fundierte Analyse und Auswertung zu ermöglichen. Die öffentlichen Stellen (z. B. Bundesamt für Statistik), die die relevanten Daten erheben und aufbereiten, sollen einen entsprechenden Auftrag erhalten.

5 Referenzen

- Arya, N., Redditt, V., Talavlikar, R., Holland, T., Brindamour, M., Wright, V., Saad, A., Beukeboom, C., Coakley, A., Rashid, M., & Pottie, K. (2021). Caring for refugees and newcomers in the post-COVID-19 era: Evidence review and guidance for FPs and health providers. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 67, 575–581. <https://doi.org/10.46747/cfp.6708575>
- Bachmann, N., Bayer-Oglesby, L., Bühler, S., Sepahniya, S., & Solèr, M. (2024). *Soziale Ungleichheit und schwere Covid-19-Verläufe in der Migrationsbevölkerung. Abschlussbericht. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit*. Fachhochschule Nordwestschweiz. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/forschung-zu-gesundheitlicher-chancengleichheit/gesundheitsliche-chancengleichheit-und-covid-19.html>
- Bentivegna, E., Di Meo, S., Carriero, A., Capriotti, N., Barbieri, A., & Martelletti, P. (2022). Access to COVID-19 Vaccination during the Pandemic in the Informal Settlements of Rome. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 719. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020719>
- Beyeler, M., Oliver, H., & et. al. (2021). *Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Armut und sozioökonomische Ungleichheit. Bestandsaufnahme und Synthese der Forschungstätigkeit im Auftrag der Nationalen Plattform gegen Armut*. Berner Fachhochschule & nationale Plattform gegen Armut.
- Bundesamt für Gesundheit. (2024). *Gesundheitliche Chancengleichheit und Covid-19: Was wir aus der Pandemie lernen können*.
- Burton-Jeangros, C., Duvoisin, A., Lachat, S., Consoli, L., Fakhoury, J., & Jackson, Y. (2020). The Impact of the Covid-19 Pandemic and the Lockdown on the Health and Living Conditions of Undocumented Migrants and Migrants Undergoing Legal Status Regularization. *Frontiers in Public Health*, 8, 596887. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.596887>
- Darwish, I., Harrison, L. B., Passos-Castilho, A. M., Labbé, A.-C., Barkati, S., Luong, M.-L., Kong, L. Y., Tutt-Guèrette, M.-A., Kierans, J., Rousseau, C., Benedetti, A., Azoulay, L., & Greenaway, C. (2022). In-hospital outcomes of SARS-CoV-2-infected health care workers in the COVID-19 pandemic first wave, Quebec, Canada. *PLOS ONE*, 17(8), e0272953. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272953>
- Drumm, S., Bradley, C., & Moriarty, F. (2022). ‘More of an art than a science’? The development, design and mechanics of the Delphi Technique. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 18(1), 2230–2236. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.06.027>
- El Arab, R. A., Somerville, J., Abuadas, F. H., Rubinat-Arnaldo, E., & Sagbakken, M. (2023). Health and well-being of refugees, asylum seekers, undocumented migrants, and internally displaced persons under COVID-19: A scoping review. *Frontiers in Public Health*, 11, 1145002. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1145002>
- Fabreau, G. E., Holdbrook, L., Peters, C. E., Ronksley, P. E., Attaran, A., McBrien, K., & Pottie, K. (2022). Vaccines alone will not prevent COVID-19 outbreaks among migrant workers—The example of meat processing plants. *Clinical Microbiology and Infection*, 28(6), 773–778. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2022.02.004>
- Fabris, S., d’Ettorre, G., Spagnolello, O., Russo, A., Lopalco, M., D’Agostino, F., Vassalini, P., Celani, L., Aronica, R., Gabrielli, S., d’Ettorre, G., Angeletti, S., Mastroianni, C., Ciccozzi, M., & Ceccarelli, G. (2021). SARS-CoV-2 Among Migrants Recently Arrived in Europe From Low- and Middle-Income Countries: Containment Strategies and Special Features of Management in Reception Centers. *FRONTIERS IN PUBLIC HEALTH*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.735601>
- Führer, A., Özer Erdogdu, I., Kompa, P., Yilmaz-Aslan, Y., & Brzoska, P. (2022). COVID-19 pandemic in shelters for asylum seekers: A scoping review of preventive measures. *BMJ Open*, 12(4), e058076. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058076>
- Gama, A., Marques, M. J., Rocha, J. V., Azeredo-Lopes, S., Kinaan, W., Machado, A. S., & Dias, S. (2022). ‘I Didn’t Know Where to Go’: A Mixed-Methods Approach to Explore Migrants’ Perspectives of Access and Use of Health Services during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13201. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013201>

