

Grundlagenanalyse zur Zukunft des Themas Migration und Gesundheit beim Bund

Christian Rüefli

Bern, 8. Dezember 2015

Zusammenfassung

Ziel/Auftrag

Das seit 2002 bestehende nationale Programm Migration und Gesundheit (M+G) des Bundesamts für Gesundheit (BAG) zielt darauf ab, die gesundheitliche Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz zu fördern. Es umfasst zahlreiche Aktivitäten und Projekte in den Handlungsfeldern *Gesundheitsförderung und Prävention, Bildung und Versorgung im Gesundheitswesen, interkulturelles Dolmetschen* sowie *Forschung*. Die aktuelle Programmphase ist bis Ende 2017 befristet.

Im Hinblick auf die anstehenden Entscheide über das Engagement des Bundes im Themenbereich Migration und Gesundheit ab 2018 wurde das Büro Vatter mit einer externen Analyse beauftragt. Der Auftrag umfasste eine Situationsanalyse um den künftigen Handlungsbedarf im Gesundheitsbereich in Bezug auf die Ziele des Programms M+G aufzuzeigen sowie eine Kontextanalyse (demographische und sozio-ökonomische Entwicklung; nationale und kantonale Policies und Aktivitäten nicht-staatlicher Organisationen mit Implikationen auf das Handeln im Bereich M+G; Voraussetzungen für Umsetzung von Massnahmen; Auslegeordnung möglicher Massnahmen des Bundes, der Kantone oder nichtstaatlicher Akteure im Bereich M+G).

Zielgruppen in der Migrationsbevölkerung

Ob eine Person einen Migrationshintergrund aufweist oder nicht, hat keinen determinierenden Einfluss auf ihre gesundheitliche Situation. Der Migrationshintergrund, die Nationalität oder der Aufenthaltsstatus einer Person kann jedoch in verschiedener Hinsicht die Voraussetzungen für gesundheitliche Chancengleichheit beeinflussen. Diese Faktoren sind jedoch individuell unterschiedlich bedeutend:

- Schwierigkeiten bei der strukturellen, wirtschaftlichen und sozialen Integration
- fehlende bzw. schlechte Sprachkenntnisse
- unterschiedliche kulturelle Hintergründe, Lebensgewohnheiten, Gesundheitskonzepte etc.
- migrationsbezogene Gesundheitsprobleme (mangelhafte Gesundheitsversorgung im Herkunftsland; herkunftsspezifische Gesundheitsprobleme; Gesundheitsprobleme in Zusammenhang mit der Migration; Traumata, Gewalterfahrung etc.)
- fehlende Partizipationsrechte, fehlender Zugang zu Leistungen aus rechtlichen Gründen
- Ungleichbehandlung aufgrund von Stereotypisierungen und Diskriminierungen

In Abhängigkeit des rechtlichen Aufenthaltsstatus und der Dauer der Anwesenheit lassen sich in der Schweiz vier Gruppen mit strukturell unterschiedlichen Voraussetzungen für gesundheitliche Chancengleichheit unterscheiden:

- Seit Längerem in der Schweiz anwesende Personen mit Migrationshintergrund: 2014 wiesen rund 36% der ständigen Wohnbevölkerung einen Migrationshintergrund auf. Inwiefern in dieser Gruppe Handlungsbedarf bezüglich der gesundheitlichen Chancengleichheit besteht, hängt von der individuellen Situation ab (sozioökonomische Situation, Bildungsstand, Sprachkenntnisse, Kenntnisse des Gesundheitswesens und Gesundheitskompetenz). Besonders vulnerabel sind ältere Personen aus der ersten Einwanderergeneration.
- Neu einwandernde Personen: Seit 2007 wandern pro Jahr zwischen 140'000 und 160'000 ausländische Personen neu in die Schweiz ein; der Migrationssaldo beträgt jährlich 70-100'000 Personen. Die meisten davon stammen aus dem EU-/EFTA-Raum. Bezüglich der gesundheitlichen Chancengleichheit besteht bei diesen Personen v.a. Informationsbedarf über das Gesundheitssystem.
- Asylsuchende und vorläufig Aufgenommene: Diese Gruppe (Ende 2014: ca. 48'000 Personen) nimmt tendenziell zu. Diese Personen sind aus verschiedenen Gründen (vorhandene Ressourcen, Gesundheitskompetenz, Fluchterfahrung, allenfalls Traumatisierung, unsicherer Aufenthaltsstatus, eingeschränkter Zugang zur Gesundheitsversorgung, schlechte gesellschaftliche und wirtschaftliche Integration etc.) potenziell vulnerabler als andere Personen.
- Sans Papiers: Die Anzahl Personen ohne geregelten Aufenthaltsstatus in der Schweiz wird auf 70'000 bis 300'000 Personen geschätzt und wird künftig eher zunehmen als abnehmen. Trotz individuell unterschiedlicher Belastungen und Ressourcen handelt es sich aufgrund ihres prekären Aufenthaltsstatus, ihrer meist schlechten sozioökonomischen Lebensbedingungen und mutmasslich schlechten Erreichbarkeit mit Integrationsangeboten tendenziell um strukturell vulnerable Personen.

Situationsanalyse

Anhand verschiedener Quellen (wissenschaftliche Literatur und Studien zur gesundheitlichen Chancengleichheit für Migrantinnen und Migranten und andere vulnerable Gruppen, Integrationsindikatoren des Bundesamts für Statistik (BFS), Situationsanalysen Migrant Friendly Hospitals) wurde die Situation der gesundheitlichen Chancengleichheit für die Migrationsbevölkerung in der Schweiz auf verschiedenen Ebenen (soziale Lage, Lebensbedingungen, Lebensstil, Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, Zugang und Angebot, Interaktion mit dem Gesundheitswesen, Gesundheitszustand) möglichst empirisch fundiert analysiert. Auf allen betrachteten Ebenen zeigen sich verschiedene Schwierigkeiten für Personen mit Migrationshintergrund und Unterschiede zwischen ihnen und Personen ohne Migrationshintergrund.

Problembereiche gemäss Stakeholdern

Eine Liste von 35 Problembereichen in Zusammenhang mit der Interaktion zwischen der Migrationsbevölkerung und dem Gesundheitswesen wurde anschliessend in einer online-Befragung 505 Personen aus verschiedenen Stakeholdergruppen (Vertreterinnen und Vertreter kantonaler Verbände, Einrichtungen oder Behörden, die im Gesundheitswesen, in Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen für Migrantinnen und Migranten oder im Asylwesen tätig sind sowie Mitgliedsorganisationen des Forums für die Integration der Migrantinnen und Migranten (FIMM)) vorgelegt. Diese sollten angeben, welche Bedeutung sie dem jeweiligen Problembereich auf einer Skala von 0 (kein Problem) bis 5 (sehr grosses Problem) zumessen. Zudem konnten die Befragten die aus ihrer Sicht drei grössten Probleme bezüglich der Gesundheitsversorgung und der gesundheitlichen Situation von sozial vulnerablen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz nennen. Insgesamt beteiligten sich 186 Personen (45%) an der Befragung, wobei die Teilnahmequote unter den einzelnen Stakeholdergruppen zwischen 75% und 17% variiert.

In der Gesamtbetrachtung aller Stakeholder erhielten die folgenden Problembereiche die höchste Bedeutung (> 3,5) zugeschrieben:

- Verständigungsprobleme zwischen Migrantinnen und Migranten und Personal in Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Aufgeklärte Einwilligung (*informed consent*) ist nicht sichergestellt.
- Migrantinnen und Migranten werden mit Präventions- und Gesundheitsförderungsbemühungen schlecht erreicht.
- Fehlendes Wissen über das Gesundheitswesen und dessen Leistungsangebote
- Fehlendes Wissen über Rechte und Ansprüche von Patientinnen und Patienten
- Das vorhandene fremdsprachige Informationsmaterial zu Gesundheits- und Krankheitsthemen und zum Gesundheits- und Sozialwesen ist in der Migrationsbevölkerung zu wenig bekannt.
- Fehlendes oder anderes Verständnis für Untersuchungen, Pflege- und Betreuungsmassnahmen oder Vorsorgemassnahmen
- Bestehende Beratungs- und Unterstützungsangebote zu Gesundheitsthemen (Patientenstellen, Beratungsstellen, Gesundheitsligen, Selbsthilfegruppen etc.) sind in der Migrationsbevölkerung zu wenig bekannt.
- Fehlendes Wissen oder unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit

In der Tendenz beurteilen die antwortenden Stakeholder Problembereiche, die sich auf Eigenschaften der Migrationsbevölkerung beziehen (z.B. Gesundheitskompetenz, Wissen und Informationsstand etc.), als bedeutender als Probleme, die sich aus Eigenschaften des Gesundheitswesens ergeben (z.B. Kompetenz im Umgang mit Diversität, fehlender Zugang).

Aus der Stakeholderbefragung lässt sich folgendes Kurzfazit ziehen:

- Die Verständigung (nicht nur sprachlich, sondern in einem umfassenderen Sinn) wird insgesamt als zentraler Problembereich beurteilt. Mit Verständigungsproblemen sind weitere Schwierigkeiten in der Interaktion zwischen Migrantinnen/Migranten und dem Gesundheitswesen verbunden: So sind insbesondere informed consent, eine adäquate Behandlungsqualität und Therapietreue (Compliance) schwieriger zu gewährleisten.
- Die Gesundheitskompetenz der Migrationsbevölkerung wird – ausser von Migrantinnen und Migranten selbst – als eher schlecht beurteilt. Dies betrifft vor allem das Wissen über das Gesundheitssystem, dessen Funktionsweise und Angebote und weniger das Wissen über Gesundheit und Gesundheitsverhalten.
- Die Migrationsbevölkerung wird mit Informationen und Angeboten der Gesundheitsförderung, Prävention und Beratung schlecht erreicht. Das liegt weniger an fehlenden Angeboten, sondern vielmehr daran, dass die bestehenden Informationsmaterialien und –angebote sind bei der Migrationsbevölkerung zu wenig gut bekannt sind.
- In Bezug auf die Kompetenz im Umgang mit Diversität in der Klientele werden vor allem auf der Ebene betrieblicher Strategien und Konzepte Lücken gesehen. Die Kompetenz des Gesundheitspersonals wird – auch seitens der Migrationsbevölkerung – als weniger problematisch beurteilt.
- Zugangsprobleme sind von vergleichsweise geringer Bedeutung. Solche stellen sich vor allem aus finanziellen Gründen oder aufgrund mangelnder Kenntnis des Gesundheitssystems und seiner Angebote. Bei Sans Papiers und Asylsuchenden stellen sich dagegen auch rechtliche bzw. institutionelle Hürden, da sie sich aufgrund ihrer spezifischen Situation nicht uneingeschränkt und selbstständig im Gesundheitssystem bewegen können.

Handlungsbedarf gemäss Situationsanalyse

Aus der Situationsanalyse lässt sich folgender Handlungsbedarf ableiten:

- ***Verständigung und Interaktion zwischen Personen mit Migrationshintergrund und Personal in Versorgungs-, Präventions- oder Beratungseinrichtungen des Gesundheitswesens erleichtern:*** Neben der Förderung der Sprachkenntnisse der Migrationsbevölkerung gilt es, die Rahmenbedingungen des Einsatzes bestehender Angebote des professionellen interkulturellen Dolmetschens (ikD) zu verbessern. Die Situationsanalyse zeigt, dass verschiedene Faktoren wie Zeitmangel, fehlende Kostendeckung, organisatorischer Aufwand, fehlende Kompetenz oder Erfahrung des Personals im Umgang mit Dolmetschdiensten dem Einsatz von ikD entgegenstehen und andere Übersetzungslösungen häufiger zum Zug kommen.

- ***Vermittlung von Wissen und Informationen an die Migrationsbevölkerung verbessern:*** Um den Zugang zu Informationen über das schweizerische Gesundheitswesen und damit auch die Gesundheitskompetenz von Personen mit Migrationshintergrund zu fördern, gilt es geeignete Zugangskanäle zu identifizieren, Informationen in adressatengerechter Form zu vermitteln, Gesundheitsthemen in bestehende Informations- und Beratungsstrukturen der Integrationsförderung zu integrieren und bestehende Beratungsstrukturen des Gesundheitswesens (v.a. Patientenorganisationen) für den Umgang mit Diversität vorzubereiten und in der Migrationsbevölkerung besser bekannt zu machen.
- ***Voraussetzungen für patientenorientierte Betreuung und Einsatz von interkulturellem Dolmetschen im Gesundheitswesen verbessern:*** Einrichtungen des Gesundheitswesens sollten strategische Konzepte für den Umgang mit Diversität in ihrer Klientele schaffen und umsetzen sowie sicherstellen, dass das Gesundheitspersonal ausreichend kompetent ist, um mit Diversität in der Klientele umzugehen. Die Rahmenbedingungen der Einrichtungen des Gesundheitswesens sollten so angepasst werden, dass diese stärker patientenorientiert arbeiten, d.h. besser auf die individuelle Situation und die spezifischen Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten eingehen können. Umstände wie Zeit- und Effizienzdruck, die Vorgaben der bestehenden Tarifsysteme und Finanzierungsmechanismen oder die fehlende Regelung der Kostenübernahme von ikD erschweren ihnen dies aktuell.
- ***Lücken in der Versorgung besonders vulnerabler Gruppen schliessen:*** Konkrete Versorgungslücken werden insbesondere bei der psychosozialen Betreuung von Personen des Asylbereichs identifiziert. Handlungsbedarf besteht zudem hinsichtlich der Sicherstellung einer adäquaten Versorgung von Personen, die zwar versichert sind, aus rechtlichen oder institutionellen Gründen jedoch eingeschränkten oder keinen selbstbestimmten Zugang zu Gesundheitsversorgung haben, oder von Personen, die sich dem Versicherungsobligatorium entziehen. Dabei handelt es sich insbesondere um Personen des Asylbereichs oder mit Sozialhilfebezug oder um Sans Papiers.
- Den folgenden thematischen Handlungsfeldern des Gesundheitswesens sollte hinsichtlich der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit von Personen aus der Migrationsbevölkerung besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden: Psychische Gesundheit; Alter/Langzeitpflege; sexuelle und reproduktive Gesundheit; frühe Förderung; Gesundheitsförderung/Prävention generell; Ernährung und Bewegung, Übergewicht; Suchtprävention (v.a. Tabak).

Bisherige und potenziell neue Handlungsansätze

Insgesamt bestätigt die Situationsanalyse die Relevanz der Stossrichtungen des Programms M+G. Um die Relevanz der bereits bestehenden Massnahmen zu beurteilen und allfällige Lücken zu identifizieren, wurden schweizerische und ausländische bzw. internationale Studien und Policy-papers konsultiert und die darin abgegebenen Empfehlungen und Vorschläge für konkrete Massnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit von sozial vulnerablen Personen bzw. Migrantinnen und Migranten zusammengestellt. Die meisten der angeregten und international als good practice identifizierte Ansätze und Massnahmen werden in der Schweiz bereits zumindest ansatzweise verfolgt – entweder durch das Programm M+G oder im Rahmen anderer Aktivitäten oder Handlungsfelder. Für eine Beurteilung, ob alle bestehenden Aktivitäten relevant und zweckmässig sind, ob sie weitergeführt, ausgebaut, angepasst oder beendet werden sollen, fehlen die nötigen empirisch abgestützten Grundlagen.

Verschiedene Handlungsansätze zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung sind gemäss der Situationsanalyse potenziell relevant, werden in der Schweiz jedoch bisher noch kaum umgesetzt:

- Pflegende Angehörige unterstützen und in Versorgung einbeziehen
- Koordination der Versorgung innerhalb und zwischen Einrichtungen (auch mit Sozialdiensten), Interdisziplinarität
- betriebliche Policies und Zusammenarbeit mit Fachstellen im Bereich Diskriminierungsschutz
- Leistungsangebote finanziell tragbar halten
- Bedarfsorientierte spezifische Angebote schaffen (v.a. für Asylsuchende)
- Rahmenbedingungen für mehr Patientenorientierung in Einrichtungen des Gesundheitswesens schaffen
- Gezielte aufsuchende Aktivitäten in Prävention und Versorgung bei schwer erreichbaren Gruppen

Für die geringe Verbreitung dieser Ansätze gibt es verschiedene Gründe. Einzelne wurden und werden bereits verfolgt oder zumindest diskutiert, gelangten bisher jedoch noch nicht zur Umsetzung, weil die dafür nötigen Rahmenbedingungen (z.B. tragfähige Umsetzungsstrukturen, politische Mehrheiten zur Anpassung gesetzlicher Regelungen) fehlen. Bei anderen Ansätzen stellen die stark fragmentierten Zuständigkeiten und die ausgeprägte betriebliche Handlungsautonomie im Gesundheitswesen Hürden dar, deren Überwindung mit grossem Motivations- und Koordinationsaufwand verbunden ist und die grundsätzlich die Möglichkeiten staatlicher Einflussnahme begrenzen. Zahlreiche mögliche Handlungsansätze und Massnahmen fallen in die Zuständigkeit einzelner Einrichtungen des Gesundheitswesens. Aufgrund des verbreiteten Spar- und Effizienzdrucks fehlen diesen jedoch oft die Ressourcen und/oder die Bereitschaft, solche in Eigeninitiative umzusetzen.

Interventionsmöglichkeiten für das Bundesamt für Gesundheit

Dem BAG als für die Gesundheitspolitik zuständige Bundesbehörde stehen prinzipiell verschiedene Mechanismen zur Verfügung, um die Bedeutung des Migrationshintergrunds als Ursache fehlender gesundheitlicher Chancengleichheit zu minimieren.

- ***Verbesserung der Voraussetzungen für gesundheitliche Chancengleichheit von Personen mit Migrationshintergrund:*** Das BAG kann in eigener Kompetenz Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sowie zur Verhaltens- und Verhältnisprävention ergreifen. Massnahmen zur Verbesserung der sozioökonomischen Stellung und der Lebensbedingungen der Migrationsbevölkerung liegen hingegen ausserhalb seines Einflussbereichs.
- ***Verbesserung der Voraussetzungen zur Gewährleistung von gesundheitlicher Chancengleichheit:*** Einrichtungen und Fachpersonen des Gesundheitswesens sollten dazu bewegt werden, ihre Angebote und Arbeitsweise so anzupassen, dass sie adäquat mit gesellschaftlicher Diversität und Vulnerabilität und den damit verbundenen spezifischen Bedürfnissen ihrer Klientele umgehen und allen dieselbe Qualität und Patientenorientierung bieten können.
- ***Förderung einer multisektoralen Gesundheitspolitik:*** Entscheidungsverantwortliche in Politikfeldern, die strukturelle Gesundheitsdeterminanten (sozioökonomischer Status, Bildung, Wohnsituation etc.) beeinflussen, soll die Bedeutung von Gesundheit und Wohlbefinden bewusst gemacht werden, damit sie diese als Kriterium bei ihrem Planen und Entscheiden berücksichtigen.
- ***Gezieltes Gesundheits-Mainstreaming des Asylwesens, der spezifischen Integrationsförderung und der Sozialpolitik:*** Die bestehenden Strukturen und Aktivitäten zugunsten der Migrationsbevölkerung sollten genutzt und mit gesundheitsbezogenen Inhalten ergänzt werden.

Das BAG kann im Rahmen seiner Zuständigkeiten und Kompetenzen direkt tätig werden, um die gesundheitliche Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung zu fördern. Seine Handlungsmöglichkeiten sind aufgrund der fragmentierten Zuständigkeiten im Gesundheitswesen jedoch beschränkt. Für die Umsetzung konkreter Massnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung ist das BAG deshalb auf die Unterstützung und Initiative weiterer staatlicher und privater Akteure auf nationaler, kantonaler, regionaler oder lokaler Ebene angewiesen. Dabei handelt es sich um Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung, Ausbildungsinstitutionen für Gesundheitsfachpersonen, Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention, der Integrationsförderung und des Asylwesens sowie um Organisationen der Migrationsbevölkerung. Diese gilt es zu mobilisieren, damit die oben skizzierten Mechanismen zum Tragen kommen können.

Das BAG kann dabei auf verschiedene, sich ergänzende Arten aktiv werden.

- Das BAG sollte die Visibilität des Themas M+G in Behörden- und Fachkreisen sicherstellen und entsprechendes **Agenda-Setting** betreiben, um so den Boden für erfolgreiches Mainstreaming von Migrations- bzw. Gesundheitsthemen in den jeweils anderen Themenfeldern zu bereiten.
- Eine wichtige Funktion des BAG ist es, **praxisrelevante Daten- und Wissensgrundlagen** über die gesundheitliche Situation der Migrationsbevölkerung zu erarbeiten und zu verbreiten. Dabei könnte künftig die Erforschung erfolgreicher Handlungsansätze zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit einen Schwerpunkt bilden.
- Das BAG kann sich dafür einsetzen, dass die Frage der gesundheitlichen Chancengleichheit für die Migrationsbevölkerung in Programme, Prozesse und Projekte einfließt, die ähnliche inhaltliche Stossrichtungen verfolgen und/oder sich an dieselben Adressaten richten wie das Programm M+G (**Mainstreaming**). Mögliche Gefässe dafür bilden u.a. die nationalen Präventionsprogramme und die kantonalen Integrationsprogramme.
- Das BAG hat prinzipiell die Möglichkeit, im Rahmen von Gesetzgebungsarbeiten auf die **Gestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems** auf nationaler Ebene Einfluss zu nehmen und Vorgaben oder Anreize zu setzen, um andere Akteure zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Personen mit Migrationshintergrund zu bewegen.
- Das BAG könnte geeignete **Projektförderungsgefässe** identifizieren und darauf hinwirken, dass diese auch Aktivitäten zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung unterstützen (z.B. TAK-Dialog; Leistungsverträge des Bundes mit Hilfswerken und NGOs; Programme und Projekte von nationaler Bedeutung im Bereich der Integrationsförderung).
- Das BAG könnte künftig die **Vernetzung und den Austausch unter Fachkreisen und wichtigen Akteuren im Bereich M+G** verstärken, z.B. in Form regelmässiger Vernetzungstreffen. Informations- und Erfahrungsaustausch würde es z.B. erlauben, Synergiepotenzial zu nutzen und gegebenenfalls auch Impulse für neue Aktivitäten setzen.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungen.....	XI
Tabellen.....	XII
1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangslage und Auftrag.....	1
1.2 Informationsgrundlagen	1
1.3 Aufbau des Berichts.....	2
2 Situationsanalyse.....	3
2.1 Konzeptionelle Grundlage der Situationsanalyse.....	3
2.2 Gesellschaftliche Diversität aufgrund von Migration.....	5
2.2.1 Bedeutung des Migrationshintergrunds für gesundheitliche Chancengleichheit	5
2.2.2 Situation und Entwicklungsperspektiven	6
2.3 Die gesundheitliche Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung.....	10
2.3.1 Soziale Lage.....	12
2.3.2 Lebensbedingungen/Lebenssituation	13
2.3.3 Lebensstil: Unterschiede im Gesundheitsverhalten.....	16
2.3.4 Inanspruchnahme des Gesundheitswesens.....	16
2.3.5 Gesundheitswesen: Zugang und Angebote.....	18
2.3.6 Interaktion von Migrantinnen und Migranten und dem Gesundheitswesen.....	19
2.3.7 Gesundheitszustand.....	23
2.4 Bedeutung der Problembereiche gemäss Stakeholdern	25
2.4.1 Konzeption der Stakeholderbefragung.....	25
2.4.2 Befragte Stakeholder.....	26
2.4.3 Ergebnisse	28
2.4.4 Kurzfazit zur Situationsanalyse aus Sicht der Stakeholder.....	35
2.5 Handlungsbedarf gemäss Situationsanalyse	36
3 Massnahmen	41
3.1 Handlungsansätze gemäss Literaturanalyse.....	41
3.2 Diskussion der empfohlenen Handlungsansätze und Massnahmen	43
3.2.1 Relevanz der empfohlenen Handlungsansätze und Massnahmen.....	43
3.2.2 Zuständigkeiten und Möglichkeiten zur Beeinflussung der gesundheitlichen Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung.....	48

3.2.3	In der Schweiz bestehende Ansätze und Massnahmen	51
3.2.4	Potenzieller zusätzlicher Handlungsbedarf.....	53
4	Relevante Kontextentwicklung	57
4.1	Wichtigste Entwicklungen in der Gesundheitspolitik.....	57
4.2	Wichtigste Entwicklungen in der Migrations- und Integrationspolitik.....	60
5	Ausblick – Interventionsmöglichkeiten für den Bund.....	63
5.1	Überblick	63
5.2	Stossrichtungen der Gesundheitspolitik	65
5.3	Akteure und Adressaten gesundheitspolitischer Massnahmen	67
5.4	Mögliche Rollen für das Bundesamt für Gesundheit.....	68
	Dokumente und Literatur.....	73
	Anhang 1: In der Stakeholderbefragung angesprochene Problembereiche.....	79
	Anhang 2: Bedeutung der Problembereiche gemäss Stakeholder.....	83
	Anhang 3: Teilstrategien des Programms Migration und Gesundheit (2014).....	85

Abbildungen

Abbildung 2-1: Erklärungsmodell gesundheitlicher Ungleichheit (nach Stamm et al. 2013)	3
Abbildung 2-2: Migrationssaldo ausländischer Staatsangehöriger 1991-2014	8
Abbildung 2-3: Asylsuchende und vorläufig Aufgenommene 2007-2014.....	9
Abbildung 2-4: Höchste abgeschlossene Ausbildung der ständigen Wohnbevölkerung nach Migrationsstatus (2014).....	12
Abbildung 2-5: Verzicht auf (zahn)ärztliche Untersuchungen aus finanziellen Gründen nach Migrationsstatus (Anteil; 2013; Personen über 16 Jahre)	17
Abbildung 2-6: Thematischer Fokus der Stakeholderbefragung.....	26
Abbildung 2-7: Bedeutung der Problembereiche gemäss Stakeholdern	29
Abbildung 2-8: Durchschnittliche Problemrelevanz pro Themenfeld gemäss Stakeholdern.....	30
Abbildung 2-9: Wirkungsmodell des Programms Migration und Gesundheit	36
Abbildung 3-1: Politikfelder mit Einfluss auf die gesundheitliche Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung.....	48

Tabellen

Tabelle 2-1: Ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren nach Migrationsstatus 2014.....	7
Tabelle 2-2: Befragte Stakeholder und Rücklauf	27
Tabelle 2-3: Bedeutendste Problembereiche in den einzelnen Handlungsfeldern.....	31
Tabelle 2-4: Durchschnittliche Problemrelevanz pro Handlungsfeld	32
Tabelle 2-5: Grösste Probleme bezüglich der Gesundheitsversorgung und der gesundheitlichen Situation von sozial vulnerablen Migrantinnen und Migranten	32
Tabelle 2-6: Weitere von Befragten erwähnte Problembereiche.....	34
Tabelle 2-7: Zukünftige Schwerpunkte im Bereich M+G aus Sicht der Stakeholder (2011).....	39
Tabelle 3-1: Handlungsansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Migrantinnen und Migranten	41
Tabelle 3-2: Relevanz der empfohlenen Handlungsansätze und Massnahmen.....	44
Tabelle 3-3: Teilstrategien des Programms Migration und Gesundheit (2014)	85

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Auftrag

Das nationale Programm Migration und Gesundheit (M+G) des Bundesamts für Gesundheit (BAG) wird seit 2002 im Auftrag des Bundesrats umgesetzt. Es umfasst zahlreiche Aktivitäten und Projekte in den Handlungsfeldern „Gesundheitsförderung und Prävention“, „Bildung und Versorgung im Gesundheitswesen“, „interkulturelles Dolmetschen“ sowie „Forschung“ (BAG 2013). Über die Projekte in den oben genannten Handlungsfeldern hinaus bietet das Programm ein Dach für zahlreiche Aktivitäten der Kantone und verschiedenster NGOs. Die aktuelle Programmphase ist bis Ende 2017 befristet. Bis dahin sollen die laufenden Projekte in den regulären Strukturen verankert werden, und es soll geklärt sein, welche Aufgaben im Bereich M+G durch das BAG als Daueraufgaben weiterhin wahrgenommen werden. Die nachhaltige Verankerung der Vorhaben innerhalb und ausserhalb des BAG ist noch nicht in allen Bereichen gelungen (BAG 2015).

