



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

**Bundesamt für Gesundheit BAG**  
Direktionsbereich Gesundheitspolitik

# **Migration und Gesundheit**

## **Übersicht über ausgewählte Fachliteratur 2010 und 2011**

Michelle Novák

Oktober 2012

Weitere Informationen:

BAG, Direktionsbereich Gesundheitspolitik,

Nationales Programm Migration und Gesundheit,

[migrationundgesundheit@bag.admin.ch](mailto:migrationundgesundheit@bag.admin.ch), [www.miges.admin.ch](http://www.miges.admin.ch)

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Überblicks- und Grundlagentexte</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Gesundheitszustand von Migranten/-innen</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>Gesundheitsförderung und Prävention</b>	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>Gesundheitsversorgung und Aus- und Weiterbildung</b>	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>Interkulturelles Übersetzen</b>	<b>46</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>51</b>

# 1 Einleitung

Im Rahmen der Strategie Migration und Gesundheit 2008-2013 wurde mit diesem Bericht ein Überblick über die aktuelle wissenschaftliche Fachliteratur und graue Literatur im Bereich Migration und Gesundheit aus den Jahren 2010 und 2011 erarbeitet.<sup>1</sup> Der Bericht gibt Einblick in die jüngsten Forschungsergebnisse in den Themenbereichen Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitszustand, Gesundheitsversorgung und interkulturelles Übersetzen. Er knüpft an die Literaturrecherchen des Schweizerischen Forums für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM) der Universität Neuchâtel für die Jahre 2006-2008 und 2009 an.<sup>2</sup>

## Methodisches Vorgehen

Das Vorgehen der Literaturrecherche orientierte sich an den zwei vorherigen Recherchen des SFM, beinhaltete jedoch einige Abweichungen.<sup>3</sup> Die Auswahl der zu recherchierenden Themenbereiche entspricht grundsätzlich den Handlungsfeldern der Strategie Migration und Gesundheit. Um die grosse Anzahl an Literaturreferenzen einzugrenzen und zu bewerkstelligen, gaben die Handlungsfeldverantwortlichen an, aus welchen Ländern Literatur gesucht werden sollte. Ausserdem wurden gemeinsam mit den Handlungsfeldverantwortlichen die thematischen Schwerpunkte der Recherche festgelegt und daraufhin eine Anzahl an Suchbegriffen definiert. Einschlägige wissenschaftliche Datenbanken wurden mit diesen Suchbegriffen durchsucht und aus der Treffermenge die relevanten Referenzen in einem Literaturmanagement-Programm abgespeichert. In folgenden Datenbanken wurde eine Recherche durchgeführt: PubMed, Web of Science, SAPHIR, Swissbib, SFM-Katalog. Hinzugezogen wurden ausserdem online Publikationen der World Health Organisation (WHO), Europäischen Union (EU), International Organisation of Migration (IOM) und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Im Gegensatz zu den vorherigen Literaturrecherchen wurde diesmal verstärkt nach „grauer“ Literatur aus der Schweiz gesucht, d.h. Berichte und Artikel, die keine verlagsgebundenen Veröffentlichungen sind und damit nicht über den Buchhandel oder über wissenschaftliche Zeitschriften vertrieben werden. Hiermit sind beispielsweise kantonale Konzepte zu Migration und Gesundheit oder von der Strategie Migration und Gesundheit in Auftrag gegebene Forschungsarbeiten gemeint.

---

<sup>1</sup> Einige Referenzen aus dem Jahr 2012 sind ebenfalls aufgeführt. Die Literaturrecherche beschränkt sich jedoch auf die Jahre 2010 und 2011.

<sup>2</sup> Wyssmüller, C., Kaya, B., Efonayi-Mäder, D. (2010) *Migration & Gesundheit. Übersicht über ausgewählte Fachliteratur 2009*. Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM), Universität Neuchâtel.

Wyssmüller, C., Kaya, B., Efonayi-Mäder, D. (2009) *Migration & Gesundheit. Übersicht über ausgewählte Fachliteratur 2006-2008*. Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM), Universität Neuchâtel.

<sup>3</sup> Siehe die Anhänge der Literaturrecherche-Berichte von 2006-2008 und 2009 für eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens ([www.miges.admin.ch](http://www.miges.admin.ch)).

Bei der Suche nach solchen Dokumenten wurden die Internetseiten der Kantone (kantonale Gesundheits- und Sozialdirektionen) und Bundesämter konsultiert.

### **Was der Bericht leistet und was nicht**

Das vorrangige Ziel der Literaturrecherche war, die Personen, die für die Umsetzung der Strategie Migration und Gesundheit zuständig sind sowie weitere Interessierte über die neuesten Forschungsergebnisse zu informieren und diese übersichtlich und leicht zugänglich aufzubereiten. Die Literaturrecherche wurde zwar systematisch durchgeführt, ist jedoch keine wissenschaftliche Review im herkömmlichen Sinne. Sie gibt einen Überblick über die vielen Publikationen, die in den Jahren 2010 und 2011 veröffentlicht wurden, hat aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Auswahl der Studien, die näher angeschaut und im Bericht aufgenommen wurden, wurde von der Autorin des Berichts nach verschiedenen Aspekten vorgenommen. Massgebend dabei war beispielsweise, dass aus einer Gruppe von Publikationen zur gleichen Thematik nur einige wenige beispielhaft in den Bericht aufgenommen wurden.

Die Literaturrecherche für die Jahre 2010 und 2011 macht zwar auf einige neue Tendenzen in der Forschung aufmerksam, sie leistet jedoch keine ausführliche Analyse in Bezug auf die Veränderungen im Forschungsfeld. Stattdessen zeichnet sich die Recherche durch ein breites Portfolio aus. Die Vielfalt der gefundenen Literaturreferenzen reicht von statistischen Forschungsarbeiten mit hohen Fallzahlen bis zu qualitativ ausgerichteten Evaluationen von z.B. Pilotprojekten, in denen innovative Ansätze bei schwer zu erreichenden Bevölkerungsgruppen getestet werden. Bei der Auswahl der Literatur konnte es sein, dass je nach Studie eher das Ergebnis der Forschung oder ein innovatives Forschungsdesign im Vordergrund stand. Ein Abbild der Themenvielfalt war in dem Sinne wichtiger als wissenschaftliche Gütekriterien.

Die aufgenommenen Publikationen sind mehrheitlich peer-reviewed (d.h. ihre Qualität wurde durch unabhängige Gutachter der entsprechenden Zeitschrift beurteilt), zusätzlich wurden aber auch relevante Berichte und Artikel aufgenommen, die nicht peer-reviewed sind. Der Schwerpunkt liegt auf englisch- und deutschsprachiger Literatur sowie auf Zeitschriftenartikeln.

### **Aufbau des Berichts**

Im Bericht sind grundsätzlich alle ausgewählten Artikel, Berichte und Bücher mit den Autorennamen und Themen erwähnt. Bei besonders wichtigen und interessanten Artikeln ist die Haupteckdaten kurz zusammengefasst.

## 2 Überblicks- und Grundlagentexte

### Schweiz

Als siebte Publikation in ihrer Reihe „Gesundheit und Integration – Beiträge aus Theorie und Praxis“ hat das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) den Sammelband «**Transkulturelle Public Health – ein Weg zur Chancengleichheit**» herausgebracht (Schweizerisches Rotes Kreuz 2012). Die Beiträge beleuchten den Einbezug des Konzepts der transkulturellen Public Health aus den Perspektiven der Gesundheitsförderung und Prävention, der Versorgung von NothilfeempfängerInnen, der stationären Alterspflege und der hausärztlichen Versorgung. Die Bedeutung der transkulturellen Kompetenz für Public Health, also die bevölkerungsbezogene Perspektive auf Gesundheit und Krankheit, wird anhand von good practice Beispielen und theoretischen Überlegungen veranschaulicht.

Dagmar Domenig betrachtet das viel diskutierte **Präventionsgesetz aus migrationspezifischer Perspektive** (Domenig 2010). Es sei zwar zu begrüßen, dass Prävention und Gesundheitsförderung durch ein Präventionsgesetz generell aufgewertet werden soll. Allerdings bleibt es dahingestellt, so Domenig, ob ein Präventionsgesetz die Gesundheit der Migrationsbevölkerung verbessern kann, ohne Teil eines sektorübergreifenden Massnahmenpakets zu sein. Die gesundheitlichen Ursachen sind in erster Linie sozioökonomisch und sozialisatorisch verursachte Ungleichheiten und können nur durch einen multisektoralen oder transversalen Einbezug der sozialen Determinanten in die Gesundheitspolitik behoben werden.

### Europa

Im März 2010 fand in Madrid eine von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Internationalen Organisation für Migration (IOM) und dem Gesundheitsministerium Spaniens organisierte Konferenz mit dem Titel „**Health of Migrants – The way forward. A global consultation on migrant health**“ statt. Der daraufhin erarbeitete Bericht fasst die Themen der Konferenz und ihre Diskussion zusammen und präsentiert in einem zweiten Teil die wichtigsten zu ergreifenden Massnahmen (WHO 2010a). Die Prioritäten (key actions) liegen weiterhin auf dem standardisierten und vergleichbaren Monitoring, der Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen, die den egalitären Zugang zum Gesundheitssystem für alle Migranten/-innen festlegt und auf dem Ausbau eines migrationssensiblen Gesundheitssystems, dessen Gesundheitsdienste („migrant inclusive“) flächendeckend, koordiniert und finanziell nachhaltig aufgebaut sind. Zudem werden die Mitgliedsstaaten dazu aufgerufen, Kooperationen und Netzwerke über Sektoren hinweg und zwischen grossen Städten und Ländern (Herkunfts-,

Transit- oder Zielländer) aufzubauen, die Migrations- und Gesundheitsfragen bearbeiten.

Die **Gesundheitssituation von Sans Papiers in Abschiebegefängnissen** wird im Bericht ebenfalls angesprochen. Die Gesetze, Richtlinien und Praktiken, die von staatlicher Seite auf undokumentierte Migranten/-innen in Ausschaffungshaft angewandt werden, haben oft verheerende Folgen für die Gesundheit. Vor allem die verlängerte und auf unbestimmte Zeit festgesetzte Haft führt zu verschlechterter psychischer Gesundheit. Alternative Massnahmen wurden bisher zwar nur vereinzelt, aber erfolgreich getestet. In Slovenien z.B. werden viele Migranten/-innen mit irregulärem Status in Gemeinschaftszentren untergebracht, die sie während des Tages verlassen dürfen. Die Vereinten Nationen sehen die Nichteinhaltung von Einwanderungsgesetzen nicht als Straftat und empfehlen die progressive Abschaffung administrativ bedingter Haft.

Das Thema **Rückkehrmigration und Gesundheit** scheint ein immer mehr Raum einnehmendes Forschungsfeld zu sein, dem die internationale Gemeinschaft mehr Aufmerksamkeit widmet bzw. die seine Aufmerksamkeit fordert. Gemeint ist zum Beispiel die Rückkehr ehemaliger spanischer Gastarbeiter von Deutschland nach Spanien. Ein Übersichtsartikel zum Thema Gesundheits- und Rückkehrmigration des Migration und Gesundheit-Büros der IOM in Genf konstatiert, dass mit der Zunahme der Rückkehrmigration, auch das Interesse an der Gesundheit von rückkehrenden Migranten/-innen zunimmt (Davies et al. 2011). Die Gesundheit von ‚returning migrants‘ ist abhängig von der kumulativen Belastung sozialer Determinanten und Risikofaktoren, die im Migrationsprozess, während des Aufenthalts im Zielland (bspw. belastende Arbeitsbedingungen) und nach der Rückkehr wirken. Oft kehren Personen mit doppelter Staatsbürgerschaft in ihr ehemaliges Zielland zurück, um sich dort medizinisch behandeln zu lassen, wenn dies im Herkunftsland nicht möglich ist. Daher ist es für die Gesundheitssysteme und policy-makers unablässig, so die Autoren, die Perspektive der zirkulären Migration einzunehmen und ihre Massnahmen darauf auszurichten. Hierzu gehören u.a. transferierbare Renten- und Versicherungspläne oder der Grenzen übergreifende Zugriff auf Informationen zu Krankheitsverläufen und Therapiemassnahmen, um die Kontinuität der Versorgung unabhängig vom Wohnort zu gewährleisten. Eine konkrete Auseinandersetzung mit diesem geforderten Umdenken auf europäischer Ebene wird durch eine Publikation von Wismar et al. geleistet (Wismar et al. 2011). Das von der European Observatory on Health System and Policies unterstützte Buch „**Cross-border Health Care in the European Union**“ geht u.a. auf die Themen Strukturaufbau, Qualität und Patientensicherheit ein, hat aber keinen migrationsspezifischen Ansatz. Eine Ausgabe der Zeitschrift Health Policy im Jahr 2012 befasst sich ebenfalls mit dem Thema **Grenzen übergreifender Gesundheitsversorgung in Europa** und konzentriert sich dabei hauptsächlich auf sozio-ökonomisch besser gestellte

Migranten/-innen, wie zum Beispiel die Erfahrungen britischer Rentner mit dem spanischen Gesundheitswesen (Health Policy 2012).

Ein weiterer Fall Länder übergreifender Gesundheitsversorgung ist die **unfreiwillige Rückkehrmigration**, also die Ausschaffung „illegaler“ Migranten/-innen. Zu diesem Aspekt äussert sich der gemeinsame Bericht der WHO und IOM („**Health of Migrants – The way forward**“) und listet Bedingungen auf, zu denen keine Ausschaffung erfolgen darf (WHO 2010a). Zu diesen gehört u.a. die nicht ausreichende gesundheitliche Versorgung im Herkunftsland. Empfohlen wird, von Fall zu Fall zu beurteilen, ob die Versorgungsbedingungen ausreichen und ob familiäre Unterstützung vorhanden ist. Ein in Frankreich seit 2011 in Kraft getretenes Gesetz verschärft die **Vergabe einer Aufenthaltserlaubnis aufgrund von medizinischen Aspekten** (Weiss 2011). Neu muss nun bewiesen werden, dass die Versorgung im Herkunftsland (für HIV-Erkrankte beispielsweise) nicht möglich ist. Zuvor hatte die Begründung eines nicht ausreichenden Zugangs zur Versorgung gereicht.

Ein weiterer Bericht des WHO Regionalbüros Europa beschäftigt sich mit dem Thema **Armut und sozialer Exklusion und wie Gesundheitssysteme hierauf reagieren** (WHO 2010c). Es werden Beiträge aus fast allen europäischen Mitgliedstaaten aufgeführt, u.a. ein Beitrag der Schweiz, geschrieben von der Nationalen Strategie Migration und Gesundheit des Bundesamtes für Gesundheit. Jeder Länderbeitrag führt zum nationalen Kontext aus, stellt ein bestimmtes Programm vor und zieht Bilanz in Form von ‚lessons learned‘. Der zweite Teil des Berichts thematisiert die Gesundheit der Roma, allgemein das Feld Migration und Gesundheit und abschliessend die Gesundheit von Kindern in Armut.

Die Zeitschrift Eurohealth widmete eine ihrer Ausgaben im Jahr 2010 dem Thema **Migration und Gesundheit in der Europäischen Union** (Eurohealth 2010). Die Beiträge drehen sich um die Gesundheit von Kindern mit Migrationserfahrung, den Zugang von Sans Papiers zur Gesundheitsversorgung und Forschungen aus Spanien und Portugal (aufgrund der EU-Präsidentschaft Spaniens und Portugals). Im Mai 2010 widmete sich der Deutsche Ethikrat an seiner jährlichen **Tagung dem Thema Migration und Gesundheit** (Deutscher Ethikrat 2010). Die Tagungsdokumentation enthält die Rede von Maria Böhmer, Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, sowie sieben weitere Präsentationen namhafter deutscher Wissenschaftler. Das Themenspektrum reicht von der Frauen- und Kindergesundheit bis zur Gesundheitsversorgung von Sans Papiers. Bemerkenswert ist hier weniger der Inhalt der Vorträge als die Tatsache, dass ein Gremium, das sich sonst nur mit biomedizinischen Themen befasst, einer breiten Medizinerfachschaft das Themenfeld Migration und Gesundheit eröffnet hat.



Im Rahmen des von der WHO und Europäischen Kommission getragenen Projekt „Equity in Health“ beauftragte das WHO-Regionalbüro für Europa ein Fachteam mit der Erarbeitung eines Berichts als Briefing-Material für Politikakteure und Praktiker (WHO 2010b). Der Bericht beschäftigt sich mit der Frage, wie **Gesundheitssysteme die gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen der Mehrheitsbevölkerung und Migrationsbevölkerung** in Angriff nehmen können. Das Grundlagendokument bespricht die Zusammenhänge von schlechter Gesundheit und sozioökonomischem Status, legt jedoch dem Ganzen die soziale Exklusion zu Grunde, der Migranten/-innen ausgesetzt sein können. Diskriminierung auf individueller und institutioneller Ebene muss weiterhin, so die Autoren, als die grundsätzliche Begründung für gesundheitliche Ungleichheit angesehen werden. Das Fachteam unter dem Migrationswissenschaftler David Ingleby hat eine verdichtete Zusammenfassung des Prinzips „Health in all policies“ geschaffen und stellt die sozialen Determinanten von Gesundheit in den Mittelpunkt seiner Argumentation. Die Autoren geben einen Überblick zu den aktuell benötigten politisch-strategischen Massnahmen (policies) in den Bereichen Gesundheitszustand und Gesundheitsversorgung von Migranten/-innen. Zu den Prioritäten in der Forschung sollte weiterhin u.a. das Monitoring und das bessere Verständnis der Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit zählen. Ausserdem sei der in Interventionen zu stark vertretene Defizitansatz mit dem Ressourcen-Ansatz auszubalancieren. Der Bericht nimmt Stellung zum Thema Qualität in der Versorgung von Migranten/-innen und widmet sich u.a. der Gesundheit am Arbeitsplatz. Neben den üblichen Bereichen wie Gesundheitsförderung und Prävention und Gesundheitskompetenz (health literacy) wird auch explizit die palliative Versorgung angesprochen.

Ein weiteres Grundlagenwerk im Rahmen der European Observatory on Health Systems and Policies ist der Sammelband von Rechel et al. zu **Migration und Gesundheit in der Europäischen Union** (Rechel et al. 2011). Die Beiträge der europäischen Wissenschaftler erörtern den Zugang von Migranten/-innen zum Gesundheitssystem, das Monitoring, das Krankheitsspektrum von übertragbaren und nicht-übertragbaren Krankheiten hin zur Gesundheit am Arbeitsplatz und psychische Gesundheit bei Flüchtlingen und Asylsuchenden. Im abschliessenden Teil wird auf die Massnahmen der europäischen Länder eingegangen und good practices in der Notfallversorgung und allgemeinen Versorgung vorgestellt. Ein Kapitel im Buch von Rechel et al. befasst sich mit einer Studie zu den bisherigen **staatlichen Bemühungen in den Ländern der Europäischen Union zur Förderung der Gesundheit von Migranten/-innen** (Mladovsky 2011). Für die Studie wurden die nationalen Richtlinien zur Förderung der Gesundheit von Migranten/-innen (national policies) miteinander verglichen. Die Statusberichte der Gesundheitsexperten zeigen auf, dass im Jahr 2009 von 25 Mitgliedsstaaten nur 11 Staaten (u.a. die Schweiz) nationale Richtlinien definiert haben, die

darauf abzielen, die Gesundheit von Migranten/-innen zu verbessern. Die Ansätze der 11 Länder, wie die Gesundheit von Migranten/-innen in nationalen Leitlinien verankert wird, unterscheiden sich auch nochmals stark. Was die Auswahl der Zielgruppen betrifft, kann man unterscheiden zwischen Staaten, die erst vor kurzem eine hohe Einwanderung miterlebt haben und ihre Initiativen auf kürzlich eingereiste Migranten/-innen ausrichten (Italien, Portugal und Spanien) oder jenen, die schon länger Einwanderungsländer sind. England zum Beispiel macht viel im Bereich egalitäre Versorgung, um den Gesundheitszustand der afrokaribischen Gemeinschaft (black minority ethnicities BME) zu verbessern, verliert jedoch damit die neue Einwanderungswelle aus den osteuropäischen Staaten aus den Augen. Im Falle Frankreichs werden weiterhin nur die neuzugezogenen Migranten/-innen von den policies angesprochen und die zweite Einwanderungsgeneration vernachlässigt. Ausserdem scheint keine einzige policy genau zu definieren, wer mit der Bezeichnung „Migrant“ oder „Migrantin“ gemeint ist. Die Frage der unterschiedlichen geografischen und zeitlichen Implementierung der Richtlinien in den einzelnen Ländern sowie die thematischen Schwerpunkte der Massnahmen werden ebenfalls erörtert.

Eine Reihe internationaler Wissenschaftler führten eine Befragung bei **Gesundheitsexperten in 16 europäischen Ländern** zur Gesundheitsversorgung von Migranten/-innen durch (Deville et al. 2011). Die Interviews ergaben, dass ein breiter Konsens herrscht bzgl. der wichtigsten zu implementierenden Massnahmen (policies), um eine migrationsgerechte und effektive Gesundheitsversorgung für Migranten/-innen aufzubauen.

Im „**Nationalen Aktionsplan Integration**“ für Deutschland werden im Kapitel Gesundheit die Problemfelder und bereits lancierten staatlichen Interventionen umrissen sowie strategische Ziele und geplante Massnahmen aufgeführt (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2011).

### 3 Gesundheitszustand von Migranten/-innen

#### Schweiz

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und des Bundesamts für Migration (BFM) ist 2010 das **zweite Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (GMM II)** durchgeführt worden. Es wurden Personen aus der Türkei, Portugal, Serbien, dem Kosovo, Somalia und Sri Lanka zu ihrer gesundheitlichen Situation befragt. Die Resultate zeigen: In der Schweiz sind deutliche Ungleichheiten zwischen der einheimischen Bevölkerung und den Migrantinnen und Migranten nachweisbar. Der körperliche und psychische Gesundheitszustand der Befragten ist in vielen Fällen schlechter als derjenige der Einheimischen, insbesondere bei älteren Migranten/-innen und bei Frauen mit Migrationshintergrund (Guggisberg et al. 2011b). Für eine ähnliche Studie zur gesundheitlichen Situation der Migrationsbevölkerung in Spanien siehe Malmusi et al. (Malmusi et al. 2010).

In einem vom Schweizerischen Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM) erarbeiteten Bericht zur **Migration und Integration in der Stadt Basel** gehen die Autoren Wichmann und D'Amato in einem eigenen Kapitel auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der in Basel lebenden Migrationsbevölkerung und auf die bisher eingeleiteten Massnahmen im Gesundheitswesen ein (Wichmann and D'Amato 2010). Das Kapitel schliesst mit einem Stärken/Schwächen Fazit, in dem z.B. die Organisation Gsünder Basel und der partizipative Einbezug der Migrationsbevölkerung positiv hervorgehoben werden.

Der **Berner Gesundheitsbericht von 2010** konstatiert, dass die Migrationsbevölkerung hinsichtlich Sozialstatus, Gesundheitszustand und -verhalten je nach Migrationsstatus und Herkunftsland sehr heterogen ist (Bachmann and Neuhaus 2010). Vor allem Personen aus Südeuropa, der Türkei und Sri Lanka stellen eine vulnerable Gruppe dar, deren psychische und körperliche Gesundheit im Vergleich mit der Schweizer Bevölkerung schlechter abschneidet und auch im Alter stark abnimmt. Bei Migrantinnen und Migranten aus der Türkei sowie bei Asylsuchenden aus dem Kosovo wurde ein hoher Konsum an ärztlich verschriebenen Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmitteln festgestellt. Südeuropäische und türkische Migranten/-innen zeigten eine hohe Rate an übergewichtigen Personen.

Den erst vor kurzem in der Schweiz ‚entdeckten‘ Themenbereich der **gesundheitlichen und sozioökonomischen Situation älterer Migranten/-innen** beschreibt Claudio Bolzmann (Bolzmann 2012). Der Einbezug der Migranten/-innen in die Sozialpolitik und die Inanspruchnahme staatlicher Sozialleistungen durch diese Gruppe wird näher erläutert.