- Gawlewicz, A., Narkowicz, K., Piekut, A., Trevena, P., & Wright, S. (2024). 'They made bets that I'd die': Impacts of COVID-19 on Polish essential workers in the UK. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 50(2), 442–460. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2023.2249620>
- Gerber, C., Guggisberg, J., & Rudin, M. (2020). *COVID 19 und Digitalisierung im Bereich des interkulturellen Dolmetschens. Ergebnisse einer Onlinebefragung in Schweizer Spitälern.*
- Gordon, A. C. T., Crenstil, C., & Mamluk, L. (2023). Attitudes and experiences of asylum seekers and refugees to the COVID-19 vaccination: A qualitative study. *BJGP Open*, 7(2), BJGPO.2023.0016. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2023.0016>
- Gross, C. S., Sariaslan, E., & Kronenberg, L. (2023). *Impfen und Umsetzung der Covid-19 Schutzmassnahmen bei Menschen in prekären Lebenssituationen: «Lessons Learned» Berichterstattung und Evaluation.*
- Hayward, S. E., Deal, A., Cheng, C., Crawshaw, A., Orcutt, M., Vandrevale, T. F., Norredam, M., Carballo, M., Ciftci, Y., Requena-Méndez, A., Greenaway, C., Carter, J., Knights, F., Mehrotra, A., Seedat, F., Bozorgmehr, K., Veizis, A., Campos-Matos, I., Wurie, F., ... Hargreaves, S. (2021). Clinical outcomes and risk factors for COVID-19 among migrant populations in high-income countries: A systematic review. *Journal of Migration and Health*, 3, 100041. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2021.100041>
- Holdbrook, L. E., Hassan, N., Clarke, S. K., Coakley, A., Norrie, E., Yemane, M., Youssef, M. R., Sahilie, A., Antonio, M., Cerino, E. R., Pendharkar, S. R., Lake, D., Spitzer, D. L., Pottie, K., Edwards, S. T., & Fabreau, G. E. (2023). Vaccines for all: A formative evaluation of a multistakeholder community-engaged COVID-19 vaccine outreach clinic for migrant communities. *Journal of Migration and Health*, 7, 100188. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2023.100188>
- Hraiech, S., Pauly, V., Orleans, V., Auquier, P., Azoulay, E., Roch, A., Boyer, L., & Papazian, L. (2023). COVID-19 among undocumented migrants admitted to French intensive care units during the 2020–2021 period: A retrospective nationwide study. *Annals of Intensive Care*, 13(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s13613-023-01197-8>
- Jackson, Y., Sibourd-Baudry, A., Regard, S., & Petrucci, R. (2021). Vulnerable populations and COVID-19: Need for innovation and cooperation to address health and social needs. *Revue Medicale Suisse*, 17(724), 243–247. Scopus.
- Jaljaa, A., Caminada, S., Tosti, M. E., D'Angelo, F., Angelozzi, A., Isonne, C., Marchetti, G., Mazzalai, E., Giannini, D., Turatto, F., De Marchi, C., Gatta, A., Declich, S., Pizzarelli, S., Geraci, S., Baglio, G., & Marceca, M. (2022). Risk of SARS-CoV-2 infection in migrants and ethnic minorities compared with the general population in the European WHO region during the first year of the pandemic: A systematic review. *BMC Public Health*, 22(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12466-1>
- Kholina, K., Harmon, S. H. E., & Graham, J. E. (2022). An equitable vaccine delivery system: Lessons from the COVID-19 vaccine rollout in Canada. *PLOS ONE*, 17(12), e0279929. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279929>
- Kleinberger, U., Eser Davolio, M., Schwarz, N., Adili, K., & Merminod, G. (2023). *Studie «Lessons Learned aus der Covid-19-Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung».pdf.* ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/forschung-zu-gesundheitlicher-chancengleichheit.html>
- Kuhlmann, E., Ungureanu, M.-I., Behrens, G. M. N., Cossmann, A., Fehr, L. M., Klawitter, S., Mikuteit, M., Müller, F., Thilo, N., Brînzac, M. G., & Dopfer-Jablonka, A. (2023). Migrant healthcare workers during COVID-19: Bringing an intersectional health system-related approach into pandemic protection. A German case study. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1152862>
- Lachat, S. (2020). *How vulnerable migrants in Geneva cope (or don't cope) with the current COVID-19 crisis.*
- Marchi, M., Magarini, F. M., Chiarenza, A., Galeazzi, G. M., Paloma, V., Garrido, R., Ioannidi, E., Vassilikou, K., de Matos, M. G., Gaspar, T., Guedes, F. B., Primdahl, N. L., Skovdal, M., Murphy, R., Durbeej, N., Osman, F., Watters, C., van den Muijsenbergh, M., Sturm, G., ... Derluyn, I. (2022). Experience of discrimination during COVID-19 pandemic: The impact of public health measures and psychological distress among refugees and other migrants in Europe. *BMC Public Health*, 22(1), 942. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13370-y>