Im Hinblick auf die anstehenden Entscheide, ob und wie sich das BAG bzw. der Bund ab 2018 im Themenbereich Migration und Gesundheit (im Folgenden: M+G) engagieren soll, wurde das Büro Vatter mit einer externen Analyse beauftragt. Der Auftrag umfasst die folgenden Elemente:

- Aufzeigen des künftigen Handlungsbedarfs im Gesundheitsbereich in Bezug auf die Ziele des Programms M+G: Problembereiche identifizieren, gruppieren und wenn möglich priorisieren
- Analyse der bestehenden Rahmenbedingungen (Kontext) des Programms M+G
 - Demographische und sozioökonomische Entwicklung
 - Nationale und kantonale Policies sowie Aktivitäten nichtstaatlicher Organisationen mit Implikationen auf das Handeln im Bereich M+G
 - Voraussetzungen für Umsetzung von Massnahmen
 - Auslegeordnung möglicher Massnahmen des Bundes, der Kantone oder nichtstaatlicher Akteure im Bereich M+G

1.2 Informationsgrundlagen

Die vorliegende Grundlagenanalyse stützt sich auf verschiedene Informationsquellen, Abklärungen und Erhebungen:

- Wissenschaftliche Literatur und Studien zur gesundheitlichen Chancengleichheit für Migrantinnen und Migranten und andere vulnerable Gruppen, z.T. im Rahmen des Programms M+G erstellt, z.T. via gezielte Recherche identifiziert
- Befragung von 186 Stakeholdern (Vertreterinnen und Vertreter kantonaler Verbände, Einrichtungen oder Behörden, die im Gesundheitswesen, in Beratungs- und

Unterstützungseinrichtungen für Migrantinnen und Migranten oder im Asylwesen tätig sind sowie Mitgliedsorganisationen des Forums für die Integration der Migrantinnen und Migranten (FIMM)) (vgl. Abschnitt 2.4)

- Programmmaterialien: interne Dokumente, Verankerungstool Programmteam
- Situationsanalysen MFH (Die entsprechenden Daten wurden dem Berichtsautor vertraulich zur Verfügung gestellt.)
- Integrationsindikatoren des Bundesamts für Statistik (BFS)¹
- Stakeholderbefragung 2011 (Huegli/Rüefli 2011)
- Kontextanalyse zur Strategie Migration und Gesundheit 2012 (Rüefli/Huegli 2012)
- Online zugängliche amtliche Dokumente und Informationen zu staatlichen und zivilgesellschaftlichen Aktivitäten im Kontext von Migration und Gesundheit
- Mehrere Workshops und Diskussionen mit dem Programmteam

1.3 Aufbau des Berichts

Der vorliegende Bericht enthält in Kapitel 2 eine empirisch abgestützte Situationsanalyse entlang der Elemente eines fundierten Modells gesundheitlicher Chancengleichheit und die Ergebnisse einer Stakeholderbefragung zur Bedeutung der so identifizierten Problembereiche. Daraus werden Hinweise auf Handlungsbedarf abgeleitet. Kapitel 3 thematisiert Massnahmen, die in verschiedenen Studien und Policy-papers empfohlen und zu einem grossen Teil bereits in der einen oder anderen Form umgesetzt werden. Kapitel 4 fasst die zentralen Feststellungen der Kontextanalyse zusammen, und Kapitel 5 skizziert Schlussfolgerungen im Sinne eines Ausblicks mit Überlegungen hinsichtlich künftiger Interventionen des Bundes.

¹ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.html>

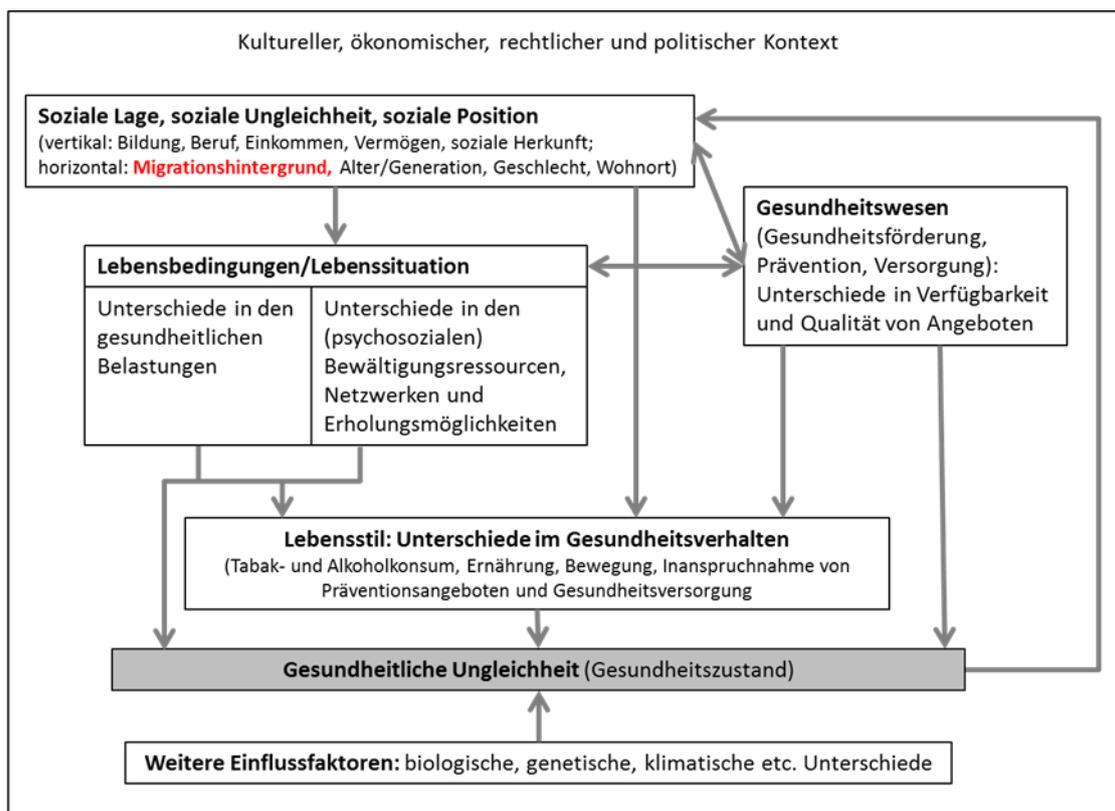
2 Situationsanalyse

In diesem Kapitel wird die Situation bezüglich der gesundheitlichen Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz anhand bereits bestehender Studien und Daten beleuchtet. Als konzeptionelle Grundlage dient dabei das Erklärungsmodell gesundheitlicher Ungleichheit, dem das von Stamm et al. (2013) im Auftrag des BAG erarbeitete Konzept für ein Monitoring gesundheitlicher Ungleichheit in der Schweiz zugrunde liegt. Dieses Modell wird anschliessend kurz erläutert, bevor in den folgenden Abschnitten die wichtigsten Erkenntnisse zur Situation auf den einzelnen Modellebenen zusammengefasst werden.

2.1 Konzeptionelle Grundlage der Situationsanalyse

Gesundheitliche Ungleichheiten erklären sich aus dem komplexen Zusammenwirken verschiedener sozioökonomischer Determinanten (vgl. Kickbusch/Engelhardt 2009; Stamm et al. 2013). Als theoretisches und konzeptionelles Grundgerüst der vorzunehmenden Analyse dient das von Stamm et al. (2013: 17) präsentierte „erweiterte Erklärungsmodell des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit“ (Abbildung 2-1). Dieses dient dazu, die komplexen Zusammenhänge zwischen verschiedenen Ebenen von Ungleichheit und dem Gesundheitszustand zu visualisieren.

Abbildung 2-1: Erklärungsmodell gesundheitlicher Ungleichheit (nach Stamm et al. 2013)



Anhand dieses Modells lässt sich erstens analysieren, inwiefern der Migrationshintergrund als Faktor gesundheitlicher Ungleichheit von Bedeutung ist (Abschnitt 2.2.1), zweitens kann das vorhandene Wissen über gesundheitliche Ungleichheiten der Migrationsbevölkerung entlang der verschiedenen Modellebenen zusammengefasst werden (Situationsanalyse; Kapitel 2), und drittens lässt sich aufzeigen, wo Policies und Massnahmen ansetzen, die den Ursachen dieser Ungleichheiten entgegenwirken sollen (Kapitel 3).

Im Folgenden werden die einzelnen Ebenen des Modells kurz erläutert und dabei ein besonderer Fokus auf die Bedeutung des Migrationshintergrunds gelegt. Die Erläuterungen stützen sich auf Stamm et al. (2013). Wichtig ist die Feststellung, dass die Zusammenhänge zwischen den Ebenen nicht immer direkt sind, sondern oft indirekt, da der Effekt eines Faktors durch Faktoren auf anderen Ebenen vermittelt wird (Stamm et al. 2013: 18). Je nachdem, welches Merkmal gesundheitlicher Ungleichheit konkret von Interesse ist, sind zudem unterschiedliche Faktoren und Merkmale der anderen Ebenen von Bedeutung (Stamm et al. 2013: 24).

Soziale Lage, soziale Ungleichheit, soziale Position

Dieser Modellebene werden Merkmale wie soziale Herkunft (Bildung, Beruf, Migrationshintergrund der Eltern), Bildung, Beruf, Einkommen, Wohlstand, Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und Wohnort zugeordnet (Stamm et al. 2013: 22). Der Zusammenhang zwischen einer schlechten sozioökonomischen Situation und einem schlechten Gesundheitszustand ist von der Forschung international empirisch belegt (Richter/Hurrelmann 2009: 17) und zeigen auch entsprechende Auswertungen des Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (GMM II; Guggisberg et al. 2011; BAG 2012). Gesundheitliche Chancengleichheit ist somit vor allem eine sozioökonomische Frage. Der Einfluss der verschiedenen Merkmale lässt sich jedoch nicht eindeutig und allgemeingültig bestimmen, sondern unterliegt zahlreichen Wechselwirkungen untereinander und mit anderen Ebenen des Modells (Giesecke/Müters 2009; Stamm et al. 2013: 18) und ist jeweils von der individuellen Situation einer Person abhängig.

Lebensbedingungen, Lebenssituation

Diese Ebene umfasst die konkrete Arbeits-, Wohn- oder Familiensituation, das „Sozialkapital“ (soziale Integration, Beziehungsnetzwerk, Vertrauen, Religion etc.) und die damit zusammenhängenden Belastungen (Arbeit, finanzielle, persönliche oder psychische Probleme) und Ressourcen (Kontrollüberzeugungen, Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung, Sprachkompetenzen, Gesundheitskompetenz, materielle Ressourcen etc.). Diese Faktoren haben einen Einfluss auf die gesundheitliche Situation und auf die Nutzung des Gesundheitswesens, wobei sie sich gegenseitig kompensieren oder verstärken können. Sie sind abhängig von sozioökonomischen Faktoren der sozialen Lage, wobei auch auf dieser Ebene der Migrationshintergrund bzw. die Nationalität Ungleichheiten begünstigen können.

Lebensstil: Unterschiede im Gesundheitsverhalten

Dieser Modellebene werden verschiedene verhaltensbezogene Merkmale zugeordnet: der Konsum von Tabak, Alkohol und illegaler Substanzen, Suchtverhalten, das Ernährungsverhalten, körperliche Aktivität, aber auch das Verhalten bei der Inanspruchnahme von präventiven (Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Beratung) und kurativen Leistungen des Gesundheitswesens. Gemäss dem Modell haben die vorgelagerten Ebenen einen Effekt auf Lebensstil und Gesundheitsverhalten, wobei davon ausgegangen wird, dass ungünstige sozioökonomische Voraussetzungen und Lebenssituationen sich negativ auf das Gesundheitsverhalten auswirken (Stamm et al. 2013: 18).

Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen (Gesamtheit der Angebote und Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung) ist von unmittelbarer Bedeutung für die gesundheitliche Situation von einzelnen Personen. Das Bestehen von Angeboten, der Zugang dazu und die Interaktion mit den Nutzerinnen und Nutzern der Angebote können je nach Region und/oder je nach sozialen Merkmalen der Nutzerinnen und Nutzer variieren und dadurch gesundheitliche Ungleichheiten begünstigen.

Gesundheitliche Ungleichheit

Der Gesundheitszustand bildet die abhängige, zu erklärende Grösse und resultiert in diesem Modell aus dem komplexen Zusammenspiel verschiedener Faktoren auf den unterschiedlichen Ebenen. Gesundheitliche Ungleichheit wird anhand verschiedener Merkmale ausgedrückt: Lebenserwartung, Mortalität (durch verschiedene Ursachen), selbst wahrgenommener Gesundheitszustand, Inzidenz nicht-übertragbarer (chronischer) Krankheiten und übertragbarer Krankheiten, psychische Gesundheit, Zahngesundheit, chronische Schmerzen, Unfälle, Invalidität, Opfer von Gewalt (Stamm et al. 2013: 25).

2.2 Gesellschaftliche Diversität aufgrund von Migration

2.2.1 Bedeutung des Migrationshintergrunds für gesundheitliche Chancengleichheit

Ausgangspunkt für die bestehenden Aktivitäten im Bereich Migration und Gesundheit bildet die gesellschaftliche Diversität als Folge der Zuwanderung in die Schweiz. Gesellschaftliche Diversität und damit zusammenhängende Ungleichheit kann sich auf verschiedene Merkmale und Dimensionen beziehen; hier steht jedoch der Faktor „Migration“ im Zentrum des Interesses.

Ob eine Person einen Migrationshintergrund² aufweist oder nicht, hat keinen determinierenden Einfluss auf ihre gesundheitliche Situation. Migration wird im Erklärungsmodell (Abbildung 2-1) als Faktor „horizontaler Ungleichheit“ verstanden, in dem Sinne, dass der Migrationshintergrund, die Nationalität oder der Aufenthaltsstatus einer Person im Vergleich mit anderen Faktoren in verschiedener Hinsicht spezifische Voraussetzungen für gesundheitliche Chancengleichheit mit sich bringen kann (vgl. auch BAG 2013: 4). Zu beachten ist, dass diese Voraussetzungen individuell unterschiedlich bedeutend sind:

- Schwierigkeiten bei der strukturellen, wirtschaftlichen und sozialen Integration → ungünstige Voraussetzungen hinsichtlich der sozialen Gesundheitsdeterminanten
- fehlende bzw. schlechtere Sprachkenntnisse
- unterschiedliche kulturelle Hintergründe, Lebensgewohnheiten, Gesundheitskonzepte etc.
- migrationsbezogene Gesundheitsprobleme (mangelhafte Gesundheitsversorgung im Herkunftsland; herkunftsspezifische Gesundheitsprobleme; Gesundheitsprobleme in Zusammenhang mit der Migration; Traumata, Gewalterfahrung etc.)
- fehlende Partizipationsrechte, fehlender Zugang zu Leistungen aus rechtlichen Gründen
- Ungleichbehandlung aufgrund von Stereotypisierungen und Diskriminierungen

Diese Faktoren in Zusammenhang mit Migration können die Situation der betroffenen Personen auf den anderen Modellebenen gesundheitlicher Chancengleichheit beeinflussen (z.B. Lebensbedingungen, psychische Belastungen, Ressourcen, Interaktion mit dem Gesundheitssystem etc.).

2.2.2 Situation und Entwicklungsperspektiven

Das Programm Migration und Gesundheit richtet sich nicht per se an sämtliche Personen mit Migrationshintergrund, sondern in erster Linie an die Zielgruppen der spezifischen Integrationsförderung gemäss Ausländergesetz³ (Ausländerinnen und Ausländer mit rechtmässigem Aufenthalt und längerfristigen Aufenthaltsperspektive) sowie an besonders vulnerable Gruppen aus der Migrationsbevölkerung, namentlich Sans Papiers sowie Asylsuchende und vorläufig Aufgenommene (BAG 2013: 6).

In Abhängigkeit des rechtlichen Aufenthaltsstatus und der Dauer der Anwesenheit in der Schweiz präsentieren sich die Voraussetzungen für gesundheitliche Chancengleichheit für verschiedene Gruppen der Migrationsbevölkerung strukturell unterschiedlich (vgl. Huber et

² Das Konzept „Personen mit Migrationshintergrund“ umfasst „alle Personen – unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit –, deren Eltern im Ausland geboren wurden, eingebürgerte und ausländische Personen, die im Ausland geboren wurden und von denen mindestens ein Elternteil in der Schweiz zur Welt gekommen ist, sowie eingebürgerte und ausländische Personen, die in der Schweiz geboren wurden und von denen ein Elternteil im Ausland zur Welt gekommen ist“ (BFS 2015).

³ Das Programm M+G ist Teil des Massnahmenpakets Integration des Bundes (BFM 2010)

al. 2008; Obsan 2015: 4; Rechel et al. 2013). So lassen sich vier Gruppen differenzieren. Die verschiedenen Faktorbündel gesundheitlicher Benachteiligung (migrationsbedingte Faktoren; sozioökonomische Lage; fehlendes Wissen und geringe Gesundheitskompetenz; Ausgestaltung des Gesundheitssystems, vgl. BAG 2013: 4) sind für die einzelnen Gruppen von unterschiedlich grosser Bedeutung. Im Folgenden wird kurz skizziert, wie gross die einzelnen Gruppen sind, welche Entwicklung diesbezüglich zu vermuten ist und welche der oben aufgeführten migrationsspezifischen Faktoren bei ihnen von besonderer Bedeutung sind.⁴

Seit Längerem in der Schweiz anwesende Personen mit Migrationshintergrund

Gemäss der Klassifikation des Bundesamts für Statistik (BFS 2015a) wies 2014 über ein Drittel der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren einen Migrationshintergrund auf (Tabelle 2-1). 1,9 Mio. Personen (28,5% der Bevölkerung) wurden im Ausland geboren⁵.

Tabelle 2-1: Ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren nach Migrationsstatus 2014

	In Tausend	In %
Total	6'915	100,0
Bevölkerung ohne Migrationshintergrund	4'415	63,8
Bevölkerung mit Migrationshintergrund	2'445	35,9
1. Generation	1'969	28,5
2. Generation	477	6,9

Quelle: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/01/new/nip_detail.html?gnplD=2015-674

Die zahlenmässige Entwicklung dieser Bevölkerungsgruppe hängt vom künftigen Migrationssaldo (Einwanderungen und Auswanderungen) und der Sterblichkeit ab. Während der Migrationssaldo in den letzten Jahren stets zunahm (vgl. unten), ist die künftige Entwicklung aufgrund der noch offenen Umsetzung der Masseneinwanderungsinitiative schwierig abzuschätzen. Das Bundesamt für Statistik (BFS) nimmt in seinen Entwicklungsszenarien an, dass der Wanderungssaldo zwischen 2017 und 2030 weitgehend konstant bleibt (je nach Szenario bei 40'000-80'000 Personen pro Jahr) und sich bis 2040 reduziert (je nach Szenario auf 20'000-40'000 Personen pro Jahr). Die Einwanderung von Personen aus EU/EFTA

⁴ Innerhalb dieser Gruppen ist die Betroffenheit von gesundheitlicher Benachteiligung abhängig von individuellen Faktoren und Ressourcen. So ist z.B. davon auszugehen, dass bei seit Längerem in der Schweiz anwesenden Migrantinnen und Migranten die Problemlast vom sozioökonomischen Status (Bildungsstand, Einkommen, Erwerbssituation, Armut, Familiensituation/soziales Umfeld) und den Sprachkenntnissen abhängig ist.

⁵ 71% dieser Personen haben eine ausländische Staatsangehörigkeit, 29% sind schweizerische Staatsangehörige (BFS 2015a).

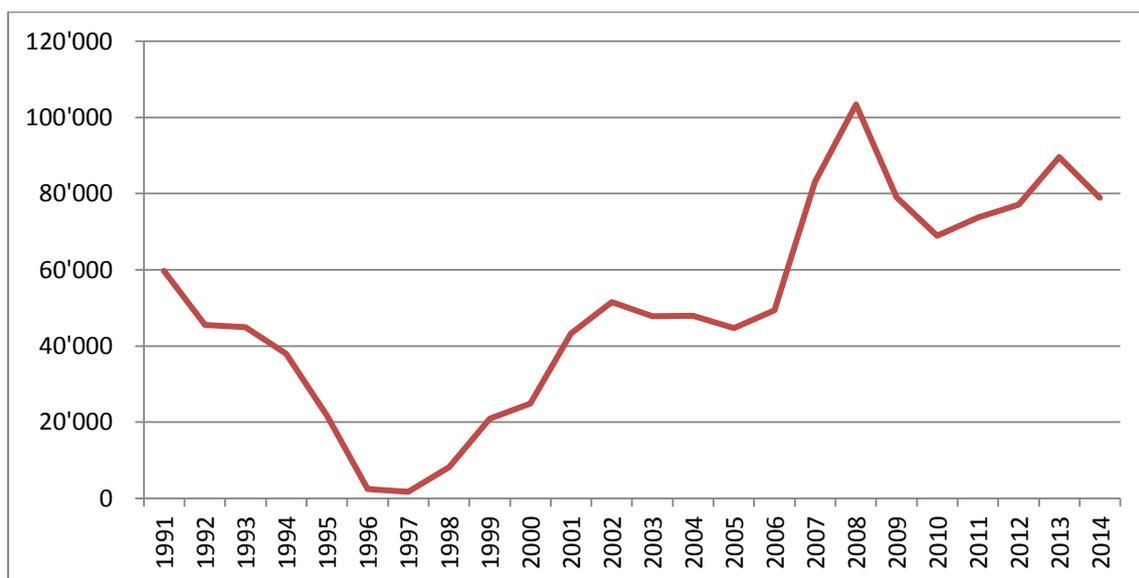
wird dabei ab 2030 als rückläufig angenommen, die von Personen ausserhalb des EU/EFTA-Raums als stabil (BFS 2015: 24f.).

Bei dieser Gruppe besteht wenig strukturell determinierter Handlungsbedarf bezüglich gesundheitlicher Chancengleichheit. Dieser ist vielmehr abhängig von der individuellen Integrationssituation der Personen (sozioökonomische Situation, Bildungsstand, Sprachkenntnisse, Kenntnisse des Gesundheitswesens und Gesundheitskompetenz). Das BFS geht davon aus, dass der Anteil der ausländischen Bevölkerung ohne nachobligatorische Bildung (2014: 25% gegenüber 7% bei Schweizerinnen und Schweizern) bis 2030 insgesamt sinkt, je nach Szenario auf 15-19% (BFS 2015b: 47f.).

Neu einwandernde Personen (Arbeitsmigration, Familiennachzug)

Seit 2007 wandern pro Jahr mehr als 140'000 ausländische Personen in die Schweiz ein; der Migrationssaldo ist – mit gewissen Schwankungen – seit Mitte der 1990er Jahre tendenziell steigend (Abbildung 2-2). 2014 betrug er 78'542 Personen. Zwischen 2007-2014 blieben die Anteile der Einwanderungsgründe weitgehend konstant (Durchschnittswerte: Aufnahme einer Erwerbstätigkeit: 48%, Familiennachzug: 32%, Einwanderung ohne Erwerbstätigkeit: 4%; Ausländerstatistik SEM).

Abbildung 2-2: Migrationssaldo ausländischer Staatsangehöriger 1991-2014



Quelle: BFS, Migration und Integration

Die künftige Entwicklung der Einwanderung ist aufgrund der noch unklaren Umsetzung der Masseneinwanderungsinitiative kaum zu prognostizieren.

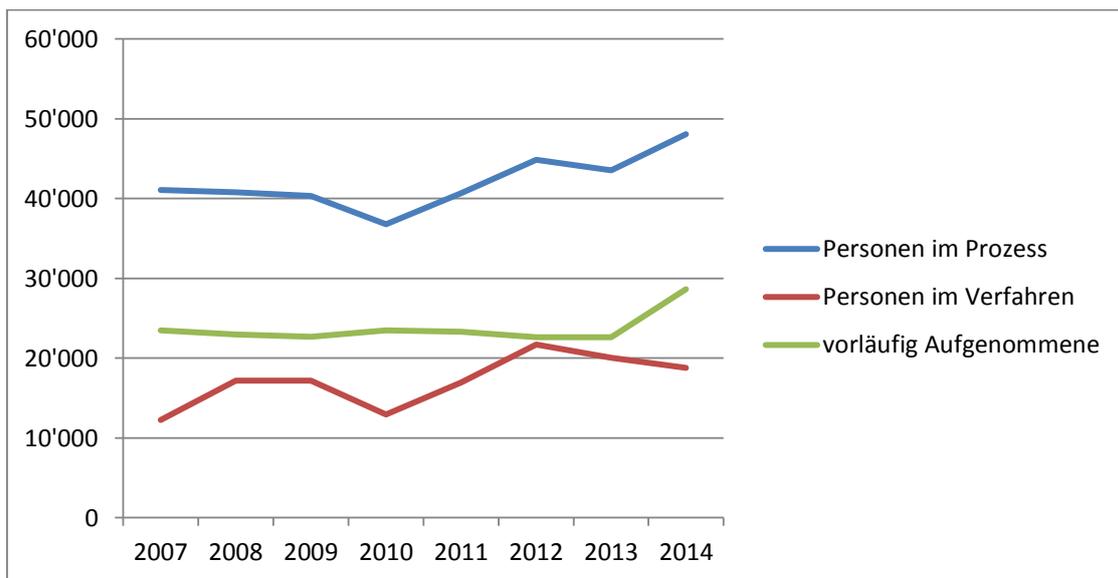
Bei neu zuwandernden Personen ist generell von einem eher geringen strukturellen Handlungsbedarf in Bezug auf gesundheitliche Chancengleichheit auszugehen: Tendenziell wan-

dem vor allem Personen aus dem EU/EFTA-Raum⁶ ein. Abgesehen von der individuellen Situation bezüglich Sprach- und Gesundheitskompetenzen dürfte bei diesen Personen vor allem ein gewisser Informationsbedarf über das Gesundheitssystem bestehen.

Personen des Asylbereichs (Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene)

Zwischen 2007 und 2014 ist eine tendenzielle Zunahme der Anzahl Personen im Asylbereich festzustellen (Abbildung 2-3). Ende 2014 befanden sich ca. 48'000 Personen im Asylprozess. Ende August 2015 waren es 54'250, davon 32'313 vorläufig Aufgenommene. Angesichts der Flüchtlingssituation 2015 ist von einer weiteren Zunahme auszugehen.

Abbildung 2-3: Asylsuchende und vorläufig Aufgenommene 2007-2014



Quelle: SEM, Asylstatistik

Bei Asylsuchenden und vorläufig Aufgenommenen bestehen im Vergleich mit den anderen Gruppen spezifische Voraussetzungen hinsichtlich der gesundheitlichen Chancengleichheit. Bei ihnen sind gewisse individuelle Ressourcen tendenziell eher schwächer vorhanden (Sprachkenntnisse, Kenntnisse des Gesundheitswesens, Gesundheitskompetenz). Aufgrund weiterer Faktoren wie der Fluchterfahrung, möglicher Traumatisierungen sowie allfälligen spezifischen herkunftsbezogenen Gesundheitsrisiken ist ihre Vulnerabilität zusätzlich potenziell erhöht. Hinzu kommen Faktoren in Zusammenhang mit dem Status als Asylsuchende bzw. vorläufig Aufgenommene: die Belastung des Verfahrens, Unsicherheit bezüglich des Aufenthaltsstatus oder mögliche Einschränkungen des Zugangs zu Leistungen des Gesundheitssystems. Die Erfahrung zeigt zudem, dass Personen des Asylbereichs häufig

⁶ BFS, T 1.3.2.1.1

mit Integrationsschwierigkeiten konfrontiert sind und dadurch bezüglich der sozialen Gesundheitsdeterminanten benachteiligt sind (Guggisberg et al. 2014).

Sans Papiers

Die Anzahl Personen ohne geregelten Aufenthaltsstatus (Sans Papiers) lässt sich nicht verlässlich beziffern. Die bestehenden Schätzungen variieren zwischen 70'000 und 300'000 Personen (Efionayi-Mäder et al. 2010: 6). Mit Blick auf die Entwicklung im Asylwesen (s.o.) scheint eine Zunahme der Anzahl Sans Papiers wahrscheinlicher als eine Abnahme. Wie bei den anderen Gruppen hängt die Bedeutung migrationsbezogener Faktoren der gesundheitlichen Chancengleichheit von der individuellen Situation ab. Aufgrund ihres prekären Aufenthaltsstatus, ihrer meist schlechten sozioökonomischen Lebensbedingungen (Efionayi-Mäder et al. 2010) und mutmasslich schlechten Erreichbarkeit mit Integrationsangeboten handelt es sich jedoch tendenziell um eine strukturell vulnerable Gruppe.

2.3 Die gesundheitliche Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung

Im Folgenden wird entlang der in Abschnitt 2.1 eingeführten Modellebenen die Situation hinsichtlich der gesundheitlichen Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung betrachtet. Es handelt sich dabei um eine summarische Darstellung; eine umfassende Synthese des vorhandenen Wissens war nicht Ziel dieses Mandats, würde dessen Rahmen sprengen und wäre aus methodischen Gründen sehr anspruchsvoll. Die Darstellung fokussiert auf diejenigen Faktoren wird, die gemäss Stamm et al. (2013: 32) für die Analyse des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit besonders relevant sind.

Die Situationsanalyse orientiert sich an der Leitfrage „Inwiefern zeigt sich gesundheitliche Chancenungleichheit für die Migrationsbevölkerung in der Schweiz auf den verschiedenen Modellebenen? Was sagen vorhandene Studien dazu aus?“. Diese Frage wird je nach Modellebene und je nach Informationslage aus zwei Perspektiven angegangen: Zum einen wird danach gefragt, wie sich die *Voraussetzungen* für gesundheitliche Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung präsentieren, zum anderen danach, welche *Unterschiede* sich zwischen der Migrationsbevölkerung und schweizerischen Bevölkerung zeigen.⁷

Die Darstellung beruht auf bestehenden Studien, Datenanalysen und Erhebungen. Namentlich wurden die folgenden Quellen berücksichtigt.

- Im Rahmen des Programms M+G entstandene Forschungsprojekte, Studien und Berichte⁸. Die konkreten Quellen werden jeweils ausgewiesen, wenn auf sie Bezug genommen wird.

⁷ Es gilt zu beachten, dass der Begriff „Migrationsbevölkerung“ je nach Studie unterschiedlich definiert sein kann.