## **Im Fokus: übertragbare und nicht-übertragbare Krankheiten**

Die Zeitschrift Eurosurveillance widmete eine Spezialausgabe der Verbreitung der **Chagas Krankheit in Europa** (European Centre for Disease Prevention and Control ECDC 2011). Ein Beitrag geht auf die **Situation in der Schweiz** ein und beschreibt das bisherige Vorkommen und aktuelle Herausforderungen in der Bekämpfung dieser Krankheit in der Schweiz (Jackson and Chappuis 2011). Obwohl Chagas bisher nur in Lateinamerika zu finden war, ist sie aufgrund von Migration als eine ‚importierte‘ Infektionskrankheit zu einem immer grösser werdenden Gesundheitsproblem in Europa geworden. 80'000 Menschen sollen in Europa betroffen sein. In der Schweiz hat Genf die grösste lateinamerikanische Bevölkerung und so sind die bisher registrierten 258 Fälle von Chagas (83% davon Frauen) in Genf diagnostiziert worden (es werden jedoch weitaus mehr Fälle vermutet). Die Autoren sind Wissenschaftler des Genfer Universitätsspitals (HUG), das seit 2008 ein systematisches Screening Programm betreibt. Die grössten Herausforderungen bestehen in der Präventions- und Informationsarbeit bei der Migrationsbevölkerung und dem Gesundheitspersonal. Für einen Überblick über die Möglichkeiten der Kontrolle bzw. Beobachtung der Krankheit in Europa siehe Basile et al. (Basile et al. 2011).

Eine grossangelegte Studie des Universitätsspitals Lausanne (CHUV) testete den **Zusammenhang zwischen Übergewicht und Nationalität bei Migranten/-innen** (Marques-Vidal et al. 2011a). Als Datengrundlage diente die Schweizer Gesundheitsbefragung und eine Studie aus Lausanne. Bisher konnte herausgefunden werden, dass die Migrationsbevölkerung mehr von Übergewicht und Adipositas betroffen ist als die Schweizer Bevölkerung. Die Studie konnte zeigen, dass Übergewicht und Adipositas ungleich in der Migrationsbevölkerung verteilt sind. Während Migranten/-innen aus Deutschland und Frankreich sowie Schweizer Staatsangehörige eine niedrige Prävalenzrate aufweisen, sind Migranten/-innen aus Südeuropa und den ehemaligen Staaten Jugoslawiens stärker betroffen. Für einen Teil dieser Gruppe besteht die Rate sogar unabhängig von den Faktoren sozio-ökonomischer Status oder Aufenthaltsdauer. Mit den gleichen Studiendaten wurde die Prävalenz und das Management von kardiovaskulären Risikofaktoren bei Migranten/-innen berechnet (Marques-Vidal et al. 2011b). Siehe ebenfalls folgenden Artikel (Grossmann et al. 2011).

## **Im Fokus: Sexuelle und reproduktive Gesundheit**

Eine Studie von Bollini et al. fand heraus, dass **Migrantinnen in der Schweiz ein höheres Müttersterblichkeitsrisiko** betrifft als Schweizer Frauen (Bollini et al. 2011). Das Risiko ist

sogar in den Jahren 2000-2006 angestiegen. Hierbei ist zu beachten, dass in den meisten Fällen eine Folge von Ereignissen, die mit dem sozio-ökonomischen Status zusammenhängen (z.B. spät einsetzende pränatale Versorgung) zum Todesfall während oder kurz nach der Geburt führen und nicht allein medizinische Ursachen. Diese Ergebnisse bestätigen andere europäische Studien. Die Autoren und Autorinnen kritisieren, dass die Schweiz die Todesfälle von Müttern, ob mit oder ohne Schweizer Pass, nicht systematisch untersucht und somit essentielle Informationen für die Präventionsarbeit verloren gehen.

Die **reproduktive Gesundheit asylsuchender Frauen** in Basel wurde von Kurth et al. untersucht (Kurth et al. 2010a). Die Studie ergab als grösstes Gesundheitsproblem eine hohe Rate an Schwangerschaftsabbrüchen. Diese war 2.5 mal höher als in der lokalen Schweizer Bevölkerung. Mangelhafte Verhütung sowie psychosozialer Stress aufgrund der Flucht bzw. aktuellen schwierigen Lebensbedingungen werden hierfür verantwortlich gemacht. Der Artikel verwendet Interviewausschnitte mit dem medizinischen Personal und Zitate aus den Krankenakten um diesen Themenkomplex besser abzubilden. Es werden politische Massnahmen gefordert, die einen verbesserten Zugang zu Verhütung und psychologischer Betreuung für diese vulnerable Patientinnengruppe ermöglichen.

Ein weiteres Puzzlestück im Verstehen der schwierigen Gesundheitsversorgung von **Sans Papiers** liefert eine Studie des HUG unter Yves Jackson (Jackson et al. 2010). Untersucht wurde die **Prävalenz von Chlamydien**. Unter 313 Teilnehmenden waren knapp 6% mit diesen Bakterien infiziert. Faktoren, die eine höhere Prävalenz begünstigten, waren ein Alter jünger als 25 Jahre und mehr als zwei Sexualpartner im voran gegangenen Jahr. Spezielle Screeningprogramme werden nicht vorgeschlagen, aber ein gesicherter Zugang zum Chlamydien-Screening. Auf die Notwendigkeit für **Interventionen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit bei Sans Papiers** drängt eine weitere Studie des HUG (Sebo et al. 2011). Eine unregelmässige Verhütungspraxis, hohe Abtreibungsraten und ein höheres Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten kennzeichnen diese Gruppe von Migranten/-innen.

### **Im Fokus: bestimmte Migranten/-innengruppen**

Eine Berichtsreihe des Bundesamts für Migration behandelt das Thema der **Diaspora und Migrantengemeinschaften aus der Türkei, dem Kosovo, Eritrea bzw. Somalia und Portugal in der Schweiz** (Haab et al. 2010) (Burri Sharani et al. 2010) (Eyer and Schweizer 2010) (Fibbi et al. 2010). Jeder Bericht enthält ein Kapitel zur gesundheitlichen Situation der jeweiligen Migrationsbevölkerung und erläutert die Unterschiede zwischen dem Schweizer Gesundheitswesen und dem Gesundheitssystem der Herkunftsländer. Der Bericht zur Türkei

gibt ausserdem Auskunft über Bezugsquoten der Invalidenversicherung (IV) sowie Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), Sozialhilfe- und Arbeitslosenquote und die Rückkehr im Rentenalter. Die Texte werden mit persönlichen Erfahrungen von Fachpersonen aus der Sozialarbeit und Gesundheit eindrücklich abgerundet.

Der **psychische Gesundheitszustand** sowie das **Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Versorgung von Asylsuchenden** in der Schweiz wurde von einem Team um Thomas Maier untersucht und vom Bundesamt für Migration finanziert (Maier et al. 2010). Von 78 Studienteilnehmenden hatten 41% mindestens eine psychische Funktionsstörung, meist eine Depression, Posttraumatische Stresssymptome oder somatoforme Schmerzstörungen. Die Versorgungskosten waren 1.8 Mal so hoch im Vergleich mit der Wohnbevölkerung. Asylsuchende nahmen medizinische Versorgung mehr als zwei Mal so oft in Anspruch wie ein durchschnittlicher Schweizer Bürger. Dafür dass das Sample eine derart hohe psychologische Morbidität aufweist, so Maier et al., sind die Versorgungskosten jedoch extrem niedrig.

Zum **Drogengebrauch unter georgischen Asylsuchenden in der Schweiz** berichtet Brombacher (Brombacher 2011). Der Artikel zeichnet ein Lagebild zum Drogenkonsum in Asylzentren. Georgische Asylbewerber fallen durch ihren Drogenkonsum auf. Dieser hat oft schon in Georgien seinen Anfang, die Frequenz des Konsums wird jedoch während der Migration beachtlich gesteigert. Die Forschungsarbeit steht in Zusammenhang mit Rückkehrleistungen der Schweiz im Falle einer Ausschaffung.

Forschende des CHUV in Lausanne untersuchten den **Gesundheitszustand von Kindern ohne Aufenthaltsbewilligung** am Lausanner Kinderspital (Depallens et al. 2010). Das Kinderspital schaffte es, zwischen 2003 und 2006 Monitoringdaten über diese äusserst vulnerable, schwer zu erreichende Gruppe von Patientinnen und Patienten zu sammeln. Von den 103 untersuchten Kindern hatten 87% einen lateinamerikanischen Migrationshintergrund, 89% lebten mit ihrer Familie unter der Armutsgrenze in prekären Verhältnissen (mit drei oder mehr Personen in einem Raum lebend). Die meisten Kinder waren gesund, hatten ausreichende Impfungen und 45% waren krankenversichert. 13% der Kinder jedoch waren adipös und 27% übergewichtig.

Der **Gesundheitszustand von Gefängnisinsassen und ihre Bedürfnisse in der medizinischen Grundversorgung** sind bisher in der Schweiz nicht detailliert untersucht worden. Ein Forschungsteam um Hans Wolff des HUG hat sich diesem Umstand angenommen und in Genf im grössten Gefängnis der Schweiz eine Studie zum Thema durchgeführt (Wolff et al. 2011). 95% der Insassen waren Männer, 87% hatten einen Migrationshintergrund. Dro-

genkonsum und psychische Gesundheitsprobleme kamen verstärkt vor. Die Hälfte der Inhaftierten zeigten jedoch auch allgemeine Gesundheitsprobleme wie Hautkrankheiten (27%), Infektionskrankheiten (23,5%) und Erkrankungen des Bewegungsapparates (19,2%). Über Schlaflosigkeit, Rückenschmerzen und nervöse Zustände berichteten 42,2% der Studienteilnehmenden. Aufgrund der Tatsache, dass viele der Insassen im Gefängnis zum ersten Mal Kontakt mit medizinischem Gesundheitspersonal hatten, rufen die Autoren und Autorinnen zu einer koordinierten Grundversorgung und psychologischen Betreuung in Gefängnissen auf, um diese schwer zu erreichende Zielgruppe kontinuierlicher medizinisch zu betreuen. Siehe zu diesem Themenbereich auch folgenden Artikel (Bauer et al. 2011). Bezüglich der Verbesserung der Masernimmunität unter Migranten/-innen in einem Schweizer Gefängnis siehe den Artikel von Getaz et al. im Journal Swiss Medical Weekly (Getaz et al. 2011).

## Europa

Ein Forschungsbericht des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge zu **Morbidität und Mortalität von Migranten/-innen in Deutschland** gibt ausführlich Einblick in differenzierte Sterblichkeitsraten und Todesursachen und diskutiert gängige Erklärungshypothesen wie den „Healthy-Migrant-Effekt“ (Kohls 2011). Die Berechnungen basieren auf amtlichen Statistiken, dem Ausländerzentralregister und der gesetzlichen Rentenversicherung.

Nielsen und Krasnik führten zum ersten Mal eine systematische Literaturanalyse zum **subjektiven Gesundheitszustand bei Migranten/-innen** (und ethnischen Minoritäten) **in Europa verglichen mit der Mehrheitsbevölkerung** durch (Nielsen and Krasnik 2010). Diese Studie gehört zu einem EU-Projekt (Migrant and Ethnic Health Observatory MEHO), das eine europäische Übersicht der gesundheitlichen Probleme von Migranten/-innen anstrebt. Das Ergebnis zeigt, dass in Bezug auf den subjektiven Gesundheitszustand die meisten Migranten/-innen benachteiligt zu sein scheinen, sogar nachdem der Einfluss der Faktoren Alter, Geschlecht und sozio-ökonomischer Status getestet wurde.

Die französischsprachige Literatur der letzten dreissig Jahre zum **Thema Gesundheitszustand von Migranten/-innen und ihrem Zugang zu Versorgung in Frankreich** wurde von Berchet und Jusot analysiert (Berchet and Jusot 2012). Die Autorinnen weisen auf die zur Verfügung stehenden statistischen Studiendaten hin und stellen fest, dass die markantesten gesundheitlichen Unterschiede zwischen Migranten/-innen der ersten Generation und der in Frankreich geborenen Mehrheitsbevölkerung bestehen. Dies gilt vor allem für Frauen. Für Berchet und Jusot ergibt sich ein klarer Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Ungleichheiten und Migrationsstatus. Das Institut de veille sanitaire hat eine Spezialausgabe

seiner Zeitschrift Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) dem Thema Gesundheitszustand und Zugang zur Gesundheitsversorgung von Migranten/-innen in Frankreich gewidmet (Institut de veille sanitaire 2012). Der **subjektive Gesundheitszustand bei älteren Migranten/-innen in Frankreich** wurde in einer Studie von Vaillant und Wolff quantitativ untersucht und die Unterschiede nach Herkunft aufgeschlüsselt (Vaillant and Wolff 2010). Die Studie stellt grosse Unterschiede innerhalb der Migrationsbevölkerung fest. Ältere Menschen mit einem osteuropäischen Migrationshintergrund trifft der niedrigste Gesundheitsstatus.

Die Gesundheitssituation und das Gesundheitsverhalten von in Bayern lebenden Migranten/-innen werden im **Bayerischen Bericht zu Gesundheit und Migration** aufgegriffen (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) 2011). Es wird anschliessend auf besondere Versorgungsangebote für Migranten/-innen hingewiesen. Eine Einschätzung der Inanspruchnahme von Dolmetschdiensten lässt vermuten, so die Autoren, dass ausser dem Städtischen Klinikum in München diese selten benutzt werden. Grund hierfür sei sicherlich die Tatsache, dass solche Leistungen von den gesetzlichen Krankenversicherungen gegenwärtig nicht übernommen werden.

Zwei Wissenschaftler aus dem Bereich Sozialmedizin des Spitzenverbandes der Krankenkassen erarbeiteten einen Grundlagenartikel über die aktuelle Situation zu Gesundheit und Versorgung von Migranten/-innen in Deutschland (Weber and Hormann 2011). Die existierenden Daten zu **Schwerbehinderung, Frühinvalidität und Rehabilitation** werden analysiert. Es ergibt sich folgendes Bild: die Schwerbehindertenquote von 4,3% bei ausländischen Mitbürgern (Deutsche 8,8%) und die um 50% niedrigere Rehabilitationsquote weisen auf fehlende Kenntnisse bei Migranten/-innen bzgl. der Unterstützungsmöglichkeiten bei Behinderung bzw. auf fehlende Angebote hin.

### **Im Fokus: Psychische Gesundheit**

Zum Thema Depression wurde in den Jahren 2010 und 2011 viel gearbeitet. Ein deutsches Forschungsprojekt nahm die Prävalenz von **Depression bei Migranten/-innen mittleren und höheren Alters in Europa** (SHARE Survey) unter die Lupe (Aichberger et al. 2010). Diese wurde mit der Prävalenz der jeweiligen Wohnbevölkerung verglichen. Heraus kam, dass ältere Migranten/-innen der ersten Generation weitaus häufiger von Depression betroffen sind. Der Einfluss des Migrationsstatus' auf die Möglichkeit an Depression zu erkranken war stärker in Nordeuropa als in Südeuropa. Die Autorinnen und Autoren diskutieren mögliche Risikofaktoren wie sozio-ökonomischer Status, körperliche Behinderungen und Scheidung. Für spezifische Ergebnisse des SHARE Surveys aus Deutschland siehe den Artikel



von Aichberger von 2011 (Aichberger et al. 2011).

Dass **Depressionen bei türkischen Frauen** in den Niederlanden vermutlich unterdiagnostiziert (underdiagnosed) sind, darauf weist ein Artikel von Borra hin, der die spezifische Ausdrucksweise von türkischen Migrantinnen qualitativ untersuchte (Borra 2011).

In einem Artikel aus dem Jahr 2010 gehen zwei britische Forscher auf die **sozialen Determinanten von Schizophrenie und anderen Psychosen in der Migrationsbevölkerung** ein und beschreiben den Zustand der Versorgung (in Grossbritannien) als eine Public Health Tragödie (Morgan and Hutchinson 2010). Trotz der hohen Prävalenz von Psychosen in diesem Bevölkerungsteil, ist bisher im Rahmen von Public Health Initiativen sehr wenig dagegen unternommen worden, weil angenommen wird, dass die hohen Raten ein Artefakt von Misstdiagnosen sind. Die Autoren hingegen unterstützen die These, dass die hohe Prävalenzrate der Realität entspricht, der Grund hierfür aber die sozialen Verhältnisse und institutionalisierte Diskriminierung sind. Neueste Forschungsergebnisse weisen daraufhin, dass soziale Benachteiligung in der Kindheit wie auch im Erwachsenenalter einschliesslich fehlender Abfederungsmechanismen stark mit erhöhten Psychoseraten zusammenhängen. Morgan und Hutchinson drücken es sehr gut aus mit „The Problem is not ‚in‘ migrant populations, it is not ‚in‘ psychiatry. The problem is ‚in‘ society.“ Siehe zu diesem Themenbereich einen weiteren Artikel (Morgan et al. 2010).

### **Im Fokus: Nicht übertragbare Krankheiten**

Niederländische Forscher untersuchten den **Vitamin D-Mangel bei Migranten/-innen** aus der Türkei, Marokko, Indien und Sub-Sahara Afrika in Europa und verglichen diesen mit dem der Bevölkerung in Ziel- und Herkunftsländern (van der Meer et al. 2011). Eine Unterversorgung kann beträchtliche Folgen für den Knochen- und Muskelaufbau haben und zu gesundheitlichen Unterschieden führen. Es konnte festgestellt werden, dass der Vitamin D-Status nicht-westlicher Migranten/-innen in Europa sehr schlecht ausfiel und als ein eminentes Gesundheitsproblem mehr Aufmerksamkeit bekommen sollte. Die Vitamin D-Versorgung in den Herkunftsländern variierte, die Versorgung in den Einwanderungsländern war zufriedenstellend. Als Determinanten für eine Unterversorgung kommen u.a. in Frage: Verschleierung und grossflächiges Bedecken der Haut, ein niedriger sozio-ökonomischer Status und das Leben in urbanen Zentren.

Zum Erkenntnisstand über die **Diversität der Krebsrisiken in der Migrationsbevölkerung** verglichen mit den Mehrheitsbevölkerungen in **Europa** tragen Arnold et al. bei (Arnold et al.

2010). Spezifische und individuelle Risikomuster gilt es zu beachten. Die Studie von Arnold et al. aus dem Jahr 2011 fokussiert auf **Burstkrebs- und Magenkrebsrisiken bei Migranten/-innen in den Niederlanden** (Arnold et al. 2011).

Dem Thema Diagnose und Versorgung von **Epilepsie bei Migranten/-innen** wird seit neuem mehr Beachtung geschenkt (Bartolini et al. 2011). Die Tatsache, dass unterschiedlichste Risikofaktoren zur Entwicklung von Epilepsie beitragen können und sich weiterhin viele Familien für ein Mitglied mit Epilepsie schämen, führt oft zu einer um Jahre verzögerten Diagnose.

Eine niederländische Studie macht auf den Umstand aufmerksam, dass **nicht-europäische Migranten/-innen in der Gruppe der lebenden Nierenspende stark unterrepräsentiert** sind (Roodnat et al. 2010). Lebende Nierenspende sind hauptsächlich nahe Verwandte oder Partner der Patienten und Patientinnen. Das bedeutet, dass niederländische Nierenerkrankte häufiger eine Niere von lebenden Spendern erhalten und damit weniger auf Nierenspenden von Verstorbenen warten müssen. Nicht-europäische Migranten/-innen hingegen sind weit aus mehr abhängig von Nierentransplantationen, die von verstorbenen Nierenspendern kommen. Die Forschenden vermuten, dass dies mit fehlender Sensibilisierung und Information in der Migrationsbevölkerung über die Möglichkeiten der Lebendspende zu tun hat.

### **Im Fokus: Diskriminierungserfahrungen**

Igel et al. konnten mit einer repräsentativen Stichprobe zum ersten Mal für Deutschland den **Einfluss von wahrgenommener Diskriminierung auf die psychische und körperliche Gesundheit von Migranten/-innen** darlegen (Igel et al. 2010). Personen mit Diskriminierungserfahrungen berichteten von einer signifikant schlechteren Gesundheit. Die Forschenden halten fest, dass das Erleben von Diskriminierung ein unabhängiger Prädiktor für subjektive Gesundheit ist. Solche Erfahrungen können zum einen *direkt* als akuter oder chronischer Stressor auf das Wohlbefinden agieren oder auch *indirekt* über die mit der Benachteiligung verbundenen sozialen und ökonomischen Verhältnisse.

Der Effekt von **Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von Migranten/-innen** in Spanien wurde getestet (Agudelo-Suarez et al. 2011). 73% der Männer und 69% der Frauen mit Migrationserfahrung berichteten von Diskriminierung aufgrund ihres Migrationstatus. Migranten/-innen, die sich von Diskriminierung betroffen fühlten, wiesen ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Probleme auf.

## Im Fokus: Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Matthias David und Theda Borde haben einen Sammelband zum **Einfluss von Migrations- und Integrationsprozessen auf Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration** herausgebracht (David and Borde 2011). Vor dem Hintergrund der oft erwähnten Neuorientierung in der Forschung hin zu Ressourcen und Coping-Strategien sei hier ein Artikel von Stülb hervorgehoben, der die Art und Weise, wie schwangere Migrantinnen Netzwerke nutzen, untersucht (Stülb 2011).

Wissenschaftler der Universität Bielefeld haben in der Reihe „Challenges in Public Health“ einen Band zur **Gesundheit von Schwangeren und Säuglingen mit Migrationshintergrund erarbeitet** (Razum et al. 2011). Die Schwangerschafts- und Geburtsoutcomes sowie die Risikomarker Säuglingssterblichkeit und Frühgeburtslichkeit ausländischer Frauen werden mit denjenigen von deutschen Frauen verglichen. Weitere Kapitel behandeln erbliche Stoffwechselkrankheiten und die Pflegebedürftigkeit türkischer und nicht-türkischer Säuglinge. Säuglinge mit Migrationshintergrund haben ein erhöhtes Sterberisiko aufgrund von Fehlbildungen und perinatalen Ursachen (d.h. Zustände im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer).

Die hohe Aussagekraft der Aufenthaltsdauer für die gesundheitliche Situation von Migranten/-innen zeigt eine Studie zum **Gesundheitszustand bei Müttern mit Migrationshintergrund in Grossbritannien** (Jayaweera and Quigley 2010). Die Forscherinnen gehen davon aus, dass viele wertvolle Informationen in den nationalen Statistiken noch nicht extrahiert wurden, weil der Fokus bisher auf der gesundheitlichen Ungleichheit bei ethnischen Minoritäten lag und demzufolge die Variable „ethnicity“ der Variable „Aufenthaltsdauer“ vorgezogen wurde.

Eine weitere Publikation analysiert spezifisch das Vorkommen von **Totgeburten bei deutschen Frauen und Frauen mit Migrationserfahrung** (Reeske et al. 2011). Totgeburten werden als Indikator für Zugang zu und Qualität der Gesundheitsversorgung gesehen. Die Totgeburtsrate ist vor allem für sozio-ökonomisch benachteiligte Migrantinnen aus dem Nahen Osten (inkl. Türkei) und Nordafrika erhöht. Für die Forschenden deuten die Ergebnisse der Studie daraufhin, dass der Grund hierfür nicht im Zugang zur Versorgung, sondern in der unterschiedlichen Qualität der Versorgung zu suchen sei: Migrantinnen, die sich rechtzeitig und gleich vielen Schwangerschaftsuntersuchungen unterzogen, hatten nämlich weiterhin ein erhöhtes Risiko für Totgeburten.

Zum ersten Mal wurde die Risikorate für **Totgeburt und neonatale Mortalität** für eine spezifische Gruppe von Migrantinnen über neun europäische Länder hinweg analysiert. Anstatt die Risikorate der allgemeinen Migrationsbevölkerung mit der lokalen Bevölkerung zu vergleichen, hat eine Gruppe von Forschenden ausschliesslich **türkische Migrantinnen** untersucht (Villadsen et al. 2010). Das Risiko einer Totgeburt oder neonatalen Mortalität bei Kindern von türkischen Müttern war in allen Ländern erhöht, vor allem in der Schweiz. Die Raten variierten jedoch zwischen den Ländern, welches daraufhin deutet, dass vermeidbare gesellschaftsspezifische Determinanten – beispielsweise die Integrationspolitik eines Landes – eine grosse Rolle spielen. Die Studie stärkt die Hypothese, dass eine restriktive Integrationspolitik die frühgeburtliche Mortalität begünstigt.

Zwart et al. Untersuchten das Vorkommen von **schwerwiegenden medizinischen Komplikationen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder Geburt** (severe acute maternal morbidity SAMM) in einer nationalen Kohortenstudie in den Niederlanden (Zwart et al. 2011). Die Ergebnisse zeigen, dass zwischen Frauen verschiedener Herkunftsländer Unterschiede bestehen, wobei Frauen mit türkischem oder marokkanischem Migrationshintergrund ein 1.3 mal erhöhtes Risiko und Frauen aus Sub-Sahara-Afrika ein 3.5 mal höheres Risiko als niederländische Frauen hatten. Sozioökonomischer Status und Arbeitslosigkeit spielten neben einigen anderen Faktoren eine grosse Rolle. Jedoch deuten die Ergebnisse ebenfalls daraufhin, dass die kurze Anwesenheitsdauer mancher Migrantinnen ausschlaggebend ist, da sie kein starkes Netzwerk aufbauen und nicht genügend Wissen über das für sie neue Gesundheitssystem sammeln konnten. Die Patientinnenperspektive zu diesem Thema wird in Jonkers et al. 2011 deutlich (Jonkers et al. 2011) (vgl. Kapitel Versorgung).