- Matlin, S. A., Smith, A. C., Merone, J., LeVoy, M., Shah, J., Vanbiervliet, F., Vandentorren, S., Vearey, J., & Saso, L. (2022). The Challenge of Reaching Undocumented Migrants with COVID-19 Vaccination. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 9973. <https://doi.org/10.3390/ijerph19169973>
- Probst, J., Ruedin, D., Bodenmann, P., Effyonay Mäder, D., & Wanner, P. (2021). *Littérature en santé relative au covid-19: Focus sur la population migrante*. Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- Richardson, L., & Pettigrew, R. N. (2022). Migrant agricultural workers: A comparative analysis of both policy and COVID-19 response in Thailand, Italy, and Canada. *SN Social Sciences*, 2(11), 236. <https://doi.org/10.1007/s43545-022-00548-9>
- Salis Gross, C., Sariaslan, E., & Kronenberg, L. (2023). *Impfen und Umsetzung der Covid-19 Schutzmassnahmen bei Menschen in prekären Lebenssituationen: «Lessons Learned» Berichterstattung und Evaluation*. public health services.
- Taran, P., & Kadyshcheva, O. (2022). COVID-19, Migrants, Refugees, Mobile Workers: Global Assessment and Action Agenda. *Revista Tecnológica Espol, RTE Vol. 34, N°1*. <https://rte.espol.edu.ec/index.php/tecnologica/article/view/889/587>
- Tomkow, L., Prager, G., Drinkwater, J., Morris, R. L., & Farrington, R. (2023). 'That's how we got around it': A qualitative exploration of healthcare professionals' experiences of care provision for asylum applicants' with limited English proficiency in UK contingency accommodation. *BMJ Open*, 13(11), e074824. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074824>
- Wong, J., Lao, C., Dino, G., Donyaei, R., Lui, R., & Huynh, J. (2024). Vaccine Hesitancy among Immigrants: A Narrative Review of Challenges, Opportunities, and Lessons Learned. *Vaccines*, 12(5), Article 5. <https://doi.org/10.3390/vaccines12050445>

6 Anhang

Anhang 1. Literaturrecherche: Schlagwörter

Zur Spezifizierung der Suche wurde nach einer Kombination von **Schlagwörtern** gesucht. Je nach Anzahl der Treffer wurde die Suche auf Titel oder Abstract beschränkt und soweit möglich die vorhandenen Filterfunktionen zur Eingrenzung der Suche genutzt. Der Schwerpunkt der Recherche lag auf deutsch- und englischsprachiger Literatur. Folgende Schlagwörter wurden bei der Recherche verwendet:

Thema	Schlagwörter Englisch
1. wirksame Präventionsmassnahmen	E1: (covid-19 OR corona* OR "coronavirus") AND (migrant* OR migration* OR refugee* OR "foreigners") AND (prevention* OR "protective behavior") AND (infection* OR exposure* OR risk* OR "infection risk")
2. die Zugänglichkeit zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung	E2: (covid-19 OR corona OR "coronavirus") AND (migrant* OR migration* OR refugee* OR "foreigners") AND (access* OR accessibility) AND (healthcare system* OR healthcare access* OR "healthcare system" OR "healthcare access") AND (infection* OR exposure* OR risk* OR "infection risk")
3. Unterstützungsmassnahmen in der Bewältigung	E3: (covid-19 OR corona OR "coronavirus") AND (migrant* OR migration* OR refugee* OR "foreigners") AND (access* OR accessibility) AND (support* OR coping*) AND (infection* OR exposure* OR risk* OR "infection risk")