⁸ Eine Übersicht findet sich auf der Website des Programms M+G:
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/index.html?lang=de>

- Per Internetrecherche identifizierte schweizerische und internationale Literatur zu den Themen Migration und Gesundheit bzw. gesundheitliche Ungleichheit: Studien, Berichte und Policy papers, z.T. zu einzelnen Fragen wie Behandlungsqualität. Die konkreten Quellen werden jeweils ausgewiesen, wenn auf sie Bezug genommen wird.
- Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (GMM II; Guggisberg et al. 2011; BAG 2012)
- Integrationsindikatoren des Bundesamts für Statistik (BFS 2014): <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.html>
- Situationsanalysen der Migrant Friendly Hospitals (projektinterne Dokumente und Daten, dem Berichtsautor vertraulich zur Verfügung gestellt). Dabei handelt es sich meistens um Befragungen von Spitalpersonal (Ärzteschaft, Pflegefachpersonen, Administration) mit mehreren hundert Teilnehmenden.

Bezüglich der Quellenlage ist festzuhalten, dass grundsätzlich sehr viel Literatur und Datenmaterial zu den Themen Migration und Gesundheit bzw. gesundheitliche Ungleichheit vorhanden ist. Die Fragestellungen, Zugänge, Perspektiven und Reichweite sowie die Methodik und Datengrundlagen von Studien und Datenanalysen unterscheiden sich jedoch stark. Häufig werden spezifische Teilgruppen der Migrationsbevölkerung und/oder einzelne Teilaspekte gesundheitlicher Chancengleichheit untersucht. Aus methodischer Sicht ist ausserdem die Qualität und Aussagekraft von Studien teilweise schwierig zu beurteilen. Insbesondere qualitative Studien beruhen oft auf kleinen Fallzahlen oder einzelnen Experteneinschätzungen, was eine Überprüfung oder eine Verallgemeinerung der Befunde erschwert. Damit sind die Voraussetzungen für eine systematische und umfassende Analyse von Problemfeldern sowie für eine systematische Einschätzung der Betroffenheit (Wer ist vom untersuchten Problem konkret betroffen?) und der Problemlast (Wie viele Personen sind betroffen? Wie gravierend ist das Problem für die Betroffenen?) höchst ungünstig.

Die bisher umfassendste Datenbasis zur Analyse verschiedener Gesichtspunkte und Probleme gesundheitlicher Ungleichheit der Migrationsbevölkerung bildet das im Rahmen des Programms M+G veranlasste Gesundheitsmonitoring bei Personen mit Migrationshintergrund (GMM II; Guggisberg et al. 2011).⁹ Dieses beruht auf der Befragung von insgesamt etwas über 3000 Personen. Die Daten sind allerdings nicht repräsentativ für die Population der Migrantinnen und Migranten insgesamt, sondern es wurden spezifische Gruppen ausgewählt, die als beispielhaft für die Lebenslage von Migrantinnen und Migranten in der

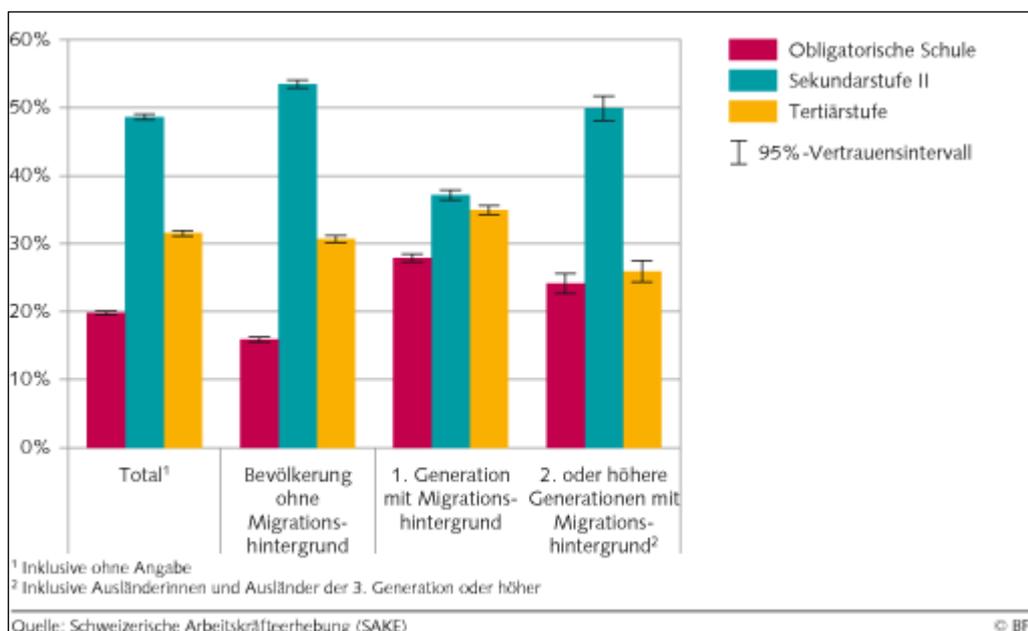
⁹ Das GMM II liefert Informationen namentlich zum Gesundheitszustand, zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, zum Gesundheitsverhalten und zu verschiedenen Aspekten der Gesundheitskompetenz. Anhand des GMM-Datensatzes wurden diverse vertiefende Analysen von Detailfragen durchgeführt (vgl. http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/13720/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCKeH9,f2ym162epYbg2c_JKbNoKSn6A--)

Schweiz stehen können.¹⁰ Der Fokus des Monitoring lag zudem primär auf der Analyse von Unterschieden zwischen bestimmten Gruppen der Migrationsbevölkerung und der einheimischen Bevölkerung; Vergleiche zwischen verschiedenen Subgruppen der Migrationsbevölkerung sind dagegen aus methodischen Gründen nur bedingt möglich (Guggisberg et al. 2011: 100f.).

2.3.1 Soziale Lage

Hinsichtlich verschiedener sozioökonomischer Faktoren (Bildung, Arbeitssituation, Einkommen etc.) sind für Teile der Migrationsbevölkerung die Voraussetzungen für gesundheitliche Chancengleichheit im Vergleich mit dem Durchschnitt der gesamten Wohnbevölkerung schlechter. Dies lässt sich anhand von mehreren Integrationsindikatoren des BFS illustrieren.

Abbildung 2-4: Höchste abgeschlossene Ausbildung der ständigen Wohnbevölkerung nach Migrationsstatus (2014)



Quelle: BFS¹¹

Ein erster Indikator zur **Bildung** zeigt, dass die erste Generation mit Migrationshintergrund einen überdurchschnittlich hohen Anteil Personen mit der obligatorischen Schule als

¹⁰ 1812 Personen aus der ständigen Wohnbevölkerung mit Herkunft Portugal, Türkei, Serbien oder Kosovo sowie je rund 200 kürzlich eingewanderte bzw. kürzlich eingebürgerte Personen mit türkischer und kosovarischer Herkunft (rund 800 Personen) und je rund 200 Personen des Asylbereichs aus Somalia und Sri Lanka (rund 400 Personen; Asylsuchende und vorläufig Aufgenommene) (Guggisberg et al. 2011: 4f.).

¹¹ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43022.430104.html

höchster abgeschlossener Ausbildung und einen unterdurchschnittlich hohen Anteil Personen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II aufweist (Abbildung 2-4).

Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist im Durchschnitt schlechter in den Arbeitsmarkt integriert als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Die **Erwerbslosenquote** gemäss ILO (Internationale Arbeitsorganisation) betrug in der Schweiz im Jahr 2014 4,5%. Dabei zeigen sich markante Unterschiede: Die Quote für die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund betrug 3,1%, diejenige der Bevölkerung mit Migrationshintergrund 7,3%. Damit weist die zugewanderte Bevölkerung ein höheres Armutsrisiko auf, was sich auch auf weitere Lebensbereiche auswirkt.¹²

Ein anderer Integrationsindikator zeigt, dass Personen mit Migrationshintergrund häufiger einen **Beruf** ausüben, für den sie überqualifiziert sind und der damit nicht ihrem Bildungsstatus gerecht wird. In der Bevölkerung mit Migrationshintergrund der ersten Generation betrifft dies 18,8% der Personen mit einem Tertiärabschluss, in der zweiten Generation 15,7%. Bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund beträgt dieser Anteil 11,5%, im Durchschnitt der gesamten Wohnbevölkerung 14,7%.¹³

Auch bezüglich des verfügbaren **Äquivalenzeinkommens**¹⁴ zeigt sich ein deutlicher Unterschied. 2013 betrug der Medianwert für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund 48'000 CHF, derjenige der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund 54'000 CHF.¹⁵

2.3.2 Lebensbedingungen/Lebenssituation

Bezüglich der Lebensbedingungen interessieren Belastungen und Ressourcen, insbesondere die Arbeitsbedingungen, die Wohnsituation, die soziale Integration (Netzwerke, Beziehungen), weitere Belastungen und Ressourcen wie die soziale Unterstützung, Bewältigungsverhalten, aber auch die Gesundheits- und Sprachkompetenz (Stamm et al. 2013: 32). Die Situation der Migrationsbevölkerung hinsichtlich einiger dieser Faktoren lässt sich anhand von Daten oder Experteneinschätzungen wie folgt beschreiben.

Zu den **Arbeitsbedingungen** findet sich ein BFS-Integrationsindikator.¹⁶ Dieser erfasst die Häufigkeit atypischer Arbeitszeiten (Nachtarbeit, Sonntagsarbeit oder Arbeit auf Abruf). Gemäss den vorliegenden Daten waren im Jahr 2014 in der Schweiz insgesamt 14,8% der Arbeitnehmenden von mindestens einer Form von atypischen Arbeitszeiten betroffen.

¹² www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43048.430108.html

¹³ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43047.430108.html

¹⁴ Das verfügbare Äquivalenzeinkommen dient als Schlüsselindikator zur Beurteilung der finanziellen Ressourcen. Diese beeinflussen weitere Faktoren wie die Wohnsituation, die Gesundheit, die Bildung, die materielle Situation, die Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe etc.

¹⁵ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43001.430101.html

¹⁶ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43051.430108.html

Solche sind bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund der ersten Generation am häufigsten (17,6%), bei Personen mit Migrationshintergrund der zweiten oder höheren Generation am seltensten (11,1%).

Verschiedene Indikatoren erlauben Aussagen über die **Wohnsituation**: Systematische Unterschiede finden sich bezüglich der Wohnfläche pro Person. Bei den Ein- bis Fünfstimmernwohnungen verfügen die Haushalte mit zwei oder mehr Personen ohne Migrationshintergrund im Durchschnitt über eine grössere Wohnfläche pro Person als die Haushalte mit Migrationshintergrund. Bei Wohnungen mit sechs oder mehr Zimmern zeigt sich kein Unterschied zwischen den verschiedenen Gruppen.¹⁷ Während sich bezüglich Wohnproblemen¹⁸ eher geringe Unterschiede zeigen, ist bei Personen mit Migrationshintergrund der Anteil an Personen, die in einer Wohnung in einem als zu lärmig empfundenen Quartier leben (19,9%) signifikant höher als bei Personen ohne Migrationshintergrund (14,7%).¹⁹

Die **soziale Integration** lässt sich anhand verschiedener Indikatoren umschreiben. Gemäss den vorliegenden Daten sind Personen ohne Migrationshintergrund signifikant häufiger Aktiv- oder Passivmitglieder in Vereinen, Gesellschaften, Klubs, politischen Parteien oder anderen Gruppen als Personen mit Migrationshintergrund.²⁰ Bei im Ausland geborenen Personen, v.a. bei Frauen und Personen mit tieferer Bildung, sind Einsamkeitsgefühle häufiger.²¹ Vertrauensbeziehungen als Ressource sozialer Unterstützung sind bei im Ausland geborenen Menschen gemäss den Integrationsindikatoren schwächer ausgeprägt als bei Personen ohne Migrationshintergrund.²² Allerdings erwähnt eine Studie zu den Einstellungen gegenüber der Pflege aber auch, dass in der Migrationsbevölkerung ausgeprägte Familiennetzwerke eine starke Ressource sozialer Unterstützung darstellen und oft eine hohe Bereitschaft besteht, eigene Angehörige möglichst lange selbst bzw. zuhause zu pflegen (Kohn et al. 2013: 23). Damit einher geht die Beobachtung einer geringeren Bereitschaft, institutionelle Beratungs- und Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen (Pflege, Spitex). Dahinter können gemäss Experteneinschätzungen verschiedene Gründe stehen, z.B. fehlendes Vertrauen in öffentliche Institutionen, fehlende Vertrautheit mit Pflegepersonen und Diensten oder Furcht vor Diskriminierung. Teilweise wird professionelle Pflege auch als Eingriff in die Privatsphäre, als Autonomieverlust oder Versagen der Familienstrukturen empfunden (Kohn et al. 2013: 24 und 55).

Im vorliegenden Kontext ist die **Gesundheitskompetenz** von besonderem Interesse. Zahlreiche Studien und Berichte gehen davon aus, dass auch diesbezüglich Ungleichheiten

¹⁷ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43043.430107.html

¹⁸ Für eine Definition vgl. BFS (2014: 34).

¹⁹ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43042.430107.html

²⁰ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43018.430103.html

²¹ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43066.430110.html

²² www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43062.430110.html

zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen bestehen. Gemäss Allgemein weisen Personen jüngeren Alters, mit besseren ökonomischen Ressourcen, höherem selbsteingeschätztem sozialem Status und höherem Bildungsstand sowie Frauen eine höhere Gesundheitskompetenz auf.²³ Die Datenlage zur Gesundheitskompetenz in der Schweizer Bevölkerung insgesamt ist sehr heterogen und ergibt kein klares Bild (Sommerhalder/Abel 2015: 28; Stamm et al. 2013: 48). Verschiedene Erhebungen liefern jedoch konkrete Anhaltspunkte für die Beurteilung der Situation der Migrationsbevölkerung:

- Sprachkompetenz: 10% der Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation – v.a. Personen zwischen 55 und 64 – geben an, keine der Landessprachen in ihrem sprachlichen Repertoire zu haben.²⁴ Dabei handelt es sich um rund 200'000 Personen.
- Das GMM II (Guggisberg et al. 2011; BAG 2012) erlaubt keinen Vergleich zwischen der Migrationsbevölkerung und Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Gemäss den Daten beurteilen Personen mit Migrationshintergrund die Auswahl des Arztes und die direkte Kommunikation mit ihm subjektiv als relativ unproblematisch. Demgegenüber werden Empfehlungen und Informationen von Gesundheitsfachpersonen (Ärztinnen und Ärzte) eher selten kritisch hinterfragt. Im Vergleich mit anderen Gruppen weisen v.a. Personen des Asylbereichs besonders tiefe Werte bei der Symptomeinschätzung und bei der Verständigung im Gesundheitswesen auf.
- In der Studie von Kohn et al. (2013: 43) hielten 14 von 23 Expertinnen und Experten das Wissen der Migrantinnen und Migranten über das Gesundheitswesen (v.a. in Bezug auf ambulante Hilfs- und Unterstützungsmassnahmen, wie die Spitex, auf das Hausarztwesen und auf Ergänzungsleistungen) für gering oder ungenügend. Als Informationsquelle sei schriftliches Material weniger bedeutend als mündliche Auskünfte von Beratungsstellen und der Erfahrungsaustausch der Migrantinnen und Migranten untereinander (Kohn et al. 2013: 44).
- Die empirisch abgestützten Situationsanalysen einzelner Migrant Friendly Hospitals weisen darauf hin, dass vor allem sozioökonomisch schlecht gestellte Migrantinnen und Migranten mit wenig Schulbildung unterschiedliche Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit sowie fehlendes oder ein anderes Verständnis von Untersuchungen und Massnahmen bzw. von Gesundheitsförderung und Prävention äussern.

²³ Dies zeigen auch die Ergebnisse des European Health Literacy Survey (EU-HLS; vgl. Sommerhalder/Abel 2015: 29f.).

²⁴ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43041.430106.html

2.3.3 Lebensstil: Unterschiede im Gesundheitsverhalten

Zu verschiedenen Aspekten des Lebensstils und Gesundheitsverhaltens lassen sich anhand des GMM II (Guggisberg et al. 2011: 37ff. und 87ff.) gewisse Aussagen machen. Zusammenfassend unterscheidet sich die Migrationsbevölkerung (inkl. Asylsuchende) von der schweizerischen Bevölkerung in folgenden Aspekten:

- Tieferer Alkoholkonsum, höherer Anteil abstinenter Personen
- Tieferer Konsum von Früchten und Gemüse
- Weniger körperliche Aktivität in der Freizeit, v.a. bei Frauen, bei 25-39jährigen, bei Personen aus Südwest, Ost- und Südosteuropa sowie von ausserhalb Europa und bei Personen des Asylbereichs.²⁵
- Häufiger von starkem Übergewicht betroffen
- Höherer Tabakkonsum, v.a. bei Männern und Personen aus der Türkei, Serbien und Portugal

2.3.4 Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Bezüglich des Anteils der Personen, die mindestens einmal pro Jahr ärztliche Versorgung in Anspruch nehmen, zeigen sich kaum systematische Unterschiede zwischen der Migrationsbevölkerung und der schweizerischen Bevölkerung (Guggisberg et al. 2011: 26ff. und 83ff.). Hingegen zeigt sich, dass Personen aus der Türkei, aus Serbien und Kosovarinnen ihren Hausarzt pro Jahr häufiger aufsuchen als Schweizerinnen und Schweizer. Einzelne der untersuchten Gruppen der Migrationsbevölkerung wenden sich geringfügig häufiger an Notfalldienste und Spitalambulatorien und/oder Polikliniken als Schweizerinnen und Schweizer. Bei Personen des Asylbereichs ist die Anzahl solcher Konsultationen hingegen signifikant höher. Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention sowie Vorsorgeuntersuchungen werden von Migrantinnen und Migranten weniger häufig in Anspruch genommen als von Schweizerinnen und Schweizern.

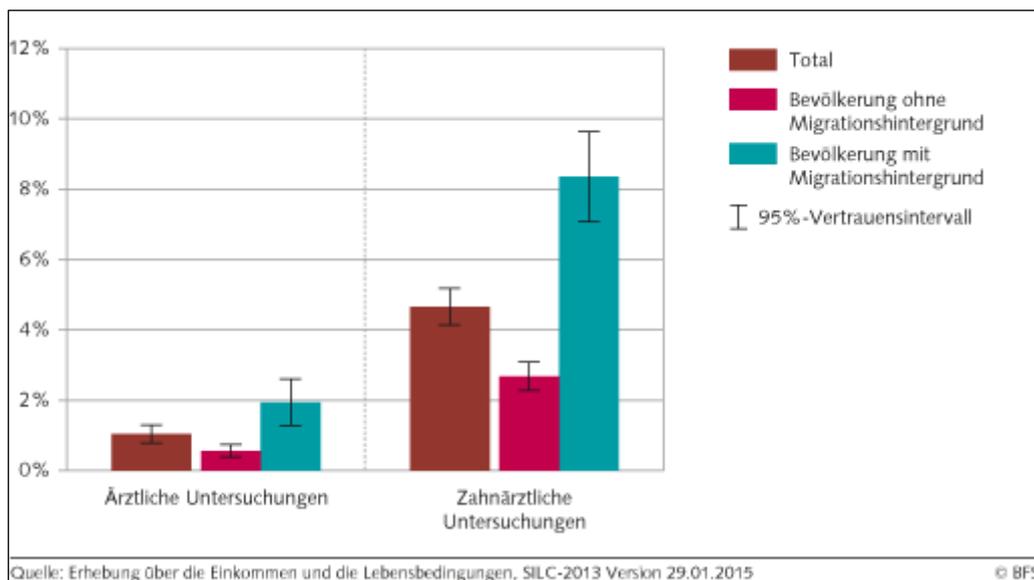
Im Bereich der Langzeitpflege ist die Datenlage weniger aussagekräftig. Der Anteil ausländischer Personen am Total der Spitex-Klientele ist nicht systematisch statistisch erfasst²⁶, wird aber von Expertinnen und Experten tiefer geschätzt als der Anteil der schweizerischen Bevölkerung. Auch in Alters- und Pflegeheimen sind Migrantinnen und Migranten gemessen an ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung untervertreten (Kohn et al. 2013: 26f.).

²⁵ Die körperliche Inaktivität in der Freizeit ist auch ein Integrationsindikator des BFS: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43068.430110.html

²⁶ Das GMM II stellte – anhand einer schwachen Datenbasis – bei der Nutzung von Spitex-Diensten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen fest (Guggisberg et al. 2011: 33f.).

Die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens wird auch in den Integrationsindikatoren des BFS thematisiert. Dabei steht der Verzicht auf zahnärztliche oder ärztliche Untersuchungen aus finanziellen Gründen im Fokus. Die Daten für das Jahr 2013 zeigen einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund (Abbildung 2-5). Erstere verzichteten fast dreimal häufiger auf ärztliche oder zahnärztliche Untersuchungen als Personen ohne Migrationshintergrund. Die detaillierte Analyse zeigt, dass dies für alle Altersgruppen und für alle Bildungsniveaus gilt, vor allem aber für Frauen, für Personen, die aus Südwesteuropa stammen sowie für Personen, die in der Westschweiz wohnhaft sind.²⁷

Abbildung 2-5: Verzicht auf (zahn)ärztliche Untersuchungen aus finanziellen Gründen nach Migrationsstatus (Anteil; 2013; Personen über 16 Jahre)



Quelle: BFS²⁸

²⁷ In einer international vergleichenden Befragung gaben 60% der ärztlichen GrundversorgerInnen an, ihre Patientinnen und Patienten hätten manchmal oder oft Schwierigkeiten, die anfallenden Gesundheitskosten zu bezahlen (Merçay 2015: 51). Dies ist ein tieferer Anteil als in anderen – vor allem angelsächsischen – Staaten, angesichts des Versicherungsobligatoriums dennoch bemerkenswert. Auffallend ist insbesondere, dass der Wert seit 2012 um 4,5% zugenommen hat.

²⁸ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43064.430110.html

2.3.5 Gesundheitswesen²⁹: Zugang und Angebote

Über das Versicherungsobligatorium ist der **Zugang** zu einer qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung in der Schweiz – mit spezifischen Ausnahmen – für alle Personen, die sich länger als drei Monate in der Schweiz aufhalten (Rüefli/Huegeli 2011: 16), prinzipiell sichergestellt. Trotzdem zeigen sich bei besonders vulnerablen Personen gewisse Lücken im Zugang zur Versorgung. Dabei handelt es sich vor allem um Personen, die sich aus finanziellen Gründen oder wegen eines irregulären Aufenthaltsstatus dem Versicherungsobligatorium entziehen (Rüefli/Huegeli 2011; Sottas et al. 2014: 17ff.), aber auch um Personen, die sich aus rechtlichen oder institutionellen Gründen – Sozialhilfebezug, Betreuung durch Asylbehörden – nicht selbstständig um ihre Versorgung kümmern können, sondern von Entscheidungen anderer abhängig sind oder in speziellen Modellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer versichert sind (Bihr/Kaya 2013: 14). Die Zahl dieser Personen oder das Ausmass der Einschränkungen des Zugangs zur Versorgung lassen sich nicht eindeutig bestimmen.

Die explorative Studie von Sottas et al. (2014) befasste sich mit verschiedenen Problemen des Zugangs sozial benachteiligter Menschen zur Gesundheitsversorgung. Neben der Versicherungsdeckung wird schlechte Zugänglichkeit von Angeboten (Öffnungszeiten, Terminvereinbarung nötig, Erreichbarkeit, Barrierefreiheit etc.) als mögliche angebotsseitige Zugangsbarriere identifiziert. Es liegt jedoch keine empirische Evidenz vor, dass im schweizerischen Gesundheitssystem strukturelle angebotsseitige Zugangshürden zur Versorgung bestehen würden, die spezifisch die Migrationsbevölkerung betreffen. Gemäss Experteneinschätzungen resultieren Zugangsprobleme vor allem aus fehlender Kenntnis der Angebote³⁰ und fehlenden finanziellen Mitteln und sind somit eine Folge anderer Faktoren. Diese Faktoren dürften jedoch bei der Migrationsbevölkerung bedeutender sein als bei Personen ohne Migrationshintergrund. In einer früheren Stakeholderbefragung im Bereich M+G (Huegeli/Rüefli 2011: 20ff.) waren 85% der 191 Antwortenden der Ansicht, im Vergleich mit der einheimischen Bevölkerung seien Migrantinnen und Migranten bei der Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsversorgung mit spezifischen Problemen konfrontiert. Diese Probleme sind aus der Sicht von der Antwortenden sprachlicher Art (93%), sozioökonomisch bedingt (88%), kulturbezogen (85%), durch den Aufenthaltsstatus bedingt (72%) oder durch fehlende Kompetenz des Gesundheitssystems im Umgang mit Diversität (64%).

²⁹ Der Begriff „Gesundheitswesen“ bezeichnet hier die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung, die Gesundheitsförderung, Vorsorge- und Präventionsmassnahmen sowie Beratungsangebote zu Gesundheitsfragen.

³⁰ Die Befragung von Spitalpersonal im Rahmen der Situationsanalyse eines Migrant Friendly Hospitals ermittelte das Fehlen von fremdsprachigem Informationsmaterial als ein Hauptproblem bei der Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. In der Studie von Bihr/Kaya (2013: 25f.) wurde seitens der Migrationsbevölkerung das Bedürfnis nach mehr fremdsprachigem Informationsmaterial geäussert.

Ähnliche Ergebnisse zeigte die Stakeholderbefragung 2011 bezüglich der Erreichbarkeit der Migrationsbevölkerung mit Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention (Huegli/Rüefli 2011: 25ff.): 82% der 199 Antwortenden sahen hier spezifische Probleme. Dabei handelt es sich für 93% der Antwortenden um sprachliche Probleme, für je 88% um kulturbezogene Probleme bzw. sozioökonomische Probleme, für 70% um Probleme aufgrund des Aufenthaltsstatus und für 65% um systembezogene Probleme seitens der Anbieter.

Die gesundheitliche Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung kann beeinträchtigt sein, wenn das Leistungsangebot des Gesundheitswesens (Versorgung, Gesundheitsförderung, Prävention, Beratung) nicht oder zu wenig gut auf den Bedarf abgestimmt ist, der sich aus spezifischen migrationsbezogenen Gesundheitsproblemen (vgl. Abschnitt 2.2.1) ergibt. Fehlende Behandlungsmöglichkeiten oder die inadäquate Behandlung von gesundheitlichen Problemen haben deren Perpetuierung zur Folge, können aber auch zu deren Chronifizierung und weitere Folgeprobleme führen. Zur **Bedarfsgerechtigkeit der Angebote des Gesundheitswesens** liegt keine systematische Situationsanalyse vor. Eine spezifisch auf psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsangebote für traumatisierte Personen im Asyl- und Flüchtlingsbereich bezogene Studie kam zum Ergebnis, dass in diesem Bereich gesamtschweizerisch ca. 200-500 spezialisierte Plätze fehlen (Oetterli et al. 2013: 3).

2.3.6 Interaktion von Migrantinnen und Migranten und dem Gesundheitswesen

Verschiedene der voranstehend betrachteten Faktoren beeinflussen die Chancengleichheit auch bei der eigentlichen Interaktion zwischen Migrantinnen und Migranten und dem Gesundheitswesen. Schwierigkeiten bei der Interaktion können die Outcomequalität von Behandlungen und Beratungen und damit den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der betroffenen Personen beeinträchtigen, sie können aber auch die Arbeit der Einrichtungen und Fachpersonen des Gesundheitswesens erschweren, zu Mehraufwand führen und so dessen Effizienz schmälern. Aus diesen Gründen und da das Programm M+G zahlreiche Aktivitäten beinhaltet, die sich an Gesundheitspersonal richten, schenkt die vorliegende Situationsanalyse der Interaktion besondere Aufmerksamkeit.

Sowohl von Seiten der Migrationsbevölkerung als auch von Gesundheitsfachpersonen werden vielfach **Verständigungsprobleme** erwähnt. So zeigt das GMM II, dass je nach Herkunftsgruppe zwischen 12% und 45% der befragten ausländischen Personen ihre eigenen Anliegen der Ärztin bzw. dem Arzt oft nicht verständlich machen kann oder die ärztlichen Informationen nur ungenügend verstehen (BAG 2012: 34f.). Bei den Asylsuchenden sind diese Werte höher. Die Mehrheit der Befragten kann sich weder zuverlässig mitteilen noch zuverlässig verstehen, was der Arzt oder die Ärztin zu vermitteln versucht (Guggisberg et al. 2011). Auch das Gesundheitspersonal artikuliert Verständigungsprobleme. Gemäss den MFH-Situationsanalysen aus drei Spitälern sind mehr als 50% der Befragten Gesundheitsfachpersonen (Ärzterschaft, Pflege, Administration) „oft“ mit sprachlichen Hür-

den konfrontiert. In einer Befragung von Apothekerinnen und Apothekern gaben 55% der Antwortenden an, dass sie täglich oder wöchentlich mit fremdsprachigen Kunden kein gutes Beratungsgespräch in der ortsüblichen Landessprache führen können (Gehring/Schwappach 2012). Verständigungsprobleme werden gemäss der qualitativen Studie von Kohn et al. (2013: 48f.) auch von Spitex-Personal als eine der grössten Herausforderungen bezeichnet. Die Situation der Ärzteschaft wird in der International Health Policy-Befragung des Commonwealth Fund beleuchtet. 81% der antwortenden Grundversorger aus der Schweiz gaben darin an, dass es Patientinnen und Patienten gäbe, mit denen sie nicht in einer Landessprache kommunizieren können. 15,6% behandeln oft Patientinnen und Patienten mit Bedarf an Übersetzungsleistungen, 37,6% tun dies manchmal. Dies kommt in der Pädiatrie und in der Deutschschweiz überdurchschnittlich vor. 7,5% der Antwortenden sind „oft“ mit Patientinnen und Patienten konfrontiert, die Schwierigkeiten haben, die Informationen zu verstehen, 48,7% „manchmal“ (Merçay 2015: 55f.).