Collins gibt einen Überblick über die Forschungen zu Prävalenzraten und Risikofaktoren der **Postnatalen Depression bei Flüchtlingen, Asylsuchenden und Migrantinnen** in Grossbritannien (Collins et al. 2011). Die wissenschaftliche Literaturrecherche ergab, dass bis zu 42% der Migrantinnen an einer postnatalen Depression erkrankten, im Vergleich zu 10-15% der nicht-eingewanderten/britischen Frauen.

Eine Studie aus Wien vergleicht **diabetische Komplikationen bei schwangeren Patientinnen mit und ohne Migrationshintergrund**. Das Schwangerschaftsergebnis unterscheidet sich nicht, jedoch waren mehr Migrantinnen an Typ 2-Diabetes erkrankt als Nicht-Migrantinnen und die Krankheit wurde bei Migrantinnen häufiger erst in der Schwangerschaft diagnostiziert (Handisurya et al. 2011). Zum Thema Diabetes-Erkrankungen bei schwangeren Migrantinnen siehe ausserdem noch einen weiteren Artikel (Kleinwechter and Schaefer-Graf 2011).

Eine Studie zu Unterschieden nach Herkunft und sozioökonomischem Status in Bezug auf die Durchführung **pränataler Diagnostik für Down-Syndrom** wurde in den Niederlanden durchgeführt (Fransen et al. 2010).

### **Im Fokus: Gesundheit am Arbeitsplatz**

Benach et al. formulieren eine Forschungsagenda bzgl. der Gesundheit von Migranten/-innen, die unter **prekären Arbeitsbedingungen** arbeiten (Benach et al. 2010).

Annekatriin Hoppe untersuchte als Teil ihrer Doktorarbeit die **psychosozialen Arbeitsbedingungen und die Gesundheit bei eingewanderten und deutschen Niedriglohnarbeitern** (Angestellte der Post) (Hoppe 2011). Unterschiede zwischen den beiden Gruppen werden in Bezug auf psychosoziale Stressoren und Ressourcen festgestellt.

Der **Einfluss des Aufenthaltsstatus und der Bedingungen des Arbeitsvertrages auf den Gesundheitszustand von Arbeitsmigranten/-innen** konnte in einem Artikel aus Spanien gezeigt werden (Sousa et al. 2010). Die Autorinnen und Autoren gehen vor allem auf die undokumentierte Migration ein. Der Gesundheit von **Haushalts- und Betreuungshilfen mit Migrationshintergrund in Spanien** widmen sich Ahonen et al. (Ahonen et al. 2010).

Über die gesundheitlichen Unterschiede zwischen **dänischen und nicht-dänischen Reinigungskräften** kann in einer Arbeit von Jorgensen et al. nachgelesen werden (Jorgensen et al. 2011). Als möglicher Determinant sozialer Ungleichheiten in der psychischen Gesundheit wird die **Unsicherheit im Beschäftigungsverhältnis** („employment precariousness“) in einer Studie spanischer Forscher untersucht (Vives et al. 2011). Die Betroffenheit wird in Bezug auf Berufsparten, Gender, Alter und Migrationshintergrund beschrieben.

### **Im Fokus: bestimmte Migranten/-innengruppen**

Einen Überblick über die weiterhin bestehende **soziale und gesundheitliche Benachteiligung der Roma in Europa** ermöglicht ein Artikel im Central European Journal of Public Health (Parekh and Rose 2011). Anhand des Determinanten-Ansatzes wird gezeigt, welche Faktoren die Gesundheit der Roma beeinflussen. Für Informationen zum **Gesundheitszustand von Roma-Kleinkindern in Frankreich** siehe Pelzer et al. 2011 (Pelzer et al. 2011).

Schoevers et al. aus den Niederlanden betrieben ein aufwendiges Studiendesign, um die

**sexuelle und reproduktive Gesundheit undokumentierter Migrantinnen** näher beschreiben zu können und suchten aktiv nach diesen ‚unsichtbaren‘ Frauen (Schoevers et al. 2010). Ihr Gesundheitsstatus ist besorgniserregend und fächert sich in folgende Unterversorgung auf: fehlende oder verspätete Schwangerschaftsvorsorge, geringer Gebrauch von Kontrazeptiva, hohe Abtreibungsraten, niedrige Raten an Krebsabstrichen und STD-Screenings (sexuell übertragbare Krankheiten) sowie diverse nicht behandelte gynäkologische Probleme. Schwierigkeiten mit der Finanzierung der Behandlungskosten, Angst vor Abschiebung und ein Mangel an Information kennzeichnen die Gründe hierfür. Interviewausschnitte veranschaulichen die Ergebnisse der Studie und eröffnen einen Einblick in die Situation dieser Frauen.

Als dritter Teil der gross angelegten Kohortenstudie in den Niederlanden zu SAMM (severe acute maternal morbidity) (Zwart et al. und Jonkers et al. 2011) untersuchen van Hanegem et al. **schwerwiegende Komplikationen im Verlauf der Schwangerschaft und Geburt bei Asylsuchenden** (Van Hanegem et al. 2011). Im Vergleich zur niederländischen Bevölkerung haben asylsuchende Frauen ein 4 bis 5 mal erhöhtes Risiko, eine solche Komplikation zu erleiden. Als Risikoindikatoren wurden ein HIV-positiv Status, Arbeitslosigkeit, fehlende soziale Unterstützung, niedriger sozioökonomischer Status, kurze Aufenthaltsdauer, geringe Sprachkenntnisse und vor allem vorangehende Kaiserschnitte identifiziert. Die Studie ist insofern relevant, als die restliche Literatur zur reproduktiven Gesundheit meist das Schwangerschaftsergebnis (pregnancy outcome), Frühgeburtlichkeit, Muttersterblichkeit oder Abtreibungen thematisiert.

Eine vom Bundesamt für Migration finanziell unterstützte Studie, die erste ihrer Art in der Schweiz, vergleicht die **psychische Gesundheit abgewiesener Asylsuchender mit der psychischen Gesundheit aufgenommener Flüchtlinge bzw. von Asylsuchenden im hängigen Verfahren** (Mueller et al. 2011). Es stellt sich heraus, dass beide Gruppen gleich schwer von psychischen Erkrankungen betroffen sind. Alarmierend finden die Forscher das Ergebnis, dass sowohl abgewiesene wie auch aufgenommene Asylsuchende zu 50% an posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) leiden. Da PTSD in vielen Fällen das Erinnerungsvermögen stark beeinträchtigt und somit der Asylantrag nicht immer ausreichend durch glaubwürdige Beschreibungen unterstützt werden kann, ist es sehr wahrscheinlich, dass vielen Asylsuchenden zu Unrecht der Flüchtlingsstatus verweigert wird. Die Forscher ziehen aus dem erschreckend hohen Anteil an PTSD-Erkrankten in der Gruppe der abgewiesenen Asylsuchenden den Schluss, dass die Behörden ungenügenden Gebrauch der Statuszuweisung „vorläufige Aufnahme“ (humanitarian visas) machen und zu viele PTSD-Fälle nicht als solche identifizieren. Eine ähnliche Fragestellung wird in einer Studie aus

Deutschland behandelt. Hier wurde der Zustand bzgl. psychiatrischer Erkrankungen von Migranten/-innen, denen eine Ausschaffung droht, mit dem von Migranten/-innen mit einem gesicherten Aufenthaltsstatus verglichen (Lammlein and Grube 2012). In den Niederlanden wurde die Suizidrate und suizidales Verhalten in der Asylbevölkerung untersucht (Goosen et al. 2011). Auffallend ist die erhöhte Suizidrate bei (männlichen) Asylsuchenden im Vergleich zur niederländischen Bevölkerung. Auf den Umstand, dass Asylsuchende mit Behinderung einen erschwerten Zugang zum Asylprozess haben, weist Straimer hin (Straimer 2011). Für einen Überblick zur gesundheitlichen und sozialen Versorgungssituation von traumatisierten Flüchtlingen und Asylbewerbern siehe ausserdem folgende Artikel (Strijk et al. 2011) (Sieberer et al. 2011).

Zum ersten Mal wurde die **Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei Kindern von Asylbewerbern in Deutschland** erhoben (Ruf et al. 2010). Ziel war es, den Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung zu ermitteln. 19% der Kinder litten unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung, jedoch befanden sich von 104 Kindern nur 5 Kinder (4,8%) in Behandlung. Dies zeigt, dass die Forschungslücke zu diesem Thema um eine Versorgungslücke ergänzt wird. Die Anzahl der traumatischen Erfahrungen und die Stresserfahrungen der Eltern (z.B. Inhaftierung) sind entscheidend für den Schweregrad der PTSD. Zum Thema **psychosoziale Probleme bei Kindern von Asylsuchenden** haben ausserdem Forschende in den Niederlanden gearbeitet (Wiegersma et al. 2011). Es stellt sich heraus, dass das Auftreten von psychosozialen Problemen bei Kindern weniger mit Faktoren des Asylprozesses als mit der psychischen Gesundheit der Mutter oder der Trennung von einem Elternteil zusammenhängt. Zum Thema psychische Gesundheit von Kindern von Asylsuchenden in Verbindung mit dem Aufenthalt in Asylzentren („detention“) können noch Artikel von Hodes und Montgomery genannt werden (Hodes 2010) (Montgomery 2011).

## 4 Gesundheitsförderung und Prävention

### Schweiz

Die Gesundheitsförderung Schweiz betreibt das Qualitätssystem quint-essenz.ch, das speziell für die **Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten** konzipiert wurde. Dies ist nun alles in einer Buchpublikation nachzulesen (Kolip et al. 2012). Die Autoren thematisieren Hintergründe und Konzepte der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und führen praxisorientiert in quint-essenz ein.

Eva Soom Ammann und Corina Salis Gross haben ein Handbuch zur **Gesundheitsförderung im Alter bei benachteiligten Gruppen erarbeitet** (Soom Ammann and Salis Gross 2011a). Ein Kapitel befasst sich mit dem wissenschaftlichen Stand der Forschung zur Zielgruppe, nämlich soziökonomisch benachteiligte und schwer zu erreichende Menschen im mittleren und höheren Alter. Zusätzliche Faktoren wie Migrationshintergrund, Geschlecht, Bildung und ‚health literacy‘ sowie der Einbezug in soziale Netzwerke werden diskutiert. Die Autorinnen nennen ausserdem best practice-Beispiele, u.a. aus der aufsuchenden Beratung, Gemeindeförderung und dem Ausland und halten gegenwärtige Lücken und Potenziale fest. Schliesslich wird die Planung von Interventionen samt konkreten Handlungsstrategien angesprochen, die dem Fachpublikum Ansatzpunkte für die Praxis liefern.

Der Frage, ob die **kantonale Angebote in der Gesundheitsförderung auch die Migrationsbevölkerung mit einbeziehen**, wurde von verschiedenen Forschergruppen mittels Bedarfsanalysen untersucht. Die von den jeweiligen Kantonen in Auftrag gegebenen Forschungsberichte wurden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert und durch Gesundheitsförderung Schweiz und die Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung (VBGF) unterstützt. Bisher haben sechs Kantone eine Bedarfsanalyse durchgeführt (Kanton Basel-Stadt, St.Gallen, Tessin, Waadt, Wallis und Zug) weitere Analysen sind zurzeit in Bearbeitung (Kanton Jura/Freiburg/Neuenburg, Luzern). Die Forschungsberichte ermitteln in einem ersten Schritt die Ausgangslage in der Angebotslandschaft zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen im jeweiligen Kanton und erarbeiten auf Grund dessen empfohlene Massnahmen, die die Qualität der Angebote verbessert (Guggisberg et al. 2011a) (Soom Ammann and Salis Gross 2011b) (Canova and Mattei 2011) (Meystre-Agustoni et al. 2011) (Astori et al. 2012) (Fässler et al. 2011a) (Fässler et al. 2011b). Die Integrationsförderung der Stadt Zürich hat eine Bedarfsanalyse in Auftrag gegeben, die den **Informationsbedarf von Migranten/-innen** in der Stadt Zürich ermittelt hat (Bischof and Meier 2011). Die Ergebnisse sollen in die Planung der Informationsangebote einfließen.



Das SRK beleuchtet in einem umfassenden Bericht (finanziert von Gesundheitsförderung Schweiz) das Thema **Migration und gesunde Ernährung** von verschiedenen Seiten und formuliert konkrete Empfehlungen zur Umsetzung einer transkulturellen Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich Ernährung (Kayser 2010). Empfohlen wird beispielsweise, dass Massnahmen mit Einbezug von MigrantInnen erarbeitet und mit Netzwerken der Migrationsbevölkerung umgesetzt werden oder dass auf kantonaler Ebene die interinstitutionelle Kooperation gefördert werden soll.

Ebenfalls von Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt wird das Projekt „**Monitoring von Gewichtsdaten von Kindern und Jugendlichen**“. In den vergangenen Jahren hat Gesundheitsförderung Schweiz in Zusammenarbeit mit den schulärztlichen Diensten der Städte Bern und Zürich sowie dem Kanton Basel-Stadt das Projekt "BMI-Monitoring" entwickelt. Die mittlerweile vier vorliegenden Jahresberichte zeigen für die drei Städte ein differenziertes Bild der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas auf verschiedenen Schulstufen. Der neuste Bericht fasst die Daten des Schuljahrs 2008/2009 aus verschiedenen Kantonen und Städten zusammen (Stamm et al. 2010). Auf allen Schulstufen sind die Schüler/innen aus der Schweiz seltener übergewichtig und adipös als die Ausländerinnen und Ausländer, wobei sich die Unterschiede auf den höheren Schulstufen akzentuieren. Siehe zu diesem Thema auch folgende Publikation (Schopper 2010).

Das **Sportverhalten der Migrationsbevölkerung** wurde im Auftrag des Kantons Zürich näher untersucht (Fischer et al. 2010). Sowohl im Kanton Zürich als auch auf nationaler Ebene ist die Migrationsbevölkerung sportlich etwas weniger aktiv als die einheimische Bevölkerung. Je höher die Bildung, desto höher die sportliche Aktivität. Dieser Bildungseffekt ist bei der Migrationsbevölkerung besonders ausgeprägt.

Das Konzept „Psychische Gesundheit im Kanton Schwyz“ definiert die Migrationsbevölkerung als Risikogruppe und formuliert Ziele zur Verbesserung der **psychischen Gesundheit von Migrantinnen und Migranten** (Gesundheit Schwyz Gesundheitsförderung und Prävention 2010).

Abati und Hungerbühler gehen in ihrer Diplomarbeit zum MAS in Gerontologie der Frage nach, ob und wie **ältere Migranten/-innen** in ihrem Lebensraum, d.h. im lokalen Kontext ihrer Wohngemeinde partizipieren wollen und können (Abati and Hungerbühler 2011). Die Arbeit enthält konkrete Handlungsanleitungen an die Adresse von GemeindevertreterInnen und deren Institutionen („Modell MIGRALTO“). Eine Erkenntnis der Arbeit, die auch Interviews mit

italienischen Migrantinnen und Migranten ab 65 analysiert, ist, dass die älteren Migranten/-innen zu einer marginalisierten und „vergessenen“ Gruppe zu werden drohen.

Im Rahmen des Präventionsprogramms „**ESSKI – Eltern und Schule stärken Kinder**“ wurden sieben Motivatoren zur besseren Erreichung von Eltern mit Migrationshintergrund entwickelt (Anliker and Schmid 2010). In einem weiteren Bericht wurde anschliessend evaluiert, ob die Teilnehmeraten der Eltern mit Migrationshintergrund durch die Umsetzung der sieben Motivatoren erhöht werden konnte (Anliker and Rösch 2011). Die Studie kommt zum Schluss, dass die Teilnehmerate deutlich erhöht werden konnte und diese Steigerung zumindest teilweise auf die Umsetzung der Motivatoren zurück zu führen sei. Nach wie vor aber bestehen bei vielen Eltern klare Ängste, die sie vom Besuch einer Elternbildung abhalten (z.B. Angst vor Blamage, Kritik, Schwäche).

Eine vom Tabak Präventionsfond finanzierte Studie entwickelte ein **Rauch-Stopp-Programm für türkisch sprachige Migranten/-innen** (Schnoz et al. 2011). Die Adaptierung des Rauch-Stopp-Projekts der Lungenliga Zürich für türkische Raucher und Raucherinnen sowie die quantitative und qualitative Effizienzüberprüfung werden im Artikel geschildert.

Forschende der Universität Basel führten ein grosse Studie (7'000 Teilnehmerinnen) zum Zusammenhang zwischen der **psychischen Gesundheit von Müttern** nach der Geburt und dem ‚Schreikinder‘-Phänomen (‚crying problems‘) durch und definieren Prädiktoren für das Vorkommen von ‚Schreikindern‘ (Kurth et al. 2010b). Als ein Risikofaktor gilt hier der Migrationshintergrund.

## **Europa**

### **Gesundheitsförderung allgemein**

Paasche-Orlow und Wolf konstatieren, dass die Bereiche zur Erforschung der **Gesundheitskompetenz (‚health literacy‘) bzw. gesundheitlicher Ungleichheiten** bisher wenig Schnittpunkte aufweisen (Paasche-Orlow and Wolf 2010). Dabei ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass beide Bereiche sehr eng zusammenhängen. Die Autoren skizzieren in ihrem Artikel eine Forschungsagenda hierzu.

Forschende aus den Niederlanden identifizierten ermöglichende und hemmende Faktoren („enablers and inhibitors“) für **körperliche Aktivität** bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund, die an zu hohem Blutdruck leiden (Beune et al. 2010).

Kofahl et al. untersuchten das **Wissen über und das Management von Diabetes bei türkischsprachigen Migranten/-innen** (Kofahl et al. 2011). Bildungsferne, Analphabetismus und geringe Deutschkenntnisse kennzeichnen diese Patientengruppe. Aufgrund der geringen Kenntnisse über Diabetes fordern die Forschenden schriftfreie und muttersprachliche Schulungen, die an das jeweilige Bildungsniveau angepasst sind.

Das **informelle Diabetes-Management** ist Thema der ethnographischen Forschung von Guell (Guell 2011a). Sie untersuchte eine Diabetes-Selbsthilfegruppe von Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund in Berlin. Viele Mitglieder der Selbsthilfegruppe waren Migranten/-innen der ersten Generation, empfangen oft Sozialhilfe, waren frühpensioniert oder arbeitslos. Die Frauen hatten häufig eine niedrige Bildung und sprachen kaum Deutsch. Nichts desto trotz verfügten ihre Interviewpartner/-innen über ein ausgezeichnetes Wissen über Diabetes und konnten daher ihre Blutzuckerwerte gut kontrollieren – eine Tatsache, die Gesundheitsexperten sonst nicht für möglich halten, so die Autorin. Dass Diabetes nicht nur die Erkrankten betrifft, sondern ebenso deren Familien, sei es im Zusammenhang mit Essen oder Unterstützungsleistungen, kann in einem weiteren Artikel von Guell nachgelesen werden (Guell 2011b). In diesem wird **Diabetes-Selbstmanagement als eine Familienangelegenheit** analysiert und alltägliche Situationen, Aktivitäten und Diskussionen im Kontext der Familie bzgl. Diabetes beschrieben.

In einer Studie aus England wurde eine das Selbstmanagement fördernde „informal story sharing“-Intervention für Migrantinnen und Migranten mit Diabetes angeboten und evaluiert (Greenhalgh et al. 2011).

Forschende aus Spanien gehen der Frage nach, ob soziale Ungleichheiten in der Prävention, Diagnose, Versorgung und Monitoring von Diabetes existieren und haben hierfür eine Review wissenschaftlicher Literatur erstellt (Ricci-Cabello et al. 2010).

Es existieren zwar eine Reihe von Interventionen zur Patientenbildung und -information („educational interventions“) im Bereich Diabetes und koronaren Herzkrankheiten. Jedoch ist nicht bekannt, welche Komponenten der Interventionen wirklich effektiv sind. Diesem Umstand haben sich Forschende aus England angenommen und die **Rolle von Information in der Unterstützung von Selbstversorgung/Selbsthilfe** („self-care“) bei PatientInnen mit Gefäßkrankheiten hinterfragt (Blickem et al. 2011). Die Situation bei sozial benachteiligten Gruppen wird ebenfalls angeschaut.

In Deutschland wurde ein Modul zu Stress und Copingstrategien für Kinder mit Migrationshintergrund konzipiert und in einem Ferienlager eingesetzt (Eschenbeck et al. 2011).

Zum **Wissensstand und Präventionsverhalten von Patienten und Patientinnen mit**

**chronischer Hepatitis-B** in einem grossen Behandlungszentrum in Deutschland informieren Lutgehetmann et al. (Lutgehetmann et al. 2010). Auffallend ist, dass der Wissensstand über die Übertragung von Hepatitis-B teilweise sehr niedrig ist (34% gaben als Übertragungsweg verschmutzte Toiletten an). Dies geht signifikant einher mit geringen Deutschkenntnissen. Obwohl 96% der Patienten und Patientinnen von der HBV-Impfung wussten, waren nur 62% der Kinder/Geschwister geimpft. Soziodemographische Unterschiede zwischen Hepatitis-B infizierten Patientinnen und Patienten mit und ohne Migrationshintergrund wurden in einer Studie von Wormann et al. untersucht (Wormann et al. 2010).

Forschungen haben gezeigt, dass die Niederlande im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eine relativ hohe perinatale Sterblichkeit aufweisen, dies vor allem in den grösseren Städten. Um etwas gegen diesen Missstand zu unternehmen, wurde ein **perinatales Gesundheitsförderungsprogramm** entwickelt, dessen Massnahmen die ganze Versorgungskette in der perinatalen Gesundheit umfassen und auf zehn Jahre ausgelegt sind. Denktas et al. stellen das Programm in ihrem Artikel vor (Denktas et al. 2011).

Eine Untersuchung der Angebote für **ältere Menschen mit Migrationshintergrund und Demenz in England** ergab, dass diese in der psychischen Gesundheitsversorgung unterrepräsentiert sind. Um stärker auf das Versorgungsangebot aufmerksam zu machen und Informationsarbeit zu betreiben, wurde eine ‚cultural competent‘ Punjabi sprechende Pflegefachfrau angestellt, die als aufsuchende Gesundheitsexpertin den Kontakt zu dieser Bevölkerungsgruppe herstellt (Kaur et al. 2010).

Ein Artikel von Tsirigotis, der sich an Kinderpsychologen/-innen und Kinderpsychiater/-innen in der Praxis richtet, beleuchtet die Situation von **Familien mit Migrationshintergrund und behinderten Kindern** und gibt Anregungen für eine ressourcenorientierte Beratung (Tsirigotis 2011).

### **Female Genital Mutilation FGM / Female Genital Cutting FGC**

Die Schätzung der FGM-Prävalenz in Europa ist offensichtlich weiterhin ein Forschungsthema und hängt wahrscheinlich mit der Resolution des Europäischen Parlamentes bzgl. FGM zusammen: In der Resolution wird empfohlen, die Datenlage in Bezug auf Prävalenz und Risikoanteil zu verbessern (Dubourg et al. 2011).

Eine belgische Studie machte eine **Schätzung der von FGM betroffenen und möglicherweise gefährdeten Frauen und Mädchen**. Laut den Autorinnen und Autoren ist ihre Studie

die bisher grösste und umfassendste in Europa. Hierfür wurden die Ergebnisse internationaler Erhebungen aus den von FGM betroffenen Ländern auf in Belgien wohnhafte Frauen (aus diesen Herkunftsländern) angewendet. Von 22'840 Frauen und Mädchen aus den FGM praktizierenden Herkunftsländern sind 6'260 höchstwahrscheinlich schon von FGM betroffen, 1'975 Mädchen (zweite Generation, die in Belgien geboren wurde) sind gefährdet. Genauere Schätzungen seien wichtig um die Versorgungsqualität und Planung von Massnahmen zu verbessern (Dubourg et al. 2011).

In einer Studie aus Deutschland wurden ca. 230 niedergelassene Gynäkologen und Gynäkologinnen zu FGM-Fällen innerhalb ihrer Patientinnengruppe befragt (Hänselmann et al. 2011). Gefunden wurden nur 37 Fälle in 14 der teilnehmenden Arztpraxen. Für die Forschenden deutet dies darauf hin, dass FGM-betroffene Frauen sehr selten niedergelassene Frauenärzte und -ärztinnen aufsuchen. Ein ähnliches Studiendesign wurde in den Niederlanden durchgeführt (Korfker et al. 2012). Jedoch wurden hier niedergelassene Hebammen befragt. Aus den 500 Praxen wurden 470 FGM-Fälle zurückgemeldet (für das Jahr 2008), was einer Prävalenzrate von 0.32% entspricht. Anderen Schätzungen zufolge liegt die Prävalenzrate bei 0.7%, welche aber wohl in der Realität höher ausfällt, so die Bilanz von Korfker et al.