Anhang 2. Flow Chart Literaturrecherche

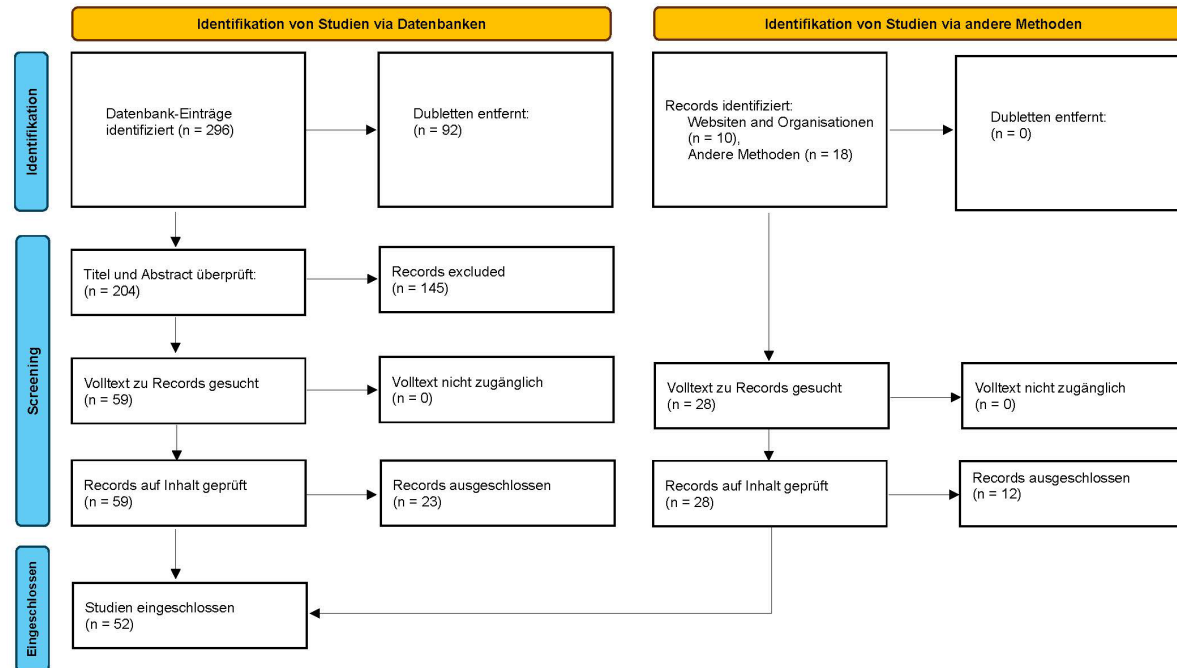


Abbildung 1: Flowchart des Screening-Prozesses

Anhang 3. Tabelle der identifizierten Publikationen

Publ. ID	Autor:innen	Jahr	Titel	Land / Region	Schutzverhalten	Impfung	Exposition im Haushalt	Exposition bei der Arbeit	Prävention schwere Verläufe	Zugänglichkeit Schutzmassnahmen	Zugänglichkeit der Informationen	Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung	Unterstützungsmaßnahmen
1	Skogberg et al.	2023	Association of sociodemographic characteristics with self-perceived access to COVID-19 information and adherence to preventive measures among migrant origin and general populations in Finland: a cross-sectional study	Finnland	1						1		
2	Czapka et al.	2023	'Who is telling the truth?' Migrants' experiences with COVID-19 related information in Norway: a qualitative study	Norwegen							1		
3	Holdbrook et al.	2023	Vaccines for all: A formative evaluation of a multistakeholder community-engaged COVID-19 vaccine outreach clinic for migrant communities	Kanada		1					1		
4	Feinberg et al.	2023	Creating Understandable and Actionable COVID-19 Health Messaging for Refugee, Immigrant, and Migrant Communities	Georgien, USA		1					1		
5	Richardson & Pettigrew	2022	Migrant agricultural workers: a comparative analysis of both policy and COVID-19 response in Thailand, Italy, and Canada	Thailand, Italien, Kanada	1			1		1	1	1	
6	Matlin et al.	2022	The Challenge of Reaching Undocumented Migrants with COVID-19 Vaccination	Europa, Südafrika, USA	1	1				1	1	1	
7	Immordino et al.	2022	COVID-19 Vaccination in Migrants and Refugees: Lessons Learnt and Good Practices	Global		1				1	1	1	
8	Jackson	2021	Vulnerable populations and COVID-19: Need for innovation and cooperation to address health and social needs	Schweiz	1		1					1	1
9	Hayward et al.	2021	Clinical outcomes and risk factors for COVID-19 among migrant populations in high-income countries: A systematic review	15 Länder, mehrheitlich EU	1		1	1					
10	Kuhlmann et al.	2023	Migrant healthcare workers during COVID-19: bringing an intersectional health system-related approach into pandemic protection. A German case study	Deutschland				1					
11	Marchi et al.	2022	Experience of discrimination during COVID-19 pandemic: the impact of public health measures and psychological distress among refugees and other migrants in Europe	Europa	1		1			1	1	1	
12	Taran & Kadyшева	2022	COVID-19, Migrants, Refugees, Mobile Workers: Global Assessment and Action Agenda	Global	1						1	1	1