Zur **Verfügbarkeit und zum Einsatz von professionellem interkulturellem Dolmetschen (ikD) in der Gesundheitsversorgung** liegen verschiedene empirische Hinweise vor. So hat sich das Volumen der über Vermittlungsstellen organisierten ikD-Einsatzstunden zwischen 2008 und 2013 praktisch verdoppelt (Jahresberichte Integration des BFM/SEM), wobei das Wachstum im Einsatzbereich Gesundheit mit 92% etwas weniger stark war als in den Bereichen Soziales (115%) und Bildung (100%). Laut einer empirischen Studie (Gehrig et al. 2012) war das Einsatzvolumen von ikD 2010 in der französischsprachigen Schweiz etwas höher als in der Deutschschweiz. Die meisten Einsätze erfolgen in der Psychiatrie und in der Somatik (je ca. ein Drittel), je ca. ein Fünftel in den Bereichen „Gynäkologie und Geburt“ sowie „Kinder und Jugendliche“ (Gehrig et al. 2012: 20). Die Studienautoren schätzen, dass nur 50% aller Dolmetscheinsätze über subventionierte Vermittlungsstellen abgewickelt werden (Gehrig et al. 2012: 1). Die gesichteten MFH-Situationsanalysen stützen diesen Befund. Diese zeigen, dass die vorhandenen professionellen ikD-Angebote dem Gesundheitspersonal zwar bekannt sind, im Spital jedoch seltener eingesetzt werden als andere, pragmatische Lösungen. Übersetzungen erfolgen häufiger durch Angehörige oder fremdsprachiges Personal als durch professionelle Dolmetschende oder den Telefondolmetschdienst. Dies liegt gemäss den Personalbefragungen vor allem an den eher ungünstigen Rahmenbedingungen (Zeitbedarf, organisatorischer Aufwand, Kostenübernahme nicht geregelt). Noch seltener kommt ikD in Apotheken zum Einsatz. Die verbreitetste Strategie in der Beratung von Kunden mit anderem sprachlichen oder kulturellen Hintergrund ist gemäss einer Befragung (Gehring/Schwappach 2012) die Mehrsprachigkeit des Apothekenpersonals zu sein. Andere Hilfsmittel, wie Etikettensoftware mit Übersetzungsmöglichkeiten, Piktogramme, fremdsprachige Packungsbeilagen oder Dolmetscherdienste werden eher selten bis gar nicht verwendet. 90% der Befragten gaben an, nie externe Dolmetschleistungen zu nutzen. Die IHP-Befragung von Grundversorgerinnen und Grundversorgern zeigt ein vergleichbares Bild: Die am häufigsten eingesetzte Strategie um Sprachbarrieren zu überwinden ist dabei die Übersetzung durch Familienmitglieder (71,7%). 25,1% der Antwortenden können auf Übersetzungen durch ein Mit-

glied des Praxisteam zurückgreifen, 17,8% setzen Symbole und Zeichnungen ein. 14,0% der Grundversorgerinnen und Grundversorger setzen interkulturelle Dolmetschende ein, 7,2% schriftliche fremdsprachige Informationsmaterialien und lediglich 2,3% eine telefonische Übersetzung (Merçay 2015: 56ff.). Zur Verbreitung von ikD in der Gesundheitsförderung und Prävention liegen keine systematischen Informationen vor.

Einzelne qualitative Studien sprechen die Frage der **Kompetenz des Gesundheitspersonals im Umgang mit (migrationsbezogener) Diversität** an (z.B. Kohn et al. 2013: 50 für den Spitex-Bereich). Gemäss Kohn et al. (2013) kann es für Pflegende verunsichernd und emotional belastend sein, mit ungewohnten Situationen umzugehen, mit anderen Pflegemodellen, Vorstellungen, Anspruchshaltungen und anderen Familienkonstellationen konfrontiert zu sein. In der Personalbefragung eines Migrant Friendly Hospitals gaben 37% der Befragten an, sie fühlten sich zu wenig kompetent, um adäquat mit migrationsbezogener Diversität umgehen zu können. Gemäss derselben Befragung haben mehr als 50% der Gesundheitsfachpersonen nie eine Schulung in transkultureller Kompetenz erhalten. Dies gilt v.a. für Pflegepersonal, weniger für ärztliches Personal im Spital.

In der IHP-Grundversorgerbefragung gaben 20,5% der Antwortenden an, sie fühlten sich „gut“ für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Bedarf an Übersetzungshilfe vorbereitet. Im Quervergleich mit anderen abgefragten möglichen Herausforderungen ist dies der tiefste Wert, und auch im internationalen Vergleich ist dieser Wert eher tief (Merçay 2015: 35ff.).

Chancengleichheit bei der Interaktion mit dem Gesundheitswesen ist nicht nur eine Frage des Wissens und Verhaltens bzw. der Kompetenzen und Einstellungen einzelner Personen, sondern auch des Umgangs von Organisationen mit den spezifischen Herausforderungen gesellschaftlicher Diversität und damit eine Frage der **Strategie und Kultur dieser Organisationen** (Björngren Cuadra/Cattacin 2007; Pluess/Zellweger o.D.; Seeleman et al. 2015). Es gibt keine systematische Übersicht, wie gut bzw. welche Einrichtungen des Gesundheitswesens (Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung, Organisationen der Gesundheitsförderung und Prävention, Beratungsstellen) auf strategischer Ebene für den Umgang mit Diversität gerüstet sind. In einer breit angelegten früheren Stakeholderbefragung gaben immerhin 52,7% der 131 antwortenden Akteure aus dem Gesundheitsbereich an, dass sie über Strategien oder Leitbilder verfügen, in denen die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten thematisiert werden (Huegli/Rüefli 2011: 32). Darunter fallen sicherlich die 8 Spitalbetriebe³¹, die sich im Rahmen des Projekts Migrant Friendly Hospitals am Netzwerk Swiss Hospitals for Equity beteiligen. In einer Umfrage bei Frauenkliniken, Kinderärztinnen und Kinderärzten, Hebammen, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Mütter-

³¹ Universitätsspitaler Basel, Genf und Lausanne, Kinderspitäler Zürich, Basel und St. Gallen. Solothurner Spitäler, Kantonsspital Aarau.

und Väterberatungsstellen, Stillberaterinnen, sowie Familienplanungsstellen (442 Teilnehmende) gaben zudem 288 Institutionen an, dass ihre Institutionen bzw. ihre Projekte migrationsgerechte Angebote beinhalten (Hermann 2013). Im Bereich der psychosozialen Behandlung und Betreuung von Personen des Asylbereichs wird das bestehende Behandlungs- und Betreuungsangebot – meist die psychiatrische Regelversorgung - von der Mehrheit der befragten Kantone als ungenügend qualifiziert für die entsprechende Zielgruppe beurteilt (Oetterli et al. 2013: 3). Zu anderen Bereichen des Gesundheitswesens (Spitex, Pflegeheime, Arztpraxen, Apotheken) liegen keine systematischen Informationen zu diesem Thema vor.

Aus diversen MFH-Situationsanalysen und den qualitativen Studien von Kohn et al. (2013: 48ff.; 56) und Sottas et al. (2014: 39ff.) geht hervor, dass die **Rahmenbedingungen im Arbeitsalltag von Spitälern und Spitex-Diensten** einer migrationssensiblen bzw. allgemein patientenorientierten Arbeit gewisse Grenzen setzen. Pflegefachpersonen berichten, Zeitmangel, Effizienzdruck, die Vorgaben der auf medizinische Leistungen begrenzten Tarifsysteme und die fehlende Kostendeckung von Aktivitäten, die über die reine Versorgungsleistung hinaus gehen (z.B. Beratung, Einsatz von ikD, Einbezug der Angehörigen etc.) erschwere es ihnen, auf spezifische Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten einzugehen, eine Vertrauensbeziehung aufzubauen, zusätzliche Informationen über die individuelle Situation der Patientinnen und Patienten einzuholen, eine professionelle Übersetzung zu organisieren etc. Es sei somit schwierig, eine patientenorientierte Behandlung und Betreuung von sozial vulnerablen Personen sicherzustellen, die deren individuellen Situation und ihren spezifischen Bedürfnissen ausreichend Rechnung trägt, auf einer vertrauensvollen, empathischen Beziehung beruht und personelle Kontinuität sicherstellt. Die Voraussetzungen für wirksame und adäquate Pflege sind damit in unterschiedlichem Mass gegeben. Davon sind vor allem Patientinnen und Patienten betroffen, deren und Pflege aus sprachlichen, kulturellen oder anderen Gründen Herausforderungen an das Gesundheitspersonal stellt, die nicht im Rahmen der Alltagsroutine bewältigt werden können.

Einzelne qualitative und explorative Studien zur Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung in der Gesundheitsversorgung sprechen weitere Themen an, die Gesundheitsfachpersonen als problematisch erleben. Zum einen wird erwähnt, dass Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund nach einem Spitalaufenthalt kaum Zugang zu weiterführenden Angeboten hätten, weil die Koordination der Versorgung nicht gut funktioniere und muttersprachliches Informationsmaterial fehle. Das Gesundheitssystem übertrage die Verantwortung für die **Koordination** den Patientinnen und Patienten. Sozial vulnerable Personen seien jedoch damit oft überfordert (Bihl/Kaya 2014: 25; Sottas et al. 2014: 41ff.). Bihl/Kaya (2014: 21f.) erwähnen, dass der **Einbezug pflegender Angehöriger** eine wertvolle Ressource darstellt, insbesondere bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund, schildern aber verschiedene Herausforderungen, die Gesundheitsfachpersonen dabei antreffen.

Die Frage, inwiefern Verständigungsschwierigkeiten und andere Interaktionsprobleme die **Behandlungsqualität und Patientensicherheit** beeinflussen, wurde in der Schweiz bisher nicht systematisch untersucht. Es liegen bisher kaum wissenschaftliche Daten über Qualitätsunterschiede der medizinischen Behandlung bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen vor (Bundesrat 2015a: 20).³² Gemäss einer Befragung nehmen jedoch 80% Apothekerinnen und Apotheker an, dass fremdsprachige Kundinnen und Kunden ein grösseres Risiko für unerwünschte Arzneimittelereignisse haben. 58% der Befragten schätzen das Risiko für unerwünschte Arzneimittelereignisse bei Kundinnen und Kunden mit anderem kulturellen Hintergrund als grösser ein (Gehring/Schwappach 2012). Im Rahmen einer anderen Studie gaben Ombudsstellen und Patientenschutzorganisationen an, ihre Angebote würden von der Migrationsbevölkerung kaum genutzt (Bihr/Kaya 2014: 25). Diese Beobachtung erlaubt jedoch kaum Aussagen über die Behandlungsqualität, sondern dürfte sich eher mit fehlender Bekanntheit oder Inanspruchnahme dieser Angebote erklären.

Ähnliches lässt sich für die Frage der **Diskriminierung** feststellen. Es wird verschiedentlich berichtet, dass Migrantinnen und Migranten diskriminierende Erfahrungen machen (Sottas et al. 2013: 16; Bihr/Kaya 2014: 16; für die Niederlande: Suurmond et al. 2011), systematische Evidenz ist jedoch kaum vorhanden. In den Situationsanalysen einzelner Migrant Friendly Hospitals wird die Frage der Diskriminierung thematisiert. 37-40% der befragten Fachpersonen sind der Meinung, Diskriminierung komme eher nicht oder gar nicht vor. 28-30% sind eher oder völlig der Ansicht Diskriminierung komme vor, und 30-33% sind geteilter Ansicht. Rund 40% der befragten Personen haben jedoch schon diskriminierendes Verhalten beobachtet.

2.3.7 Gesundheitszustand

Bezüglich des Gesundheitszustands weisen die Integrationsindikatoren des BFS auf gewisse systematische Unterschiede zwischen der schweizerischen und der Migrationsbevölkerung hin. Bezüglich **seit mindestens 6 Monaten andauernden Aktivitätseinschränkungen** sind diese bei Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation, bei 40-54jährigen, bei Frauen, bei Personen mit tieferer Bildung sowie bei Personen aus Ost- und Südosteuropa am grössten.³³ Der **selbst wahrgenommene Gesundheitszustand** ist im Quervergleich bei Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation, v.a. bei Frauen und bei Personen aus Südwesteuropa am schlechtesten. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen nehmen mit höherem Alter und tieferer Bildung zu.³⁴ Gesamthaft betrachtet sind Personen mit Migrationshintergrund seltener von einem **dauerhaften gesundheitlichen Problem** betroffen als Personen ohne Migrationshintergrund.

³² Für die Niederlande vgl. z.B. de Bruijne et al. (2013).

³³ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43065.430110.html

³⁴ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43063.430110.html

Dies gilt allerdings nur für die Altersgruppen unter 54 Jahren, bei den über 55jährigen weisen Personen mit Migrationshintergrund häufiger solche Probleme auf.³⁵

Auch das GMM II (Guggisberg et al. 2011: 96) zeigt, dass sich die **gesundheitlichen Unterschiede** zwischen der schweizerischen und der Migrationsbevölkerung **mit zunehmendem Alter vergrössern**. Ältere Migrantinnen und Migranten, die seit längerer Zeit in der Schweiz ansässig sind, weisen im Vergleich mit gleichaltrigen Schweizerinnen und Schweizern im Durchschnitt einen schlechteren Gesundheitszustand auf. Dies trifft insbesondere für Frauen zu.

Gesundheitsprobleme, von denen Personen mit Migrationshintergrund in der Tendenz stärker betroffen sind als Personen ohne Migrationshintergrund sind **Depression** (nur Frauen) und **Migräne** (v.a. türkische Frauen). Ansonsten bestehen hinsichtlich der vom GMM untersuchten Aspekte des Gesundheitszustands kaum Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Personen aus dem Asylbereich sind häufiger als andere Gruppen von chronischer Bronchitis, Arthrose, Depression und Migräne betroffen (Guggisberg et al. 2011). Der Anteil der Personen im Asyl- und Flüchtlingsbereich mit einer **Traumatisierung** oder psychischen Erkrankung ist nicht zahlenmässig erfasst, wird jedoch von der Hälfte der Kantone als eher hoch eingeschätzt (rund 10%; Oetterli et al. 2013).

Das BAG hat sich aufgrund eines parlamentarischen Vorstosses (Postulat Maury Pasquier „Migrationsbevölkerung. Gesundheit von Müttern und Kindern“; 12.3966) vertieft mit der **sexuellen und reproduktiven Gesundheit** befasst (Bundesrat 2015a). In diesem Bereich zeigt sich, dass bei Müttern und Säuglingen mit Migrationshintergrund tendenziell mehr gesundheitliche Probleme auftreten als bei Schweizer Müttern und Neugeborenen. Namentlich die Rate an Schwangerschaftsabbrüchen, die Zahl der Kinder mit einem geringen Geburtsgewicht und die Säuglings- und Müttersterblichkeit sind bei einzelnen Gruppen erhöht. Besonders vulnerabel sind Frauen, die erst seit kurzem in der Schweiz leben und oft sozial isoliert sind (höheres Risiko für prä- und postnatale Depressionen), Asylsuchende (ungewollte Schwangerschaften) und Migrantinnen ohne Aufenthaltsberechtigung (Sans Papiers, v.a. wenn sie im Sexgewerbe arbeiten). Ein spezifisches Gesundheitsproblem stellt die **weibliche Genitalverstümmelung** (female genital mutilation; FGM) dar. Aufgrund einer Erhebung bei Fachpersonen ist davon auszugehen, dass in der Schweiz ca. 10'000 Mädchen und Frauen leben, die davon betroffen sind oder der Gefahr ausgesetzt sind, beschnitten zu werden, v.a. aus Eritrea, Somalia und Äthiopien. 36% der befragten Fachpersonen (Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen, Pädiater) haben bereits entsprechende Fälle behandelt (Bundesrat 2015b).

³⁵ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43065.430110.html

2.4 Bedeutung der Problembereiche gemäss Stakeholdern

2.4.1 Konzeption der Stakeholderbefragung

Die verschiedenen anhand von bestehenden Studien, Datenerhebungen und Einschätzungen von Expertinnen und Experten ermittelten Befunde und qualitativen Hinweise auf Probleme der gesundheitlichen Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (vgl. Abschnitt 2.3), wurden in einer Liste zusammengestellt. Diese wurde gemeinsam mit den Auftraggebern konsolidiert und anschliessend im Rahmen einer online-Befragung einer Reihe von Personen aus verschiedenen Stakeholdergruppen vorgelegt (vgl. Fragebogen im Anhang).

Ziel dieser Befragung war es zu ermitteln, welche Bedeutung diesen verschiedenen Problembereichen aus der Sicht der Akteure in der Praxis zukommt. Die Befragten sollten angeben, welche Bedeutung sie dem jeweiligen Problembereich auf einer Skala von 0 (kein Problem) bis 5 (sehr grosses Problem) zumessen.

Die Liste umfasste 35 Problembereichen in sieben Themenfeldern:

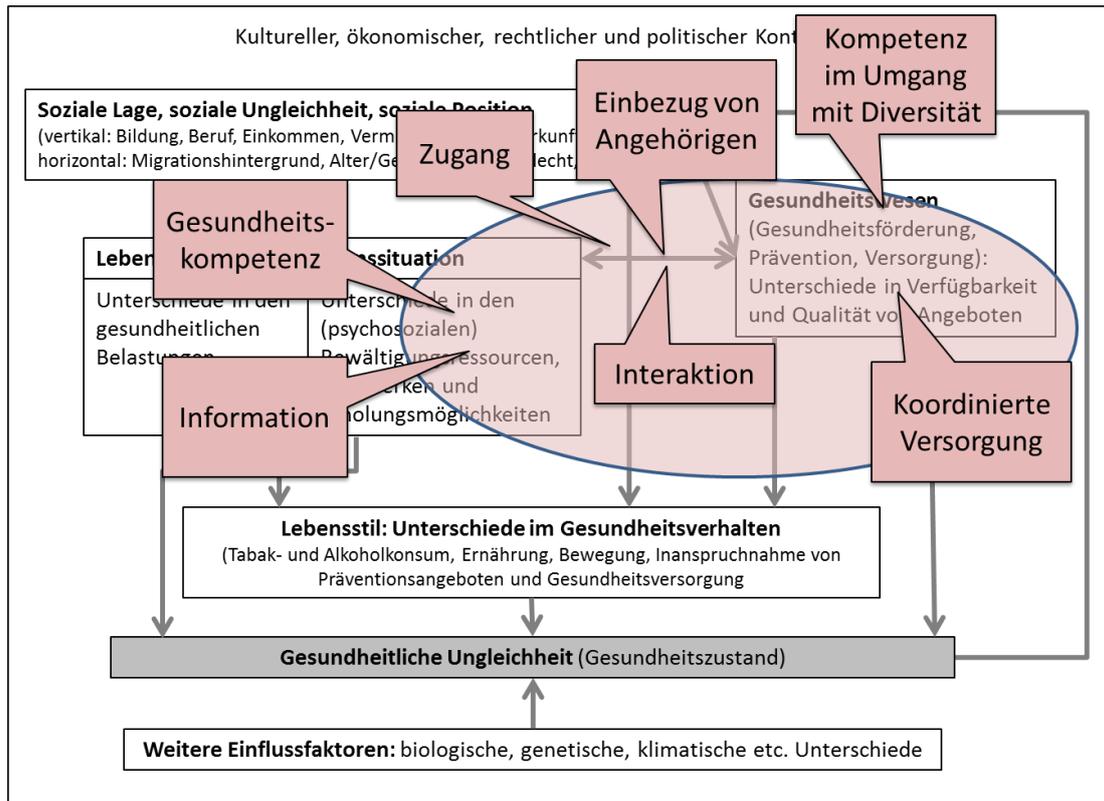
- Gesundheitskompetenz
- Informationsmaterial und –angebote
- Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens (Versorgung, Gesundheitsförderung, Prävention, Beratung)
- Interaktion zwischen Patientinnen/Patienten und Gesundheitsfachpersonen
- Kompetenz (von Gesundheitseinrichtungen und –fachpersonen) im Umgang mit Diversität in der Klientel
- Koordinierte Versorgung
- Einbezug von Angehörigen

Damit lag der thematische Fokus auf der Interaktion zwischen der Migrationsbevölkerung³⁶ und dem Gesundheitswesen³⁷ (vgl. Abbildung 2-6). Es handelt sich dabei auch um diejenigen Bereiche, die im Einflussbereich des Programms M+G liegen und in denen das Programm effektiv ansetzen kann. Exogene Voraussetzungen (soziale Lage, Lebensbedingungen, Lebensstil, Gesundheitsverhalten) sowie Ergebnisse der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Gesundheitszustand) wurden bewusst nicht angesprochen.

³⁶ In der Befragung wurde konkret der Begriff „sozial vulnerable Migrantinnen und Migranten“ verwendet. Damit sind Migrantinnen und Migranten mit unterdurchschnittlichem Bildungs- und Einkommensniveau, Personen des Asylbereichs und Sans Papiers gemeint.

³⁷ Das Gesundheitswesen wird hier breit verstanden und umfasst die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung, die Gesundheitsförderung, Vorsorge- und Präventionsmassnahmen sowie Beratungsangebote zu Gesundheitsfragen.

Abbildung 2-6: Thematischer Fokus der Stakeholderbefragung



2.4.2 Befragte Stakeholder

Die Befragung richtete sich an Personen, die im Gesundheitswesen (Versorgung, Gesundheitsförderung/Prävention, Beratung und Unterstützung), in Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen für Migrantinnen und Migranten (Integrationsfachstellen, Anlaufstellen für Sans Papiers) oder im Asylwesen tätig sind sowie an die Mitgliedsorganisationen des Forums für die Integration der Migrantinnen und Migranten (FIMM). Diese Personen sollten die thematisierten Problembereiche aus eigener Erfahrung beurteilen können.

Um eine möglichst grosse Anzahl an Personen zu erreichen, gleichzeitig aber den Aufwand der Adressbeschaffung zu minimieren und eine Stichprobenziehung zu vermeiden wurden vor allem Vertreterinnen und Vertreter kantonaler Verbände, Einrichtungen oder Behörden befragt. Auf diese Weise war auch gewährleistet, dass sich die Befragten auf einer vergleichbaren Handlungsebene bewegen, meist in einer intermediären Position, als Vertreterin bzw. Vertreter einer Organisation mit einem gewissen Überblick einerseits, mit persönlicher Erfahrung in der Interaktion zwischen Migrantinnen und Migranten und dem Gesundheitswesen andererseits. Es gilt allerdings zu bedenken, dass nicht alle Befragten alle thematisierten Aspekte gleich gut beurteilen können.

Tabelle 2-2 zeigt, wie viele Personen aus welchen Gruppen kontaktiert wurden, wie sich der Rücklauf insgesamt (45%) und pro Gruppe präsentiert und wie hoch der Anteil der

einzelnen Gruppe am Total der Antworten ausfällt. Für bereichsspezifische Auswertungen wurden die einzelnen Stakeholdergruppen jeweils einem Handlungsfeld zugeordnet.

Tabelle 2-2: Befragte Stakeholder und Rücklauf

Stakeholdergruppe	Handlungsfeld	Anzahl kontaktiert	Anzahl Teilnahme	Rücklauf	Anteil am Total
Kantonaler Apothekenverband	A	19	7	37%	3.8%
Kantonale Ärztgesellschaft	A	24	13	54%	7.0%
Kantonale/r Delegierte/r Hausärzte Schweiz	A	35	7	20%	3.8%
VSAO-Sektion	A	15	6	40%	3.2%
Qualitätsmanagement Kantonsspital	A	25	8	32%	4.3%
Kantonaler Verband von Alters- und Pflegeheimen	A	29	8	28%	4.3%
Kantonaler Spitexverband	A	24	11	46%	5.9%
SBK-Sektion	A	13	5	38%	2.7%
Kant. Beauftragte/r für Gesundheitsförderung und Prävention	B	28	21	75%	11.3%
Fachstelle für Suchtprävention	B	51	10	20%	5.4%
Regionale Lungenliga	B	23	4	17%	2.2%
SRK-Kantonalverband	C	24	5	21%	2.7%
Patientenschutzorganisation bzw. -beratungsstelle	C	13	5	38%	2.7%
Kantonale Pro Senectute-Organisation	C	25	9	36%	4.8%
Regionale Caritas-Organisation	C	16	4	25%	2.2%
Integrationsfachstelle	D	43	24	56%	12.9%
Kantonale Asylkoordinatorin/ Kantonaler Asylkoordinator	E	26	18	69%	9.7%
Anlaufstelle für Sans-Papiers	F	10	5	50%	2.7%
Migrantenorganisation (FIMM)	G	62	16	26%	8.6%
Total		505	186	45%	100%

Legende zu den Handlungsfeldern: A: Leistungserbringer des Gesundheitswesens; B: Akteure der Gesundheitsförderung und -prävention; C: Hilfs- und Patientenorganisationen; D: Integrationsfachstellen; E: Asylwesen; F: Sans Papiers; G: Migrationsbevölkerung

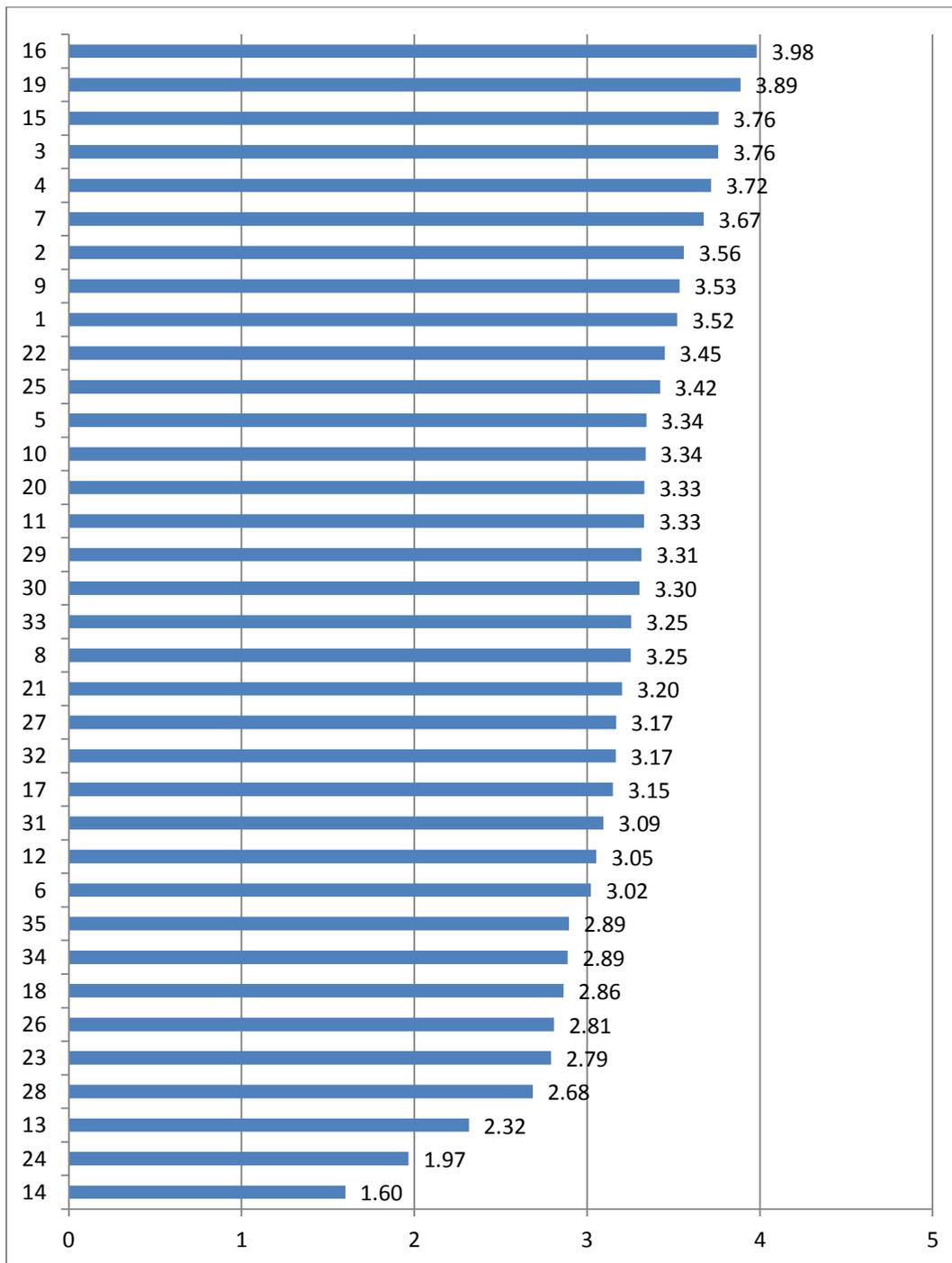
2.4.3 Ergebnisse

Abbildung 2-7 zeigt den Durchschnittswert für die Bedeutung der einzelnen Problembereiche gemäss den antwortenden Stakeholdern. Die Legende zu den Nummern der einzelnen Problembereiche mit den jeweiligen Werten findet sich im Anhang.