Einen Überblick über die **rechtliche Situation zu FGM** in Deutschland geben Dettmeyer et al. (Dettmeyer et al. 2011). Ein internationaler Überblick über die Rechtsprechungen ist in einem Artikel von Krasa festgehalten (Krasa 2010). In der Zeitschrift Swiss Medical Weekly ist ein Artikel zu FGM aus soziomedizinischer Sicht erschienen (Abdulcadir et al. 2011).

Eine qualitative Studie aus den USA untersuchte die **Einstellungen somalischer, von FGM betroffener Migrantinnen hinsichtlich Kaiserschnitte und Entbindungen** (Ameresekere et al. 2011). Die Interviews zeigten, dass die Frauen eine grosse Angst vor Kaiserschnitten hatten, weil sie befürchteten, Kaiserschnitte könnten zum Tod oder zu einer Behinderung führen. Die Frauen berichteten ausserdem, dass das medizinische Versorgungspersonal mit ihnen sehr selten über ihre Beschneidung sprach oder sie über mögliche Komplikationen während der Geburt informierte.

### **Good Practice-Projekte (und Projektevaluationen)**

Die Präsentation von good practice-Projekten als Anleitung zur Reproduktion sowie wissenschaftliche Evaluationen von Projekten sind zwar auf dem Vormarsch, jedoch wird immer wieder in der Literatur erwähnt, dass bisher erst wenige Interventionen im Bereich Gesundheitsförderung von sozial und gesundheitlich Benachteiligten bzw. schwer zu erreichenden Zielgruppen evaluiert wurden.

Eine von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Deutschland herausgegebene Publikation (5. erweiterte und überarbeitete Auflage) definiert **Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten** (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2011). Die Kriterien dienen der Planung, Durchführung und Bewertung von Angeboten, aber auch der Identifizierung von guten Praxisbeispielen. Der Schwerpunkt liegt auf der Präsentation dieser 99 best practice-Beispiele, sortiert nach Handlungsfeldern wie Migration, Arbeitslosigkeit oder ältere Menschen.

Im Themenbereich **Migration und Alter** kann auf einen Bericht der BZgA hingewiesen werden, der Programme und good practices zur Förderung der Gesundheit „jüngerer“ älterer Menschen beinhaltet (EuroHealthNet and Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2012). Die Empfehlungen zum gesunden und aktiven Altern beziehen sich auf die Zielgruppe der 50-65+ Jährigen mit konkretem Bezug zu sozial benachteiligten Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund. Der Bericht informiert kurz zu zwei Projekten, die zur Prävention und Gesundheitsförderung von älteren Migranten/-innen gestartet wurden und die zum Teil die Effektivität der Gesundheitsmassnahmen für diese schwer zu erreichende Zielgruppe evaluiert haben.

Das von der Europäischen Union geförderte Projekt **Active Ageing of Migrant Elders across Europe** (AAMEE 2007-2009) hat in einem Bericht Empfehlungen erarbeitet, die sich auf die Förderung der sozialen Partizipation und Lebensqualität von älteren Migranten/-innen bezieht (Project Active Ageing of Migrant Elders across Europe (AAMEE) 2010). Eine good practice-Plattform wurde ebenfalls aufgebaut.

Ein Forschungsprojekt der Forschungsgesellschaft für Gerontologie in Deutschland zur **Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund** hatte zum Ziel, weiterführende Erkenntnisse zur Inanspruchnahme und Wirksamkeit von Massnahmen sowie das Potenzial der Selbsthilfe und Partizipation älterer Migranten/-innen zu erarbeiten (Olbermann 2010). Hierfür wurden ältere Personen aus der Migrationsbevölkerung in Nordrhein-Westfalen in der jeweiligen Muttersprache interviewt. Der Ergebnisbericht leitet Handlungsempfehlungen für die Planung effektiver, zielgruppengerechter Interventionen ab und informiert über notwendige Weiterentwicklungsschritte von Strukturen und Angeboten.

Das **Modellprojekt FrühStart aus Deutschland, bei dem Familienhebammen** psychosozial und gesundheitlich stark belastete Familien während der Schwangerschaft und bis zum

ersten Lebensjahr emotional stützen und verlässlich begleiten, wurde wissenschaftlich evaluiert (Ayerle et al. 2010). Ein wichtiger Teil der Evaluation war, herauszufinden in welcher Form sich die Familienhebammen mit anderen Akteuren des Gesundheits- und Sozialbereichs vernetzen. Es stellte sich heraus, dass vor allem die Zusammenarbeit mit Akteuren des Sozialbereichs sich hoch signifikant verstärkt hatte. Wohingegen die Vernetzung mit Frauenarztpraxen und Kliniken als nicht zufriedenstellend ausfiel. Die Akzeptanz der Familienhebammen bei den Klientinnen war sehr hoch. Dieses Projekt wird als good practice-Beispiel in der BZgA-Publikation zur Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter aufgeführt (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2011).

In den Niederlanden wurde ein ähnliches Projekt lanciert und von den Forscherinnen Hesselink und Harting evaluiert (Hesselink and Harting 2011). In dem Projekt arbeiteten ‚community health workers‘ mit türkischem Migrationshintergrund eng zusammen mit Hebammen und Physiotherapeuten in der Betreuung von türkischen Migrantinnen während und nach der Schwangerschaft. Für eine genauere Beschreibung des Projekts siehe eine weitere Publikation von Hesselink et al. (Hesselink et al. 2011).

Als exemplarisch für die vielen Studien, die Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Form von **Gemeinde basierten Ansätzen (,community approach‘)** beschreiben und evaluieren, kann folgende Studie aus Schottland genannt werden. Anhand von Sensibilisierungsworkshops zu psychischen Erkrankungen, die von Gemeindeorganisationen mitentwickelt wurden und die verschiedene Erklärungsmodelle integrieren, sollte die Stigmatisierung der Erkrankungen abgebaut werden (Knifton et al. 2010). Die Forschenden sind der Ansicht, dass partizipative Ansätze zielführender sind als nationale „top-down“-Interventionen. Redwood-Campbell et al. haben zu diesem Thema ebenfalls publiziert (Redwood-Campbell et al. 2011).

### **Neue Medien und Technologien, neue Forschungsansätze**

Das WHO-Regionalbüro für Europa erarbeitete einen Artikel zu den neuen Versorgungsmöglichkeiten bei nicht-übertragbaren chronischen Krankheiten (Martin-Moreno et al. 2011). Aussichtsreiche Möglichkeiten werden vor allem den **neuen Medien und der Kommunikationstechnologie** zugesprochen. Dies nicht nur in der Förderung der Gesundheitskompetenz allgemein, sondern auch in der Erreichung von Kindern und Jugendlichen, deren Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten schon früh über die Entwicklung von Diabetes oder Adipositas entscheiden.

Die amerikanischen Wissenschaftlerinnen Beacom und Newman machen darauf aufmerk-

sam, dass gesundheitliche Ungleichheiten stark mit Ungleichheiten in der Gesundheitsinformation zusammenhängen (Beacom and Newman 2010). Diese ‚information disparities‘ zeigen sich vor allem in der **Kommunikation von Gesundheitsinformationen an benachteiligte Bevölkerungsteile**. Diese Personengruppen suchen zumeist nicht aktiv nach Gesundheitsinformationen oder weichen diesen aus. Hinzu kommt die ‚knowledge gap‘-Hypothese, die besagt, dass systematische Lücken im Gesundheitswissen produziert werden, obwohl der Zugang zu Gesundheitsinformationen steigt. Der Grund hierfür ist, dass Bevölkerungsteile mit einem höheren sozioökonomischen Status schneller an die Informationen gelangen als andere. Die Autorinnen beschreiben drei Strategien zur Reduzierung von Informations- und gesundheitlichen Ungleichheiten: der ‚digital divide‘ zwischen Bevölkerungsgruppen muss nicht nur in Form von Zugang zu Computer und Internet, sondern auch in der Befähigung zur Benutzung dieser Technologie angegangen werden. Zur Schliessung des ‚health information divide‘ werden ausserdem der vermehrte Einsatz von ‚community health workers‘ und die Vermittlung von Gesundheitsinformationen durch Unterhaltungsprogramme in den Massenmedien vorgeschlagen. Die Idee, die Gesundheitskompetenz mit Hilfe von sogenannten „text to speech engines“ (Internet Applikationen, die Textabschnitte vorlesen) zu verbessern und somit die Internetseiten von Gesundheitsfachpersonen und –organisationen zugänglicher zu machen, wird bei Wolpin et al. besprochen (Wolpin et al. 2010).

Um die Hemmschwelle für die Suche nach professioneller Hilfe bei psychischen Erkrankungen zu senken, scheint vor allem das Internet als niederschwelliger Zugang in Frage zu kommen und wird vermehrt erforscht.

In einem Artikel von van der Veen et al. wird ausführlich über die Entwicklung einer **Internet basierten Intervention zur Förderung von Hepatitis-B Screenings in der türkischen Gemeinschaft** in den Niederlanden berichtet (van der Veen et al. 2011). Ziel ist, dass das Programm an anderen Orten oder zu anderen Themen repliziert werden kann. Im Anschluss an eine Umfrage wurden verschiedene Webseitenhintergründe („skins“) und Fallgeschichten („peer stories“) für Frauen und Männer unterschiedlicher Altersgruppen entworfen und in Pre-Tests getestet. Mitglieder der Zielgruppe waren in allen Entwicklungsschritten involviert, um die letztendliche Partizipation zu erhöhen und die Angemessenheit der Komponenten zu garantieren. Ein Forscherteam in Australien testete den **Effekt einer mehrsprachigen Webseite mit Informationen zu Depression bei Migranten/-innen mit griechischem und italienischem Migrationshintergrund** (Kiriopoulos et al. 2011). Die Studie kommt zum Schluss, dass die Testgruppe höhere Werte in Bezug auf die Gesundheitskompetenz erreichte und eine Abnahme an Stigmatisierung von Depression im Vergleich mit der Kontrollgruppe festgestellt werden konnte. Die geplante Evaluation eines **Internet basierten Behandlungsprogramms zur Selbsthilfe für türkische Migranten/-innen mit Depression** wird von Ünlü



et al. ausführlich beschrieben (Unlu et al. 2010).

Die Wirkung von Rauch-Stopp-Hotlines für Raucher mit Migrationshintergrund in den USA bzw. Australien wird in folgenden zwei Artikeln besprochen (Zhu et al. 2012) (Girgis et al. 2011). Für die bilinguale Beratung am Telefon bei Bluthochdruck siehe Han et al. (Han et al. 2010).

Eine Studie aus Grossbritannien evaluiert den Einsatz einer **zweisprachigen Audio-CD mit Informationen zu Gelenkrheumatismus** bei erkrankten Patienten und Patientinnen mit südasiatischem Migrationshintergrund sowie den Einsatz von ausgebildeten Freiwilligen mit der gleichen Muttersprache zur Patientenbildung („peer support and education“) (Kumar et al. 2011). Die Studienteilnehmenden wurden zu ihren Erfahrungen mit beiden Massnahmen befragt. Hervorgehoben wurde von den Befragten, dass die Audio-CD egal wann und wo abgehört werden konnte und sehr hilfreich war in der Sensibilisierung der Familie für die Symptome und Verläufe der Krankheit. Die Autoren und Autorinnen sehen in der Audio-CD eine wertvolle Ergänzung zur interkulturellen Übersetzung, die es schafft, eine schwer zu erreichende Zielgruppe gesundheitsfördernd zu informieren und sie verstärkt in ihr eigenes ‚disease management‘ einzubinden.

Forschende aus den USA haben die Grundlage für die Forschung zu **Piktogramm basierten Instruktionen beim Spitalaustritt für bildungsferne ältere Patientinnen und Patienten** nach einer Hüftoperation gelegt (Choi 2011). In ihrem Artikel bespricht Choi die Entwicklung der Piktogramme und eine erste Validierung dieser durch Hüftgelenkexperten (als nächstes ist die Validierung durch ein Patientensample geplant). In den Piktogrammen werden Strichmännchen bei alltäglichen Tätigkeiten abgebildet, die Empfehlungen zur postoperativen Nachsorge vermitteln. Der Vorteil von Piktogrammen ist, dass sie komplexe Instruktionen Schritt-für-Schritt abbilden können und dadurch leichter zu lernen sind. Die Autorin schlägt vor, die Piktogramme auch in der gesundheitlichen Versorgung von Migranten/innen zum Einsatz zu bringen und vermutet, dass diese effizienter sind als die in verschiedene Sprachen übersetzten (und textlastigen) Gesundheitsinformationen. Der Artikel leistet einen Überblick über die bisherige Forschung zum Einsatz visueller Hilfsmittel und Texte für Menschen mit geringer Lese- und Schreibfähigkeit in der Bildungsarbeit im Gesundheitswesen. Der **Einsatz von Piktogrammen auf Baustellen** zur besseren Kommunikation von Gesundheits- und Unfallrisiken im Baugewerbe wurde von Bust et al. in England untersucht (Bust et al. 2010).

## 5 Gesundheitsversorgung und Aus- und Weiterbildung

### Gesundheitsversorgung

#### Schweiz

Forscherinnen des Schweizerischen Forums für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM) haben im Auftrag der Eidgenössischen Kommission für Migrationsfragen (EKM) einen Bericht zu **irregulärer Migration und Sans-Papiers in der Schweiz** geschrieben (Efionayi-Mäder et al. 2010). Die politischen und juristischen Tendenzen zum Thema Sans-Papiers sowie die gesundheitliche Versorgung dieser Menschen werden analysiert. Zwei weitere Berichte der Forscherinnen behandeln im Rahmen des EU-Projekts ‚Health Care in NowHEREland: improving services for undocumented migrants in the EU‘ vertieft das Thema der **Gesundheitsversorgung von undokumentierten Migranten/-innen** (Bilger et al. 2011) (Wyssmüller and Efionayi-Mäder 2011). Beide Forschungsberichte behandeln sowohl die Policy-Ebene wie auch die Alltagspraxis und beleuchten vor allem den Bedarf an Versorgung und die Zugangsstrategien der Sans-Papiers.

In das Feld der Untersuchungen zu Diskriminierung im Gesundheitssystem lässt sich auch eine Schweizer Studie einordnen. Hudelson et al. des HUG erhoben statistische Daten zu **Diskriminierungserfahrungen während des Krankenhausaufenthaltes** und Bewertungen der Versorgung (durch die PatientInnen) (Hudelson et al. 2010). 11% der 1'537 befragten Personen gaben an, diskriminiert worden zu sein. Die häufigsten Gründe hierfür waren Sprache, Alter, Nationalität oder eine zu Stigmatisierung führende Krankheit zu haben. 15% der nicht-europäischen Patientinnen und Patienten fühlten sich angesichts ihrer Sprache, Nationalität, Religion oder Hautfarbe diskriminierend behandelt. PatientInnen, die sich von Diskriminierung betroffen fühlten, bewerteten ihre Versorgung als weniger gut. Die Studie unterscheidet sich von anderen, da üblicherweise Diskriminierung aufgrund von Ethnizität untersucht wird und nur wenige Studien hospitalisierte PatientInnen befragen.

In einem Bericht des Obsan zur **Hospitalisierungsrate von Migrantinnen und Migranten** in der Schweiz stellt sich heraus, dass die Migrationsbevölkerung weniger häufig im Spital war als Schweizerinnen und Schweizer (Moreau-Gruet and Luyet 2012). Bei einigen Diagnosen jedoch liegt ihre Hospitalisierungsrate höher, dies im Fall von psychischen Erkrankungen, Herzerkrankungen und Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (dies gilt vor allem für Männer und Frauen aus dem Nahen Osten). Migranten/-innen aus Italien, Osteuropa und dem Nahen Osten, nicht aber aus Westeuropa, erkranken verglichen mit der Schweizer

Bevölkerung häufiger an Diabetes.

Ein Studie des Inselspitals in Bern untersuchte die Gruppe der sogenannten **'Walk-in-PatientInnen'**, welche sich am Wochenende und nachts selbst einliefern und als ‚nicht dringliche‘ chirurgische Notfälle diagnostiziert werden (Clement et al. 2010). Die Forschungsarbeit zeigt, dass viele Menschen, besonders in den Städten, keinen Hausarzt bzw. keine Hausärztin haben. 83% der Schweizer haben einen Hausarzt, dies gilt jedoch nur für 57% der Migranten/-innen. Die Zugangsbarrieren zur hausärztlichen Versorgung, so die Autoren, müssen abgebaut werden.

Am Zürcher Kinderspital stellte man sich in einer Studie die Frage, ob **Ungleichheiten in der Notfallversorgung von Kindern mit Migrationshintergrund** im Vergleich zu Schweizer Kindern bestehen (Tritschler et al. 2011). Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder aus der Migrationsbevölkerung in der Versorgung auf der Intensivstation überrepräsentiert sind verglichen mit dem Anteil Migrant/-innen in der Allgemeinbevölkerung. Der Schweregrad der Erkrankungen jedoch unterscheidet sich nicht von Schweizer Kindern, so auch nicht die Sterblichkeitsrate. Hingegen sei aber zu vermuten, dass Ungleichheiten auf einem niedrigeren Schweregrad der Erkrankungen bestehen, z.B. aufgrund von Defiziten in der Grundversorgung. Zusammenfassend sind die Autoren der Ansicht, dass Nationalität und sozioökonomische Faktoren die Versorgungsqualität nicht mehr beeinflussen, sobald ein Kind in die Spitalversorgungsstrukturen eingewiesen wird.

Zum Programm ‚Enceinte à Genève‘, das sich an **schwängere Migrantinnen in Genf** richtet und sie mit Geburtsvorbereitungskursen unterstützt, informieren Wissenschaftlerinnen der Universität Genf (Goguikian Ratcliff et al. 2011). Appartenances-Genève und die Hebammen-Organisation ‚l'Arcade des sages-femmes‘ haben das Projekt 2006 ins Leben gerufen. Seitdem hat sich die Zahl der Teilnehmerinnen verfünffacht und bisher sind 120 Frauen (Stand 2010), die zu einer schwer zu erreichenden Zielgruppe zählen, interdisziplinär und mit der Hilfe von Dolmetschenden betreut worden. Die Programmstatistik zeigt, dass Frauen mit irregulärem Status häufiger Komplikationen während oder nach der Geburt (z.B. postnatale Depression) erleiden als Frauen mit einer Aufenthaltsbewilligung (62% vs. 30%).

Ein Artikel von Forscherinnen des CHUV stellt die **Gesundheitsversorgung von nicht begleiteten Minderjährigen** in Lausanne dar (Depallens and Ambresin 2010)

Eine nationale Befragung von Apotheken in der Schweiz zur **Arzneimittelberatung von Kundinnen und Kunden mit Migrationshintergrund**, durchgeführt von der Stiftung für Pa-

tientensicherheit, stellt fest, dass das Thema für die Apotheken ein wichtiger Bereich in der Patientensicherheit darstellt (Gehring and Schwappach 2012). 55% der ApothekerInnen gaben an, mindestens einmal täglich oder wöchentlich *kein* gutes Beratungsgespräch mit einem fremdsprachigen Kunden oder mit einer fremdsprachigen Kundin zu führen. Die Schwierigkeiten in der Kommunikation werden hauptsächlich auf sprachlicher Ebene gesehen. Zurzeit wenden Apotheken in der Schweiz fremdsprachige Etiketten (51%) oder Packungsbeilagen (61%), Piktogramme (73%) oder Dolmetschdienste (90%) nur sehr wenig bis gar nicht an, würden jedoch solche konkreten Hilfsmittel gerne in Anspruch nehmen. Die Ergebnisse des qualitativen Forschungsteils stehen noch aus, werden jedoch darüber Aufschluss geben, in welchen konkreten Beratungssituationen sicherheitsrelevante Probleme in der Interaktion mit Migranten/-innen auftreten und wie sie angegangen werden.

In einer Informationsbroschüre des HUG mit Texten von Patricia Hudelson und Sarah Vilpert wird die gesundheitliche Situation von Migranten/-innen erläutert (Hudelson and Vilpert 2010). Der Fokus liegt jedoch darin, die Migranten/-innen selbst zu Wort kommen zu lassen. Sie berichten von ihren Erfahrungen im Schweizer Gesundheitssystem und zum Gebrauch der interkulturellen Übersetzungsdienste.

Bischoff et al. führten eine **Analyse der Gesundheitsversorgungskosten von Asylsuchenden** aus Kriegsgebieten bzw. aus Ländern in denen kein Konflikt herrscht durch (Bischoff et al. 2011). Die Asylsuchenden, die Kriegszustände erlebt hatten, hatten höhere Gesundheitskosten. Die Autoren führen dies aber auf die oft langen Zeiträume zurück, die diese in den Asylzentren verbringen.

In einer Studie aus Basel zur **Gesundheitsversorgung von asylsuchenden Frauen** werden medizinischen Fachpersonen zu ihrer Aufgabe befragt (Kurth et al. 2010a). Neben der Tatsache, dass sie sich auf diese emotional schwierige Arbeit nicht vorbereitet bzw. ausgebildet fühlen, empfinden sie die Doppelrolle als offizielle Vertretung des Asylverfahrens und als Arzt oder Ärztin, die ihren Patientinnen gerecht werden möchte, als sehr belastend.

Ein vom Schweizer Nationalfond (SNF) für das Nationale Forschungsprogramm NFP 67 ‚Lebensende‘ bewilligtes Forschungsprojekt wird u.a. die soziale Diversität und hier vor allem die Gruppe älterer Migranten/-innen in Pflegeheimen untersuchen (Salis Gross 2011a). Eines der Forschungssettings ist eine ‚mediterrane‘ Pflegeheimabteilung. Die ethnologische Forschung wird sich mit den Praktiken des Sterbens beschäftigen.

Eine Bachelor-Thesis im Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule behandelt die **Palliative Pflege bei muslimischen Patientinnen und Patienten** (Stiefel 2012). Die Litera-

turreview zeigt, dass sehr vielfältige Erfahrungen mit palliativer Pflege in westlichen Akutspitätern gemacht werden. Meist kommt es aufgrund von unterschiedlichen Erwartungen zu Spannungen zwischen Pflegefachpersonen und PatientInnen bzw. ihren Familien. Die Autorin formuliert Umsetzungsvorschläge für die Praxis.

## International

### Überblick

Mladovsky bespricht in ihrem Artikel zu den bisherigen **staatlichen Bemühungen in den Ländern der Europäischen Union zur Förderung der Gesundheit von Migranten/-innen** auch Massnahmen in der Aus- und Weiterbildung (Mladovsky 2011). Generell stellen die Autoren fest, dass in den 11 Ländern die verschiedensten Massnahmen eingesetzt werden, inklusive Weiterbildungen von Personal, Übersetzungsdiensten und kulturellen Mediatoren. Den Ansatz, kulturelle Kompetenz auf der Organisationsebene zu integrieren und nicht mehr nur Individuen dafür zu verantworten, verfolgen jedoch nur wenige.

Ähnlich wie die Studie von Deville et al. (2011) wurden in der Studie von Priebe et al. Gesundheitsfachpersonen aus 16 europäischen Ländern zu den von ihnen erlebten Schwierigkeiten in der Versorgung von Migranten/-innen interviewt (Priebe et al. 2011). Gefragt wurde auch, welche **good practice-Massnahmen** ihnen bisher halfen bzw. helfen würden, die Schwierigkeiten zu minimieren. Hier wurden u.a. die organisationale Flexibilität mit genügend Zeit und Ressourcen, gute Übersetzungsdienste und klare Richtlinien zur Anspruchsberechtigung von PatientInnengruppen mit unterschiedlichem Migrationsstatus genannt.

Das Ausmass **gesundheitlicher Ungleichheiten in Schottland und Belgien** wird in einer Studie von Lorant und Bhopal miteinander verglichen (Lorant and Bhopal 2011). Strategien zur Lösung des Problems der ‚ethnic inequalities‘ auf Policy- und Massnahmenebene werden beachtet. Schottland habe das Problem der gesundheitlichen Ungleichheiten offiziell erkannt und gehe strategisch dagegen vor, während Belgien als ‚Spätzünder‘ beschrieben wird und die belgische Regierung weiterhin annehmen würde, dass Diskriminierung im Gesundheitssystem nicht existiert.

Ein wissenschaftlicher Essay geht auf die Rolle von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund als integraler Bestandteil des britischen Gesundheitssystems (NHS) ein (Simpson et al. 2010). Der Artikel weist auf die aktuell vermehrt stattfindende Auseinandersetzung der NHS mit dem Thema Migration hin.