Publ. ID	Autor:innen	Jahr	Titel	Land / Region	Schutzverhalten	Impfung	Exposition im Haushalt	Exposition bei der Arbeit	Prävention von schweren Verläufen	Zugänglichkeit der Schutzmassnahmen	Zugänglichkeit der Informationen	Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung	Unterstützungs-massnahmen
13	Jaljaa et al.	2022	Risk of SARS-CoV-2 infection in migrants and ethnic minorities compared with the general population in the European WHO region during the first year of the pandemic: a systematic review	Europa			1	1			1	1	
14	Arya et al.	2021	Caring for refugees and newcomers in the post-COVID-19 era: Evidence review and guidance for FPs and health providers	Kanada		1					1	1	
15	El Arab et al.	2023	Health and well-being of refugees, asylum seekers, undocumented migrants, and internally displaced persons under COVID-19: a scoping review	-		1	1			1	1	1	
16	Cacciani et al.	2023	Covid-19 vaccination among migrants in Rome, Italy	Italien		1							
17	Fabris et al.	2021	SARS-CoV-2 Among Migrants Recently Arrived in Europe From Low- and Middle-Income Countries: Containment Strategies and Special Features of Management in Reception Centers	Italien	1					1	1		
18	Nezafat et al.	2020	Engaging the vulnerable: A rapid review of public health communication aimed at migrants during the COVID-19 pandemic in Europe	Europa							1		
19	Fabreau et al.	2022	Vaccines alone will not prevent COVID-19 outbreaks among migrant workers—the example of meat processing plants	-		1		1		1			
20	Mazzalai et al.	2023	Risk of Covid-19 Severe Outcomes and Mortality in Migrants and Ethnic Minorities Compared to the General Population in the European WHO Region: a Systematic Review	Europa						1	1	1	
21	Hraiech et al.	2023	COVID-19 among undocumented migrants admitted to French intensive care units during the 2020–2021 period: a retrospective nationwide study	Frankreich					1			1	
22	Führer et al.	2022	COVID-19 pandemic in shelters for asylum seekers: a scoping review of preventive measures	-	1		1			1			
23	Clarke et al.	2020	Potential Impact of COVID-19 on Recently Resettled Refugee Populations in the United States and Canada: Perspectives of Refugee Healthcare Providers	USA, Kanada									
24	Wong et al.	2024	Vaccine Hesitancy among Immigrants: A Narrative Review of Challenges, Opportunities, and Lessons Learned	-		1							
25	Deal et al.	2024	Understanding the views of adult migrants around catch-up vaccination for missed routine immunisations to define strategies to improve coverage: A UK in-depth interview study	UK		1							