Die folgenden Problembereiche erhielten die höchste Bedeutung ($> 3,5$) zugeschrieben:

- Verständigungsprobleme zwischen Migrantinnen und Migranten und Personal in Einrichtungen des Gesundheitswesens (3,982)
- Aufgeklärte Einwilligung (*informed consent*) ist nicht sichergestellt. (3,887)
- Migrantinnen und Migranten werden mit Präventions- und Gesundheitsförderungsbemühungen schlecht erreicht. (3,760)
- Fehlendes Wissen über das Gesundheitswesen und dessen Leistungsangebote (3,760)
- Fehlendes Wissen über Rechte und Ansprüche von Patientinnen und Patienten (3,717)
- Das vorhandene fremdsprachige Informationsmaterial zu Gesundheits- und Krankheitsthemen und zum Gesundheits- und Sozialwesen ist in der Migrationsbevölkerung zu wenig bekannt. (3,674)
- Fehlendes oder anderes Verständnis für Untersuchungen, Pflege- und Betreuungsmassnahmen oder Vorsorgemassnahmen (3, 560)
- Bestehende Beratungs- und Unterstützungsangebote zu Gesundheitsthemen (Patientenstellen, Beratungsstellen, Gesundheitsligen, Selbsthilfegruppen etc.) sind in der Migrationsbevölkerung zu wenig bekannt. (3,534)
- Fehlendes Wissen oder unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit (3,522)

Abbildung 2-7: Bedeutung der Problembereiche gemäss Stakeholdern



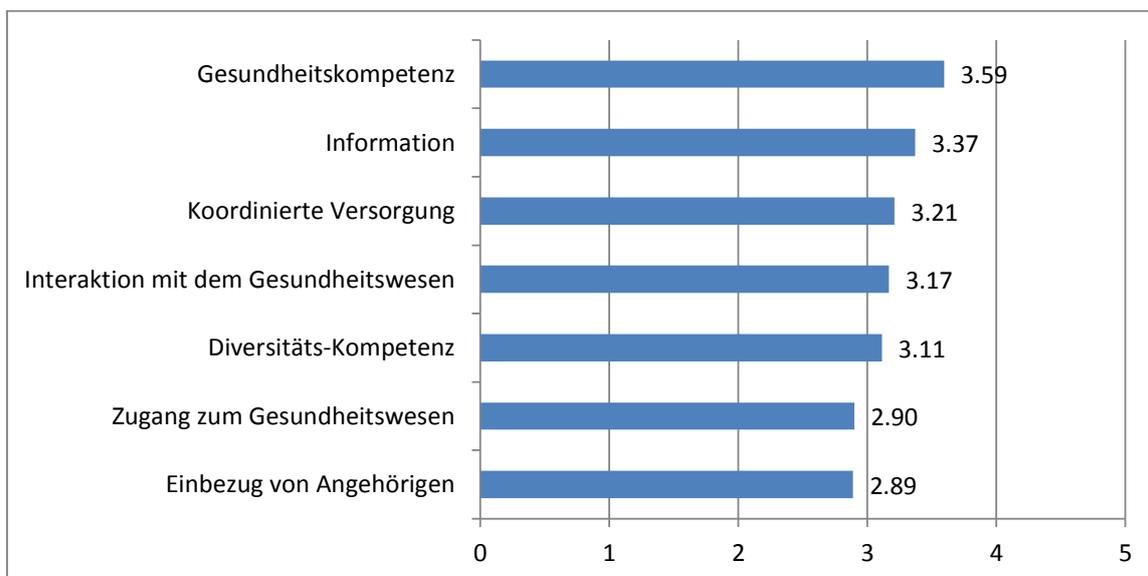
Insgesamt lässt sich zusammenfassend folgendes feststellen:

- Die Bedeutung von rund 75% der thematisierten Problembereiche wurde im Durchschnitt höher als 3 eingestuft (der Durchschnitt über sämtliche Antworten beträgt 3.271). Mit Blick auf die verwendete Skala (0: kein Problem, 5: sehr grosses

Problem) scheint damit aus Sicht der antwortenden Stakeholder der Problemdruck im Bereich Migration und Gesundheit insgesamt relativ hoch zu sein.

- Die Werte für die meisten Problembereiche liegen nahe beieinander. Es zeigen sich keine eindeutigen Ausreisser gegen oben, hingegen wird drei Problembereichen³⁸ eine vergleichsweise geringe Bedeutung zugeschrieben.
- In der Tendenz werden Problembereiche, die sich auf Eigenschaften der Migrationsbevölkerung beziehen (z.B. Gesundheitskompetenz, Wissen und Informationsstand etc.), als bedeutender beurteilt als Probleme, die sich aus Eigenschaften des Gesundheitswesens ergeben (z.B. Kompetenz im Umgang mit Diversität, Zugang). Dies zeigen auch die Mittelwerte der Problemrelevanz der sieben Themenfelder (Abbildung 2-8).

Abbildung 2-8: Durchschnittliche Problemrelevanz pro Themenfeld gemäss Stakeholdern



Die Einschätzungen der Befragten wurden nach Handlungsfeldern differenziert ausgewertet. Die einzelnen Bereichsgruppen massen vor allem folgenden Problembereichen jeweils eine hohe Bedeutung zu (Tabelle 2-3):

³⁸ Leistungsverzicht von Migrantinnen und Migranten mangels Vertrauen zum Gesundheitspersonal; Diskriminierung von Migrantinnen und Migranten durch Gesundheitspersonal und ungünstige Öffnungszeiten bzw. Präsenzzeiten von Beratungs- und Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens

Tabelle 2-3: Bedeutendste Problembereiche in den einzelnen Handlungsfeldern**A) Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung:**

- Verständigungsprobleme
- Informed consent nicht gewährleistet
- Fehlendes Wissen über Gesundheitswesen und Angebote
- Hoher Aufwand für Behandlung/Betreuung
- Fehlendes Wissen/andere Vorstellungen über Gesundheit und Massnahmen
- Compliance und adäquate Behandlungsqualität nicht gewährleistet

B) Akteure in Gesundheitsförderung/Prävention:

- Erreichbarkeit der Migrationsbevölkerung mit GF-/Präventionsangeboten
- Verständigungsprobleme, fehlender Zugang zu Angeboten aus sprachlichen Gründen
- Informationsmaterial bei Migrationsbevölkerung zu wenig bekannt
- Fehlendes Wissen über Gesundheitswesen
- Leistungsverzicht aus finanziellen Gründen
- Grundausbildung von Fachpersonal vermittelt zu wenig Kompetenzen im Umgang mit Diversität

C) Patientenorganisationen und Hilfswerke:

- Verständigungsprobleme, informed consent nicht gewährleistet
- Erreichbarkeit der Migrationsbevölkerung mit GF-/Präventionsangeboten
- Informationsmaterial und Beratungsangebote bei Migrationsbevölkerung zu wenig bekannt
- Fehlendes Wissen über Patientenrechte und Gesundheitswesen

D) Integrationsfachstellen:

- Verständigungsprobleme, informed consent nicht gewährleistet
- Vorhandene Ressourcen der Migrationsbevölkerung werden zu wenig erkannt
- Informationsmaterial und Beratungsangebote zu wenig bekannt
- Grundausbildung vermittelt zu wenig Kompetenz im Umgang mit Diversität

E) Kantonale Asylkoordination:

- Fehlende Gesundheitskompetenz (Gesundheitsverhalten)
- Verständigungsprobleme
- Hoher Aufwand für Behandlung/Betreuung
- Grundausbildung vermittelt zu wenig Kompetenz im Umgang mit Diversität

F) Sans Papiers-Anlaufstellen:

- Leistungsverzicht aus rechtlichen und finanziellen Gründen
- Fehlende Anschlusslösungen (Koordinierte Versorgung)
- Informed consent nicht gewährleistet
- Fehlendes Wissen über Gesundheitswesen, Informationsangebote nicht bekannt

G) Organisationen der Migrationsbevölkerung:

- Informationsmaterial und Beratungsangebote zu wenig bekannt
- Fehlendes Wissen über Gesundheitswesen und Patientenrechte
- Fehlender Zugang aus sprachlichen Gründen

Legende: GF = Gesundheitsförderung

Interessant ist der Vergleich der durchschnittlichen Problemrelevanz pro Handlungsfeld (Tabelle 2-4). Es fällt auf, dass Personen aus Integrationsfachstellen, Hilfswerken und Patientenorganisationen, die eine beratende, unterstützende und anwaltschaftliche Tätigkeit zugunsten der Migrationsbevölkerung ausüben, die Problembereiche im Durchschnitt insgesamt am höchsten bewerteten (> 3,3). Die Vertreterinnen und Vertreter der Migrationsbevölkerung stufen die Bedeutung der Problembereiche demgegenüber tiefer ein (2,8). Ihr Durchschnittswert bewegt sich in derselben Grössenordnung des Wertes für Anlaufstellen für Sans-Papiers und für die kantonalen Asylkoordinatorinnen und –koordinatoren, die jeweils einzelne spezifische Problembereiche als sehr bedeutend herausstrichen, andere hingegen vergleichsweise eher tief bewerteten.

Tabelle 2-4: Durchschnittliche Problemrelevanz pro Handlungsfeld

Handlungsfelder	Durchschnittliche Problemrelevanz
D) Integrationsfachstellen	3.549
C) Patientenorganisationen und Hilfswerke	3.317
A) Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung	3.161
B) Akteure in Gesundheitsförderung/Prävention	3.031
G) Organisationen der Migrationsbevölkerung	2.821
F) Anlaufstellen für Sans-Papiers	2.815
E) Kantonale Asylkoordination	2.797

Die Befragten konnten in einer offenen Frage angeben, welches aus ihrer Sicht die drei grössten Probleme bezüglich der Gesundheitsversorgung und der gesundheitlichen Situation von sozial vulnerablen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz darstellen. Die häufigsten Nennungen sind in Tabelle 2-5 zusammengefasst (in Klammer: Anzahl Nennungen):

Tabelle 2-5: Grösste Probleme bezüglich der Gesundheitsversorgung und der gesundheitlichen Situation von sozial vulnerablen Migrantinnen und Migranten

Problem 1 (Total: 131 Nennungen)	Anzahl Nennungen
Verständigung/Sprache	48
Fehlende Informationen/Wissen der Migrationsbevölkerung	14
Erreichbarkeit der Migrationsbevölkerung	11
Kulturelle/religiöse Unterschiede, anderes bzw. fehlendes Verständnis von Gesundheit	9
Finanzielle Belastung (OKP-Prämien, Behandlungskosten)	7
Gesundheitspersonal: Mangelndes Verständnis für bzw. Wissen über Diversität, Kompetenz im Umgang damit	6
Ungenügende Versorgung für Asylsuchende (v.a. Traumatherapie) und Sans Papiers	5

Vermittlung von muttersprachlichen Informationen	5
Weitere Problembereiche (1-3 Nennungen)	17
Problem 2 (Total: 125 Nennungen)	Anzahl Nennungen
Migrationsbevölkerung: Kulturelle Unterschiede, anderes bzw. fehlendes Verständnis von Gesundheit	32
Mangelnde Kenntnis/Verständnis des Gesundheitssystems und der Patientenrechte	13
Kulturelle Unterschiede	9
Unterschiede im Verständnis von Gesundheit	6
Zu hohe Erwartungen an das Gesundheitssystem	3
Gesundheitspersonal: Mangelndes Verständnis für bzw. Wissen über Diversität, Kompetenz im Umgang damit	16
Sprache/Verständigungsprobleme allgemein	14
Patientenverhalten: Passivität, fehlende Compliance, fehlende Eigenverantwortung	8
Finanzielle Schwierigkeiten, hohe Prämienbelastung	7
Unbefriedigende Übersetzungslösungen	5
Ungünstige Lebensbedingungen von Migrantinnen und Migranten	5
Psychische Gesundheit, psychosoziale Probleme	5
Diskriminierung, fehlender Respekt seitens Gesundheitspersonal	4
Weitere Problembereiche (1-3 Nennungen)	16
Unklare/schwer interpretierbare Antworten	6
Problem 3 (Total: 109 Nennungen)	Anzahl Nennungen
Gesundheitspersonal: Mangelndes Verständnis für bzw. Wissen über Diversität, Kompetenz im Umgang damit	18
Schwierigkeit, herkunftsspezifische Gesundheitsprobleme zu erkennen	3
Zu wenige Konzepte für Arbeit mit Diversität/ganzheitliche Versorgung	2
Mangelnde Bereitschaft des Gesundheitspersonals, sich mit der Migrationsbevölkerung auseinanderzusetzen	1
Migrationsbevölkerung: Anderes bzw. fehlendes Verständnis von Gesundheit	13
Unterschiede im Verständnis von Gesundheit/Gesundheitsverhalten	8
Mangelnde Kenntnis/Verständnis des Gesundheitssystems	3
Andere/zu hohe Erwartungen an das Gesundheitssystem	2
Sprache/Verständigungsprobleme allgemein	10
Koordination und Kontinuität der Versorgung durch Komplexität des Systems erschwert	10
Ungünstige soziostrukturelle Voraussetzungen für die Migrationsbevölkerung (Einkommen, Bildung, Arbeitslosigkeit, Stressoren, Perspektivlosigkeit)	10
Erreichbarkeit der Migrationsbevölkerung mit Informationen und Angeboten	8
Diskriminierung; Fremdenfeindlichkeit; Misstrauen gegenüber Gesundheitspersonal	7
Bedarfsgerechter/adäquater Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems	6
Fehlende Bereitschaft von Politik und Institutionen des Gesundheitssystems, sich für gesundheitliche Chancengleichheit für die Migrationsbevölkerung zu engagieren	4

Administrative Schranken; rechtliche bzw. arbeitsrechtliche Fragen	4
Weitere Problembereiche (1-3 Nennungen)	18
Unklare/schwer interpretierbare Antworten	2

Eine weitere offene Frage gab den Befragten die Möglichkeit, allfällige weitere Probleme in Zusammenhang mit der gesundheitlichen Chancengleichheit sozial vulnerabler Migrantinnen und Migranten anzugeben. 60 Personen machten davon Gebrauch und gaben insgesamt 65 Hinweise ab. Sie sind in Tabelle 2-6 zusammengestellt.

Tabelle 2-6: Weitere von Befragten erwähnte Problembereiche

Weitere Problembereiche (65 Nennungen)	Anzahl Nennungen
Probleme in Zusammenhang mit der Verständigung : Der Einsatz von iKD ist mit nicht gedeckten Kosten und Zusatzaufwand verbunden; Telefondolmetschdienst ist oft überlastet; adäquate Übersetzungshilfsmittel für Notfallsituationen; schlechte Verständigung/Übersetzung ist problematisch und beeinträchtigt die Behandlungsqualität	8
Explizit keine zusätzlichen Probleme gesehen	7
Probleme in Zusammenhang mit der Versorgung von Asylsuchenden : Fehlende Angebote bzw. Behandlungskapazitäten für traumatisierte Personen, v.a. bei unbegleiteten Kindern und Jugendlichen oder bei Rückschaffungsdrohung; Kontinuität der Behandlung wegen Ortswechsel häufig nicht gegeben; Anschlusslösungen bei Kollektivunterkünften schwierig; kaum Anspruch auf raschen Support;	6
Unterschiede hinsichtlich Verständnis des Gesundheitssystems bei Migrantinnen und Migranten, z.B. zu hohe Erwartungen; fehlendes Verständnis für Prävention bzw. Suchtproblematik; Umgang mit Krankheit/Gesundheit	6
Vernachlässigte Themen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention: Zahngesundheit; Tabakprävention, Ernährung und Bewegung, sexuelle Gesundheit/Verhütung; Sucht; psychische Gesundheit	6
Kulturelle Unterschiede im Umgang mit Religions- oder Genderfragen erschweren Behandlung oder Einbezug von Angehörigen in die Pflege	5
Schwierige sozioökonomische Lebensbedingungen (finanzielle Situation, Arbeit auf Abruf als Zugangshürde etc.)	4
Fehlendes Bewusstsein/ Verständnis für und Kompetenz im Umgang mit Diversität beim Gesundheitspersonal : Bewusstsein für Einfluss des Aufenthaltsstatus auf persönliche Situation; Einschätzung der Gesundheitskompetenz der Patienten schwierig; Verständigung umfasst nicht nur die sprachliche Ebene	4
Gesundheit von Migrantinnen und Migranten im Pensionsalter	3
Strukturelle Probleme des Gesundheitssystems : zunehmender Hausärztemangel bzw. zunehmende Überlastung der Hausärzte; Effizienzdruck; fehlende Zeit, um adäquat auf Patient als Individuum bzw. auf spezifische Bedürfnisse eingehen zu können.	3
Schwierigkeiten, die Migrationsbevölkerung zu erreichen	2
Diverse Einzelnennungen	11
Unklare/schwer interpretierbare Antworten	4

2.4.4 Kurzfazit zur Situationsanalyse aus Sicht der Stakeholder

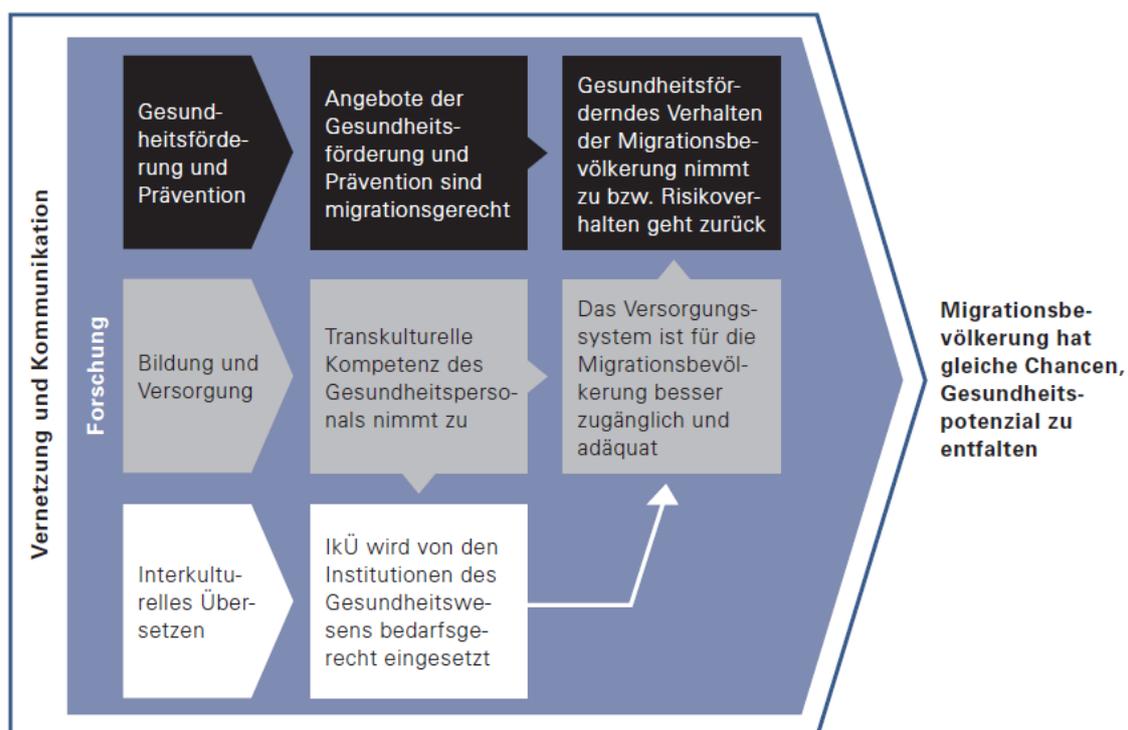
Aus der Stakeholderbefragung lässt sich folgendes Kurzfazit zur Situationsanalyse bzw. zur Bedeutung der via Daten, Literatur und Expertenmeinungen identifizierten Problembereiche in Bezug auf die gesundheitliche Chancengleichheit sozial vulnerabler Migrantinnen und Migranten ziehen:

- Die **Verständigung** wird insgesamt als zentraler Problembereich beurteilt. Hier gilt es festzuhalten, dass die Verständigung nicht nur rein sprachlich gemeint ist, sondern in einem umfassenderen Sinn. Sie umfasst auch die Berücksichtigung des sozialen und kulturellen Hintergrunds der am Kommunikationsvorgang Beteiligten. Mit Verständigungsproblemen sind weitere Schwierigkeiten in der Interaktion zwischen Migrantinnen/Migranten und dem Gesundheitswesen verbunden: So sind insbesondere *informed consent*, eine adäquate Behandlungsqualität und Therapietreue (Compliance) schwieriger zu gewährleisten. Dies dürfte sich wiederum negativ auf die gesundheitliche Situation auswirken und so die Chancengleichheit auch auf dieser Ebene beeinträchtigen. Dieser vermutete Zusammenhang konnte im Rahmen dieser Studie allerdings nicht empirisch untersucht werden.
- Die **Gesundheitskompetenz** der Migrationsbevölkerung wird – ausser von Migrantinnen und Migranten selbst – als eher schlecht beurteilt. Dies betrifft vor allem das Wissen über das Gesundheitssystem, dessen Funktionsweise und Angebote und weniger das Wissen über Gesundheit und Gesundheitsverhalten.
- Die **Migrationsbevölkerung** wird mit Informationen und Angeboten der Gesundheitsförderung, Prävention und Beratung **schlecht erreicht**. Das Angebot wird insgesamt kaum als ungenügend beurteilt, aber die bestehenden Informationsmaterialien und –angebote sind offenbar bei der Migrationsbevölkerung zu wenig gut bekannt. Diese Einschätzung korrespondiert mit derjenigen zur eingeschränkten Gesundheitskompetenz der Migrationsbevölkerung.
- In Bezug auf die **Kompetenz im Umgang mit Diversität** in der Klientele werden vor allem auf der Ebene betrieblicher Strategien und Konzepte Lücken gesehen. Die individuelle Ebene, d.h. die Kompetenz des Gesundheitspersonals wird – auch seitens der Migrationsbevölkerung – als weniger problematisch beurteilt.
- **Zugangsprobleme** sind von vergleichsweise geringer Bedeutung. Solche stellen sich vor allem aus finanziellen Gründen oder aufgrund mangelnder Kenntnis des Gesundheitssystems und seiner Angebote. Bei Sans Papiers und Asylsuchenden stellen sich dagegen auch rechtliche bzw. institutionelle Hürden, da sie sich aufgrund ihrer spezifischen Situation nicht uneingeschränkt und selbstständig (Asylsuchende) im Gesundheitssystem bewegen können.

2.5 Handlungsbedarf gemäss Situationsanalyse

Die vorangehend präsentierte Situationsanalyse bestätigt im Wesentlichen die Relevanz des Wirkungsmodells des Programms M+G und der darin skizzierten Stossrichtungen (Abbildung 2-9).

Abbildung 2-9: Wirkungsmodell des Programms Migration und Gesundheit



Quelle: BAG (2013: 6)

Der Handlungsbedarf in den fünf thematisierten Problembereichen lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Verständigung und Interaktion erleichtern

Gemäss der Situationsanalyse stellen fehlende Sprachkenntnisse und Verständigungsschwierigkeiten ein zentrales Erschwernis zur Sicherstellung gesundheitlicher Chancengleichheit für die Migrationsbevölkerung dar. Dies betrifft nicht nur die konkrete Verständigung mit Gesundheitspersonal in Versorgungs-, Präventions- oder Beratungseinrichtungen des Gesundheitswesens, sondern auch die Voraussetzungen der Migrantinnen und Migranten zur Entwicklung einer möglichst hohen Gesundheitskompetenz. Fehlende oder ungenügende Sprachkenntnisse erschweren es ihnen, (schriftliche) Informationen über Krankheits- und Gesundheitsthemen, über die Funktionsweise des schweizerischen Gesundheits- und Krankenversicherungssystems und über Beratungs- und Unterstützungsan-

gebote zur Kenntnis zu nehmen und zu verarbeiten und können so eine Barriere für die Nutzung von Hilfs- und Pflegeangeboten darstellen (Kohn et al. 2013: 24). Eine höhere Sprachkompetenz von Migrantinnen und Migranten verbessert die Voraussetzungen für gesundheitsförderliches Verhalten, für eine gezieltere Nutzung der Versorgung, für die Interaktion mit Gesundheits- und Beratungspersonal, für höhere Therapietreue, adäquatere Behandlungsqualität und damit letztlich auch für einen besseren Gesundheitszustand.

Die **Förderung der Sprachkenntnisse der Migrationsbevölkerung** ist somit ein zentraler Ansatzpunkt für mögliche Massnahmen. Er liegt jedoch weitgehend ausserhalb des Zuständigkeits- und Einflussbereichs des BAG bzw. des Programms M+G. Die Sprachförderung ist vielmehr Teil der spezifischen Integrationsförderung, für welche das Staatssekretariat für Migration (SEM), die Kantone und Gemeinden sowie zivilgesellschaftliche Akteure zuständig sind und welche die entsprechenden Bemühungen der Regelstrukturen (Schule, Berufsbildung, Arbeitsmarkt etc.) ergänzt. Um die Verständigung und Interaktion zu erleichtern, unterstützen der Bund (das SEM via spezifische Integrationsförderung und das BAG via Programm M+G) und die Kantone (kantonale Integrationsprogramme) diverse Angebote des interkulturellen Dolmetschens.³⁹ Diese Angebote werden vor allem in Spitälern zunehmend genutzt. In der Mehrheit der Fälle werden jedoch andere Übersetzungslösungen herangezogen. Dem Einsatz von professionellem interkulturellem Dolmetschen (ikD) stehen verschiedene Faktoren wie Zeitmangel, fehlende Kostendeckung, organisatorischer Aufwand, fehlende Kompetenz oder Erfahrung des Personals im Umgang mit Dolmetschdiensten oder fehlende Verfügbarkeit von Dolmetschenden entgegen. Es besteht somit Handlungsbedarf bezüglich **besserer Rahmenbedingungen des Einsatzes bestehender ikD-Angebote**.

Gesundheitskompetenz: Vermittlung von Wissen und Informationen an die Migrationsbevölkerung verbessern

Es besteht ein vielfältiges Angebot an Informationsmaterialien und Beratungsangeboten zu Gesundheitsthemen und zum schweizerischen Gesundheitswesen für die Migrationsbevölkerung in der Schweiz.⁴⁰ Diese Materialien und Angebote scheinen aber die Migrationsbevölkerung noch zu wenig zu erreichen bzw. bei ihr noch zu wenig bekannt zu sein. Dies betrifft insbesondere Informationen über die Funktionsweise und Angebote des Gesundheitssystems sowie die Rechte von Patientinnen und Patienten. Die Komplexität des Gesundheits- und Sozialsystems und seiner Finanzierungsstrukturen, aber auch unterschiedliche Erwartungen und Rollenverständnisse können für Migrantinnen und Migranten eine Herausforderung oder gar eine Überforderung darstellen. Gemäss Situationsanalyse besteht

³⁹ Für eine Übersicht:

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12532/index.html?lang=de>

⁴⁰ Vgl. z.B. die Internetplattform www.migesplus.ch.

somit in folgender Hinsicht Handlungsbedarf bezüglich der Verbesserung des Informationsstandes der Migrationsbevölkerung:

- Geeignete Zugangskanäle zur Informations- und Wissensvermittlung an die Migrationsbevölkerung identifizieren
- Informationen über das Gesundheitswesen adressatengerecht vermitteln
- Gesundheitsthemen in bestehende Informations- und Beratungsstrukturen der Integrationsförderung integrieren⁴¹
- Beratungsstrukturen des Gesundheitswesens (v.a. Patientenorganisationen) für den Umgang mit Diversität vorbereiten und in der Migrationsbevölkerung besser bekannt machen

Voraussetzungen für patientenorientierte Betreuung und Einsatz von interkulturellem Dolmetschen im Gesundheitswesen verbessern

Aus der Situationsanalyse ergeben sich deutliche Hinweise dafür, dass die Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens für eine patientenorientierte Betreuung wenig vorteilhaft sind. Dies ist eine allgemeine Feststellung und betrifft nicht nur die Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Umstände wie Zeit- und Effizienzdruck, die engen Vorgaben der bestehenden Tarifsysteme oder die fehlende Regelung der Kostenübernahme von iKD erschweren es Gesundheitsfachpersonen, eine Behandlung und Betreuung von sozial vulnerablen Personen sicherzustellen, die deren individuellen Situation und ihren spezifischen Bedürfnissen ausreichend Rechnung trägt. Gesundheitsfachpersonal fühlt sich teilweise zu wenig gerüstet, um mit den Herausforderungen einer sozial diversen Klientele adäquat umzugehen, und in vielen Betrieben fehlen entsprechende strategische Konzepte dafür. All diese Umstände beeinträchtigen die gesundheitliche Chancengleichheit bei der Behandlung von sozial vulnerablen Personen im Gesundheitswesen.

Handlungsbedarf besteht somit in folgender Hinsicht:

- Strategische Konzepte für den Umgang mit Diversität in der Klientele in Einrichtungen des Gesundheitswesens schaffen
- Kompetenzen des Gesundheitspersonals für den Umgang mit Diversität in der Klientele sicherstellen
- Rahmenbedingungen für patientenorientierte Arbeit in Einrichtungen des Gesundheitswesens verbessern

⁴¹ Information und Beratung bilden den ersten von drei sogenannten Pfeilern der spezifischen Integrationsförderung von Bund und Kantonen. Er umfasst u.a. die Erstinformation und die Abklärung des Integrationsförderbedarfs von neu in die Schweiz einwandernden Personen sowie die Beratung (BFM/KdK 2011).