Wie will das britische Gesundheitssystem medizinische Versorgung leisten angesichts der gesellschaftlichen Pluralität bzw. ‚super-diversity‘? Diese Frage stellt sich Phillimore (Phillimore 2011). Auf Grundlage ihrer Studien beschreibt sie die Probleme, die **erst kürzlich zugewanderte Migranten/-innen im Zugang zur Gesundheitsversorgung** haben. Phillimore beschreibt ihre Situation mit dem Satz: ‚New migrants appeared to be trying and failing to fit into a system they do not understand and that does not understand them.‘ Die Fragestellung ist für Grossbritannien in der Hinsicht neu, als dass die Forschung bisher ihr hauptsächliches Augenmerk auf die ‚black minority ethnic groups‘ (BME) und ihre gesundheitliche Ungleichheit richtete.

Eine amerikanische Forschung untersuchte, wie Gesundheitsversorger Daten zur Ethnizität ihrer PatientInnen sammeln und analysieren, um daraufhin Anpassungen für eine bessere Versorgungsqualität zu planen (Thorlby et al. 2011).

Auf das immer mehr erforschte Thema der **länderübergreifenden Gesundheitsversorgung** (vgl. Kapitel 1) sei auch in diesem Kapitel hingewiesen. Die Medizinethnologen Tiilikainen und Koehn analysieren das „health care seeking“ somalischer Migranten/-innen in Finnland und Somaliland und zeigen, wie transnationale Verbindungen die persönliche Widerstandskraft (Resilienz) fördert (Tiilikainen and Koehn 2011).

### **Gesundheitsversorgung themenübergreifend**

Die **Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten** wurde im Auftrag des deutschen Bundesamts für Migration und Flüchtlinge erhoben (Kohls 2012). Die Daten beruhen auf einer repräsentativen Studie zur Wirkung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes. Der Bericht prüft, inwieweit pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund in den Angeboten der Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen thematisiert werden und stellt fest, dass sich die Inanspruchnahme nicht mit der Bedürftigkeit deckt. Es werden mögliche Gründe hierfür diskutiert und Handlungsempfehlungen gemacht.

Der Bereich häusliche Pflege bei Migranten/-innen wird in zwei weiteren Artikeln thematisiert. Ulusoy und Grassel informieren zu dem bisher stark vernachlässigten Forschungsgebiet der **Angehörigenpflege bei Migranten/-innen** und erläutern die aktuelle Pflegepraxis in türkischen Familien sowie den Handlungsbedarf bei pflegenden Angehörigen und identifizieren Forschungslücken (Ulusoy and Grassel 2010). Pflegende Angehörige sind oft hohen Belastungen ausgesetzt. Im Fall der Pflegenden mit türkischem Migrationshintergrund kommt hin-

zu, dass diese kaum über Kenntnisse zu Hilfeleistungen verfügen und durch die Überforderung selbst einem hohen Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind.

Das Ziel eines Forschungsprojektes aus Deutschland war die Entwicklung einer **Intervention zur Verbesserung der häuslichen Pflege von türkischen Migranten/-innen** (Glodny et al. 2011). Zurzeit werden etwa 91% der Pflegebedürftigen mit türkischem Migrationshintergrund zu Hause durch Angehörige versorgt, zumeist ohne die Unterstützung durch professionelle Pfleger. Zu erwarten ist jedoch, dass der Anteil an berufstätigen Frauen steigt, die Familienstruktur sich verändern wird und die Familien geographisch weiter auseinander wohnen werden. Diese Umstände werden in Zukunft die Pflegesituation erschweren. Um der hohen Belastung und teilweisen Überforderung der Angehörigen entgegen zu wirken, wurde ein Projekt entwickelt, das Angehörige und Pflegebedürftige aus der türkischen Gemeinschaft in Selbsthilfegruppen zusammenbringt. In diesen wird die Methode des Storytellings angewendet, das Erzählen einer Geschichte mit einer den Teilnehmenden bekannten Problemstellung und das anschließende Diskutieren. Der gegenseitige Austausch hilft Informationsdefizite und Zugangsbarrieren abzubauen und die Nutzung von Angeboten von Pflegemaßnahmen zu erleichtern.

Die bisherige **Verbreitung von fremdsprachigen Patienteninformationen in Deutschland** und ihr Entwicklungspotenzial ist Thema einer Studie von Bungartz et al. (Bungartz et al. 2011). Im Rahmen einer umfangreichen Recherche wurde eine Bestandsaufnahme der fremdsprachigen Internetangebote, Patienteninformationsbroschüren für Praxis und Klinik und patientenorientierte Arzneimittelinformationen (Beipackzettel) gemacht. Die Forschenden stellen fest, dass fremdsprachige Patienteninformationen im deutschen Gesundheitssystem derzeit sehr wenig verbreitet sind. Im Internet sind die BZgA und andere „Leuchtturmprojekte“ zu finden, jedoch ist die Forschergruppe überrascht, wie wenig Anbieter ihre Gesundheitsinformationen mehrsprachig anbieten. Dem gegenübergestellt wird das Projekt „Migesplus: Gesundheitsinformationen für MigrantInnen“ aus der Schweiz. Für den Bereich „Arzneimittelinformationen“ wurde eine wissenschaftliche Literaturrecherche durchgeführt, die lediglich vier Treffer zu Tage förderte. (Zu einem ähnlichen Ergebnis kam diese Literaturrecherche.) Fremdsprachige Beipackzettel sind bislang nicht in ausreichendem Masse vorhanden und die geringe Anzahl an Artikeln deutet auf eine geringe Forschungsaktivität hin. Der Artikel weist immer wieder auf die Relevanz fremdsprachiger Informationen für die Patientensicherheit, Versorgungsqualität und bessere Behandlungsergebnisse hin.

Ein Artikel zu Migranten/-innen und **Diabetes** setzt den Schwerpunkt auf die **Gesundheitskompetenz** und richtet sich an praktizierendes Personal in der Gesundheitsversorgung (Parmakerli 2011). Parmakerli unterteilt in eine hohe, partielle oder niedrige Gesundheits-

kompetenz und empfiehlt anhand dessen angepasste Massnahmen, um die gewünschte Compliance und das Empowerment zu erreichen. Alam et al. stellen für Migranten/-innen aus Bangladesh, die an Diabetes erkrankt sind, einen unzureichenden Zugang zu Informationen und Versorgung im britischen Gesundheitssystem fest (Alam et al. 2012).

Die unterschiedliche Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitssystem zwischen Migranten/-innen und Spaniern ist Thema des Beitrags von Jimenez-Rubio und Hernandez-Quevedo (Jimenez-Rubio and Hernandez-Quevedo 2011). Hogenhuis et al. haben in ihrer Studie herausgefunden, dass Hausärzte Migranten/-innen der ersten Generation öfter ausführlicheren Tests unterziehen und mehr Antibiotika verschreiben als Patienten und Patientinnen niederländischer Herkunft (Hogenhuis et al. 2010).

Im Zusammenhang mit Einverständniserklärungen von Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund bzw. mit begrenzten Sprachkenntnissen haben Forscher aus Grossbritannien die **Kommunikation medizinischer Risiken** mit visuellen Hilfsmitteln getestet und festgestellt, dass diese besser funktionieren als numerische Formate (Garcia-Retamero and Dhami 2011).

Ein Sammelband britischer Forschende zum Thema **Sterben und sozialer Diversität** geht auf die Palliative Care-Versorgung von unterschiedlichen, meist vulnerablen Bevölkerungsgruppen, u.a. auch Asylsuchenden und Flüchtlingen, ein (Oliviere et al. 2011). Auch hier finden Ungleichheiten in der Versorgung statt und es braucht mehr Massnahmen um eine ‚good end of life care‘ garantieren zu können, so die AutorInnen.

Die Palliative Care-Versorgung von PatientInnen mit marokkanischem und türkischem Migrationshintergrund in den Niederlanden wird von de Graaff in zwei Artikeln thematisiert (de Graaff et al. 2010) (de Graaff et al. 2012).

In der Zeitschrift ‚Ethik in der Medizin‘ erschien ein Fallbeispiel aus der Palliativmedizin, in dem die Palliative Care-Versorgung eines türkischen Patienten beschrieben wird. Ilkilic et al. nehmen in einem Kommentar aus ethischer Sicht zum Fall Stellung (Ilkilic et al. 2010).

Ein Bericht der European Union Agency for Fundamental Rights beleuchtet die **Rechte undokumentierter Frauen, die in Privathaushalten als Reinigungs- und Betreuungskräfte** arbeiten (FRA - European Union Agency for Fundamental Rights 2011). Die rechtliche Situation dieser Frauen in zehn europäischen Ländern wurde miteinander verglichen. Hierzu gehört das Recht auf Gesundheit. Im Bericht werden kurz der Zugang zu medizinischer Versorgung, krankheitsbedingter Urlaub und die Kompensation aufgrund von Arbeitsunfällen und Ruhezeiten angesprochen. Kennzeichnend für diese Gruppe sind die hohen Arbeitszei-



ten sowie schlechten Arbeitsbedingungen, das Wohnen am Arbeitsplatz („lodge-in“) und die teilweise soziale Isolation. Viele dieser Frauen sind zwischen 40 und 50 Jahre alt und leiden unter psychischen Problemen, haben jedoch keinen geregelten Zugang zum Gesundheitssystem.

Die Zuwanderung der ‚new european migrants‘, meist aus Osteuropa, nach Schottland und Grossbritannien ist in den letzten Jahren stark angestiegen. Im Rahmen einer Massnahme zur Qualitätsverbesserung wurde die **Versorgung von Schwangeren** mit osteuropäischem Migrationshintergrund in Schottland geprüft (Bray et al. 2010). Vor allem die Standards zur Übersetzung wurden nicht erfüllt und die Daten suggerieren eine Unterbenutzung der Übersetzungsdienste. Das medizinische Personal würde die Übersetzenden nur hinzu ziehen, wenn sie diese selbst bräuchten, um etwa Patientenverfügungen zu besprechen.

### **Gesundheitsversorgung und psychische Gesundheit**

Neue Ansätze in der Erkennung und Differenzierung von **Depression bei Migranten/-innen** werden von Schouler-Ocak et al. beschrieben (Schouler-Ocak et al. 2010a). Die Inanspruchnahme von psychiatrischen Ambulatorien durch PatientInnen mit türkischem und osteuropäischem Migrationshintergrund wird mit deutschen PatientInnen verglichen (Schouler-Ocak et al. 2010b). Siehe hierfür auch eine Publikation von Bermejo et al. (Bermejo et al. 2012).

Warum gruppentherapeutische Massnahmen in der Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen in Betracht gezogen werden, erklären Joksimovic et al. (Joksimovic et al. 2011).

Eine nationale Studie aus Dänemark zur **Demenz-Diagnostik** stellt erhebliche Unterschiede in der Qualität der Diagnostik bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund fest (Nielsen et al. 2011a). Die Autorengruppe vermutet, dass viele der untersuchten PatientInnen eine psychische Erkrankung haben, die weder angemessen diagnostiziert noch behandelt wurde. Ein ähnliches Forschungsdesign wurde für ganz Europa angewendet (Nielsen et al. 2011b).

Eine qualitative Studie aus England untersuchte, warum **Frauen karibischer Herkunft kaum Versorgungsleistungen bei perinataler Depression** in Anspruch nehmen, obwohl sie hiervon stark betroffen sind (Edge 2011). In den Fokusgruppen erklärten die Frauen, dass sie auf Grund von negativen Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung allgemein, kein Vertrauen zum medizinischen Personal aufbauen konnten und dementsprechend zurückhaltend in der Nachfrage nach Betreuung bei psychischen Problemen sind. Zusätzlich zum Misstrauen komme das Gefühl, dass die Gesundheitsversorger sehr beschäftigt sind

und keine Zeit für ihre Patientinnen haben. Eine Fokusgruppenteilnehmerin beschreibt dies mit den Worten ‚It’s leaflet, leaflet, leaflet then „see you later“‘.

Zu den **Krankheitskonzepten und Behandlungserwartungen traumatisierter Migranten/innen** haben Maier und Straub der Universität Zürich gearbeitet (Maier and Straub 2011). Die Studienteilnehmenden wussten sehr wenig über Psychotherapie, waren jedoch der Überzeugung, dass medizinische Versorgung ihnen helfen würde. Dass körperliche Aktivität PTSD-Symptome und chronische Schmerzen bei traumatisierten Flüchtlingen lindert, zeigen Liedl et al. (Liedl et al. 2011). Zwei verschiedene psychotherapeutische Therapieformen werden in der Studie Hensel-Dittmann et al. bei traumatisierten Flüchtlingen auf die Reduzierung von PTSD-Symptomen untersucht (Hensel-Dittmann et al. 2011).

## **Rehabilitation**

Forschungen zur psychosomatischen, **rehabilitativen Behandlung von PatientInnen mit Migrationshintergrund** gewinnen zunehmend an Bedeutung. Schlechtere Behandlungsergebnisse und erhöhte Berentungszahlen zeigen einen Forschungsbedarf auf. Für die Bedarfsfrage in Deutschland erschienen zwei Artikel (Kobelt et al. 2011) (Mosko et al. 2011). Eine andere Studie aus Deutschland untersuchte die Inanspruchnahme und Effektivität medizinischer Rehabilitation bei PatientInnen mit Migrationshintergrund im Vergleich mit deutschen PatientInnen (Brzoska et al. 2010). Den Gründen für das Abbrechen der Rehabilitation bei PatientInnen türkischer und marokkanischer Herkunft mit chronischen Rückenschmerzen widmete sich eine qualitative Studie aus den Niederlanden (Sloots et al. 2010b) (Sloots et al. 2010a). Unterschiede in der Ausstellung von Arbeitskrankschreibung bzw. Erwerbsunfähigkeitsbescheinigungen durch niederländische Ärzte und Ärztinnen wurden durch Meershoek et al. untersucht (Meershoek et al. 2011).

## **Versorgungsqualität und Patientensicherheit**

Der Perspektive und den Erfahrungen von Patientinnen und Patienten wird in der Forschung immer mehr Aufmerksamkeit geschenkt, weil erkannt wurde, dass ihre Beobachtungen ein wichtiges Element in der **Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit** sind. Bisher wird jedoch kaum die Perspektive der PatientInnen mit Migrationshintergrund untersucht. Dabei ist bekannt, dass schlechte Erfahrungen das Vertrauen reduzieren, welches wiederum zu einer niedrigen Zufriedenheit, nicht ausreichender Therapieadhärenz und einem schlechteren subjektiven Gesundheitszustand führt. Ein qualitativ schlechteres Verhältnis zum Versorgungspersonal ist die Konsequenz. Folgende Studien versuchen, das

Forschungsfeld der Patientensicherheit und Versorgungsqualität bei Migranten/-innen zu etablieren.

Eine qualitative Studie aus den Niederlanden berichtet von Interviews mit Migranten/-innen, die während ihres Aufenthaltes im Spital eine **negative Versorgungserfahrung** gemacht hatten (Suurmond et al. 2011). Suurmond et al. sprechen von ‚negative health care experiences‘ statt von ‚Versorgungsfehler‘, ‚Vorfall in Bezug auf die Patientensicherheit‘ oder ‚adverse event‘, da sie davon ausgehen, dass das medizinische Personal die beschriebene Situation nicht als solche klassifizieren würden. Auf Grund dessen kann der formale Begriff nicht angewendet werden. ‚Negative events‘ beziehen sich auf eine missbräuchliche oder potentiell lebensgefährliche Versorgungssituation aus Sicht der Migranten/-innen. Es konnten drei Schlüsselkontexte identifiziert werden, in denen die Negativerfahrungen stattfanden: (1) im unzulänglichen Informationsaustausch zwischen Migranten/-innen und Versorgungspersonal, (2) in den unterschiedlichen Vorstellungen bzgl. dem weiteren medizinischem Vorgehen und (3) in der wahrgenommenen Diskriminierung durch die Versorger. Die gleiche Forscherinnengruppe interviewte auch die Seite des medizinischen Personals zu **Ungleichheiten in der Patientensicherheit** (Suurmond et al. 2010). Hier fanden Vorfälle in der Patientensicherheit in Folge von (1) unangemessenem/fehlerhaftem Verhalten seitens der Versorger in Bezug auf Patientencharakteristika wie geringe Sprachkenntnisse, das Fehlen einer Krankenversicherung oder spezifische genetische Erkrankungen statt. Sowie (2) auf Grund von Missverständnissen, die mit abweichenden Krankheitsvorstellungen zusammenhängen und (3) in Folge von Vorurteilen gegenüber Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und der daraus resultierenden unzulänglichen Versorgung. Suurmond et al. schliessen daraus, dass die Praktiken der Versorgungsinstitution und der Gesundheitsfachpersonen zu einem erhöhten Patientensicherheitsrisiko für Migranten/-innen beitragen.

Die Literaturrecherche zeigt, dass einige Studien zum Thema **Diskriminierung im Gesundheitssystem** existieren. Hier lässt sich hervorheben, dass laut einer amerikanischen Studie die Bewertung der Versorgungsqualität durch die PatientInnen eng mit der wahrgenommenen Diskriminierung während der Behandlung zusammenhängen kann (Sorkin et al. 2010) und - wie im Fall einer Forschung aus den Niederlanden - auch mit Diskriminierungserfahrungen ausserhalb des Gesundheitssystems. Die Studie fokussiert auf die **Nicht-Inanspruchnahme von Hausärztinnen und Hausärzten durch Migranten/-innen** aus der Türkei und Marokko und stellt fest, dass diese durch die allgemeine Diskriminierungserfahrung der Migranten/-innen beeinflusst wird (Lamkaddem et al. 2011). Im Gegenzug wird jedoch die Gesundheitsversorgung im Herkunftsland nicht als Ersatz genutzt. Das Ergebnis impliziert für die Forschenden, dass ungenügende Inanspruchnahme von Hausarztpraxen

durch bestimmte Gruppen die Gesundheit dieser gefährdet und unnötigen Stress für die Notfallpraxen verursacht. Ein Artikel in einer britischen Krankenpflegezeitschrift informiert Krankenpflegefachpersonen über die geltende Anti-Diskriminierungsgesetzgebung (Griffith and Tengnah 2010). Diese ist Teil der ‚National Health Service constitution‘, die die Rechte und Pflichten der PatientInnen und Angestellten regelt.

Im Journal on Quality and Patient Safety ordnen Forschende des Disparities Solution Centers der Harvard Medical School der **Gesundheitsinformationen-Technologie** (‚**health information technology**‘ **HIT**) eine wichtige Rolle zu (Lopez et al. 2011). HIT umfasst technische Komponenten wie elektronische Patientendossiers, nationale Register von schwerwiegenden Krankheiten und Technologien, die das Management von chronischen Krankheiten erleichtern (e-mail, SMS und Fernüberwachung (‚remote monitoring‘)). Die in der HIT betriebene Verarbeitung von Gesundheitsinformationen habe das Potential, so die Forschenden, die Versorgungsqualität und Patientensicherheit zu verbessern. Ist die HIT sorgfältig entwickelt und aufeinander abgestimmt, könnte sie sogar gesundheitliche Ungleichheiten drastisch reduzieren. Die Autorengruppe identifiziert Grundursachen gesundheitlicher Ungleichheiten und gibt Empfehlungen ab, welche Technologien (HIT) dagegen wirken könnten. Ein weiterer Artikel aus den USA geht auf erfolgversprechende Massnahmen ein, die die Gesundheitsversorgung von unterversorgten Bevölkerungsteilen (‚underserved populations‘) mit Diabetes verbessern sollen (Fitzner et al. 2011). Hierzu zählen Fitzner et al. neben Gemeindebasierten Interventionen auch die Telemedizin.

Ebenfalls im Journal on Quality und Patient Safety ist ein Artikel von Green et al. erschienen, der aufzeigt, wie **kulturell kompetente Interventionen der Qualitätsverbesserung** zu mehr Gerechtigkeit bzw. Gleichheit im Gesundheitssystem führen können (Green et al. 2010). Die Forschenden aus den USA bilanzieren, dass zwar bisher schon einiges für die Verbesserung der Versorgungsqualität im Allgemeinen getan wurde, jedoch die gleichen Anstrengungen nun auch für die Reduzierung von gesundheitlichen Ungleichheiten, einem wichtigen Pfeiler der Qualität, eingesetzt werden sollten.

Neue Wege in der Versorgung von Migranten/-innen mit psychischen Problemen wurden in Dänemark ausprobiert. Um den Zugang zur Versorgung zu verbessern, wurden 61 PatientInnen von bilingualen Therapeuten mit Hilfe der **Telepsychiatrie, also der therapeutischen Betreuung per Videokonferenz**, behandelt (Mucic 2010). Die Pilotstudie wurde evaluiert, wobei die PatientInnenzufriedenheit sehr hoch ausfiel. Die Studienteilnehmenden bevorzugten die Therapie in ihrer Muttersprache gegenüber Therapiegesprächen mit Hilfe von Übersetzenden.

In einer amerikanischen Studie wurde die Benutzung von ins Spanische übersetzte **Medikamenteninformationen** in Form von Computerprogramm-generierten Aufklebern in Apotheken untersucht (Sharif and Tse 2010). Obwohl viele Apotheken diese Leistungen erbrachten, war die Qualität der Übersetzungen inkonsistent und somit teilweise gefährlich. Die Autoren rufen dazu auf, Standards diesbezüglich zu formulieren und damit die Sicherheit zu gewährleisten.

## **Aus- und Weiterbildung**

### **Schweiz**

Eine vom Bundesamt für Gesundheit geförderte Studie erhob die **Selbsteinschätzung von Ärztinnen und Ärzten und Medizinstudierenden zu ihren interkulturellen Kommunikationsfähigkeiten** im Raum Genf (Hudelson et al. 2011a). Mehr klinische Erfahrung mit Migranten/-innen und ein grösseres Interesse für diese PatientInnengruppe sowie Weiterbildungen in interkultureller Kommunikation scheinen das Selbstvertrauen der PraktikerInnen zu fördern. Hudelson et al. schliessen hieraus, dass Trainings zur kulturell kompetenten Versorgung die praktische Erfahrung mit PatientInnen mit Migrationshintergrund betonen sollten, um den ‚comfort level‘ der Ärzteschaft zu steigern. Die niedrigsten Selbsteinschätzungswerte wurden im Bereich Kommunikation mit Sans-Papiers, Asylsuchenden und PatientInnen mit vom biomedizinischen Verständnis abweichenden Krankheitsvorstellungen vergeben. Zu diesem Thema siehe eine weitere Studie von Hudelson et al. (Hudelson et al. 2011b).

Im pharmaJournal erschien ein Artikel von Corina Salis Gross über **Kurse zur transkulturellen Kompetenz für Apothekerinnen und Apotheker**, die im Rahmen des Nationalen Rauchstopp-Programms angeboten werden (Salis Gross 2011b). Diese Kurse sollen die Apotheken im Umgang mit ihrer vielfältigen Kundschaft unterstützen und einen Beitrag zur Versorgungsqualität und Patientensicherheit leisten.

### **International**

Knipper et al. gehen der Frage nach, wie **Diversität im Curriculum der Medizin** repräsentiert werden sollte (Knipper et al. 2010). Die internationale Forschergruppe stellt zwei Lehrprojekte aus Deutschland und den Niederlanden zu kultureller Kompetenz vor. In ihrem Artikel plädieren sie dafür, Diversität nicht nur in Zusammenhang mit Migration, Sprache oder Religion zu diskutieren, sondern auch den sozioökonomischen Status, Bildungsunterschiede

und verschiedene Berufe im Konzept der Diversität mitzudenken.

Möske et al. aus Deutschland stellen fest, dass im deutschsprachigen Raum weiterhin Evaluationsstudien zu interkulturellen Trainings in der psychosozialen Versorgung fehlen (Möske et al. 2012). Ausserdem existierten weiterhin noch keine Richtlinien oder Qualitätskriterien für solche Weiterbildungen.

Karmali et al. berichten von einer Intervention zur Förderung der Versorgungsqualität am Kinderspital von Toronto in Kanada (Karmali et al. 2011). Diese beinhaltete auf der Ebene der Organisation **Kurse zur kulturellen Kompetenz für das klinische und nicht-klinische Personal** sowie Massnahmen auf struktureller Ebene. Erste Evaluationsergebnisse machen deutlich, dass sich vor allem die Unterstützung durch die Spitaldirektion (z.B. Ermöglichen von Kursbesuchen), positiv auf das Change Management auswirkte.

Forschende aus den USA sehen im gleichzeitigen Einsatz von institutionellem **Diversity-Training und Weiterbildungen in der Mitarbeiterführung für die Ärzteschaft** die vielversprechendste Methode, um eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erreichen (Horwitz et al. 2011). Die Ärzte und Ärztinnen müssten die Rolle der ‚change agents‘ annehmen und die Entwicklung der kulturell kompetenten Gesundheitsversorgungsorganisation vorantreiben.