Publ. ID	Autor:innen	Jahr	Titel	Land / Region	Schutzverhalten	Impfung	Exposition im Haushalt	Exposition bei der Arbeit	Prävention von schweren Verläufen	Zugänglichkeit der Schutzmassnahmen	Zugänglichkeit der Informationen	Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung	Unterstützungs-massnahmen
26	Tomkow et al.	2023	'That's how we got around it': a qualitative exploration of healthcare professionals' experiences of care provision for asylum applicants' with limited English proficiency in UK contingency accommodation	UK							1	1	
27	Pérez-Muto et al.	2024	Inequalities in health outcomes of SARS-CoV-2 infection by migration status in Barcelona, Spain	Spanien							1	1	
28	Bentivegna et al.	2022	Access to COVID-19 Vaccination during the Pandemic in the Informal Settlements of Rome	Italien		1							
29	Stevens et al.	2021	The experiences of socially vulnerable groups in England during the COVID-19 pandemic: A rapid health needs assessment	UK							1	1	
30	Elisabeth et al.	2020	Refugees in Sweden During the Covid-19 Pandemic—The Need for a New Perspective on Health and Integration	Schweden									
31	Fabiani et al.	2021	Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in non-Italian nationals notified to the Italian surveillance system	Italien							1	1	
32	Gama et al.	2022	'I Didn't Know Where to Go': A Mixed-Methods Approach to Explore Migrants' Perspectives of Access and Use of Health Services during the COVID-19 Pandemic	Portugal							1	1	1
33	Gogoi et al.	2022	"The vaccination is positive; I don't think it's the panacea": A qualitative study on COVID-19 vaccine attitudes among ethnically diverse healthcare workers in the United Kingdom	UK	1	1							
34	Gordon et al.	2023	Attitudes and experiences of asylum seekers and refugees to the COVID-19 vaccination: a qualitative study	UK		1					1	1	
35	Burton-Jeanros et al.	2020	The Impact of the Covid-19 Pandemic and the Lockdown on the Health and Living Conditions of Undocumented Migrants and Migrants Undergoing Legal Status Regularization	Schweiz							1	1	1
36	Darwish et al.	2022	In-hospital outcomes of SARS-CoV-2-infected health care workers in the COVID-19 pandemic first wave, Quebec, Canada	Canada				1					
37	Gawlewicz et al.	2024	'They made bets that I'd die': Impacts of COVID-19 on Polish essential workers	UK				1					
38	Kaihlänen et al.	2022	Towards digital health equity - a qualitative study of the challenges experienced by vulnerable groups in using digital health services in the COVID-19 era	Finnland							1		

Publ. ID	Autor:innen	Jahr	Titel	Land / Region	Schutzverhalten	Impfung	Exposition im Haushalt	Exposition bei der Arbeit	Prävention von schweren Verläufen	Zugänglichkeit der Schutzmassnahmen	Zugänglichkeit der Informationen	Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung	Unterstützungs-massnahmen
39	Kholina et al.	2022	An equitable vaccine delivery system: Lessons from the COVID-19 vaccine rollout in Canada	Kanada		1							
40	Knights et al.	2021	Impact of COVID-19 on migrants' access to primary care and implications for vaccine roll-out: a national qualitative study	UK		1					1	1	
41	Kumar et al.	2021	Reducing the impact of the coronavirus on disadvantaged migrants and ethnic minorities	Europa	1					1	1		
42	Liddell et al.	2021	Factors associated with COVID-19 vaccine hesitancy amongst refugees in Australia	Australien	1	1					1		
43	Norman et al.	2024	Interventions to increase vaccination in vulnerable groups: rapid overview of reviews	-	1	1					1		
44	Pourmarzi et al.	2023	"They said we're all in it together, but we were kind of separated": barriers to access, and suggestions for improving access to official information about COVID-19 vaccines for migrants in Australia	Australien	1	1					1		
45	Beyeler et al.	2021	Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Armut und sozioökonomische Ungleichheiten: Bestandsaufnahme und Synthese der Forschungstätigkeit im Auftrag der Nationalen Plattform gegen Armut	Schweiz						1		1	
46	Gerber et al.	2020	COVID 19 und Digitalisierung im Bereich des interkulturellen Dolmetschens. Ergebnisse einer Onlinebefragung in Schweizer Spitälern	Schweiz							1		1
47	Lachat	2020	How vulnerable migrants in Geneva cope (or don't cope) with the current COVID-19 crisis	Schweiz						1	1	1	1
48	Probst et al.	2021	Littérature en santé relative au covid-19: focus sur la population migrante.	Schweiz	1					1	1		
49	Gross et al.	2023	Impfen und Umsetzung der Covid-19 Schutzmassnahmen bei Menschen in prekären Lebenssituationen: «Lessons Learned» Berichterstattung und Evaluation	Schweiz		1				1	1		
50	Kleinberger et al.	2023	Lessons Learned aus der Covid-19 Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung	Schweiz						1	1		
51	BAG	2024	Gesundheitliche Chancengleichheit und Covid-19: Was wir aus der Pandemie lernen können	Schweiz							1		1
52	Tácito Zaildo et al.	2023	Barriers to and facilitators of populational adherence to prevention and control measures of COVID-19 and other respiratory infectious diseases: a qualitative evidence synthesis	Brasilien	1								
	Total				15	19	6	7	1	15	34	21	7