Lücken in der Versorgung besonders vulnerabler Gruppen schliessen

In Bezug auf das Versorgungsangebot besteht vor allem Handlungsbedarf hinsichtlich der **Sicherstellung einer adäquaten Versorgung** für Personen, die mangels einer Versicherungsdeckung keinen garantierten Zugang zur Grundversorgung der obligatorischen Krankenversicherung haben, oder die zwar versichert sind, deren Zugang aber aus rechtlichen oder institutionellen Gründen nicht selbstbestimmt und unter Umständen eingeschränkt ist. Dabei handelt es sich insbesondere um Personen des Asylbereichs oder mit Sozialhilfebezug oder um Sans Papiers. Konkrete Versorgungslücken werden insbesondere hinsichtlich der **psychosozialen Betreuung von Personen des Asylbereichs** identifiziert.

Diese Ergebnisse stehen im Wesentlichen im Einklang mit früheren Befunden. In einer etwas anders gelagerten Stakeholderbefragung 2011 zum Thema Migration und Gesundheit (Huegli/Rüefli 2011) sahen die Antwortenden die folgenden zukünftigen Schwerpunkte als die wichtigsten an (Tabelle 2-7; nur Items mit mehr als 20 Nennungen):

Tabelle 2-7: Zukünftige Schwerpunkte im Bereich M+G aus Sicht der Stakeholder (2011)

Zukünftige Schwerpunkte	Anzahl Nennungen
(mehrsprachige) Informationen über M+G/ das Gesundheitssystem bereitstellen, Beratung, Erstinformation Verständigung/GesKomp	36
Transkulturelle Kompetenz von Gesundheitsfachpersonen, Öffnung von Institutionen, Diversity Management, Mainstreaming Voraussetzungen	33
Dolmetschdienste/ikÜ, Informationen über Angebot, Lösungsfindung für die Finanzierung, Qualitätssicherung Verständigung	28
Zugang zur Gesundheitsversorgung	26
Prävention und Gesundheitsförderung allgemein/in Schulen, Früherkennung	26
Psychische, psychosoziale, psychosomatische Gesundheit	24
Ernährung und Bewegung, Übergewicht	23
Förderung der Gesundheitskompetenz / Eigenverantwortung von Migrantinnen und Migranten, Patientenrechte	21

Quelle: Huegli/Rüefli (2011: 50f.)

Handlungsbedarf bezüglich spezifischer Inhalte

Der voranstehend diskutierte Handlungsbedarf fokussiert auf strukturelle Aspekte. Inhaltliche Aspekte zu spezifischen Gesundheitsthemen (z.B. psychische Gesundheit, Ernährung, Bewegung, Sucht etc.) waren nicht unmittelbar Gegenstand der Situationsanalyse und in der Diskussion bisher weitgehend ausgeblendet. Aus verschiedenen Quellen lässt sich jedoch ermitteln, welchen thematischen Handlungsfeldern des Gesundheitswesens besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Zum einen war in der Stakeholderbefragung

2011 die Frage nach zukünftigen Schwerpunkten dagegen offen gestellt und generierte deshalb auch Antworten zu spezifischen Themenfeldern (vgl. Tabelle 2-7). Zum anderen lassen sich aus dem GMM II, den offenen Fragen nach den grössten Problemen in der Stakeholderbefragung 2015 (vgl. Tabelle 2-5 und Tabelle 2-6) sowie den Schwerpunkten der kantonalen Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention (De Rocchi/Oetterli 2014) inhaltliche Hinweise ableiten. Gemäss diesen Quellen besteht vor allem in folgenden Themenfelder Handlungsbedarf hinsichtlich der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit von Personen aus der Migrationsbevölkerung:

- Psychische Gesundheit
- Alter/Langzeitpflege
- Sexuelle und reproduktive Gesundheit
- Frühe Förderung
- Gesundheitsförderung/Prävention generell
- Ernährung und Bewegung, Übergewicht
- Suchtprävention (v.a. Tabak)

Um Vorschläge für konkrete Massnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit im Gesundheitswesen auszuarbeiten ist eine differenzierte Betrachtung des Handlungsbedarfs nötig. Es ist zu ermitteln, welche Personen und Organisationen in welchen Bereichen mit welchen konkreten Herausforderungen konfrontiert sind. Dabei gilt es zwischen verschiedenen Teilbereichen bzw. Handlungsfeldern des Gesundheitswesens⁴² sowie zwischen verschiedenen Zielgruppen der Migrationsbevölkerung zu unterscheiden. Je nach Massnahme sind unterschiedliche Kreise anzusprechen. Aufgrund der fragmentarischen Informationsbasis war es im Rahmen der Situationsanalyse jedoch nicht möglich, eine derartige Differenzierung des Handlungsbedarfs vorzunehmen.

⁴² Anstelle von Handlungsfeldern können auch verschiedene Akteure des Gesundheitswesens unterscheiden: Arztpraxen (Grundversorger, Fachärzte) inkl. Praxisassistentinnen; Spitäler/Kliniken (somatisch und psychiatrisch) inkl. Pflegepersonal; Spitex-Dienste; Alters- und Pflegeheime; Apotheken und Drogerien; weitere ambulante Leistungserbringer (Physiotherapie, Ergotherapie, Hebammen, Ernährungsberatung etc.); Mütter-/Väterberatung; Beratungsstellen für sexuelle und reproduktive Gesundheit; Suchthilfeeinrichtungen; Gesundheitsligen, Organisationen der Gesundheitsförderung und Prävention; Hilfsorganisationen und Beratungsstellen; Patientenstellen und -organisationen; Selbsthilfegruppen etc.

3 Massnahmen

Im folgenden Kapitel wird diskutiert, mit welchen Massnahmen auf den festgestellten Handlungsbedarf reagiert werden kann. Zunächst erfolgt eine kurze Präsentation der Handlungsansätze, die in der gesichteten Literatur aus dem In- und Ausland vorgeschlagen werden (Abschnitt 3.1), danach eine Diskussion dieser Ansätze und Massnahmen (Abschnitt 3.2). Dabei geht es darum, anhand der Situationsanalyse deren Relevanz für die Schweiz abzuschätzen, die potenziell zuständigen Handlungsfelder zu ermitteln und mit einem Blick auf die bereits bestehenden Massnahmen im Rahmen des Programms M+G und anderer Bemühungen allfällige Lücken aufzuzeigen.

3.1 Handlungsansätze gemäss Literaturanalyse

Diverse der gesichteten schweizerischen und ausländischen bzw. internationalen Studien und Policy-papers (Bihr/Kaya 2014; Huber et al. 2008; Kohn et al. 2013; Pfluger et al. 2008; Rechel et al. 2013) geben Empfehlungen und Vorschläge für konkrete Massnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit von sozial vulnerablen Personen bzw. Migrantinnen und Migranten ab. Eine Zusammenstellung dieser Empfehlungen und Massnahmen zeigte, dass der grösste Teil dieser Empfehlungen im umfassenden Massnahmenkatalog einer empirisch breit abgestützten internationalen good-practice-Studie⁴³ (Dévillé et al. 2011) enthalten ist.

Tabelle 3-1 fasst die international praktizierten und von Expertinnen und Experten in den gesichteten Studien empfohlenen Handlungsansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Migrantinnen und Migranten zusammen. Es lassen sich Ansätze unterscheiden, die sich primär bei der Migrationsbevölkerung ansetzen, solche die bei Einrichtungen des Gesundheitswesens und deren Personal ansetzen und solche, die sich auf die Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem beziehen.

Tabelle 3-1: Handlungsansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Migrantinnen und Migranten

Auf die Migrationsbevölkerung bezogene Ansätze

Verbesserung der sozialen und wirtschaftlichen Lage der Migrationsbevölkerung

Information und Bildung für die Migrationsbevölkerung zu Gesundheitsthemen → Stärkung der Gesundheitskompetenz

- Bildungsangebote und fremdsprachiges Informationsmaterial
- Muttersprachliche Kurse zum Gesundheitswesen und zu Gesundheitsthemen
- Zielgruppengerechte Informationsvermittlung

⁴³ Die Studie und der daraus resultierende Katalog internationaler good practices beruhen auf einer Delphi-Umfrage bei 134 Expertinnen und Experten aus 16 EU-Mitgliedstaaten.

Unterstützungs- und Beratungsangebote für Migrationsbevölkerung schaffen (z.B. niederschwellige Anlauf- und Beratungsstellen auf Quartierebene), bestehende Angebote öffnen, Zugang verbessern

Empowerment: Selbstorganisation und Vernetzung der Migrationsbevölkerung fördern

Die Migrationsbevölkerung in die Organisation der Versorgung einbeziehen

Pflegende Angehörige unterstützen und in Versorgung einbeziehen (Finanzielle Entlastung bzw. Anerkennung der Pflege durch Angehörige, Schulung von pflegenden Angehörigen, Informationsmaterialien)

Begleitsystem für verletzte Personen aus der Migrationsbevölkerung aufbauen (Peer-Mentoring)

Auf die Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitspersonal bezogene Ansätze

Strategien für den Umgang mit Diversität in Organisationen verankern, Bekenntnis zu Vielfalt und Transkulturalität, Diversitätssensitivität mittels Organisationsentwicklung fördern

Dienstleistungen an Diversität anpassen

Gesundheitspersonal im Umgang mit Diversität schulen, Sensibilität für Bedeutung sozialer Hintergründe sicherstellen

Patientenorientierung: auf Individuum und dessen Bedürfnisse eingehen, persönliche Krankengeschichte und sozialen Hintergrund berücksichtigen, Empathie, Beziehung aufbauen, zuhören, Kontinuität sicherstellen, Ressourcenorientierung

Respekt gegenüber Migrantinnen und Migranten: Vorurteilsloser Umgang, Offenheit, Interesse und Vertrauen

Einsatz von Kulturvermittlern oder von Personal mit Migrationshintergrund

Zusammensetzung des Personals diversifizieren

Diskriminierungsschutz: betriebliche Policies, Zusammenarbeit mit Fachstellen

Benutzerorientierte Öffnungszeiten

Auf das Gesundheitssystem bezogene Ansätze

Zugang zu Krankenversicherung sicherstellen

Leistungsangebote finanziell tragbar halten

Zugangshürden zu spezialisierter Versorgung abbauen

Spezielle Bedürfnisse in Asyl-Empfangszentren berücksichtigen

Bedarfsorientierte spezifische Angebote schaffen (v.a. für Asylsuchende)

Leicht zugängliches, kostenloses, professionelles interkulturelles Dolmetschen: Finanzierung sicherstellen, Einrichtungen des Gesundheitswesens im Einsatz von iKD schulen

Rahmenbedingungen für mehr Patientenorientierung in Einrichtungen des Gesundheitswesens schaffen (Finanzierungssystem anpassen, Effizienzdruck senken)

Koordination der Versorgung innerhalb und zwischen Einrichtungen (auch mit Sozialdiensten), Interdisziplinarität

Gezielte aufsuchende Aktivitäten in Prävention und Versorgung bei schwer erreichbaren Gruppen

Vernetzung und Austausch zu Themen Diversität und Chancengleichheit unter Fachpersonen fördern

Wissensgrundlagen für Politik und Einrichtungen des Gesundheitswesens verbessern: Forschung/Statistik, Monitoringdaten, Gesundheitsregister

Quelle: Eigene Zusammenstellung auf der Basis der gesichteten Literatur

Festzuhalten ist, dass in der gesichteten Literatur zwar häufig ähnliche Massnahmen vorgeschlagen und diskutiert werden, dass sich hingegen kaum Evidenz zur Wirksamkeit dieser

Massnahmen findet. Die Forschung zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten bzw. zur Identifikation effektiver Interventionen ist im Vergleich zur deskriptiven und erklärenden Forschung noch wenig weit fortgeschritten (Kunst 2009: 379).

3.2 Diskussion der empfohlenen Handlungsansätze und Massnahmen

3.2.1 Relevanz der empfohlenen Handlungsansätze und Massnahmen

Gestützt auf die Situationsanalyse in Kapitel 2 lässt sich nun beurteilen, welche der in Tabelle 3-1 aufgelisteten Handlungsansätze und Massnahmen in der Schweiz potenziell relevant sind und welche nicht. Dabei besteht allerdings die Herausforderung, dass die Situationsanalyse nicht auf einer systematischen und umfassenden Informationsgrundlage beruht. Sie deckt weder die Gesamtheit der Migrationsbevölkerung noch alle Teilbereiche des Gesundheitswesens (ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung, Vorsorge- und Präventionsmassnahmen sowie Beratung zu Gesundheitsfragen) umfassend ab. Die Informationsbasis ist fragmentarisch und lückenhaft. Es kann hier auch nicht darum gehen, die Relevanz zu werten oder gewichten. Zum einen kann die vorgefundene Situation unterschiedlich beurteilt werden (vgl. z.B. die unterschiedliche Wahrnehmung der Bedeutung verschiedener Problembereiche je nach Handlungsfeld; Tabelle 2-4). Zum anderen fehlen sowohl normative Konzepte und objektive Schwellenwerte als auch die nötigen Informationsgrundlagen, um die Problemlast und damit die Relevanz festgestellter Phänomene abschliessend beurteilen zu können. Aus diesen Gründen wird aus sachlicher Optik festgehalten, wie sich die Situation, welche ein Handeln im Sinn der vorgeschlagenen Ansätze und Massnahmen begründen könnte, in der Schweiz gemäss den vorliegenden Informationen präsentiert. Gewisse Vorschläge lassen sich nicht anhand der Situationsanalyse beurteilen, da die entsprechenden Themen in den gesichteten Studien und Daten vorgängig nicht behandelt wurden. Soweit möglich wurde die entsprechende Situation deshalb anhand weiterer Abklärungen und Unterlagen zu beurteilen versucht.

Tabelle 3-2: Relevanz der empfohlenen Handlungsansätze und Massnahmen

Empfohlene Handlungsansätze und Massnahmen	Situation in der Schweiz	
Auf die Migrationsbevölkerung bezogene Ansätze		
Verbesserung der sozialen und wirtschaftlichen Lage der Migrationsbevölkerung	Gemäss Situationsanalyse relevant (vgl. Abschnitt 2.3.1)	●
Information und Bildung für die Migrationsbevölkerung zu Gesundheitsthemen → Stärkung der Gesundheitskompetenz <ul style="list-style-type: none"> - Bildungsangebote und fremdsprachiges Informationsmaterial - Muttersprachliche Kurse zum Gesundheitswesen und zu Gesundheitsthemen - Zielgruppengerechte Informationsvermittlung 	Gemäss Situationsanalyse relevant (vgl. Abschnitt 2.4.3), v.a. bezüglich Information über das Gesundheitssystem; Verbreitung von Informationsmaterial / Erreichbarkeit der Migrationsbevölkerung mit Information verbessern	●
Unterstützungs- und Beratungsangebote für Migrationsbevölkerung schaffen (z.B. niederschwellige Anlauf- und Beratungsstellen auf Quartierebene), bestehende Angebote öffnen, Zugang verbessern	Gemäss Situationsanalyse sind die bestehenden Informations- und Beratungsangebote zu wenig bekannt (vgl. Abschnitt 2.4.3) und Patientenstellen und –organisationen noch eher wenig für den Umgang mit Diversität gerüstet (Bihr/Kaya 2013).	●
Empowerment: Selbstorganisation und Vernetzung der Migrationsbevölkerung fördern	Unklar; in der Situationsanalyse nicht untersucht. Es besteht eine Vielzahl von Organisationen der Migrationsbevölkerung sowie ein Dachverband, das Forum für die Integration von Migrantinnen und Migranten (FIMM)	?
Die Migrationsbevölkerung in die Organisation der Versorgung einbeziehen	In der Situationsanalyse nicht untersucht. Das Thema betrifft nicht nur die Migrationsbevölkerung; das schweizerische Gesundheitssystem bietet allgemein wenig institutionalisierte Partizipationsmöglichkeiten für die Bevölkerung (Rüefli 2013). Der Bundesrat sieht hier Handlungsbedarf (Bundesrat 2015c).	●
Pflegende Angehörige unterstützen und in Versorgung einbeziehen <ul style="list-style-type: none"> - Finanzielle Entlastung bzw. Anerkennung der Pflege durch Angehörige 	In der Situationsanalyse nicht untersucht. Handlungsbedarf ist gegeben, aber allgemein, nicht nur in Bezug auf die Migrationsbevölkerung (Bundesrat 2014a).	●

Empfohlene Handlungsansätze und Massnahmen	Situation in der Schweiz	
<ul style="list-style-type: none"> - Schulung von pflegenden Angehörigen - Informationsmaterialien 		
Begleitsystem für verletzte Personen aus der Migrationsbevölkerung aufbauen (Peer-Mentoring)	Unklar; in der Situationsanalyse nicht untersucht.	?
Auf die Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitspersonal bezogene Ansätze		
Strategien für den Umgang mit Diversität in Organisationen verankern, Bekenntnis zu Vielfalt und Transkulturalität, Diversitätssensitivität mittels Organisationsentwicklung fördern	Gemäss Situationsanalyse relevant (vgl. Abschnitt 2.3.6)	●
Dienstleistungen an Diversität anpassen	Gemäss Situationsanalyse relevant (vgl. Abschnitt 2.3.6)	●
Gesundheitspersonal im Umgang mit Diversität schulen, Sensibilität für Bedeutung sozialer Hintergründe sicherstellen	Schulung und Sensibilisierung finden statt, Ausmass und Erfolg allerdings unklar. Gemäss Stakeholderbefragung stellt Kompetenz des Gesundheitspersonals im Umgang mit Diversität kein bedeutendes Problem dar.	(●)
Patientenorientierung: auf Individuum und dessen Bedürfnisse eingehen, persönliche Krankengeschichte und sozialen Hintergrund berücksichtigen, Empathie, Beziehung aufbauen, zuhören, Kontinuität sicherstellen, Ressourcenorientierung	Gesundheitspersonal gibt an, aufgrund ungünstiger Rahmenbedingungen zu wenig Zeit für patientenorientierte Pflege zu haben (vgl. Abschnitt 2.3.6). Gemäss Stakeholderbefragung ist dieses Problem eher unbedeutend. Hingegen werden vorhandene Ressourcen tendenziell zu wenig erkannt und genutzt (vgl. Anhang 2).	(●)
Respekt gegenüber Migrantinnen und Migranten: Vorurteilsloser Umgang, Offenheit, Interesse und Vertrauen	Unklar, ambivalente Ergebnisse der Situationsanalyse. Insgesamt, im Vergleich aller Problembereiche als eher unbedeutend bezeichnet, wird aber durchaus als Problem wahrgenommen (vgl. Abschnitt 2.4.3).	(●)
Einsatz von Kulturvermittlern oder von Personal mit Migrationshintergrund	Wird in Spitälern praktiziert (vgl. Abschnitt 2.3.6). Situation in anderen Bereichen des Gesundheitswesens unklar.	○
Zusammensetzung des Personals diversifizieren	Unklar; in der Situationsanalyse nicht untersucht. Im Spitalwesen ist der Anteil Migrantinnen und Migranten am ärztlichen und Pflegepersonal höher als im Bevölkerungsdurchschnitt (BFS 2015c).	?

Empfohlene Handlungsansätze und Massnahmen	Situation in der Schweiz	
Diskriminierungsschutz: betriebliche Policies, Zusammenarbeit mit Fachstellen	Unklar; in der Situationsanalyse nicht untersucht. Einzelne MFH-Spitäler verfügen über Anlaufstellen. Diskriminierungsschutz ist in der Schweiz allgemein schwach ausgeprägt (Wichmann 2013).	●
Benutzerorientierte Öffnungszeiten	Geringe Relevanz (vgl. Abschnitt 2.4.3)	○
Auf das Gesundheitssystem bezogene Ansätze		
Zugang zu Krankenversicherung sicherstellen	Aufgrund Versicherungsobligatorium geringe Relevanz. Es gibt aber Personen, die aus rechtlichen/institutionellen Gründen nicht versichert sind oder nur eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung haben (Rüefli/Huegli 2011).	○
Leistungsangebote finanziell tragbar halten	Leistungsverzicht aus finanziellen Gründen kommt bei Migrationsbevölkerung häufig vor (vgl. Abschnitt 2.3.4).	●
Zugangshürden zu spezialisierter Versorgung abbauen	Unklar; in der Situationsanalyse nicht untersucht. Aufgrund finanzieller Zugangshürden gewisse Relevanz plausibel (vgl. Abschnitt 2.3.4).	?
Spezielle Bedürfnisse in Asyl-Empfangszentren berücksichtigen	Gemäss Stakeholderbefragung relevant (vgl. Tabelle 2-6)	●
Bedarfsorientierte spezifische Angebote schaffen	Fehlende Kapazitäten im Bereich der psychosozialen Behandlung und Betreuung von Personen des Asylbereich (Oetterli et al. 2013). Ansonsten keine Übersicht, aufgrund Situationsanalyse nicht zu beurteilen.	(●)
Leicht zugängliches, kostenloses, professionelles interkulturelles Dolmetschen - Finanzierung sicherstellen - Einrichtungen des Gesundheitswesens im Einsatz von ikD schulen	Ein professionelles Angebot besteht und ist in Spitälern bekannt, aber die Finanzierung von ikD ist nicht gesichert, sondern Sache der Nutzenden. In der Regel kommen andere Übersetzungslösungen zum Einsatz (vgl. Abschnitt 2.3.6). Situation in anderen Bereichen des Gesundheitswesens unklar.	●
Rahmenbedingungen für mehr Patientenorientierung in Einrichtungen des Gesundheitswesens schaffen (Finanzierungssystem anpassen, Effizienzdruck senken)	Gemäss Situationsanalyse relevant (vgl. Abschnitt 2.3.6)	●

Empfohlene Handlungsansätze und Massnahmen	Situation in der Schweiz	
Koordination der Versorgung innerhalb und zwischen Einrichtungen (auch mit Sozialdiensten), Interdisziplinarität	Gemäss Situationsanalyse relevant, aber allgemein, nicht nur in Bezug auf die Migrationsbevölkerung. Gesundheits- und Sozialwesen sind bezüglich der Zuständigkeiten für Versorgung und Finanzierung hochgradig fragmentiert.	●
Gezielte aufsuchende Aktivitäten in Prävention und Versorgung bei schwer erreichbaren Gruppen	Gemäss Situationsanalyse relevant, die Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen wird als schwierig beurteilt (vgl. Abschnitte 0 und 0)	●
Vernetzung und Austausch zu Themen Diversität und Chancengleichheit unter Fachpersonen fördern	Unklar; in der Situationsanalyse nicht untersucht. Es bestehen diverse Fachgruppen und Gremien, aber meistens beschränkt auf einzelne Teilthemen (z.B. Migrant Friendly Hospitals, Forum Alter und Migration etc.)	(●)
Wissensgrundlagen für Politik und Einrichtungen des Gesundheitswesens verbessern: Forschung/Statistik, Monitoringdaten, Gesundheitsregister	<p>Unklar; in der Situationsanalyse nicht untersucht. Es finden sich diverse Forschungsprojekte, es ist einiges Wissen da, aber es gibt noch zahlreiche offene Fragen. Das BAG sorgt für Wissenstransfer in die Praxis.</p> <p>Die Datenlage bildet ein allgemeines Grundproblem. Es finden sich wenige systematisch erhobene Daten zur gesundheitlichen Situation der Migrationsbevölkerung, migrationsbezogene Merkmale werden in bestehenden Routineerhebungen kaum erhoben. Die Möglichkeit differenzierter Analysen ist wegen kleiner Stichproben von Umfragen und fehlender Registerdaten beschränkt.</p>	(●)

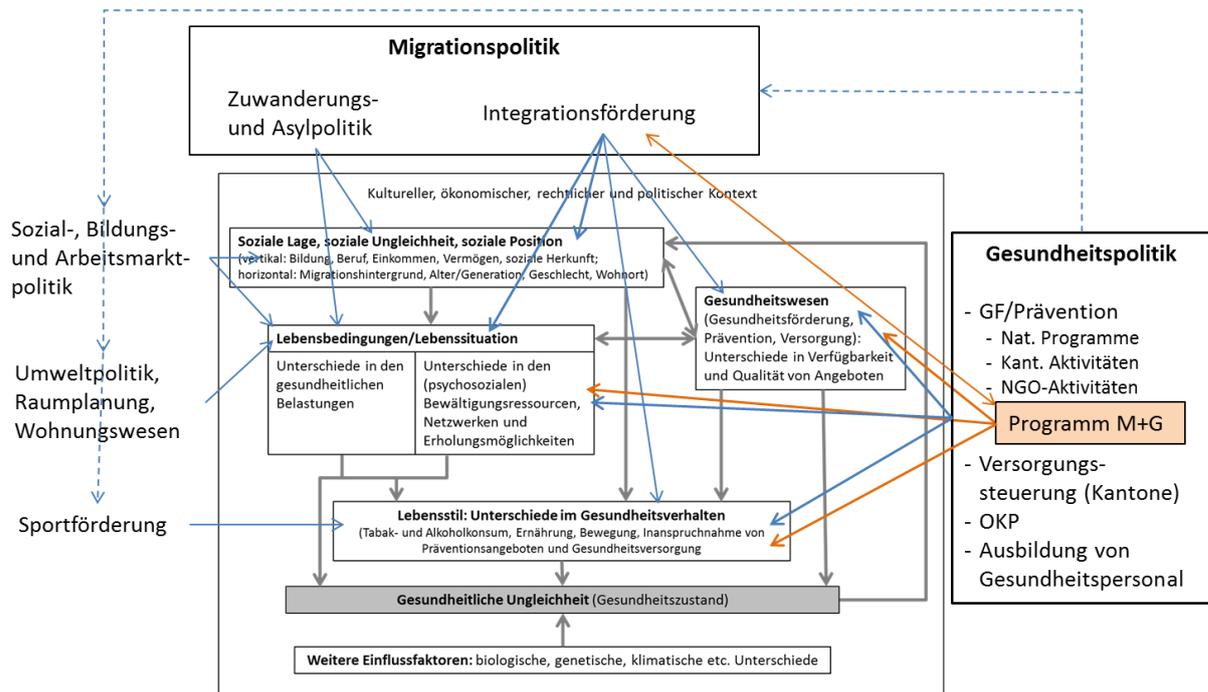
Legende: ● = Gemäss Situationsanalyse relevantes Thema; (●) = Relevanz gemäss Situationsanalyse unklar/ambivalent; ○ = Gemäss Situationsanalyse wenig relevantes Thema; ? = Unklar, da in der Situationsanalyse nicht untersucht.

3.2.2 Zuständigkeiten und Möglichkeiten zur Beeinflussung der gesundheitlichen Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung

In einem nächsten Schritt geht es darum zu beurteilen, wem sich welche Möglichkeiten bieten, mittels der in Tabelle 3-2 als relevant (oder ambivalent) bezeichneten Handlungsansätze und Massnahmen die gesundheitliche Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung zu beeinflussen.

Einen ersten Überblick bietet Abbildung 3-1. Sie zeigt auf, welche Politikbereiche auf welche Ebenen des Erklärungsmodells gesundheitlicher Ungleichheit (vgl. Abschnitt 2.1) einwirken. Dabei wird die Gesundheitspolitik differenziert ausgewiesen, um auch den Einflussbereich des Programms Migration und Gesundheit des BAG abstecken zu können.⁴⁴

Abbildung 3-1: Politikfelder mit Einfluss auf die gesundheitliche Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung



Legende: OKP = Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Abbildung 3-1 macht deutlich, dass die Gesundheitspolitik in erster Linie das Gesundheitswesen, gesundheitsrelevante Lebensbedingungen und den Lebensstil beeinflussen kann, während viele Gesundheitsdeterminanten wie die soziale Lage, zahlreiche Lebensbedingungen und Einflussfaktoren auf den Lebensstil und den Gesundheitszustand von den

⁴⁴ Die Sozialpolitik liesse sich ebenfalls differenzierter betrachten. Sie umfasst u.a. die Sozialversicherungen, die Sozialhilfe, die Armutsbekämpfung und die frühe Förderung von Kindern im Vorschulalter.

Rahmenbedingungen, die durch andere Politikbereiche gesetzt werden, abhängig sind. So kommt der Migrationspolitik, insbesondere der Integrationsförderung und dem Asylwesen, aber auch der Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik grosse Bedeutung zu. Sie prägen wichtige Voraussetzungen gesundheitlicher Chancengleichheit. Ein wesentlicher Teil auf die Migrationsbevölkerung bezogenen Handlungsansätze und Massnahmen (vgl. Tabelle 3-1) liegt in ihrem Einflussbereich und ist nicht unmittelbar Gegenstand der Gesundheitspolitik. Diese kann allerdings darauf hinwirken, dass konkrete gesundheitsrelevante Inhalte in die allgemeinen Anstrengungen der Regelstrukturen in der Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik sowie in die spezifische Integrationsförderung und das Asylwesen Eingang finden. Auf diese Handlungsfelder hat die schweizerische Gesundheitspolitik allerdings einen begrenzten Einfluss. Der 1986 im Rahmen der Ottawa-Charta von der WHO vorgestellte multisektorale *Health in all Policies*-Ansatz⁴⁵ hat sich in der Schweiz bisher noch kaum etablieren können. Er ist in Abbildung 3-1 mit unterbrochenen Pfeilen angedeutet.