Die Evaluation einer **Diversity-Weiterbildung in den Versorgungssettings psychische Gesundheit, Pflegeheim und Spital** in den Niederlanden zeigt zwar, dass ein solches Projekt die Sensibilisierung, das Wissen und den Willen, etwas zu verändern, erhöhen kann, jedoch bestanden grosse Unterschiede zwischen den Settings (Celik et al. 2012). Die Teilnehmenden aus den Pflegeheimen empfanden den Kurs als viel zu akademisch und waren grösseren organisatorischen Einschränkungen ausgesetzt (Zeitmangel, Arbeitsbelastung etc.). Siehe zu diesem Thema auch eine wissenschaftliche Review Studie von Lie et al. (Lie et al. 2011).

Forschende aus England untersuchten einen **online Weiterbildungskurs zu transkultureller Kommunikation** bei klinischen Therapeuten, die im Bereich psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen arbeiten (Elsegood and Papadopoulos 2011). Die qualitative Analyse hält fest, dass die Teilnehmenden einen klaren Lernzuwachs bei/für sich feststellten. Der Einsatz einer DVD zur Förderung von Kommunikationsstrategien im patientenzentrierten Ansatz wird in einem Artikel aus Australien beschrieben (Hamilton and Woodward-Kron 2010).

## 6 Interkulturelles Übersetzen

### Schweiz

Eine vom BAG finanzierte und herausgegebene Publikation gibt einen **Überblick über den Stand des Wissens zum Interkulturellen Übersetzen in der Schweiz**. Sie resümiert wesentliche Erkenntnisse aus zahlreichen Forschungsarbeiten der letzten zwanzig Jahre und enthält ein Glossar mit zentralen Begriffen (Bundesamt für Gesundheit 2011).

Janine Dahinden und Alexander Bischoff gaben einen Sammelband heraus, der die Themen **Dolmetschen, interkulturelles Vermitteln und die interkulturelle Mediation** von verschiedenen Seiten beleuchtet (Dahinden and Bischoff 2010). Theoretische Beiträge und empirische Fallstudien verschiedener Schweizer Forscherinnen und Forscher wechseln sich ab mit „Stimmen aus der Praxis“, beispielsweise zu den regionalen Vermittlungsstellen oder zum interkulturellen Übersetzen als Berufsprofil.

Eine Publikation des « Centre de Linguistique et des Sciences du Langage de l'Université de Lausanne » enthält verschiedene Artikel rund um das Thema **Sprachbarrieren im medizinischen Kontext** (Singy et al. 2010). Die Autorinnen und Autoren, die in der Mehrheit in Westschweizer oder französischen Institutionen tätig sind, beleuchten verschiedene Aspekte der Thematik, beispielsweise die Rolle der Dolmetschenden zwischen Neutralität und emotionaler Verstrickung.

Im Kanton Basel-Stadt wurden die medizinischen Leitungen und die Pflegedienstleitungen verschiedener Kliniken/Abteilungen der öffentlichen Spitäler mit einem Fragebogen zu ihren **Strategien im Umgang mit fremdsprachigen PatientInnen** befragt (Bischoff and Hudelson 2010). Die Umfrage ergab, dass diese Strategien von der jeweiligen Sprache abhängig sind: Für Albanisch, Tamilisch, Bosnisch, Kroatisch, Serbisch, Portugiesisch und Türkisch werden fast die Hälfte der Gespräche von Angehörigen übersetzt – bei Spanisch ist es ein Drittel, bei Arabisch ein Viertel. Unterschiede in den Strategien scheinen vor allem die je nach Sprache unterschiedliche Verfügbarkeit zweisprachiger SpitalmitarbeiterInnen zu widerspiegeln. Der Artikel empfiehlt, künftig darauf zu fokussieren, Gesundheitsfachpersonen für die Probleme zu sensibilisieren, die der Einsatz von „ad hoc-Übersetzenden“ mit sich bringt.

Der Frage nach den **Kosten von Sprachbarrieren in der Behandlung von Asylsuchenden** gingen Bischoff und Denhaerynck nach (Bischoff and Denhaerynck 2010). Bei einer Stichprobe von Asylsuchenden in einer HMO-Praxis wurden die Kosten der Behandlungen inkl. Übersetzungsdiensten analysiert. Bei jenen Asylsuchenden, die Verständigungsschwierigkeiten mit den Gesundheitsfachleuten hatten, zeigten sich höhere Kosten. Insgesamt wei-

sen die Resultate darauf hin, dass der Einsatz von IKÜ (und damit höhere Kosten zu Beginn einer Behandlung) über längere Zeit hinaus Folgekosten vermeiden kann. Um dies empirisch zeigen zu können, seien aber weitere Forschungsarbeiten nötig.

Eine Forschergruppe des Universitätsspitals Basel hat verschiedene Aspekte der **Kommunikation mit fremdsprachigen SchmerzpatientInnen** untersucht (Ruppen et al. 2010). Bei 6-7% aller SchmerzpatientInnen war die Kommunikation unmöglich oder stark erschwert. Die Dauer der Konsultation war bei dieser Gruppe von PatientInnen signifikant kürzer als bei jenen mit weniger Kommunikationsschwierigkeiten.

## **International**

Ein Autorenteam der Universität Leeds fasst die Ergebnisse einer Literaturreview rund um **Verständigungsprobleme in der Grundversorgung** in Grossbritannien zusammen und skizziert Lösungsansätze (Li et al. 2010). Gemäss den Autoren soll den Medizinstudierenden auf verschiedenen Stufen im Studium gezeigt werden, wie sie wirkungsvoll und zuverlässig vorgehen können, wenn sie Verständigungsschwierigkeiten begegnen. Sie plädieren für mehr soziolinguistische Forschung im Bereich der ärztlichen Grundversorgung.

Ähnliche Schlussfolgerungen ziehen die Autorinnen eines Artikels, der sich mit dem **Ausdruck emotionaler Hinweise („emotional cues“)** bei PatientInnen, die ethnischen Minderheiten angehören, befasst (De Maesschalck et al. 2011). Fast 200 hausärztliche Beratungsgespräche wurden auf Video aufgezeichnet und analysiert. PatientInnen mit besseren Sprachkenntnissen äusserten signifikant mehr Emotionen. Mit den Wertvorstellungen, der Geschlechtszugehörigkeit oder der Anwesenheit einer übersetzenden Person konnten keine Zusammenhänge gefunden werden. Die Autorinnen ziehen den Schluss, dass die ärztliche Aus- und Weiterbildung stärker auf Übungsprogramme fokussieren soll, die auf das Erkennen und Handhaben von Sprachbarrieren zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin abzielen. Ein kanadisches Autorenteam kommt in seiner Analyse von 16 Arzt-Patienten-Gesprächen zum Ergebnis, dass in Gesprächen mit professioneller Übersetzung eher **emotionale Aspekte in Bezug auf das gesundheitliche Problem** zur Sprache kommen als in Gesprächen, die von Angehörigen übersetzt werden (Rosenberg et al. 2011).

Ein Artikel aus Belgien basiert auf verschiedenen qualitativen empirischen Studien, die zwischen 1995 und 2008 durchgeführt wurden und sich u.a. mit der Frage befassten, ob der Einsatz von interkulturellen VermittlerInnen die **Qualität der Gesundheitsversorgung für PatientInnen ethnischer Minderheiten** steigert (Verrept 2010). Die befragten Gesundheitsfachpersonen waren eindeutig der Meinung, dass eine Qualitätssteigerung stattfindet. Als



wichtigste Verbesserung wurde die Tatsache hervorgehoben, dass die VermittlerInnen den Austausch von korrekter und detaillierter Information zwischen Fachkräften und PatientInnen erleichterten. Dies auch in dem Sinne, dass die PatientInnen in Anwesenheit einer Vermittlerin/eines Vermittlers weniger gehemmt waren, ihre Geschichten zu erzählen.

Melissa Moyer stellt aufgrund ihrer ethnografischen Feldarbeit in einer Klinik in Barcelona Überlegungen an zum Thema **Multilingualismus in der Kommunikation im Spital**, sowohl seitens der Institution („institutionalisierter Multilingualismus“) als auch seitens der Gesundheitsfachpersonen (Moyer 2011). Sie analysiert unbeabsichtigte Folgen dieser mehrsprachigen Praxis, wie z.B. die unbewusste Kategorisierung der fremdsprachigen Kundschaft.

Mit den **Herausforderungen des Dolmetschens in der psychiatrischen Versorgung von Kindern** befasst sich ein Autorenteam aus Kanada (Rousseau et al. 2011). Der Artikel kommt zum Schluss, dass es notwendig ist, angemessene Ausbildungsprogramme für Dolmetschende und Ärzte/Ärztinnen zu entwickeln, die in diesem Setting praktizieren. Diese Programme sollen in existierende „practice guidelines“ einfließen. Der Artikel enthält auch eine Aufzählung von „Key Practitioner Messages“ an die Adresse der praktizierenden Ärzte. Auch der kurze Artikel von Wenk-Ansohn (Wenk-Ansohn and Gurriss 2011) gibt einige praktische Hinweise für **Therapiegespräche mit fremdsprachigen PatientInnen** in der Psychotherapie, insbesondere zur Rolle und zum erforderlichen Profil der dolmetschenden Person (Triolog-Situation). Ein **Literaturreview zum Einsatz von Dolmetschenden in der psychiatrischen Versorgung** stellt fest, dass der Einsatz professioneller ÜbersetzerInnen die Kommunikation zwischen PatientIn und VersorgerIn verbessert und die Patientenzufriedenheit erhöht (Bauer and Alegria 2010).

Verschiedene Artikel befassen sich mit der **Rolle der Übersetzenden**, sei es aus einer Aussensicht (Bahadir 2010) oder aus ihrer eigenen Perspektive (McDowell et al. 2011) (Butow et al. 2012) (Green et al. 2012).

Informationen rund um das Übersetzungssystem im Gesundheitswesen in **Australien** sind im Artikel von Philips zu finden (Philips 2010). Australien stellt den **weltweit grössten Übersetzungsdienst** (Translating and Interpreting Service TIS) zur Verfügung – er kann von allen Ärzten kostenlos genutzt werden. Der Artikel zeigt Gründe auf, die zur Unternutzung der Übersetzungsdienstleistungen führen können und gibt praktische Tipps für die Arbeit mit Übersetzenden. Bird beschreibt ein Fallbeispiel und gibt praktische Hinweise für Allgemeinmediziner, die telefonische Dolmetschdienste verwenden möchten (Bird 2010).

## Im Fokus: Übersetzung durch Familienmitglieder

In einem Artikel aus den Niederlanden analysieren die Autoren **Gespräche zwischen HausärztInnen und türkischsprachigen PatientInnen, die mit Hilfe informeller Übersetzer (Familienangehörige)** stattfanden (Meeuwesen et al. 2010). Die Diskursanalyse wurde anhand von Videoaufzeichnungen gemacht und fokussiert auf Missverständnisse, Änderungen durch die übersetzende Person sowie auf den Aspekt der Nebengespräche. Die Autoren empfehlen, die Ärzteschaft für die komplexen Prozesse des Übersetzens zu sensibilisieren und ihre Gesprächsführung zu schulen (Informationen in kleine Stücke portionieren, Nebengespräche vermeiden etc.).

Mit dem **Einsatz von Familienmitgliedern als Übersetzende** befasst sich auch ein neuseeländisches Forscherteam (Gray et al. 2011). Während einer Woche wurden die Konsultationen in einem neuseeländischen Grundversorgungszentrum („primary health centre“) beobachtet. 49% aller übersetzten Konsultationen wurden durch informelle ÜbersetzerInnen bestritten (meistens Familienangehörige). Die Ärztinnen/Ärzte beurteilen sie jedoch oft als ungenügend – bei „Drop-in“-Konsultationen scheinen solch informelle Übersetzungen oft gut zu funktionieren, bei vereinbarten Konsultationen jedoch weniger. Bei Schenker et al. ist nachzulesen, wie die prozentuale **Verteilung der verschiedenen Übersetzungstypen einem amerikanischen Spital** aussieht: Professionelle Übersetzungen werden nur selten in Anspruch genommen, ad hoc-Übersetzende wie Angehörige oder Freunde waren die meist gebrauchte Übersetzungsform (Schenker et al. 2011).

Seidelman et al. beleuchten die **Schwierigkeiten der Übersetzung durch Familienmitglieder aus der Perspektive der übersetzenden Person**. Die Schilderung des Fallbeispiels aus Israel stärken die Haltung, dass professionelles Übersetzen für den Kontext der Gesundheitsversorgung die beste Option darstellt (Seidelman and Bachner 2010).

## Im Fokus: Konsultationen mit Krebspatientinnen und -patienten

Butow und ihr Team fassen in zwei Artikeln die Ergebnisse einer australischen Studie zusammen, in deren Rahmen Arztkonsultationen mit 78 **Krebspatientinnen und Krebspatienten** und 115 Angehörigen aufgezeichnet und analysiert wurden. Der eine Artikel zeigt auf, dass die Ärzte mit Migrantinnen/-innen, die Übersetzung in Anspruch nahmen, kürzere Gespräche führten als mit den englischsprachigen PatientInnen oder mit den Migrantinnen und Migrantinnen ohne Übersetzung (Butow et al. 2011a). Der andere Artikel analysiert die **Übereinstimmung der Übersetzung mit den Originalaussagen** und kommt zum Schluss, dass

65% der professionellen Übersetzungen mit den Aussagen der Ärztinnen und Ärzte und der PatientInnen übereinstimmen (Butow et al. 2011b). Bei Übersetzungen durch Familienangehörige gibt es nur 50% Übereinstimmung.

In einer experimentellen Studie wurden Arzt-PatientInnen-Gespräche über das Thema Krebs analysiert: Die ForscherInnen verglichen inhaltlich identische Gespräche mit professionellen Übersetzenden mit solchen, die von unprofessionellen Übersetzenden gedolmetscht wurden. Bei den professionellen Dolmetschenden war das Risiko, einen **medizinisch relevanten Übersetzungsfehler** zu machen, um 70% kleiner (Gany et al. 2010).

Eine Studie aus den USA untersucht die **Krebsvorsorge** bei 1700 Frauen asiatischer und pazifischer Herkunft (Dang et al. 2010). Resultat der Studie war, dass jene Frauen, die in der Regel einen medizinischen Übersetzer in Anspruch nehmen, mehr Vorsorgeuntersuchungen machen liessen (Krebsabstrich, Mammografie, Brustuntersuchung) als jene, die keine Übersetzung in Anspruch nahmen.

## 7 Literaturverzeichnis

- ABATI, V. & HUNGERBÜHLER, H. (2011) *MIGRALTO. Ein partizipatives Modell für die aktive Bürgerschaft der älteren Migrationsbevölkerung in Schweizer Gemeinden (Kurzfassung)*.
- ABDULCADIR, J., MARGAIRAZ, C., BOULVAIN, M. & IRION, O. (2011) Care of women with female genital mutilation/cutting. *Swiss.Med.Wkly.*, 140, w13137.
- AGUDELO-SUAREZ, A. A., RONDA-PEREZ, E., GIL-GONZALEZ, D., VIVES-CASES, C., GARCIA, A. M., RUIZ-FRUTOS, C., FELT, E. & BENAVIDES, F. G. (2011) The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *Bmc Public Health*, 11.
- AHONEN, E. Q., JOSE LOPEZ-JACOB, M., LUISA VAZQUEZ, M., PORTHE, V., GIL-GONZALEZ, D., MARIA GARCIA, A., RUIZ-FRUTOS, C., BENACH, J. & BENAVIDES, F. G. (2010) Invisible Work, Unseen Hazards: The Health of Women Immigrant Household Service Workers in Spain. *American Journal of Industrial Medicine*, 53, (4) 405-416.
- AICHBERGER, M. C., NEUNER, B., HAPKE, U., RAPP, M. A., SCHOULER-OCAK, M. & BUSCH, M. A. (2011) Association Between Migrant Status and Depressive Symptoms in the Older Population in Germany. *Psychiatr.Prax.*, 39, (3) 116-121.
- AICHBERGER, M. C., SCHOULER-OCAK, M., MUNDT, A., BUSCH, M. A., NICKELS, E., HEIMANN, H. M., STROHLE, A., REISCHIES, F. M., HEINZ, A. & RAPP, M. A. (2010) Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Eur.Psychiatry*, 25, (8) 468-475.
- ALAM, R., SPEED, S. & BEAVER, K. (2012) A scoping review on the experiences and preferences in accessing diabetes-related healthcare information and services by British Bangladeshis. *Health & Social Care in the Community*, 20, (2) 155-171.
- AMERESEKERE, M., BORG, R., FREDERICK, J., VRAGOVIC, O., SAIA, K. & RAJ, A. (2011) Somali immigrant women's perceptions of cesarean delivery and patient-provider communication surrounding female circumcision and childbirth in the USA. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 115, (3) 227-230.
- ANLIKER, S. & RÖSCH, C. (2011) *Bericht "ESSKI Volta - ESSKI für Familien mit Migrationshintergrund". Phase Implementierung und Evaluation*, Institut für Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten.
- ANLIKER, S. & SCHMID, H. (2010) *Schlussbericht Projekt "ESSKI Basel - 7 Motivatoren zur besseren Erreichung von Familien mit Migrationshintergrund"*, Institut für Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten.
- ARNOLD, M., AARTS, M. J., SIESLING, S., VAN DER AA, M., VISSER, O. & COEBERGH, J. W. (2011) Breast and stomach cancer incidence and survival in migrants in the Netherlands, 1996-2006. *Eur.J.Cancer Prev.*, 20, (3) 150-156.
- ARNOLD, M., RAZUM, O. & COEBERGH, J. W. (2010) Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe: An overview of the literature. *Eur.J.Cancer*, 46, (14) 2647-2659.
- ASTORI, S., RIVA-MOSSMANN, S. & RUPP, S. (2012) *Analyse de besoin de l'offre cantonale du Valais en matière de promotion de la santé et de prévention à l'intention des familles d'enfants de 0-6 ans avec focus migrants*, Canton Valais, Promotion Santé Valais.

- AYERLE, G. M., LUDERER, C. & BEHRENS, J. (2010) Project "FruhStart"--family midwives in Saxony-Anhalt. Their networking with other health care and child welfare professionals and subjective view of the families. *Bundesgesundheitsblatt.Gesundheitsforschung.Gesundheitsschutz.*, 53, (11) 1158-1165.
- BACHMANN, N. & NEUHAUS, M. (2010) *Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern. Die Gesundheitschancen sind ungleich verteilt*, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Bern.
- BAHADIR, S. (2010) The task of the interpreter in the struggle of the other for empowerment. Mythical utopia or sine qua non of professionalism? *Translation and Interpreting Studies*, 5, (1) 124-139.
- BARTOLINI, E., BELL, G. S. & SANDER, J. W. (2011) Multicultural challenges in epilepsy. *Epilepsy Behav.*, 20, (3) 428-434.
- BASILE, L., JANSÁ, J. M., CARLIER, Y., SALAMANCA, D. D., ANGHEBEN, A., BARTOLONI, A., SEIXAS, J., VAN, G. T., CANAVATE, C., FLORES-CHAVEZ, M., JACKSON, Y., CHIODINI, P. L. & ALBAJAR-VINAS, P. (2011) Chagas disease in European countries: the challenge of a surveillance system. *Euro.Surveill*, 16, (37).
- BAUER, A. M. & ALEGRIA, M. (2010) Impact of Patient Language Proficiency and Interpreter Service Use on the Quality of Psychiatric Care: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, 61, (8) 765-773.
- BAUER, S. M., STEINER, H., FEUCHT, M., STOMPE, T., KARNIK, N., KASPER, S. & PLATTNER, B. (2011) Psychosocial background in incarcerated adolescents from Austria, Turkey and former Yugoslavia. *Psychiatry Res.*, 185, (1-2) 193-199.
- BAYERISCHES LANDESAMT FÜR GESUNDHEIT UND LEBENSMITTELSICHERHEIT (LGL) (2011) *Gesundheit und Migration. Bayerischer Bericht. Gesundheitsberichterstattung für Bayern 4*, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Erlangen.
- BEACOM, A. M. & NEWMAN, S. J. (2010) Communicating Health Information to Disadvantaged Populations. *Family & Community Health*, 33, (2) 152-162.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2011) *Nationaler Aktionsplan Integration. Zusammenhalt stärken - Teilhabe verwirklichen* Berlin.
- BENACH, J., MUNTANER, C., CHUNG, H. & BENAVIDES, F. G. (2010) Immigration, Employment Relations, and Health: Developing a Research Agenda. *American Journal of Industrial Medicine*, 53, (4) 338-343.
- BERCHET, C. & JUSOT, F. (2012) État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. *Questions d'économie de la Santé*, 172, (Janvier) 1-7.
- BERMEJO, I., FRANK, F., MAIER, I. & HOLZEL, L. P. (2012) Health care utilisation of migrants with mental disorders compared with Germans. *Psychiatr.Prax.*, 39, (2) 64-70.
- BEUNE, E. J., HAAFKENS, J. A., AGYEMANG, C. & BINDELS, P. J. (2010) Inhibitors and enablers of physical activity in multiethnic hypertensive patients: qualitative study. *J.Hum.Hypertens.*, 24, (4) 280-290.
- BILGER, V., HOLLOMEY, C., WYSSMÜLLER, C. & EFIONAYI-MÄDER, D. (2011) *Health Care for Undocumented Migrants in Switzerland. Policies - People - Practices*, Swiss Forum for Migration

and Population Studies - University of Neuchâtel & International Center for Migration Policy Development ICMPD.

- BIRD, S. (2010) Failure to use an interpreter. *Aust.Fam.Physician*, 39, (4) 241-242.
- BISCHOF, M. & MEIER, C. (2011) *Der Informationsbedarf der in die Stadt Zürich ziehenden Ausländerinnen und Ausländer. Arbeitspapier der Integrationsförderung der Stadt Zürich*, Stadt Zürich Integrationsförderung.
- BISCHOFF, A. & DENHAERYNCK, K. (2010) What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC.Health Serv.Res.*, 10, 248.
- BISCHOFF, A., DENHAERYNCK, K., SCHNEIDER, M. & BATTEGAY, E. (2011) The cost of war and the cost of health care - an epidemiological study of asylum seekers. *Swiss.Med.Wkly.*, 141, w13252.
- BISCHOFF, A. & HUDELSON, P. (2010) Access to healthcare interpreter services: where are we and where do we need to go? *Int.J. Environ. Res. Public Health*, 7, (7) 2838-2844.
- BLICKEM, C., BOWER, P., PROTHEROE, J., KENNEDY, A., VASSILEV, I., SANDERS, C., KIRK, S., CHEW-GRAHAM, C. & ROGERS, A. (2011) The role of information in supporting self-care in vascular conditions: a conceptual and empirical review. *Health & Social Care in the Community*, 19, (5) 449-459.
- BOLLINI, P., WANNER, P. & PAMPALLONA, S. (2011) Trends in maternal mortality in Switzerland among Swiss and foreign nationals, 1969-2006. *Int.J.Public Health*, 56, (5) 515-521.
- BOLZMANN, C. (2012) Democratization of ageing: also a reality for elderly immigrants? *European Journal of Social Work*, 15, (1) 97-113.
- BORRA, R. (2011) Depressive disorder among Turkish women in the Netherlands: a qualitative study of idioms of distress. *Transcult.Psychiatry*, 48, (5) 660-674.
- BRAY, J., GORMAN, D., DUNDAS, K. & SIM, J. (2010) Obstetric Care of New European Migrants in Scotland: an audit of antenatal care, obstetric outcomes and communication. *Scottish Medical Journal*, 55, (3) 26-31.
- BROMBACHER, T. (2011) Substanzgebrauch unter georgischen Asylsuchenden in der Schweiz. *Abhängigkeiten*, 17, (1) 94-103.
- BRZOSKA, P., VOIGTLANDER, S., SPALLEK, J. & RAZUM, O. (2010) Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. *Eur.J.Epidemiol.*, 25, (9) 651-660.
- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (2011) *Sprachliche Brücken zur Genesung. Interkulturelles Übersetzen im Gesundheitswesen der Schweiz*, Bundesamt für Gesundheit, Bern.
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA) (2011) *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz - Beispiele - Weiterführende Informationen*, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, 5. erweiterte und überarbeitete Auflage.
- BUNGARTZ, J., SZECSENYI, J. & JOOS, S. (2011) He that knows nothing doubts nothing: availability of foreign language patient education material for immigrant patients in Germany - a survey.

Z.Evid.Fortbild.Qual.Gesundhwes., 105, (10) 743-750.

BURRI SHARANI, B., EFIONAYI-MÄDER, D., HAMMER, S., PECORARO, M., SOLAND, B., TSAKA, A. & WYSSMÜLLER, C. (2010) *Die kosovarische Bevölkerung in der Schweiz*, Bundesamt für Migration, Bern.

BUST, P. D., GIBB, A. G. F. & AKWIWU, K. (2010) Communicating health and safety in construction: The use of pictures on construction site posters. IN M. Anderson (Ed.) *Contemporary Ergonomics and Human Factors 2010. Annual Conference of the Institute of Ergonomics and Human Factors*, Taylor & Francis.