Anhang 4. Auswertung der Runde 1 des Delphi-Verfahrens

Empfehlun- gen Nr.	Bedeutsamkeit			Umsetzbarkeit		
	Mittelwert	SD	Median	Mittelwert	SD	Median
1	4.8	0.5	5.0	3.4	0.9	4.0
2	4.7	0.6	4.0	3.3	0.6	3.0
3	4.7	0.5	5.0	3.4	0.8	3.0
4	4.6	0.5	5.0	3.4	1.0	3.0
5	4.6	0.8	4.0	3.5	0.9	3.0
6	4.6	0.6	5.0	3.2	0.9	3.0
7	4.6	0.6	5.0	3.5	0.9	3.0
8	4.6	0.6	4.0	3.2	1.0	3.0
9	4.5	0.8	4.0	3.3	1.2	3.0
10	4.5	0.7	5.0	3.5	0.9	3.0
11	4.5	0.7	5.0	3.7	0.8	4.0
12	4.5	0.5	4.0	2.9	1.0	3.0
13	4.5	0.8	3.0	2.2	1.2	2.0
14	4.5	0.8	5.0	3.6	1.1	4.0
15	4.5	0.6	4.0	3.7	0.9	4.0
16	4.2	1.0	5.0	3.9	0.9	4.0
17	4.2	1.0	4.0	3.3	0.9	3.0
18	4.1	0.9	5.0	3.9	0.8	4.0
19	4.1	1.1	5.0	3.4	1.0	3.0
20	4.1	1.0	5.0	3.2	1.2	3.0
21	4.0	1.1	4.0	3.2	1.2	3.0
22	3.9	1.3	4.0	3.1	0.9	3.0
23	3.9	1.1	5.0	3.2	1.0	3.0
24	3.6	1.2	5.0	3.5	1.0	3.0
Total	4.4	0.8	4.5	3.3	1.0	3.2

Tabelle: Auswertung der Ergebnisse der Runde 1: Mittelwert, Standardabweichung und Median in Bezug auf die Kriterien Bedeutung und Umsetzbarkeit der Empfehlungen

Anhang 5. Auswertung der Runde 2 des Delphi-Verfahrens

RUNDE 2		Bedeutsamkeit			Umsetzbarkeit		
Empfehlun- gen Nr.	Mittelwert	SD	Median		Mittelwert	SD	Median
4	4.7	0.5	5.0		3.7	1.0	4.0
10	4.3	1.0	5.0		3.6	1.0	4.0
14	4.5	0.6	5.0		3.7	0.9	3.0
14b	4.5	0.6	5.0		3.7	1.0	3.0
21	4.6	0.6	5.0		3.6	1.1	3.0
22	4.6	0.7	5.0		3.7	1.0	4.0
25	4.9	0.4	5.0		3.8	0.9	4.0
26	4.7	0.5	5.0		3.9	0.8	4.0
27	4.7	0.6	5.0		3.7	0.9	4.0
28	4.1	1.2	5.0		3.1	0.8	3.0
29	4.5	0.7	5.0		3.7	0.9	4.0
Total	4.6	0.7	5.0		3.7	0.9	3.6

Tabelle: Auswertung der Ergebnisse der Runde 2: Mittelwert, Standardabweichung und Median in Bezug auf die Kriterien Bedeutung und Umsetzbarkeit der Empfehlungen