Tabelle 3-3 greift die in Tabelle 3-1 zusammengestellten Ansätze und Massnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit für die Migrationsbevölkerung auf und zeigt, welchen Handlungsfeldern sie hauptsächlich zuzuordnen sind. Dabei wird deutlich, dass viele Ansätze mehrere Handlungsfelder gleichzeitig betreffen. Dies legt ein multisektorales, idealerweise koordiniertes Vorgehen von Akteuren dieser Handlungsfelder nahe.

Tabelle 3-3: Von Handlungsansätzen und Stossrichtungen betroffene Handlungsfelder

Auf die Migrationsbevölkerung bezogene Ansätze	BAS	IF	Asyl	GW
Verbesserung der sozioökonomischen Lebensbedingungen von Migrantinnen und Migranten (strukturelle und soziale Integration)	●	●	●	
Förderung der Gesundheitskompetenz: Bildung, Information über Gesundheitssystem und Gesundheitsthemen	●	●	●	●
Unterstützungs- und Beratungsangebote für Migrationsbevölkerung schaffen, bestehende Angebote öffnen, Zugang verbessern		●	●	(●)
Empowerment: Selbstorganisation und Vernetzung der Migrationsbevölkerung fördern	(●)	●	(●)	
Einbezug der Migrationsbevölkerung in die Organisation der Gesundheitsversorgung				●
Pflegende Angehörige unterstützen und in Versorgung einbeziehen	●			●
Begleitsystem für verletzte Personen aus der Migrationsbevölkerung		●		(●)
Auf Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitspersonal bezogene Ansätze	BAS	IF	Asyl	GW
Strategien für den Umgang mit Diversität in Organisationen verankern	(●)	(●)		●
Dienstleistungen des Gesundheitswesens an Diversität anpassen		●		●
Gesundheitspersonal im Umgang mit Diversität schulen, Sensibilität für Be-	●	(●)		●

⁴⁵ Dieser Ansatz zielt darauf ab, diejenigen Politikfelder, welche wichtige Gesundheitsdeterminanten prägen, positiv zu beeinflussen (Achtermann/Berset 2006: 185ff.).

deutung sozialer Hintergründe sicherstellen				
Patientenorientierung sicherstellen/erhöhen				●
Respekt gegenüber Migrantinnen und Migranten		(●)		●
Einsatz von Kulturvermittlern oder von Personal mit Migrationshintergrund				●
Zusammensetzung des Personals diversifizieren		(●)		●
Diskriminierungsschutz: betriebliche Policies, Zusammenarbeit mit Fachstellen		(●)		●
Auf das Gesundheitssystem bezogene Ansätze	BAS	IF	Asyl	GW
Leistungsangebote finanziell tragbar halten				●
Zugangshürden zu spezialisierter Versorgung abbauen				●
Spezielle Bedürfnisse in Asyl-Empfangszentren berücksichtigen			●	(●)
Bedarfsorientierte spezifische Angebote schaffen (v.a. für Asylsuchende)			(●)	●
Leicht zugängliches, kostenloses, professionelles interkulturelles Dolmetschen		●		(●)
Rahmenbedingungen für mehr Patientenorientierung in Einrichtungen des Gesundheitswesens schaffen				●
Koordination der Versorgung innerhalb und zwischen Einrichtungen (auch mit Sozialdiensten), Interdisziplinarität	●	(●)	●	●
Gezielte aufsuchende Aktivitäten in Prävention und Versorgung bei schwer erreichbaren Gruppen		(●)		●
Vernetzung und Austausch zu Themen Diversität und Chancengleichheit unter Fachpersonen fördern	(●)	●	(●)	●
Wissensgrundlagen für Politik und Einrichtungen des Gesundheitswesens verbessern: Forschung/Statistik, Monitoringdaten, Gesundheitsregister	●	(●)	(●)	●

Legende: Handlungsfelder: BAS = Regelstrukturen in Bildung, Arbeit und Sozialwesen; Spez. IF = spezifische Integrationsförderung; Asyl = Asylwesen; Ges. = Gesundheitswesen

● = Primär betroffenes Handlungsfeld; (●) = sekundär betroffenes Handlungsfeld

Bei der Diskussion der Frage, *wer* welche Massnahmen ergreifen kann, ist zu berücksichtigen, dass im föderalistisch und in vielen Bereichen korporatistisch organisierten politischen System der Schweiz die Zuständigkeiten für die Steuerung und Finanzierung in vielen Handlungsfeldern zwischen dem Bund, den Kantonen und Gemeinden sowie privaten Akteuren aufgeteilt sind. Dies gilt nicht nur für die Gesundheitspolitik (Rüefli et al. 2015), sondern auch z.B. für die spezifische Integrationsförderung (BFM/KdK 2011) oder für die Sozialpolitik. Somit ist bei der Diskussion von Zuständigkeiten für Massnahmen zum einen der Kompetenzordnung der verschiedenen Staatsebenen Rechnung zu tragen. Zum anderen verfügen in vielen Politikfeldern private Akteure NGOs, Verbände oder einzelne Betriebe über eine grosse Handlungsautonomie, die den direkten Einflussmöglichkeiten staatlicher Akteure gewisse Grenzen setzt. Zahlreiche der in Tabelle 3-1 vorgeschlagenen Handlungsansätze und Massnahmen, die sich auf Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitspersonal beziehen, fallen in die Zuständigkeit autonomer Betriebe und Organisationen (Spitäler, Spitex-Dienste, Arztpraxen, NGOs etc.) und entziehen sich aus diesen Gründen

staatlicher Steuerung weitgehend. Die Handlungsmöglichkeiten des Bundes sind deshalb in dieser Hinsicht begrenzt.

3.2.3 In der Schweiz bestehende Ansätze und Massnahmen

Tabelle 3-4 zeigt, welche der empfohlenen Handlungsansätze und Massnahmen in der Schweiz bestehenden Aktivitäten aktuell bereits verfolgt und umgesetzt werden. Die Übersicht beruht auf einer Einschätzung des Autors auf der Basis des internen Verankerungstools des Programms M+G (Spalte „M+G“) sowie Themenwissen des Autors. Dieses speist sich u.a. aus einer früheren Kontextanalyse zum Programm M+G (Rüefli/Huegli 2012), aus dem Stand der Umsetzung der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020 (EDI 2013; Factsheets⁴⁶) und ergänzenden Internetrecherchen. Es erfolgte jedoch keine systematische und umfassende Erhebung aller bestehenden staatlichen und zivilgesellschaftlichen Aktivitäten im Bereich M+G, weshalb die Übersicht unvollständig und die Situation teilweise schwierig zu beurteilen ist. Tabelle 3-4 erlaubt auch keine Aussage über die Verbreitung, Intensität und Wirksamkeit der aufgeführten Aktivitäten. Auch hierzu fehlen die nötigen Informationen. Die Darstellung beschränkt sich auf die vom Autor vorgenommene Unterscheidung zwischen Massnahmen, die seit längerer Zeit bestehen und/oder weit verbreitet sind und deshalb als etabliert bezeichnet werden können und Massnahmen, die erst wird ansatzweise, mit geringer Verbreitung oder mit geringer Intensität verfolgt werden.

Tabelle 3-4: In der Schweiz bereits verfolgte Handlungsansätze und Massnahmen

Auf die Migrationsbevölkerung bezogene Ansätze	Abdeckung	
	M+G	Anderes
Verbesserung der sozioökonomischen Lebensbedingungen von Migrantinnen und Migranten (strukturelle und soziale Integration)	●	●
Förderung der Gesundheitskompetenz: Bildung, Information über Gesundheitssystem und Gesundheitsthemen	●	●
Unterstützungs- und Beratungsangebote für Migrationsbevölkerung schaffen, bestehende Angebote öffnen, Zugang verbessern	(●)	●
Empowerment: Selbstorganisation und Vernetzung der Migrationsbevölkerung fördern	(●)	●
Einbezug der Migrationsbevölkerung in die Organisation der Gesundheitsversorgung		
Pflegende Angehörige unterstützen und in Versorgung einbeziehen	●	(●)
Begleitsystem für verletzte Personen aus der Migrationsbevölkerung		
Auf Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitspersonal bezogene Ansätze	M+G	anderes
Strategien für den Umgang mit Diversität in Organisationen verankern	●	(●)
Dienstleistungen des Gesundheitswesens an Diversität anpassen	●	(●)

⁴⁶ <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/14638/index.html?lang=de>

Gesundheitspersonal im Umgang mit Diversität schulen, Sensibilität für Bedeutung sozialer Hintergründe sicherstellen	●	●
Patientenorientierung sicherstellen/erhöhen	X	(●)
Respekt gegenüber Migrantinnen und Migranten	X	(●)
Einsatz von Kulturvermittlern oder von Personal mit Migrationshintergrund	X	(●)
Zusammensetzung des Personals diversifizieren		(●)
Diskriminierungsschutz: betriebliche Policies, Zusammenarbeit mit Fachstellen	(●)	(●)
Auf das Gesundheitssystem bezogene Ansätze	M+G	Anderes
Leistungsangebote finanziell tragbar halten	X	(●)
Zugangshürden zu spezialisierter Versorgung abbauen		1
Spezielle Bedürfnisse in Asyl-Empfangszentren berücksichtigen	(●)	(●) ¹
Bedarfsorientierte spezifische Angebote schaffen (v.a. für Asylsuchende)	(●)	(●) ¹
Leicht zugängliches, kostenloses, professionelles interkulturelles Dolmetschen	●	●
Rahmenbedingungen für mehr Patientenorientierung in Einrichtungen des Gesundheitswesens schaffen	X	(●)
Koordination der Versorgung innerhalb und zwischen Einrichtungen (auch mit Sozialdiensten), Interdisziplinarität	X	(●)
Gezielte aufsuchende Aktivitäten in Prävention und Versorgung bei schwer erreichbaren Gruppen	(●)	(●) ¹
Vernetzung und Austausch zu Themen Diversität und Chancengleichheit unter Fachpersonen fördern		(●) ¹
Wissensgrundlagen für Politik und Einrichtungen des Gesundheitswesens verbessern: Forschung/Statistik, Monitoringdaten, Gesundheitsregister	●	(●)

Legende: ● = Massnahme ist etabliert; (●) = Massnahme wird ansatzweise, mit geringer Verbreitung oder mit geringer Intensität verfolgt; X = ausserhalb des Einflussbereichs des Programms; leer = Massnahme wird nicht verfolgt

¹ Die Situation ist wegen teilweise fehlender Informationen schwierig zu beurteilen.

Die Gegenüberstellung in Tabelle 3-4 macht deutlich, dass die meisten der angeregten und international als good practice identifizierte Ansätze und Massnahmen in der Schweiz bereits zumindest ansatzweise umgesetzt werden. Im Zentrum dieser Massnahmen steht das seit 2002 laufende Programm Migration und Gesundheit (M+G) des BAG, dessen Teilstrategien in Anhang 3 aufgelistet sind (vgl. auch BAG 2013). Es widmet sich bereits heute zahlreichen Massnahmen, die in den Zuständigkeitsbereich staatlicher Akteure der Gesundheitspolitik fallen, wobei sich die einzelnen Teilstrategien bezüglich der Art der konkreten Massnahmen, der Intensität, in der sie verfolgt werden und dem konkreten Stand der Aktivitäten⁴⁷ teilweise stark unterscheiden. Einzelne good-practice-Massnahmen liegen

⁴⁷ Verschiedene Aktivitäten befinden sich im Stadium erster Sondierungen und Abklärungen, andere sind im Aufbau begriffen, weitere werden im Rahmen von Projekten oder von Daueraktivitäten umgesetzt. Abgeschlossene und nicht weiter verfolgte Aktivitäten aus früheren Programmphasen werden hier nicht diskutiert.

ausserhalb des Einflussbereichs des Programms M+G, werden jedoch im Rahmen anderer Aktivitäten oder Handlungsfelder abgedeckt.

Es zeigt sich, dass nur drei der empfohlenen Ansätze – sofern sie gemäss Situationsanalyse für die Schweiz relevant sind – gar nicht verfolgt werden. Dabei handelt es sich um den Abbau von Zugangshürden zu spezialisierter Versorgung, die Schaffung eines Begleitsystems (Peer-Mentoring) für verletzte Personen aus der Migrationsbevölkerung sowie um den Einbezug der Migrationsbevölkerung in die Organisation der Gesundheitsversorgung. Hinsichtlich der ersten beiden ist unklar, inwiefern sie für die Schweiz von Relevanz sind, und in Bezug auf die Partizipation von Patientinnen und Patienten hat der Bundesrat im Rahmen von Gesundheit2020 angekündigt, Massnahmen zu prüfen (Bundesrat 2015c).

Aus dieser Feststellung lässt sich nicht ableiten, der Handlungsbedarf in Bezug auf die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz sei bereits hinlänglich gedeckt. Wie erwähnt hält Tabelle 3-4 lediglich fest, ob die erwähnten Aktivitäten prinzipiell im einen oder anderen Rahmen bereits verfolgt werden. Sie erlaubt aber keine Aussage darüber, wie weit fortgeschritten, wie gut etabliert, wie weit verbreitet und wie wirksam diese Aktivitäten sind.

Für eine Beurteilung, ob alle bestehenden Aktivitäten – insbesondere diejenigen im Rahmen des Programms M+G – relevant und zweckmässig sind, ob sie weitergeführt, ausgebaut, angepasst oder beendet werden sollen, fehlen die nötigen empirisch ausreichend abgestützten Grundlagen. Hierfür wären spezifische systematische Evaluationen nötig.

3.2.4 Potenzieller zusätzlicher Handlungsbedarf

Gemäss Tabelle 3-2 werden mehrere aufgrund der Situationsanalyse als potenziell relevant identifizierte Handlungsansätze bisher erst ansatzweise, mit geringer Verbreitung oder mit geringer Intensität verfolgt. Im Folgenden soll deshalb kurz diskutiert werden, inwiefern in diesen Bereichen allenfalls Handlungsbedarf für konkrete Massnahmen besteht. Dabei fliessen auch Erkenntnisse aus der Kontextanalyse ein.

Pflegende Angehörige unterstützen und in Versorgung einbeziehen; Koordination der Versorgung innerhalb und zwischen Einrichtungen (auch mit Sozialdiensten), Interdisziplinarität

Die Förderung und Unterstützung der Angehörigenpflege sowie die koordinierte Versorgung werden aktuell in der Gesundheitspolitik diskutiert und sind Teilprojekte im Rahmen der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020. Sie werden allgemein angegangen und nicht mit spezifischem Fokus auf die Migrationsbevölkerung. Inwiefern ein solcher Fokus angezeigt ist, müsste näher geprüft werden.

Diskriminierungsschutz: betriebliche Policies, Zusammenarbeit mit Fachstellen

Es besteht eine Vielzahl von Anlauf- und Beratungsstellen für Diskriminierungsopfer⁴⁸, und in einzelne Migrant Friendly Hospitals verfügen über Anlaufstellen zu diesem Thema (Unterlagen von Situationsanalysen). Allgemein gilt der Diskriminierungsschutz in der Schweiz jedoch als eher schwach ausgeprägt (Wichmann 2013). Inwiefern diesbezüglich im Bereich Gesundheit Handlungsbedarf besteht, kann aufgrund der Situationsanalyse nicht abschliessend beurteilt werden.

Leistungsangebote finanziell tragbar halten

Der Umstand, dass Personen mit Migrationshintergrund rund dreimal häufiger aus finanziellen Gründen auf ärztliche oder zahnärztliche Leistungen verzichten als Personen ohne Migrationshintergrund (vgl. Abschnitt 2.3.4) weist darauf hin, dass die finanzielle Tragbarkeit von Angeboten des Gesundheitswesens für viele Personen, insbesondere mit sozio-ökonomisch tieferer Stellung, trotz Versicherungsobligatorium und Anrecht auf individuelle Prämienverbilligung durchaus problematisch sein kann. Die Preisbildung im Gesundheitswesen unterliegt der Tarifautonomie von Leistungserbringern und Versicherern (unter Vorbehalt der Genehmigung durch die Kantone) und lässt sich nur beschränkt beeinflussen. Allfällige Massnahmen müssten somit eher bei der finanziellen Situation der Migrantinnen und Migranten ansetzen und fallen vor allem in den Bereich der Sozialpolitik.

Bedarfsorientierte spezifische Angebote schaffen (v.a. für Asylsuchende)

In der Situationsanalyse wurde verschiedentlich auf Lücken in der Versorgung spezifischer vulnerabler Gruppen, v.a. von Asylsuchenden im Bereich der psychischen Gesundheit, hingewiesen. Inwiefern konkret auf solche Lücken reagiert wird, wurde im Rahmen der vorliegenden Studie nicht näher untersucht. Es liegen jedoch keine Hinweise auf spezifische Aktivitäten vor. Gemäss internen Einschätzungen des Programms M+G sind die Situation bezüglich der Sicherstellung einer adäquaten Gesundheitsversorgung für Personen des Asylbereichs und Rahmenbedingungen zur Änderung der Situation als herausfordernd zu beurteilen. Diesem Thema scheint deshalb eine gewisse Bedeutung zuzukommen – auch angesichts der nachweislich schlechteren Gesundheitssituation von Personen des Asylbereichs (GMM II, vgl. Abschnitt 2.3.7). Inwiefern weitere spezifische Versorgungsprobleme bestehen, kann mangels systematischer Abklärungen zu dieser Frage hier nicht abschliessend beurteilt werden.

⁴⁸ <http://www.edi.admin.ch/frb/adressen/index.html?lang=de>

Rahmenbedingungen für mehr Patientenorientierung in Einrichtungen des Gesundheitswesens schaffen

Die Rahmenbedingungen, unter denen Einrichtungen des Gesundheitswesens und das Gesundheitspersonal tätig sind, sind für die angestrebten Veränderungen in deren Interaktion mit Personen aus der Migrationsbevölkerung tendenziell nicht förderlich. Die bestehenden Finanzierungsmechanismen und Tarifsysteme belassen den Betrieben wenig Spielraum, den mit einer adäquaten Behandlung von sozial vulnerablen Personen mit Migrationshintergrund häufig verbundenen Zusatzaufwand (Zeitbedarf, Einbezug und Information von Angehörigen, Sicherstellung der Verständigung, Unterstützung bei der Koordination der Versorgung etc.) leisten und verrechnen zu können. Zahlreiche vorgeschlagene Handlungsansätze und Massnahmen zur Förderung der Chancengleichheit betreffen betriebliche Aspekte und beinhalten Massnahmen der Organisationsentwicklung (Leitbilder, Strategien für den Umgang mit Diversität, Diversifizierung des Personals), der Arbeitsbedingungen für das Personal (Zeit- und Effizienzdruck), der Personalentwicklung (Aus- und Weiterbildung) und der Betriebsprozesse (Einsatz von professionellem iKD, Patientenorientierung, Kontinuität). Wie die Stakeholderbefragung 2011 zeigt, fehlen aufgrund des verbreiteten Spar- und Effizienzdrucks im Gesundheitswesen oft die Ressourcen für Massnahmen zur Förderung der Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung und ist dieses Thema in vielen Einrichtungen von tiefer Priorität (Huegli/Rüefli 2011: 36f.). Die Bereitschaft, betriebliche Anpassungen vorzunehmen, ist vielerorts eher tief. Aufgrund der betrieblichen Autonomie ist das Potenzial für staatliche Massnahmen, um solche Anpassungen auszulösen, beschränkt. Prinzipiell wären seitens der Gesundheitspolitik Änderungen der Rahmenbedingungen über Anpassungen der Finanzierungs- und Tarifierungsmechanismen denkbar; wie jedoch die langjährigen und bisher nicht erfolgreichen Bemühungen um eine Lösung zur Finanzierung von iKD sowie weitere Erfahrungen mit der Revision von Finanzierungs- und Tarifsystemen (TARMED, SwissDRG, Neuordnung der Pflegefinanzierung) zeigen, scheinen die Erfolgsaussichten eines solchen Ansatzes allerdings klein.

Gezielte aufsuchende Aktivitäten in Prävention und Versorgung bei schwer erreichbaren Gruppen

Die aufsuchende Arbeit wurde bereits von Pfluger et al. (2008) als zentraler Ansatz der transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung empfohlen. Diese Empfehlung scheint gemäss der Situationsanalyse nach wie vor relevant. Im Rahmen des Programms M+G wurden verschiedene Bemühungen unternommen, entsprechende Projekte in Gang zu bringen (Informationen aus dem internen Verankerungstool). Es war vorgesehen, mit Organisationen der Migrationsbevölkerung zusammenzuarbeiten. Dabei handelt es sich in der Regel um Milizorganisationen, die auf ehrenamtlicher Basis funktionieren. Dieser Umstand scheint jedoch gewisse Herausforderungen mit sich zu bringen. Die Erfolgsaussichten dieses Ansatzes liessen sich vermutlich über eine Stärkung der organisatorischen Res-

sources and a structural consolidation of the organizations of the migration population increase. Any support of corresponding processes falls rather in the area of responsibility of integration policy than in that of health policy.

4 Relevante Kontextentwicklung

Die Aktualisierung der Kontextanalyse zur Strategie M+G 2012 (Rüefli/Huegli 2012) mittels internetbasierter Dokumentenanalyse hatte zum Ziel aufzuzeigen, wie sich die Handlungsmöglichkeiten für den Bund bzw. das BAG, im Bereich der Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit für die Migrationsbevölkerung tätig zu werden, präsentieren. Es geht darum, die Möglichkeiten und Grenzen von Massnahmen zu beurteilen und zu ermitteln, wo die Kontextentwicklung Handlungsmöglichkeiten eröffnet und wo sie Hindernisse aufstellt. Die Kontextanalyse fokussiert auf die Handlungsfelder Gesundheit und Migration/Integration. Sie unterscheidet zwischen der Bundes- und der Kantonebene sowie zivilgesellschaftlichen Sphäre.

4.1 Wichtigste Entwicklungen in der Gesundheitspolitik

Der Bundesrat legte 2013 das Strategiepapier „Gesundheit2020“ vor (EDI 2013). Darin definiert der Bundesrat seine gesundheitspolitischen Prioritäten und leitet daraus Ziele und Massnahmen in vier Handlungsfeldern ab. Die Umsetzung erfolgt dezentral über 77 Teilprozesse im Rahmen der bestehenden Kompetenzordnung durch den jeweils kompetentesten Akteur, aber koordiniert durch den Bund (Borchard/Spycher 2014). Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik, die seit 2003 bestehende Austauschplattform zwischen den für die Gesundheitspolitik verantwortlichen Behörden des Bundes und der Kantone, bildet dabei eine wichtige Austauschplattform (Spycher 2014). Gesundheit2020 und der Dialog Nationale Gesundheitspolitik haben von verschiedenen Partnern gemeinsam getragene Strategieprozesse in zahlreichen Themenbereichen⁴⁹ ausgelöst und können damit als Treiber einer gesundheitspolitischen Entwicklungsdynamik gesehen werden. Diese Dynamik eröffnet potenzielle Möglichkeiten, das Thema der Chancengleichheit für die Migrationsbevölkerung in die verschiedenen Prozesse einzubringen, wobei insbesondere die diversen nationalen Präventionsprogramme von Bedeutung sind. Diese werden seitens des Bundes künftig neu organisiert. 2015 stellte der Bundesrat die Nationale Strategie Sucht (Bundesrat 2015d) und den Entwurf der Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD; BAG 2015d) vor, die gemeinsam die Ende 2016 auslaufenden nationalen Programme im Bereich Alkohol, Tabak, Drogen sowie Ernährung und Bewegung bündeln und ablösen sollen. Die NCD-Strategie setzt u.a. beim Verhalten, bei der Gesundheitskompetenz, bei gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen an, strebt eine bessere Chancenge-

⁴⁹ U.a. Aktionsplan „Mehr Organe für Transplantationen“, Nationale Demenzstrategie 2014-2017; Nationale Strategie gegen Krebs 2014-2017; Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012 sowie 2013-2015; Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie); Plattform Zukunft ärztliche Bildung; Netzwerk psychische Gesundheit Schweiz; Konzept seltene Krankheiten; Strategie zur Langzeitpflege; Aktionsplan zur Unterstützung von betreuenden und pflegenden Angehörigen; Nationale Strategie Sucht.

rechtigkeit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention an und erwähnt verschiedentlich, dass vulnerable Gruppen gezielt gefördert und spezifisch angesprochen werden sollen.

Eines der Handlungsfelder von Gesundheit2020 ist „Chancengleichheit“. Dieses bildet die strategische Grundlage für das Programm Migration und Gesundheit, welches ein Teilprojekt in diesem Handlungsfeld darstellt (BAG 2015a). Daneben hat der Bund auch das Teilprojekt „Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten“ lanciert, welches sich der Verbesserung der gesundheitlichen Situation vulnerabler Gruppen widmet (BAG 2015b).

Die Situationsanalyse zeigt, dass bei der Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund die Sicherstellung einer adäquaten Behandlungsqualität – Patientenorientierung, *informed consent*, Compliance, Patientensicherheit – u.a. aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten oder fehlender Zeit, spezifische Bedürfnisse adäquat zu berücksichtigen, beeinträchtigt sein kann (vgl. Abschnitte 2.3.6 und 0). Die 2009 formulierte Qualitätsstrategie des Bundes (BAG 2009), die in der Kontextanalyse 2012 als möglicher Ansatzpunkt für Massnahmen zur Förderung der Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung gesehen wurde, bietet hierfür aufgrund der aktuellen Schwerpunkte ihrer Umsetzung (BAG 2015c) wenig Potenzial.

Auf politischer Ebene verabschiedete das Parlament zwei Vorstösse⁵⁰, die den Bundesrat zur Berichterstattung und Prüfung von Massnahmen in den Bereichen der weiblichen Genitalverstümmelung (FGM) und der Gesundheit von Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund verpflichteten (Bundesrat 2015a und 2015b). In der Folge beauftragte der Bundesrat hat deshalb im Oktober 2015 das BAG und das Staatssekretariat für Migration (SEM) „gemeinsam den Aufbau eines „Netzwerks gegen weibliche Genitalverstümmelung“ der Nicht-Regierungsorganisationen mit Koordinations- und Beratungsleistungen zu unterstützen und die Informations-, Beratungs- und Präventionsaktivitäten dieses Netzwerks (...) mitzufinanzieren“ (Bundesrat 2015b: 32). Die Schaffung dieses Netzwerks kann als Beispiel für die politisch-strategische Verankerung einer konkreten Massnahme betrachtet werden. Im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit verwies er auf bereits laufende Massnahmen im Rahmen des TAK-Integrationsdialogs „Aufwachsen – gesund ins Leben starten“⁵¹, des Programms M+G, des Nationalen Programms zur Prävention und Bekämpfung von Armut (2014-2018)⁵² und der spezifischen Integrationsförderung des SEM⁵³ sowie auf Massnahmen im Asylwesen und in den Bereichen Forschung und Statistik (Bundesrat 2015a: 34f.).

⁵⁰ Postulat Maury Pasquier (12.3966) und Motion Bernasconi (05.3235).

⁵¹ <http://www.dialog-integration.ch/de/aufwachsen>

⁵² <http://www.gegenarmut.ch/nationales-programm/>

⁵³ Pilotphase II „fide-Sprachkurse zu Schwangerschaft, Geburt und früher Kindheit“ (2015-2016), Ausschreibung des SEM

In 13 von 26 Kantonen finden sich explizit migrationsbezogene Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention. Schwerpunkte bilden dabei v.a. die Themen Ernährung und Bewegung, psychische Gesundheit und Sucht (in der Regel im Rahmen kantonaler Programme) sowie die Analyse der gesundheitlichen Situation der Migrationsbevölkerung (De Rocchi/Oetterli 2014). Eine Studie zum letztgenannten Thema ergab allerdings, dass die meisten Kantone nicht sehr interessiert sind an spezifischen Auswertungen zur Situation der Migrationsbevölkerung in kantonalen Gesundheitsberichten (Stamm/Lamprecht 2013).

Aktivitäten von nichtstaatlichen Organisationen im Bereich M+G wurden nicht systematisch recherchiert. Es liegt entsprechend wenig gesicherte Information hierzu vor. Festzuhalten ist allerdings, dass sich vor allem das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) seit längerer Zeit stark in diesem Thema engagiert und dessen Departement Gesundheit und Integration entsprechend aktiv ist. Es betreibt u.a. die online-Plattform www.migesplus.ch, ein Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer in Bern, welches auch Gesundheitsversorgung für Sans Papiers anbietet, und es stellt Fachwissen und Schulungsangebote in den Bereichen transkulturelle Kompetenz und Diversity Management zur Verfügung.⁵⁴ Seit 2012 setzt sich das SRK im Rahmen des Projekts Aequalitas für einen besseren Zugang verletzlicher Personen zu Gesundheitsleistungen ein (Bihr/Kaya 2014: 3). Das SRK fungiert nicht zuletzt als Projektpartner des BAG bei einzelnen M+G-Massnahmen. Zu erwähnen ist auch das seit 2003 bestehende Nationale Forum Alter und Migration, welches zahlreiche Verbände und NGOs⁵⁵ versammelt und mit diversen staatlichen bzw. öffentlich-rechtlichen Partnern⁵⁶ zusammenarbeitet.⁵⁷

Über den TAK-Dialog „Gesund aufwachsen“ (s.u.) und das Netzwerks gegen weibliche Genitalverstümmelung (s.o.) sind diverse Organisationen in den Handlungsfeldern frühe Förderung und sexuelle/reproduktive Gesundheit an konkreten Massnahmen des Bundes zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit beteiligt. Auch auf kantonaler Ebene sind zahlreiche Organisationen in solche Projekte eingebunden, ein Überblick dazu besteht allerdings nicht.