BUTOW, P., BELL, M., GOLDSTEIN, D., SZE, M., ALDRIDGE, L., ABDO, S., MIKHAIL, M., DONG, S., IEDEMA, R., ASHGARI, R., HUI, R. & EISENBRUCH, M. (2011a) Grappling with cultural differences; communication between oncologists and immigrant cancer patients with and without interpreters. *Patient.Educ.Couns.*, 84, (3) 398-405.

BUTOW, P. N., GOLDSTEIN, D., BELL, M. L., SZE, M., ALDRIDGE, L. J., ABDO, S., TANIOUS, M., DONG, S., IEDEMA, R., VARDY, J., ASHGARI, R., HUI, R. & EISENBRUCH, M. (2011b) Interpretation in consultations with immigrant patients with cancer: how accurate is it? *J.Clin.Oncol.*, 29, (20) 2801-2807.

BUTOW, P. N., LOBB, E., JEFFORD, M., GOLDSTEIN, D., EISENBRUCH, M., GIRGIS, A., KING, M., SZE, M., ALDRIDGE, L. & SCHOFIELD, P. (2012) A bridge between cultures: interpreters' perspectives of consultations with migrant oncology patients. *Support.Care Cancer*, 20, (2) 235-244.

CANOVA, V. & MATTEI, G. (2011) *Migrationsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung: Bedarfsanalyse zu den Programmen und Projekten im Bereich öffentliche Gesundheit im Kanton Tessin*, Kanton Tessin, Gesundheits- und Sozialdepartement, Amt für Gesundheitsförderung und -evaluation.

CELIK, H., ABMA, T. A., KLINGE, I. & WIDDERSHOVEN, G. A. M. (2012) Process evaluation of a diversity training program: The value of a mixed method strategy. *Evaluation and Program Planning*, 35, (1) 54-65.

CHOI, J. (2011) Pictograph-Based Discharge Instructions for Low-Literate Older Adults After Hip Replacement Surgery: Development and Validation. *Journal of Gerontological Nursing*, 37, (11) 47-56.

CLEMENT, N., BUSINGER, A., MARTINOLLI, L., ZIMMERMANN, H. & EXADAKTYLOS, A. K. (2010) Referral practice among Swiss and non-Swiss walk-in patients in an urban surgical emergency department. *Swiss.Med.Wkly.*, 140, w13089.

COLLINS, C. H., ZIMMERMAN, C. & HOWARD, L. M. (2011) Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors. *Arch.Womens Ment.Health*, 14, (1) 3-11.

DAHINDEN, J. & BISCHOFF, A. (Eds.) (2010) *Dolmetschen, Vermitteln, Schlichten - Integration der Diversität?* Zürich, Seismo Verlag.

DANG, J., LEE, J., TRAN, J. H., KAGAWA-SINGER, M., FOO, M. A., NGUYEN, T. U., VALDEZ-DADIA, A., THOMSON, J. & TANJASIRI, S. P. (2010) The role of medical interpretation on breast and cervical cancer screening among Asian American and Pacific Islander women. *J.Cancer Educ.*, 25, (2) 253-262.

- DAVID, M. & BORDE, T. (2011) *Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration. Wie beeinflussen Migration und Akkulturation soziale und medizinische Parameter?*, Mabuse Verlag, Frankfurt am Main.
- DAVIES, A. A., BORLAND, R. M., BLAKE, C. & WEST, H. E. (2011) The dynamics of health and return migration. *PLoS.Med.*, 8, (6) e1001046.
- DE GRAAFF, F. M., FRANCKE, A. L., VAN DEN MUIJSENBERGH, M. E. & VAN DER GEEST, S. (2010) 'Palliative care': a contradiction in terms? A qualitative study of cancer patients with a Turkish or Moroccan background, their relatives and care providers. *BMC.Palliat.Care*, 9, 19.
- DE GRAAFF, F. M., FRANCKE, A. L., VAN DEN MUIJSENBERGH, M. E. & VAN DER GEEST, S. (2012) Understanding and improving communication and decision-making in palliative care for Turkish and Moroccan immigrants: a multiperspective study. *Ethn.Health*.
- DE MAESSCHALCK, S., DEVEUGELE, M. & WILLEMS, S. (2011) Language, culture and emotions: exploring ethnic minority patients' emotional expressions in primary healthcare consultations. *Patient.Educ.Couns.*, 84, (3) 406-412.
- DENKTAS, S., BONSEL, G. J., VAN DER WEG, E. J., VOORHAM, A. J., TORIJ, H. W., DE GRAAF, J. P., WILDSCHUT, H. I., PETERS, I. A., BIRNIE, E. & STEEGERS, E. A. (2011) An Urban Perinatal Health Programme of Strategies to Improve Perinatal Health. *Matern.Child Health J.*
- DEPALLENS, S. D., PUELMA, M. J., KRAHENBUHL, J. D. & GEHRI, M. (2010) The health status of children without resident permit consulting the Children's Hospital of Lausanne. *Swiss.Med.Wkly.*, 140, w13048.
- DEPALLENS, V. S. & AMBRESIN, A. E. (2010) Caring for unaccompanied minors: an experience from Lausanne. *Rev.Med.Suisse*, 6, (253) 1248-50, 1252.
- DETTMEYER, R., LAUX, J., FRIEDL, H., ZEDLER, B., BRATZKE, H. & PARZELLER, M. (2011) Medical and legal aspects of genital mutilation and circumcision part I: female genital mutilation (FGM). *Arch.Kriminol.*, 227, (1-2) 1-22.
- DEUTSCHER ETHIKRAT (2010) *Migration und Gesundheit. Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung. Tagungsdokumentation*, Deutscher Ethikrat, Berlin.
- DEVILLE, W., GREACEN, T., BOGIC, M., DAUVRIN, M., DIAS, S., GADDINI, A., JENSEN, N. K., KARAMANIDOU, C., KLUGE, U., MERTANIEMI, R., RIERA, R. P., SARVARY, A., SOARES, J. J., STANKUNAS, M., STRASSMAYR, C., WELBEL, M. & PRIEBE, S. (2011) Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC.Public Health*, 11, 699.
- DOMENIG, D. (2010) Das Präventionsgesetz aus migrationsspezifischer Perspektive. IN S. Hill (Ed.) *Gesundheits- und Präventionsziele für die Schweiz. Ergebnisse der SGGP-Stakeholder-Plattform 2009*, Bern, Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP.
- DUBOURG, D., RICHARD, F., LEYE, E., NDAME, S., ROMMENS, T. & MAES, S. (2011) Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16, (4) 248-257.
- EDGE, D. (2011) 'It's leaflet, leaflet, leaflet then, "see you later"': black Caribbean women's perceptions of perinatal mental health care. *Br.J.Gen.Pract.*, 61, (585) 256-262.



- EFIONAYI-MÄDER, D., SCHÖNENBERGER, S., STEINER, I. & SCHWEIZERISCHES FORUM FÜR MIGRATIONS- UND BEVÖLKERUNGSSTUDIEN (2010) *Visage des sans-papiers en Suisse : évolution 2000-2010*, Commission fédérale pour les questions de migration CFM, Berne.
- ELSEGOOD, K. J. & PAPADOPOULOS, I. (2011) Transcultural communication in CAMHS: developing practitioners' awareness with an online cultural competency course. *Child and Adolescent Mental Health*, 16, (4) 214-217.
- ESCHENBECK, H., ZIERAU, C., BRUNNER, M. & KOHLMANN, C. W. (2011) Coping in children and adolescents with migrant origin. *Prax.Kinderpsychol.Kinderpsychiatr.*, 60, (7) 561-575.
- EUROHEALTH (2010) Special Edition: Migration and Health in the European Union. *Eurohealth*, 16, (1).
- EUROHEALTHNET & BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (2012) *Healthy and active ageing : a compendium of programmes, good practices and other resources for promoting and sustaining the well-being of "younger" older people, with a specific reference to socially deprived and migrant groups in Europe*, BZgA, Köln.
- EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL ECDC (2011) Special edition: Chagas disease in Europe. *Euro Surveill*, September 2011.
- EYER, P. & SCHWEIZER, R. (2010) *Die somalische und die eritreische Diaspora in der Schweiz*, Bundesamt für Migration, Bern.
- FÄSSLER, S., WIGHT, N., HELBLING, N. & MÜLLER, F. (2011a) *Bedarfsanalyse migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Zug*, Gesundheitsamt des Kantons Zug.
- FÄSSLER, S., WIGHT, N., HELBLING, N. & MÜLLER, F. (2011b) *Evaluation Erreichung vulnerabler Schweizer Gruppen im Programm "Gesundes Körpergewicht" im Kanton Zug*, Gesundheitsamt des Kantons Zug.
- FIBBI, R., BOLZMANN, C., FERNANDEZ, A., GOMENSORO, A., KAYA, B., MAIRE, C., MERÇAY, C., PECORARO, M. & WANNER, P. (2010) *Die portugiesische Bevölkerung in der Schweiz*, Bundesamt für Migration, Bern.
- FISCHER, A., WILD-ECK, S., LAMPRECHT, M., STAMM, H., SCHÖTZAU, S. & MORAIS, J. (2010) *Das Sportverhalten der Migrationsbevölkerung. Vertiefungsanalyse zu "Sport Kanton Zürich 2008" und "Sport Schweiz 2008"*, Sicherheitsdirektion Kanton Zürich, Fachstelle Sport, Zürich.
- FITZNER, K., DIETZ, D. A. & MOY, E. (2011) How innovative treatment models and data use are improving diabetes care among older African American adults. *Popul.Health Manag.*, 14, (3) 143-155.
- FRA - EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS (2011) *Migrants in an irregular situation employed in domestic work: Fundamental rights challenges for the European Union and its Member States*, FRA - European Union Agency for Fundamental Rights, Vienna.
- FRANSEN, M. P., WILDSCHUT, H. I., MACKENBACH, J. P., STEEGERS, E. A., GALJAARD, R. J. & ESSINK-BOT, M. L. (2010) Ethnic and socio-economic differences in uptake of prenatal diagnostic tests for Down's syndrome. *Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol.*, 151, (2) 158-162.
- GANY, F. M., GONZALEZ, C. J., BASU, G., HASAN, A., MUKHERJEE, D., DATTA, M. & CHANGRANI, J. (2010) Reducing Clinical Errors in Cancer Education: Interpreter Training. *Journal*

of *Cancer Education*, 25, (4) 560-564.

GARCIA-RETAMERO, R. & DHAMI, M. K. (2011) Pictures speak louder than numbers: on communicating medical risks to immigrants with limited non-native language proficiency. *Health Expect.*, 14 Suppl 1, 46-57.

GEHRING, K. & SCHWAPPACH, D. (2012) *Patientensicherheit in der Apotheke: Herausforderung einer guten und sicheren Arzneimittelberatung von Kunden mit Migrationshintergrund. Ergebnisbericht*, Stiftung für Patientensicherheit, Zürich.

GESUNDHEIT SCHWYZ GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION (2010) *Psychische Gesundheit im Kanton Schwyz 2010-2020*, Departement des Innern des Kantons Schwyz.

GETAZ, L., RIEDER, J. P., SIEGRIST, C. A., KRAMER, M. C., STOLL, B., HUMAIR, J. P., KOSOVSKY, M. P., GASPOZ, J. M. & WOLFF, H. (2011) Improvement of measles immunity among migrant populations: lessons learned from a prevalence study in a Swiss prison. *Swiss.Med.Wkly.*, 141, w13215.

GIRGIS, S., ADILY, A., VELASCO, M. J., ZWAR, N. A., JALALUDIN, B. B. & WARD, J. E. (2011) Feasibility, acceptability and impact of a telephone support service initiated in primary medical care to help Arabic smokers quit. *Aust.J.Prim.Health*, 17, (3) 274-281.

GLODNY, S., YILMAZ-ASLAN, Y. & RAZUM, O. (2011) Storytelling: an intervention to improve home care of Turkish migrants. *Z.Gerontol.Geriatr.*, 44, (1) 19-26.

GOGUIKIAN RATCLIFF, B., BOREL, F., SUARDI, F. & SHARAPOVA, A. (2011) Devenir mère en terre étrangère. *Cahiers de la puéricultrice* (252) 26-29.

GOOSEN, S., KUNST, A. E., STRONKS, K., VAN OOSTRUM, I. E., UITENBROEK, D. G. & KERKHOF, A. J. (2011) Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in the Netherlands: a national registry-based study. *BMC.Public Health*, 11, 484.

GRAY, B., HILDER, J. & DONALDSON, H. (2011) Why do we not use trained interpreters for all patients with limited English proficiency? Is there a place for using family members? *Aust.J.Prim.Health*, 17, (3) 240-249.

GREEN, A. R., TAN-MCGRORY, A., CERVANTES, M. C. & BETANCOURT, J. R. (2010) Leveraging quality improvement to achieve equity in health care. *Jt.Comm J.Qual.Patient.Saf*, 36, (10) 435-442.

GREEN, H., SPERLINGER, D. & CARSWELL, K. (2012) Too close to home? Experiences of Kurdish refugee interpreters working in UK mental health services. *J.Ment.Health*.

GREENHALGH, T., CAMPBELL-RICHARDS, D., VIJAYARAGHAVAN, S., COLLARD, A., MALIK, F., GRIFFIN, M., MORRIS, J., CLAYDON, A. & MACFARLANE, F. (2011) New models of self-management education for minority ethnic groups: pilot randomized trial of a story-sharing intervention. *J.Health Serv.Res.Policy*, 16, (1) 28-36.

GRIFFITH, R. & TENGNAH, C. (2010) Equality and anti-discrimination legislation in health care. *Br.J.Community Nurs.*, 15, (3) 130-134.

GROSSMANN, F. F., LEVENTHAL, M. E., AUER-BOER, B., WANNER, P. & BISCHOFF, A. (2011) Self-reported cardiovascular risk factors in immigrants and Swiss nationals. *Public Health Nurs.*, 28, (2) 129-139.

- GUELL, C. (2011a) Candi(e)d action: biosocialities of Turkish Berliners living with diabetes. *Med.Anthropol.Q.*, 25, (3) 377-394.
- GUELL, C. (2011b) Diabetes management as a Turkish family affair: chronic illness as a social experience. *Ann.Hum.Biol.*, 38, (4) 438-444.
- GUGGISBERG, C., MILENKOVIC, N. & ZINGG, N. (2011a) *Schlussbericht. Bedarfsanalyse Migration und Gesundheit Basel-Stadt*, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Bereich Gesundheitsdienste: Gesundheitsförderung und Prävention.
- GUGGISBERG, J., GARDIOL, L., GRAF, I., OESCH, T., KÜNZI KILIAN, VOLKEN, T., RÜESCH, P., ABEL, T., ACKERMANN, S. & MÜLLER, C. (2011b) *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (GMM II). Schlussbericht*, Büro BASS.
- HAAB, K., BOLZMANN, C., KUGLER, A. & ÖZCAN, Y. (2010) *Diaspora und Migrantengemeinschaften aus der Türkei in der Schweiz*, Bundesamt für Migration, Bern.
- HAMILTON, J. & WOODWARD-KRON, R. (2010) Developing cultural awareness and intercultural communication through multimedia: A case study from medicine and the health sciences. *System*, 38, (4) 560-568.
- HAN, H. R., KIM, J., KIM, K. B., JEONG, S., LEVINE, D., LI, C. Y., SONG, H. & KIM, M. T. (2010) Implementation and success of nurse telephone counseling in linguistically isolated Korean American patients with high blood pressure. *Patient Education and Counseling*, 80, (1) 130-134.
- HANDISURYA, A., BANCHER-TODESCA, D., KAMYAR, M. R., LEMMENS-GRUBER, R. & KAUTZKY-WILLER, A. (2011) Clinical characteristics, modalities and complications of diabetic patients with migration background at a Central European University Clinic. *Wien.Med.Wochenschr.*, 161, (5-6) 128-135.
- HÄNSELNANN, K., BORSCH, C., IKENBERG, H., STREHLAU, J. & KLUG, S. J. (2011) Female Genital Mutilation in Germany. A Survey of Practice-Based Gynaecologists. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 71, (3) 205-208.
- HEALTH POLICY (2012) Health Policies for Migrants and Minorities. *Health Policy*, 105, (1) 1-106.
- HENSEL-DITTMANN, D., SCHAUER, M., RUF, M., CATANI, C., ODENWALD, M., ELBERT, T. & NEUNER, F. (2011) Treatment of traumatized victims of war and torture: a randomized controlled comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation training. *Psychother.Psychosom.*, 80, (6) 345-352.
- HESSELINK, A. E. & HARTING, J. (2011) Process evaluation of a multiple risk factor perinatal programme for a hard-to-reach minority group. *J.Adv.Nurs.*, 67, (9) 2026-2037.
- HESSELINK, A. E., VAN POPPEL, M. N., VAN, E. M., TWISK, J. W. & VAN DER WAL, M. F. (2011) The effectiveness of a perinatal education programme on smoking, infant care, and psychosocial health for ethnic Turkish women. *Midwifery*.
- HODES, M. (2010) The mental health of detained asylum seeking children. *Eur.Child Adolesc.Psychiatry*, 19, (7) 621-623.
- HOGENHUIS, C. C., GRIGORYAN, L., NUMANS, M. M. & VERHEIJ, T. J. (2010) Differences in antibiotic treatment and utilization of diagnostic tests in Dutch primary care between natives and non-western immigrants. *Eur.J.Gen.Pract.*, 16, (3) 143-147.

- HOPPE, A. (2011) Psychosocial working conditions and well-being among immigrant and German low-wage workers. *J.Occup.Health Psychol.*, 16, (2) 187-201.
- HUDELSON, P., KOLLY, V. & PERNEGER, T. (2010) Patients' perceptions of discrimination during hospitalization. *Health Expect.*, 13, (1) 24-32.
- HUDELSON, P., PERRON, N. J. & PERNEGER, T. (2011a) Self-assessment of intercultural communication skills: a survey of physicians and medical students in Geneva, Switzerland. *Bmc Medical Education*, 11.
- HUDELSON, P., PERRON, N. J. & PERNEGER, T. (2011b) Using clinical vignettes to assess doctors' and medical students' ability to identify sociocultural factors affecting health and health care. *Med.Teach.*, 33, (10) e564-e571.
- HUDELSON, P. & VILPERT, S. (2010) *Paroles de migrants. Des expériences de santé dans le système de soins genevois*, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève.
- IGEL, U., BRAHLER, E. & GRANDE, G. (2010) The influence of perceived discrimination on health in migrants. *Psychiatr.Prax.*, 37, (4) 183-190.
- ILKILIC, I., SPIELBERGER, J. & WEBER, M. (2010) Commentary 1 on the case: "Palliative care in an intercultural context". *Ethik in der Medizin*, 22, (1) 51-53.
- INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (2012) Bulletin épidémiologique hebdomadaire BEH. Numéro thématique: Santé et recours aux soins des migrants en France. Janvier 2012 / 2-3-4 ed.
- JACKSON, Y. & CHAPPUIS, F. (2011) Chagas disease in Switzerland: history and challenges. *Euro.Surveill*, 16, (37).
- JACKSON, Y., SEBO, P., AEBY, G., BOVIER, P., NINET, B., SCHRENZEL, J., SUDRE, P., HALLER, D., GASPOZ, J. M. & WOLFF, H. (2010) Prevalence and associated factors for Chlamydia trachomatis infection among undocumented immigrants in a primary care facility in Geneva, Switzerland: a cross-sectional study. *J.Immigr.Minor.Health*, 12, (6) 909-914.
- JAYAWEEERA, H. & QUIGLEY, M. A. (2010) Health status, health behaviour and healthcare use among migrants in the UK: evidence from mothers in the Millennium Cohort Study. *Soc.Sci.Med.*, 71, (5) 1002-1010.
- JIMENEZ-RUBIO, D. & HERNANDEZ-QUEVEDO, C. (2011) Inequalities in the use of health services between immigrants and the native population in Spain: what is driving the differences? *European Journal of Health Economics*, 12, (1) 17-28.
- JOKSIMOVIC, L., WOELLER, W., HAPP, M., TRESS, W. & KRUSE, J. (2011) Group Psychotherapy with Traumatized Refugees. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 47, (3) 192-210.
- JONKERS, M., RICHTERS, A., ZWART, J., ORY, F. & VAN, R. J. (2011) Severe maternal morbidity among immigrant women in the Netherlands: patients' perspectives. *Reprod.Health Matters.*, 19, (37) 144-153.
- JORGENSEN, M. B., RASMUSSEN, C. D., CARNEIRO, I. G., FLYVHOLM, M. A., OLESEN, K., EKNER, D., SOGAARD, K. & HOLTERMANN, A. (2011) Health disparities between immigrant and Danish cleaners. *Int.Arch.Occup.Environ.Health*, 84, (6) 665-674.

- KARMALI, K., GROBOVSKY, L., LEVY, J. & KEATINGS, M. (2011) Enhancing cultural competence for improved access to quality care. *Healthc.Q.*, 14 Spec No 3, 52-57.
- KAUR, H., JUTLLA, K., MORELAND, N. & READ, K. (2010) How a link nurse ensured equal treatment for people of Asian origin with dementia. *Nurs.Times*, 106, (24) 12-15.
- KAYSER, A. (2010) *Migration und gesunde Ernährung. Auswertungsbericht*, Schweizerisches Rotes Kreuz Departement Gesundheit und Integration, Bern.
- KIROPOULOS, L. A., GRIFFITHS, K. M. & BLASHKI, G. (2011) Effects of a multilingual information website intervention on the levels of depression literacy and depression-related stigma in Greek-born and Italian-born immigrants living in Australia: a randomized controlled trial. *J.Med.Internet.Res.*, 13, (2) e34.
- KLEINWECHTER, H. & SCHAEFER-GRAF, U. (2011) Type 2 diabetes and pregnancy. *Diabetologe*, 7, (1) 39-50.
- KNIFTON, L., GERVAIS, M., NEWBIGGING, K., MIRZA, N., QUINN, N., WILSON, N. & HUNKINS-HUTCHISON, E. (2010) Community conversation: addressing mental health stigma with ethnic minority communities. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, 45, (4) 497-504.
- KNIPPER, M., SEELEMAN, C. & ESSINK-BOT, M. L. (2010) How should ethnic diversity be represented in medical curricula? A plea for systematic training in cultural competence. *GMS.Z.Med.Ausbild.*, 27, (2) Doc26.
- KOBELT, A., GOBBER, J. & PETERMANN, F. (2011) Needs in rehabilitation and rehabilitative care of new target groups. Immigrants in psychosomatic rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt.Gesundheitsforschung.Gesundheitsschutz.*, 54, (4) 475-481.
- KOFAHL, C., MNICH, E. & KALVELAGE, B. (2011) Diabetes Management in Turkish Immigrants in Germany. *Diabetes Stoffwechsel und Herz*, 20, (5) 283-287.
- KOHL, M. (2011) *Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland*, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg, Forschungsbericht 9.
- KOHL, M. (2012) *Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel*, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg, Forschungsbericht 12.
- KOLIP, P., ACKERMANN, G., RUCKSTUHL, B. & STUDER, H. (2012) *Gesundheitsförderung mit System - quint-essenz - Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention* Bern, Hans Huber.
- KORFKER, D. G., REIS, R., RIJNDERS, M. E., MEIJER-VAN, A. S., READ, L., SANJUAN, M., HERSCHDERFER, K. & BUITENDIJK, S. E. (2012) The lower prevalence of female genital mutilation in the Netherlands: a nationwide study in Dutch midwifery practices. *Int.J.Public Health*.
- KRASA, K. (2010) Human rights for women: the ethical and legal discussion about Female Genital Mutilation in Germany in comparison with other Western European countries. *Med.Health Care Philos.*, 13, (3) 269-278.
- KUMAR, K., JOHN, H., GORDHAN, C., SITUNAYAKE, D., RAZA, K. & BACON, P. A. (2011) Breaking communication barriers for RA patients of South Asian origin: the use of a bilingual educational audio CD and linguistically appropriate peer support and education. *Musculoskeletal.Care*, 9, (1)

11-18.

KURTH, E., JAEGER, F. N., ZEMP, E., TSCHUDIN, S. & BISCHOFF, A. (2010a) Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. *BMC.Public Health*, 10, 659.

KURTH, E., SPICHIGER, E., CIGNACCO, E., KENNEDY, H. P., GLANZMANN, R., SCHMID, M., STAEHELIN, K., SCHINDLER, C. & STUTZ, E. Z. (2010b) Predictors of crying problems in the early postpartum period. *J.Obstet.Gynecol.Neonatal Nurs.*, 39, (3) 250-262.

LAMKADDEM, M., ESSINK-BOT, M. L., DEVILLE, W., FOETS, M. & STRONKS, K. (2011) Perceived discrimination outside health care settings and health care utilization of Turkish and Moroccan GP patients in the Netherlands. *Eur.J.Public Health*.

LAMMLEIN, K. & GRUBE, M. (2012) Psychiatric disorders associated with imminent deportation: Results of a retrospective study in a group of immigrants. *Nervenarzt*, 83, (1) 49-56.

LI, S., PEARSON, D. & ESCOTT, S. (2010) Language barriers within primary care consultations: an increasing challenge needing new solutions. *Educ.Prim.Care*, 21, (6) 385-391.

LIE, D. A., LEE-REY, E., GOMEZ, A., BEREKNYEI, S. & BRADDOCK, C. H. (2011) Does Cultural Competency Training of Health Professionals Improve Patient Outcomes? A Systematic Review and Proposed Algorithm for Future Research. *Journal of General Internal Medicine*, 26, (3) 317-325.

LIEDL, A., MULLER, J., MORINA, N., KARL, A., DENKE, C. & KNAEVELSRUD, C. (2011) Physical activity within a CBT intervention improves coping with pain in traumatized refugees: results of a randomized controlled design. *Pain Med.*, 12, (2) 234-245.

LOPEZ, L., GREEN, A. R., TAN-MCGRORY, A., KING, R. & BETANCOURT, J. R. (2011) Bridging the digital divide in health care: the role of health information technology in addressing racial and ethnic disparities. *Jt.Comm J.Qual.Patient.Saf*, 37, (10) 437-445.

LORANT, V. & BHOPAL, R. (2011) Comparing policies to tackle ethnic inequalities in health: Belgium 1 Scotland 4. *Eur.J.Public Health*, 21, (2) 235-240.

LUTGEHETMANN, M., MEYER, F., VOLZ, T., LOHSE, A. W., FISCHER, C., DANDRI, M. & PETERSEN, J. (2010) Knowledge about HBV, prevention behaviour and treatment adherence of patients with chronic hepatitis B in a large referral centre in Germany. *Z.Gastroenterol.*, 48, (9) 1126-1132.

MAIER, T., SCHMIDT, M. & MUELLER, J. (2010) Mental health and healthcare utilization in adult asylum seekers. *Swiss.Med.Wkly.*, 140, w13110.

MAIER, T. & STRAUB, M. (2011) "My head is like a bag full of rubbish": concepts of illness and treatment expectations in traumatized migrants. *Qual.Health Res.*, 21, (2) 233-248.

MALMUSI, D., BORRELL, C. & BENACH, J. (2010) Migration-related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science & Medicine*, 71, (9) 1610-1619.

MARQUES-VIDAL, P., VOLLENWEIDER, P., WAEBER, G. & PACCAUD, F. (2011a) Prevalence of overweight and obesity among migrants in Switzerland: association with country of origin. *Public Health Nutr.* 1-9.

- MARQUES-VIDAL, P., VOLLENWEIDER, P., WAEBER, G. & PACCAUD, F. (2011b) The prevalence and management of cardiovascular risk factors in immigrant groups in Switzerland. *Int.J.Public Health*.
- MARTIN-MORENO, J. M., APFEL, F., SANCHEZ, J. L., GALEA, G. & JAKAB, Z. (2011) The social nature of chronic noncommunicable diseases and how to tackle them through communication technology, training, and outreach. *J.Health Commun.*, 16 Suppl 2, 94-106.
- MCDOWELL, L., HILFINGER MESSIAS, D. K. & ESTRADA, R. D. (2011) The work of language interpretation in health care: complex, challenging, exhausting, and often invisible. *J.Transcult.Nurs.*, 22, (2) 137-147.
- MEERSHOEK, A., KRUMEICH, A. & VOS, R. (2011) The construction of ethnic differences in work incapacity risks: Analysing ordering practices of physicians in the Netherlands. *Soc.Sci.Med.*, 72, (1) 15-22.
- MEEUWESSEN, L., TWILT, S., TEN THIJE, J. D. & HARMSSEN, H. (2010) "Ne diyor?" (What does she say?): informal interpreting in general practice. *Patient.Educ.Couns.*, 81, (2) 198-203.
- MEYSTRE-AGUSTONI, G., LOCICIRO, S., BODENMANN, P. & DUBOIS-ARBER, F. (2011) *Migration et Santé. Analyse des besoins dans le canton de Vaud*, Canton de Vaud, Service vaudois de la santé publique.
- MLADOVSKY, P. (2011) Migrant health policies in Europe. IN B. Rechel et al. (Eds.) *Migration and Health in the European Union*, Maidenhead, Open University Press.
- MONTGOMERY, E. (2011) Trauma, exile and mental health in young refugees. *Acta Psychiatr.Scand.Suppl* (440) 1-46.
- MOREAU-GRUET, F. & LUYET, S. (2012) Migrationsbevölkerung und Gesundheit - Analyse der Hospitalisierungen. *Obsan Bulletin*, 1/2012.
- MORGAN, C., CHARALAMBIDES, M., HUTCHINSON, G. & MURRAY, R. M. (2010) Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. *Schizophr.Bull.*, 36, (4) 655-664.
- MORGAN, C. & HUTCHINSON, G. (2010) The social determinants of psychosis in migrant and ethnic minority populations: a public health tragedy. *Psychological Medicine*, 40, (5) 705-709.
- MOSKO, M. O., BASCHIN, K., LANGST, G. & VON LERSNER, U. (2012) Cross-cultural training for mental health care service. Needs, concepts and challenges. *Psychotherapeut*, 57, (1) 15-21.
- MOSKO, M. O., PRADEL, S. & SCHULZ, H. (2011) The care of people with a migration background in psychosomatic rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt.Gesundheitsforschung.Gesundheitsschutz.*, 54, (4) 465-474.
- MOYER, M. G. (2011) What multilingualism? Agency and unintended consequences of multilingual practices in a Barcelona health clinic. *Journal of Pragmatics*, 43, (5) 1209-1221.
- MUCIC, D. (2010) Transcultural telepsychiatry and its impact on patient satisfaction. *J.Telemed.Telecare.*, 16, (5) 237-242.
- MUELLER, J., SCHMIDT, M., STAEHELI, A. & MAIER, T. (2011) Mental health of failed asylum seekers as compared with pending and temporarily accepted asylum seekers. *Eur.J.Public Health*,

21, (2) 184-189.

NIELSEN, S. S. & KRASNIK, A. (2010) Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *Int.J.Public Health*, 55, (5) 357-371.

NIELSEN, T. R., ANDERSEN, B. B., KASTRUP, M., PHUNG, T. K. & WALDEMAR, G. (2011a) Quality of dementia diagnostic evaluation for ethnic minority patients: a nationwide study. *Dement.Geriatr.Cogn Disord.*, 31, (5) 388-396.

NIELSEN, T. R., VOGEL, A., RIEPE, M. W., DE, M. A., RODRIGUEZ, G., NOBILI, F., GADE, A. & WALDEMAR, G. (2011b) Assessment of dementia in ethnic minority patients in Europe: a European Alzheimer's Disease Consortium survey. *Int.Psychogeriatr.*, 23, (1) 86-95.

OLBERMANN, E. (2010) *Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Forschungsprojektes und Handlungsempfehlungen*, Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (FFG), Dortmund.

OLIVIERE, D., MONROE, B. & PAYNE, S. (Eds.) (2011) *Death, dying, and social differences*. Oxford, Oxford University Press.

PAASCHE-ORLOW, M. K. & WOLF, M. S. (2010) Promoting health literacy research to reduce health disparities. *J.Health Commun.*, 15 Suppl 2, 34-41.

PAREKH, N. & ROSE, T. (2011) Health inequalities of the Roma in Europe: a literature review. *Cent.Eur.J.Public Health*, 19, (3) 139-142.

PARMAKERLI, B. (2011) Immigrants and diabetes 2011. *Diabetologe*, 7, (8) 607-614.

PELZER, M. M., CHARKALUK, M. L., KALACH, N., HUC, A., DO, V., TESTARD, M. A. & KREMP, O. (2011) Health of gypsy children: medical perinatal care until 6-year-old in Lille. *Arch.Pediatr.*, 18, (2) 135-141.

PHILIPS, C. (2010) Using interpreters. A guide for GPs. *Aust.Fam.Physician*, 39, (4) 188-195.

PHILLIMORE, J. (2011) Approaches to health provision in the age of super-diversity: Accessing the NHS in Britain's most diverse city. *Critical Social Policy*, 31, (1) 5-29.

PRIEBE, S., SANDHU, S., DIAS, S., GADDINI, A., GREACEN, T., IOANNIDIS, E., KLUGE, U., KRASNIK, A., LAMKADDEM, M., LORANT, V., RIERA, R. P., SARVARY, A., SOARES, J. J., STANKUNAS, M., STRASSMAYR, C., WAHLBECK, K., WELBEL, M. & BOGIC, M. (2011) Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC.Public Health*, 11, 187.

PROJECT ACTIVE AGEING OF MIGRANT ELDERS ACROSS EUROPE (AAMEE) (2010) *Report of the project Active Ageing of Migrant Elders across Europe (AAMEE) : from 01.12.2007 to 30.11.2009*, The Ministry of Intergenerational Affairs, Family, Women and Integration of the State of North Rhine-Westphalia, Düsseldorf.

RAZUM, O., REESKE, A. & SPALLEK, J. (Eds.) (2011) *Gesundheit von Schwangeren und Säuglingen mit Migrationshintergrund*. Frankfurt am Main, Peter Lang.

RECHEL, B., MLADOVSKY, P., DEVILLÉ, W., RIJKS, B., PETROVA-BENEDICT, R. & MCKEE, M.



- (Eds.) (2011) Migration and Health in the European Union. Maidenhead, Open University Press.
- REDWOOD-CAMPBELL, L., FOWLER, N., LARYEA, S., HOWARD, M. & KACZOROWSKI, J. (2011) 'Before you teach me, I cannot know': immigrant women's barriers and enablers with regard to cervical cancer screening among different ethnolinguistic groups in Canada. *Can.J.Public Health*, 102, (3) 230-234.
- REESKE, A., KUTSCHMANN, M., RAZUM, O. & SPALLEK, J. (2011) Stillbirth differences according to regions of origin: an analysis of the German perinatal database, 2004-2007. *BMC.Pregnancy.Childbirth.*, 11, 63.
- RICCI-CABELLO, I., RUIZ-PEREZ, I., OLRV, D. L.-L. & MARQUEZ-CALDERON, S. (2010) Do social inequalities exist in terms of the prevention, diagnosis, treatment, control and monitoring of diabetes? A systematic review. *Health Soc.Care Community*, 18, (6) 572-587.
- ROODNAT, J. I., VAN DE WETERING, J., ZUIDEMA, W., VAN NOORD, M. A., KAL-VAN GESTEL, J. A., IJZERMANS, J. N. & WEIMAR, W. (2010) Ethnically diverse populations and their participation in living kidney donation programs. *Transplantation*, 89, (10) 1263-1269.
- ROSENBERG, E., RICHARD, C., LUSSIER, M. T. & SHULDINER, T. (2011) The content of talk about health conditions and medications during appointments involving interpreters. *Fam.Pract.*, 28, (3) 317-322.
- ROUSSEAU, C., MEASHAM, T. & MORO, M. R. (2011) Working with Interpreters in Child Mental Health. *Child and Adolescent Mental Health*, 16, (1) 55-59.
- RUF, M., SCHAUER, M. & ELBERT, T. (2010) Prevalence of traumatic stress and mental health problems in children of asylum-seekers in Germany. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39, (3) 151-160.
- RUPPEN, W., BANDSCHAPP, O. & URWYLER, A. (2010) Language difficulties in outpatients and their impact on a chronic pain unit in Northwest Switzerland. *Swiss.Med.Wkly.*, 140, (17-18) 260-264.
- SALIS GROSS, C. (2011a) "Doing death" and "doing diversity" in nursing homes, unveröffentlichte Projektskizze im NFP 67 'Lebensende'.
- SALIS GROSS, C. (2011b) Transkulturelle Kompetenz in der Apotheke. *PharmaJournal*, 9, (4) 17-18.
- SCHENKER, Y., PEREZ-STABLE, E. J., NICKLEACH, D. & KARLINER, L. S. (2011) Patterns of interpreter use for hospitalized patients with limited English proficiency. *J.Gen.Intern.Med.*, 26, (7) 712-717.
- SCHNOZ, D., SCHAUB, M., SCHWAPPACH, D. L. & SALIS, G. C. (2011) Developing a smoking cessation program for Turkish-speaking migrants in Switzerland: novel findings and promising effects. *Nicotine.Tob.Res.*, 13, (2) 127-134.
- SCHOEVERS, M. A., VAN DEN MUIJSENBERGH, M. E. & LAGRO-JANSSEN, A. L. (2010) Illegal female immigrants in The Netherlands have unmet needs in sexual and reproductive health. *J.Psychosom.Obstet.Gynaecol.*, 31, (4) 256-264.
- SCHOPPER, D. (2010) *Gesundes Körpergewicht bei Kindern und Jugendlichen*, Gesundheitsförderung Schweiz, Bern.

- SCHOULER-OCAK, M., AICHBERGER, M. C., HEREDIA, M. A., BROMAND, Z., RAPP, M. A. & HEINZ, A. (2010a) New procedures for recognition and differentiation of depression in immigrants. Case report of a patient with Turkish immigrant background. *Nervenarzt*, 81, (7) 873-877.
- SCHOULER-OCAK, M., BRETZ, H. J., HAUTH, I., MONTESINOS, A. H., KOCH, E., DRIESSEN, M. & HEINZ, A. (2010b) Patients of immigrant origin in outpatient psychiatric facilities: a comparison between Turkish, eastern European and German patients. *Psychiatr.Prax.*, 37, (8) 384-390.
- SCHWEIZERISCHES ROTES KREUZ (Ed.)(2012) Transkulturelle Public Health - Ein Weg zur Chancengleichheit. Zürich, Seismo.
- SEBO, P., JACKSON, Y., HALLER, D. M., GASPOZ, J. M. & WOLFF, H. (2011) Sexual and reproductive health behaviors of undocumented migrants in Geneva: a cross sectional study. *J.Immigr.Minor.Health*, 13, (3) 510-517.
- SEIDELMAN, R. D. & BACHNER, Y. G. (2010) That I won't translate! Experiences of a family medical interpreter in a multicultural environment. *Mt.Sinai J.Med.*, 77, (4) 389-393.
- SHARIF, I. & TSE, J. (2010) Accuracy of computer-generated, spanish-language medicine labels. *Pediatrics*, 125, (5) 960-965.
- SIEBERER, M., ZIEGENBEIN, M., ECKHARDT, G., MACHLEIDT, W. & CALLIESS, I. T. (2011) Psychiatric expert opinions on asylum seekers in Germany. *Psychiatr.Prax.*, 38, (1) 38-44.
- SIMPSON, J. M., ESMAIL, A., KALRA, V. S. & SNOW, S. J. (2010) Writing migrants back into NHS history: addressing a 'collective amnesia' and its policy implications. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 103, (10) 392-396.
- SINGY, P., BOURQUIN, C. & WEBER, O. (Eds.) (2010) Barrières linguistiques en contexte médical. Lausanne, Université de Lausanne.
- SLOOTS, M., DEKKER, J. H., BARTELS, E. A., GEERTZEN, J. H. & DEKKER, J. (2010a) Reasons for drop-out in rehabilitation treatment of native patients and non-native patients with chronic low back pain in the Netherlands: a medical file study. *Eur.J.Phys.Rehabil.Med.*, 46, (4) 505-510.
- SLOOTS, M., DEKKER, J. H., PONT, M., BARTELS, E. A., GEERTZEN, J. H. & DEKKER, J. (2010b) Reasons of drop-out from rehabilitation in patients of Turkish and Moroccan origin with chronic low back pain in The Netherlands: a qualitative study. *J.Rehabil.Med.*, 42, (6) 566-573.
- SOOM AMMANN, E. & SALIS GROSS, C. (2011a) *Alt und schwer erreichbar. "Best Practice Gesundheitsförderung im Alter" bei benachteiligten Gruppen* München, AVM.
- SOOM AMMANN, E. & SALIS GROSS, C. (2011b) *Bedarfsanalyse für eine migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton St.Gallen*, Kanton St.Gallen, Gesundheitsdepartement, Amt für Gesundheitsvorsorge.
- SORKIN, D. H., NGO-METZGER, Q. & DE, A., I (2010) Racial/ethnic discrimination in health care: impact on perceived quality of care. *J.Gen.Intern.Med.*, 25, (5) 390-396.
- SOUSA, E., AGUDELO-SUAREZ, A., BENAVIDES, F. G., SCHENKER, M., GARCIA, A. M., BENACH, J., DELCLOS, C., JOSE LOPEZ-JACOB, M., RUIZ-FRUTOS, C., RONDA-PEREZ, E. & PORTHE, V. (2010) Immigration, work and health in Spain: the influence of legal status and employment contract on reported health indicators. *International Journal of Public Health*, 55, (5) 443-451.

- STAMM, H., WIEGAND, D. & LAMPRECHT, M. (2010) *Monitoring der Gewichtsdaten von Kindern und Jugendlichen in den Kantonen Graubünden, Wallis, Jura, Genf und Basel-Stadt sowie den Städten Freiburg, Bern und Zürich. Auswertung der Daten des Schuljahres 2008/2009. Resultate aus einem von Gesundheitsförderung Schweiz unterstützten Projekt. Schlussbericht August 2010.*
- STIEFEL, T. (2012) Palliative Pflege bei muslimischen Patientinnen und Patienten. *Frequenz: Magazin der Berner Fachhochschule Gesundheit*, Juni 2012.
- STRAIMER, C. (2011) Between protection and assistance: is there refuge for asylum seekers with disabilities in Europe? *Disability & Society*, 26, (5) 537-551.
- STRIJK, P. J., VAN MEIJEL, B. & GAMEL, C. J. (2011) Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers: an exploratory study. *Perspect.Psychiatr.Care*, 47, (1) 48-55.
- STÜLB, M. (2011) Wie Migrantinnen Netzwerke nutzen - transkulturelle Beziehungen als Ressourcen in der Schwangerschaft und im Wochenbett. IN M. David & T. Borde (Eds.) *Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration. Wie beeinflussen Migration und Akkulturation soziale und medizinische Parameter?*, Frankfurt am Main, Mabuse Verlag.
- SUURMOND, J., UITERS, E., DE BRUIJNE, M. C., STRONKS, K. & ESSINK-BOT, M. L. (2010) Explaining ethnic disparities in patient safety: a qualitative analysis. *Am.J.Public Health*, 100 Suppl 1, S113-S117.
- SUURMOND, J., UITERS, E., DE BRUIJNE, M. C., STRONKS, K. & ESSINK-BOT, M. L. (2011) Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC.Health Serv.Res.*, 11, 10.
- THORLBY, R., JORGENSEN, S., SIEGEL, B. & AYANIAN, J. Z. (2011) How health care organizations are using data on patients' race and ethnicity to improve quality of care. *Milbank Q.*, 89, (2) 226-255.
- TIIKAINEN, M. & KOEHN, P. H. (2011) Transforming the boundaries of health care: insights from Somali migrants. *Med.Anthropol.*, 30, (5) 518-544.
- TRITSCHLER, T., SENNHAUSER, F. H. & FREY, B. (2011) Are immigrant children admitted to intensive care at increased risk? *Swiss.Med.Wkly.*, 141, w13190.
- TSIRIGOTIS, C. (2011) Strengths or double stress? Empowering families with migration background and children with disability. *Prax.Kinderpsychol.Kinderpsychiatr.*, 60, (7) 544-560.
- ULUSOY, N. & GRASSEL, E. (2010) Turkish emigrants in Germany. Deficits in home care knowledge and health services - a review. *Z.Gerontol.Geriatr.*, 43, (5) 330-338.
- UNLU, B., RIPER, H., VAN, S. A. & CUIJPERS, P. (2010) Guided self-help on the Internet for Turkish migrants with depression: the design of a randomized controlled trial. *Trials*, 11, 101.
- VAILLANT, N. & WOLFF, F. C. (2010) Origin differences in self-reported health among older migrants living in France. *Public Health*, 124, (2) 90-98.
- VAN DER MEER, I. M., MIDDELKOOP, B. J., BOEKE, A. J. & LIPS, P. (2011) Prevalence of vitamin D deficiency among Turkish, Moroccan, Indian and sub-Saharan African populations in Europe and their countries of origin: an overview. *Osteoporos.Int.*, 22, (4) 1009-1021.

- VAN DER VEEN, Y. J., VAN EMPELEN, P. & RICHARDUS, J. H. (2011) Development of a culturally tailored Internet intervention promoting hepatitis B screening in the Turkish community in the Netherlands. *Health Promot.Int.*
- VAN HANEGEM, N., MILTENBURG, A. S., ZWART, J. J., BLOEMENKAMP, K. W. & VAN ROOSMALEN, J. (2011) Severe acute maternal morbidity in asylum seekers: a two-year nationwide cohort study in the Netherlands. *Acta Obstet.Gynecol.Scand.*, 90, (9) 1010-1016.
- VERREPT, H. (2010) Auswirkungen der interkulturellen Vermittlung auf die Qualität der Gesundheitsversorgung. IN J. Dahinden & A. Bischoff (Eds.) *Dolmetschen, Vermitteln, Schlichten - Integration der Diversität?*, Zürich, Seismo.
- VILLADSEN, S. F., SIEVERS, E., ANDERSEN, A. M., ARNTZEN, A., AUDARD-MARILLER, M., MARTENS, G., ASCHER, H. & HJERN, A. (2010) Cross-country variation in stillbirth and neonatal mortality in offspring of Turkish migrants in northern Europe. *Eur.J.Public Health*, 20, (5) 530-535.
- VIVES, A., VANROELEN, C., AMABLE, M., FERRER, M., MONCADA, S., LLORENS, C., MUNTANER, C., BENAVIDES, F. G. & BENACH, J. (2011) Employment Precariousness in Spain: Prevalence, Social Distribution, and Population-Attributable Risk Percent of Poor Mental Health. *International Journal of Health Services*, 41, (4) 625-646.
- WEBER, A. & HORMANN, G. (2011) Migration and health - from deficiency analysis to diversity vision? *Gesundheitswesen*, 73, (5) 298-307.
- WEISS, R. (2011) France: recent immigration-related developments affecting persons suffering from serious illnesses. *HIV.AIDS Policy Law Rev.*, 15, (3) 38-39.
- WENK-ANSOHN, M. & GURRIS, N. (2011) Intercultural encounters in counselling and psychotherapy-communication with the help of interpreters. *Torture*, 21, (3) 182-185.
- WHO (2010a) *Health of migrants: the way forward - a global consultation. Madrid, Spain, 3-5 March 2010*, WHO, Geneva.
- WHO (2010b) *How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO (2010c) *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WICHMANN, N. & D'AMATO, G. (2010) *Migration und Integration in Basel-Stadt. Ein "Pionierkanton" unter der Lupe*, SFM Swiss Forum for Migration and Population studies, Neuchâtel, SFM-Studien 55.
- WIEGERSMA, P. A., STELLINGA-BOELEN, A. A. & REIJNEVELD, S. A. (2011) Psychosocial problems in asylum seekers' children: the parent, child, and teacher perspective using the Strength and Difficulties Questionnaire. *J.Nerv.Ment.Dis.*, 199, (2) 85-90.
- WISMAR, M., PALM, W., FIGUREAS, J., ERNST, K. & VAN GINNEKEN, E. (Eds.) (2011) *Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- WOLFF, H., SEBO, P., HALLER, D. M., EYTAN, A., NIVEAU, G., BERTRAND, D., GETAZ, L. & CERUTTI, B. (2011) Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification. *BMC.Public Health*, 11, 245.

- WOLPIN, S., BERRY, D. L., KURTH, A. & LOBER, W. B. (2010) Improving health literacy: a Web application for evaluating text-to-speech engines. *Comput.Inform.Nurs.*, 28, (4) 198-204.
- WORMANN, T., PRUFER-KRAMER, L. & KRAMER, A. (2010) Serological and sociodemographic differences in HBV-patients with and without migration background. *Z.Gastroenterol.*, 48, (5) 533-541.
- WYSSMÜLLER, C. & EFIONAYI-MÄDER, D. (2011) *Undocumented Migrants: their needs and strategies for accessing health care in Switzerland. Country Report on People and Practices*, Swiss Forum for Population and Migration Studies (SFM), Neuchâtel.
- ZHU, S. H., CUMMINS, S. E., WONG, S., GAMST, A. C., TEDESCHI, G. J. & REYES-NOCON, J. (2012) The effects of a multilingual telephone quitline for asian smokers: a randomized controlled trial. *J.Natl.Cancer Inst.*, 104, (4) 299-310.
- ZWART, J. J., JONKERS, M. D., RICHTERS, A., ORY, F., BLOEMENKAMP, K. W., DUVEKOT, J. J. & VAN, R. J. (2011) Ethnic disparity in severe acute maternal morbidity: a nationwide cohort study in the Netherlands. *Eur.J.Public Health*, 21, (2) 229-234.