Es liegen keine Informationen zu konkreten Aktivitäten von Gesundheitsförderungs- und Präventionsorganisationen im Bereich M+G vor. Gestützt auf die Kontextanalyse 2012

⁵⁴ <https://www.redcross.ch/de/fur-migrantinnen-und-migranten>

⁵⁵ Caritas Schweiz; CURAVIVA Schweiz; Forum für die Integration der Migrantinnen und Migranten; Konferenz der kommunalen, regionalen und kantonalen Integrationsdelegierten (KID); Pro Migrante; Pro Senectute Schweiz; Schweizerisches Rotes Kreuz; Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie; Schweizerischer Seniorenrat; Spitex Verband Schweiz.

⁵⁶ BAG; Bundesamt für Sozialversicherungen; Haute École Spécialisée de Suisse occidentale; Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen; Geriatrie Universität Bern, Spital Netz Bern; Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit

⁵⁷ <http://www.alter-migration.ch/index.php?id=2>

(Rüefli/Huegli 2012) lässt sich pauschal festhalten, dass diese tendenziell stärker für die Themen Migration und Diversität sensibilisiert sind als z.B. die Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung. Diese scheinen das Thema M+G weniger aktiv zu bearbeiten. Konkrete bekannte Aktivitäten sind das vom BAG im Rahmen des Projekts Migrant Friendly Hospitals unterstützte Netzwerk „Swiss Hospitals for Equity“, an dem sich 8 Spitalbetriebe beteiligen, sowie das Engagement des Spitex Verbandes Schweiz und von Curaviva (Verband der Alters- und Pflegeheime) im nationalen Forum Alter und Migration. Entsprechend finden sich im Bereich der Langzeitpflege (Spitex, Pflegeheim) diverse Projekte und Angebote zur Förderung der transkulturellen Öffnung, der transkulturellen Kompetenzen und zur Erhöhung der Diversität der Mitarbeitenden. Seitens der Ärzteschaft sind im Vergleich dazu weniger Aktivitäten im Bereich M+G sichtbar.

4.2 Wichtigste Entwicklungen in der Migrations- und Integrationspolitik

Per 2014 wurde die spezifische Integrationsförderung des Bundes neu ausgerichtet (BFM/KdK 2011). Der Bund finanziert seither kantonale Integrationsprogramme, die acht Förderbereiche in drei Pfeilern umfassen (vgl. Tabelle 4-1).

Tabelle 4-1: Pfeiler und Förderbereiche der spezifischen Integrationsförderung ab 2014

Information und Beratung	Bildung und Arbeit	Verständigung und gesellschaftliche Integration
Erstinformation und Integrationsförderbedarf	Sprache	Interkulturelle Übersetzung
Beratung	Frühe Förderung	Soziale Integration
Schutz vor Diskriminierung	Arbeitsmarktfähigkeit	

Quelle: BFM/KdK (2011)

Die Gesundheit ist kein explizites Thema der spezifischen Integrationsförderung. Trotzdem ist diese eine wichtige Komponente zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung (vgl. Abschnitt 3.2.2). Zum einen ist soziale und strukturelle Integration grundsätzlich zentrale Gesundheitsdeterminanten, zum anderen finden sich zahlreiche Berührungspunkte auf der Ebene konkreter Massnahmen (Berner/Rüefli 2014: 9f.): Im ersten Pfeiler bietet die Erstinformation über die hiesigen Lebensbedingungen und die bestehenden Integrationsangebote ein institutionalisiertes Gefäss zur Verbreitung gesundheitsbezogener Informationen an neu eingewanderte Personen. Einrichtungen der Regelstrukturen – auch des Gesundheitswesens – können von Angebot verschiedener Beratungsstellen, z.B. in Zusammenhang mit der institutionellen Öffnung oder dem Abbau von Zugangshürden und Integrationshemmnissen oder dem Diskriminierungsschutz profitieren. Die Situationsanalyse zeigt die zentrale Bedeutung der Sprachför-

derung auf, und die frühe Förderung betrifft einerseits grundsätzlich eine soziale Gesundheitsdeterminante, andererseits aber auch konkret Gesundheitsfragen (vgl. xxx). Eine weitere konkrete Schnittstelle findet sich im Bereich des interkulturellen Dolmetschens: dessen Förderung zugunsten der Regelstrukturen ist ein eigener Förderbereich der KIP, das Programm M+G setzt sich spezifisch für die Förderung des Einsatzes von ikÜ im Gesundheitswesen ein. Eine Analyse der kantonalen Integrationsprogramme (Berner/Rüefli 2014) zeigt, dass Gesundheitsfragen in einzelnen wenigen Kantonen explizit thematisiert werden, dass aber in den meisten Kantonen gesundheitsrelevante Massnahmen im Sinne der voranstehend diskutierten Berührungspunkte vorgesehen sind. Dies betrifft vor allem die Erstinformation, die frühe Förderung, die Förderung von ikD – z.T. mit spezifischen Fördermassnahmen über Dolmetschergutscheine – sowie vereinzelte Projekte zur sozialen Integration. In einigen Kantonen finden sich institutionalisierte Strukturen zur Zusammenarbeit zwischen Stellen der Integrationsförderung und den kantonalen Gesundheitsbehörden (Berner/Rüefli 2014: 23f.).

Die 2010 begonnene Weiterentwicklung der Migrations- und Integrationspolitik auf gesetzlicher Ebene (vgl. Rüefli/Huegli 2012. 45f.) wurde aufgrund der im Februar 2014 von der schweizerischen Stimmbevölkerung angenommenen „Initiative zur Begrenzung der Masseneinwanderung“ zurückgestellt. Hingegen lancierte die Tripartite Agglomerationskonferenz (TAK) den so genannten Integrationsdialog⁵⁸. Dabei sollen von 2012 bis 2016 staatliche und nichtstaatliche Akteure gemeinsame Initiativen zur Verbesserung der Integration und der Verwirklichung der Chancengleichheit in den Bereichen „Arbeiten“, „Aufwachsen“ sowie „Zusammenleben“ umsetzen. Der TAK-Dialog „Aufwachsen“ beinhaltet verschiedene Projekte im Bereich der frühen Förderung, bei denen es darum geht, Familien über Unterstützungsangebote in ihrer Region zu informieren, die Nutzung von Betreuungs- und Beratungsangeboten durch Familien mit Migrationshintergrund zu fördern, die Träger dieser Angebote im Umgang mit Vielfalt zu unterstützen und die Akteure der medizinischen Grundversorgung, der familienunterstützenden Angebote und der Integrationsförderung untereinander zu vernetzen (TAK 2014).

Das schweizerische Asylwesen ist in den letzten Jahren von einer starken Veränderungsdynamik geprägt. Aktuell sind verschiedene Revisionen auf gesetzlicher Ebene in Arbeit, welche insbesondere eine Beschleunigung der Verfahren bewirken sollen.⁵⁹ Im vorliegenden Kontext ist vor allem die vorgesehene Neustrukturierung des Asylwesens⁶⁰ (Bundesrat 2014b) von Bedeutung. Künftig sollen rund 60% der Asylsuchenden in Bundeszentren untergebracht und betreut werden, und nicht mehr in kantonalen Zentren. Damit fiele

⁵⁸ <http://www.dialog-integration.ch/de/>

⁵⁹ <https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/aktuell/gesetzgebung.html>

⁶⁰ Die Vorlage wurde am 25. September 2015 von den eidgenössischen Räten verabschiedet. Die Referendumsfrist läuft bis zum 14. Januar 2016.

künftig auch die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der entsprechenden Personen in die Zuständigkeit des Bundes (gemeinsam mit dem Standortkanton des Verfahrenszentrums und beauftragten Dritten; Bundesrat 2014b: 8080f.), was – je nach konkreter Umsetzung – diesbezüglich neue Rahmenbedingungen schafft

5 Ausblick – Interventionsmöglichkeiten für den Bund

Im vorliegenden Schlusskapitel geht es nun darum, auf der Basis der Situationsanalyse, der Diskussion möglicher Massnahmen und der Kontextanalyse Überlegungen hinsichtlich künftiger Interventionen des Bundes anzustellen. Dabei steht die Frage im Vordergrund, welche Möglichkeiten sich den Bundesbehörden bieten, die gesundheitliche Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung zu fördern und auf welche Weise dies erfolgen könnte. Bei diesen Überlegungen steht das Bundesamt für Gesundheit im Fokus, das für das Thema zuständig ist.

5.1 Überblick

Zunächst werden jedoch überblicksmässig die in Abbildung 3-1 skizzierten grundsätzlichen Interventionsmöglichkeiten nochmals zusammengefasst (Tabelle 5-1). Dabei wird zwischen den verschiedenen Politikbereichen als Handlungsfelder mit jeweils spezifischen Akteuren, zwischen möglichen Zielgruppen von Interventionen und potenziellen Zielen von Interventionen unterschieden. Die Ziele sind einerseits aus dem Erklärungsmodell gesundheitlicher Ungleichheit (Abschnitt 2.1), andererseits aus der Übersicht empfohlener good practices in Tabelle 3-1 abgeleitet. Sie sind darauf ausgerichtet, die Bedeutung des Migrationshintergrunds als Ursache fehlender gesundheitlicher Chancengleichheit zu minimieren. Gemäss Abschnitt 2.2.1 ist dabei insbesondere folgenden Faktoren Rechnung zu tragen, wobei diese individuell unterschiedlich bedeutend sind:

- Schwierigkeiten bei der strukturellen, wirtschaftlichen und sozialen Integration → ungünstige Voraussetzungen hinsichtlich der sozialen Gesundheitsdeterminanten
- fehlende bzw. schlechtere Sprachkenntnisse
- unterschiedliche kulturelle Hintergründe, Lebensgewohnheiten, Gesundheitskonzepte etc.
- migrationsbezogene Gesundheitsprobleme (mangelhafte Gesundheitsversorgung im Herkunftsland; herkunftsspezifische Gesundheitsprobleme; Gesundheitsprobleme in Zusammenhang mit der Migration; Traumata, Gewalterfahrung etc.)
- fehlende Partizipationsrechte, fehlender Zugang zu Leistungen aus rechtlichen Gründen
- Ungleichbehandlung aufgrund von Stereotypisierungen und Diskriminierungen

Tabelle 5-1: Grundsätzliche Interventionsmöglichkeiten zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung

Politikbereiche	Zielgruppen	Potenzielle Ziele von Interventionen
Zuwanderungspolitik	Neu einwandernde Personen	Vulnerabilität durch Sicherung des Aufenthaltsstatus und rechtliche Gewährung von ökonomischer und sozialer Teilhabe senken
Asylpolitik	Asylsuchende, anerkannte Flüchtlinge, vorläufig Aufgenommene	Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention sicherstellen
	Regelstrukturen des Asyl- und Sozialwesens	Bedarfsgerechte spezifische Angebote der Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention schaffen
Integrationsförderung	Migrationsbevölkerung	Soziale Position und Lebensbedingungen von eingewanderten Personen verbessern: Bildung/Sprache, Erwerbssituation, soziale Integration, Vernetzung, Gesundheitskompetenz, Kenntnis des Gesundheits- und Sozialwesens
	Regelstrukturen des Gesundheits- und Sozialwesens	<ul style="list-style-type: none"> - Regelstrukturen des Gesundheits- und Sozialwesens im Umgang mit gesellschaftlicher Diversität unterstützen - Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention beim Zugang zur Migrationsbevölkerung unterstützen
Sozialpolitik Bildung Arbeitsmarkt	Migrationsbevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> - Soziale Position und Lebensbedingungen von eingewanderten Personen verbessern: Bildung/ Sprache, Erwerbssituation, soziale Integration - Gesundheitsbelastende Stressoren reduzieren - Gesundheitsförderliche Ressourcen stärken
Gesundheitspolitik	Migrationsbevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitskompetenz stärken - Gesundheitsförderliches Verhalten fördern - Unterstützungs- und Beratungsangebote zu Gesundheitsthemen schaffen, bestehende ausbauen und an spezifischen Bedürfnissen ausrichten - Pflegende Angehörige unterstützen
	Regelstrukturen des Gesundheits- und Sozialwesens	<ul style="list-style-type: none"> - Dienstleistungen an gesellschaftliche Diversität anpassen - Bedarfsgerechte spezifische Angebote der Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention für die Migrationsbevölkerung schaffen - Voraussetzungen für adäquate Behandlungsqualität von Personen mit Migrationshintergrund schaffen - Koordination und Interdisziplinarität verstärken - Zielgruppenerreichung von Gesundheitsförderung und Prävention verbessern - Strategien und Konzepte für Umgang mit Diversität bzw. mit vulnerablen Personen mit Migrationshintergrund verankern und umsetzen

Politikbereiche	Zielgruppen	Potenzielle Ziele von Interventionen
		<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitspersonal für Umgang mit Diversität qualifizieren - Zusammensetzung des Gesundheitspersonal diversifizieren - Rahmenbedingungen für patientenorientierte adäquate Behandlung schaffen - ikD einsetzen - Diskriminierungsschutz sicherstellen - Migrationsbevölkerung in die Organisation der Gesundheitsversorgung (auch Gesundheitsförderung und Prävention) einbeziehen - Angehörige in Versorgung/Pflege einbeziehen
	Akteure der spezifischen Integrationsförderung	Gesundheitsfragen im Rahmen von Integrationsförderungsangeboten (Information, Beratung, Bildung) thematisieren
	Forschung/Statistik	Wissensgrundlagen und Gesundheitsdaten für Politik und Einrichtungen des Gesundheitswesens aufbereiten und zur Verfügung stellen
	Diverse	Vernetzung und Austausch von Fachpersonen zu Diversität und Chancengleichheit im Gesundheitswesen fördern

5.2 Stossrichtungen der Gesundheitspolitik

Dem BAG als für die Gesundheitspolitik zuständige Bundesbehörde stehen prinzipiell verschiedene Mechanismen zur Verfügung, um die Bedeutung des Migrationshintergrunds als Ursache fehlender gesundheitlicher Chancengleichheit zu minimieren.

Verbesserung der Voraussetzungen für gesundheitliche Chancengleichheit von Personen mit Migrationshintergrund

Dieser Mechanismus zielt darauf ab, die spezifischen gesundheitsbelastenden Stressoren von Personen mit Migrationshintergrund zu reduzieren und die spezifischen gesundheitsförderlichen Ressourcen zu stärken. Eine Verbesserung der sozioökonomischen Stellung und der Lebensbedingungen liegt ausserhalb des unmittelbaren Einflussbereichs der Gesundheitspolitik. Diese kann jedoch die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken und über Verhaltens- und Verhältnisprävention die Voraussetzungen für Chancengleichheit verbessern.

Verbesserung der Voraussetzungen zur Gewährleistung von gesundheitlicher Chancengleichheit bei Einrichtungen und Fachpersonen des Gesundheitswesens

Dieser Mechanismus setzt bei den Einrichtungen und Fachpersonen des Gesundheitswesens an. Diese sollten dazu bewegt werden, ihre Angebote und Arbeitsweise so anzupassen, dass sie adäquat mit gesellschaftlicher Diversität und Vulnerabilität und den damit verbundenen spezifischen Bedürfnissen ihrer Klientele umgehen können. Ziel ist, dass alle Personen, welche Angebote des Gesundheitswesens nutzen, dieselbe Qualität und Patientenorientierung erfahren. Konkret bedeutet dies u.a. Massnahmen auf der Ebene betrieblicher Strategien und Konzepte, die Qualifikation von Personal, professionelles iKD einzusetzen und gegebenenfalls bedarfsgerechte spezifische Angebote zu schaffen. Wie die Situationsanalyse in Kapitel 2 zeigt, sind aber auch die Rahmenbedingungen für patientenorientierte Arbeit zu verbessern.

Förderung einer multisektoralen Gesundheitspolitik

Eine multisektorale Gesundheitspolitik zielt darauf ab, strukturelle Gesundheitsdeterminanten (sozioökonomischer Status, Bildung, Wohnsituation etc.) positiv zu beeinflussen. Sie beinhaltet im Kern das Anliegen, dass die strukturellen Rahmenbedingungen in Wirtschaft, Gesellschaft sowie natürlicher und gebauter Umwelt die Gesundheit und das Wohlbefinden aller Bevölkerungsgruppen fördern bzw. diese nicht beeinträchtigen. Dies bedingt, dass die Verantwortlichen in den verschiedenen Politiksektoren und Institutionen sich den Auswirkungen getroffener Entscheide und Massnahmen auf Gesundheit und Wohlbefinden bewusst sind, die Bedeutung von gesunden Menschen für ihre eigenen Politiksektoren kennen und so Gesundheit und Wohlbefinden als Kriterium in ihren politischen Planungen und Entscheiden berücksichtigen (BAG 2005: 10). Eine multisektorale Gesundheitspolitik setzt Austauschbeziehungen zwischen verschiedenen Politikfeldern voraus.

Gezieltes Gesundheits-Mainstreaming des Asylwesens, der spezifischen Integrationsförderung und der Sozialpolitik

Personen mit Migrationshintergrund können aus verschiedenen spezifischen Gründen in ihrer gesundheitlichen Chancengleichheit beeinträchtigt sein, die auf den Faktor „Migration“ zurückgehen (vgl. Abschnitt 2.2.1):

- Schwierigkeiten bei der strukturellen, wirtschaftlichen und sozialen Integration
- fehlende bzw. schlechtere Sprachkenntnisse
- unterschiedliche kulturelle Hintergründe, Lebensgewohnheiten, Gesundheitskonzepte etc.
- migrationsbezogene Gesundheitsprobleme (mangelhafte Gesundheitsversorgung im Herkunftsland; herkunftsspezifische Gesundheitsprobleme; Gesundheitsprobleme in Zusammenhang mit der Migration; Traumata, Gewalterfahrung etc.)

- fehlende Partizipationsrechte, fehlender Zugang zu Leistungen aus rechtlichen Gründen
- Ungleichbehandlung aufgrund von Stereotypisierungen und Diskriminierungen

Ein grosser Teil dieser Beeinträchtigungen sind Gegenstand von Handlungsfeldern ausserhalb der Gesundheitspolitik, namentlich der Sozialpolitik, der spezifischen Integrationsförderung oder des Asylwesens. Letztere richten sich direkt und spezifisch an die Zielgruppe der Migrationsbevölkerung. Somit gilt es, die bestehenden Strukturen und Aktivitäten zugunsten der Migrationsbevölkerung zu nutzen und – im Sinne des Ansatzes der multisektoralen Gesundheitspolitik – spezifisch mit gesundheitsbezogenen Inhalten zu ergänzen. Die Akteure in diesen Handlungsfeldern sollen der Bedeutung gesundheitlicher Aspekte möglichst Rechnung tragen.

5.3 Akteure und Adressaten gesundheitspolitischer Massnahmen

Das BAG kann im Rahmen seiner Zuständigkeiten und Kompetenzen direkt tätig werden, um die gesundheitliche Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung zu fördern. Konkrete Handlungsmöglichkeiten eröffnen sich ihm insbesondere im Bereich der diversen nationalen Präventionsprogramme, im Bereich der Regelung von Qualifikationsvoraussetzungen von Gesundheitsfachpersonen oder in der gesundheitsbezogenen Forschung.

Darüber hinaus sind die direkten Handlungsmöglichkeiten des BAG aufgrund der fragmentierten Zuständigkeiten im Gesundheitswesen (vgl. Rüefli et al. 2015) jedoch beschränkt (vgl. Abschnitt 3.2.2). Für die Umsetzung konkreter Massnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung ist das BAG deshalb auf die Unterstützung und Initiative zahlreicher verschiedener Akteure angewiesen:

- Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung
- Ausbildungsinstitutionen für Gesundheitsfachpersonen
- Staatliche und private Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention auf nationaler, kantonaler, regionaler oder lokaler Ebene
- Staatliche und private Akteure der Integrationsförderung auf nationaler, kantonaler, regionaler oder lokaler Ebene
- Nationale und regionale Organisationen der Migrationsbevölkerung
- Betreuungsstrukturen im Asylwesen (Staatssekretariat für Migration, kantonale Asylkoordinatorinnen und -koordinatoren)

Diese Akteure kann das BAG entweder direkt ansprechen, oder indirekt, d.h. über andere Bundesstellen (z.B. das SEM) oder über die Verbände (national, kantonale, fachliche) oder interkantonalen Gremien, in denen viele dieser Akteure organisiert sind.

Im Laufe der Umsetzung der Strategie bzw. des Programms Migration und Gesundheit hat das BAG seit 2002 zahlreiche Projekte angeregt und umgesetzt und dabei mit vielen verschiedenen staatlichen oder privaten Partnern zusammengearbeitet. Dabei hat sich jedoch

gezeigt, dass die Bereitschaft, im Sinne des Programms aktiv zu werden, nicht in allen Handlungsfeldern bzw. Akteuren des Gesundheitswesens gleich ausgeprägt ist. Eine besondere Schwierigkeit ist es, die Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung anzusprechen und zu Veränderungen zu motivieren. Wie Tabelle 5-1 zeigt, besteht gerade in diesem Bereich relativ grosses Potenzial. Zahlreiche der international empfohlenen Massnahmen betreffen die Ebene der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und fallen in deren Handlungskompetenz (vgl. Tabelle 3-1).

5.4 Mögliche Rollen für das Bundesamt für Gesundheit

Die Frage, *wie* das BAG konkret intervenieren kann bzw. soll, kann hier nicht abschliessend diskutiert werden. Anhand der Ergebnisse der Stakeholderbefragung 2011 (Huegli/Rüefli 2011: 46ff.) zum Thema M+G und mit Blick auf Bundesprogramme in anderen Themenfeldern mit vergleichbaren strukturellen Voraussetzungen (z.B. Bundesprogramm Bekämpfung Zwangsheiraten⁶¹; Rüefli/Féraud 2014) lassen sich jedoch mögliche Rollen aufzeigen, die sich gegenseitig ergänzen können.

Visibilität des Themas sicherstellen – Agenda-Setting

Die Kontextanalyse 2012 (Rüefli/Huegli 2012) zeigte, dass das BAG mit seinem Engagement für das Programm M+G für zahlreiche Stakeholder eine wichtige Vorbild- bzw. „Leuchtturmfunktion“ mit hoher symbolischer Bedeutung einnimmt. Es verleiht dem Thema dadurch Visibilität und kann als Themenführer auf nationaler Ebene bezeichnet werden. Das Programm M+G hat in der Vergangenheit dazu beigetragen, dass sich diverse Akteure im Gesundheits- und im Integrationsbereich das Thema „gesundheitliche Chancengleichheit für Personen mit Migrationshintergrund“ befassten. Damit konnte in Behörden- und Fachkreisen eine gewisse Grundsensibilisierung erreicht werden, was eine wichtige Grundvoraussetzung für erfolgreiches Mainstreaming von Migrations- bzw. Gesundheitsthemen in den jeweils anderen Themenfeldern darstellt. Das BAG hat somit bereits heute eine Agenda-Setting-Rolle, die angesichts des weiterhin bestehenden Handlungsbedarfs nach wie vor Sinn macht.

Wissen erarbeiten und verbreiten

Die Stakeholderbefragung 2011 (Huegli/Rüefli 2011: 44) zeigte, dass eine wesentliche Wirkung der Strategie M+G in der Erarbeitung von Wissensgrundlagen über die gesundheitliche Situation der Migrationsbevölkerung besteht. Die Erarbeitung und Bereitstellung von praxisrelevanten Daten- und Wissensgrundlagen wurde von vielen Stakeholdern als wichtig und wertvoll bezeichnet. Über das Gefäss der Ressortforschung verfügt der Bund in die-

⁶¹ www.gegen-zwangsheirat.ch

sem Bereich über bessere Möglichkeiten – auch finanziell – als andere Akteure des Gesundheitswesens. Einen künftigen Schwerpunkt könnte dabei die Erforschung von erfolgreichen Handlungsansätzen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit für Personen mit Migrationshintergrund bilden.

Mainstreaming-Ansatz in Regelstrukturen

Die Bedeutung des Mainstreamings für Gesundheitsthemen im Bereich der spezifischen Integrationsförderung bzw. für migrationsspezifische Aspekte in den Regelstrukturen und -aktivitäten des Gesundheitswesens wurde bereits mehrfach erwähnt. Das BAG kann sich dafür einsetzen, dass die Frage der gesundheitlichen Chancengleichheit für die Migrationsbevölkerung in Programme, Prozesse und Projekte einfließt, die ähnliche inhaltliche Stossrichtungen verfolgen und/oder sich an dieselben Adressaten richten wie das Programm M+G. Mögliche Gefässe seitens des Bundes, der Kantone und von NGOs sind in Kapitel 4 erwähnt. Voraussetzung für ein erfolgreiches Mainstreaming sind eine intensive Vernetzung mit den verschiedenen relevanten Stellen und Akteure sowie eine hohe Präsenz und Überzeugungskraft der mit dieser Aufgabe betrauten Personen. Mainstreaming kann durch ein hohes strategisches Commitment der BAG-Führung erleichtert und unterstützt werden. Ein Engagement des BAG zugunsten der gesundheitlichen Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung kann sich auf verschiedene strategische Legimitationsgrundlagen abstützen:

- Die bundesrätliche Strategie Gesundheit2020 (EDI 2013) enthält die Chancengleichheit als eines von vier Handlungsfeldern. Das Programm M+G und der Abbau gesundheitlicher Chancenungleichheiten bilden Teilprojekte in diesem Handlungsfeld.⁶²
- Die Qualitätsstrategie des Bundes im schweizerischen Gesundheitswesen bezeichnet den chancengleiche Zugang für alle zu Leistungen der Gesundheitsversorgung explizit als eine Zieldimension der Qualität, an der die Qualität der Gesundheitsversorgung auch gemessen werden soll (BAG 2009: 48).
- Die Gesundheit ist ein gesetzlich verankertes Themenfeld der schweizerischen Integrationspolitik. Sie bildet einerseits einen möglichen Förderbereich für Finanzhilfen zur Sicherstellung des chancengleichen Zugangs zu Regelstrukturen (Art. 53 Abs. 3 AuG⁶³ und Art. 13 Abs. 1 BSt. c VIntA⁶⁴), andererseits wird sie im Auftrag

⁶² <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/14638/14668/index.html?lang=de>

⁶³ Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer (Ausländergesetz; SR 142.20) vom 16. Dezember 2005

⁶⁴ Verordnung über die Integration von Ausländerinnen und Ausländern (VIntA; SR 142.205) vom 24. Oktober 2007

an das SEM zur Koordination der Massnahmen von Bundesstellen (Art. 57 Abs. 1 AuG) explizit erwähnt.

Gestaltung der Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems

Das BAG kann im Rahmen von Gesetzgebungsarbeiten auf die Gestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems auf nationaler Ebene Einfluss nehmen. Prinzipiell besteht so die Möglichkeit, über die Anpassung von für Leistungserbringer relevanten Parametern (z.B. Tarifierung, Qualitätssicherung), der Finanzierungsmechanismen oder des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenversicherung oder über die Definition von Ausbildungszielen von Gesundheitsfachpersonen Anreize zu setzen oder Massnahmen zu fördern, die zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Personen mit Migrationshintergrund beitragen. Welche konkreten Änderungen zielführend sein könnten, müsste zunächst näher geprüft werden. Die Schwierigkeiten, eine gesetzliche Grundlage für die Finanzierung von iKD zu schaffen, deuten zudem darauf hin, dass das Potenzial dieser Rolle des BAG als eher gering einzustufen ist.

Projektunterstützung

Seit 2002 wurden bzw. werden im Rahmen des Programms M+G diverse Projekte vom BAG finanziell unterstützt. Angesichts der oft knappen Ressourcen von Verbänden und Organisationen, die aufgrund der bestehenden Zuständigkeiten und ihrer Nähe zur Migrationsbevölkerung prädestiniert sind, um konkrete Massnahmen zur Förderung deren gesundheitlichen Chancengleichheit umzusetzen, kommt diesem Ansatz auch eine entsprechend grosse Bedeutung zu. Begrenzte Finanzmittel seitens des BAG und beschränktes Interesse von Akteuren, in deren Bereich Handlungsbedarf bestehen würde, beschränken jedoch das Potenzial dieses Ansatzes. Allerdings bestehen zahlreiche andere Fördergefässe des Bundes, die teilweise bereits zur Umsetzung von Projekten im Bereich M+G genutzt werden oder potenziell dazu genutzt werden könnten (z.B. TAK-Dialog „Aufwachsen“; Leistungsverträge des Bundes mit Hilfswerken und NGOs; Programme und Projekte von nationaler Bedeutung im Bereich der Integrationsförderung (SEM)). Teil der Mainstreaming-Aktivitäten des BAG könnte es sein, derartige geeignete Projektfördergefässe zu identifizieren und darauf hinzuwirken, dass die zuständigen Bundesstellen entweder Projekte zur der Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung ausschreiben, oder dass potenzielle Projektträgerschaften bei den zuständigen Stellen die Unterstützung solcher Projekte beantragen.

Vernetzung und Austausch unter Fachkreisen und wichtigen Akteuren

Die Kontextanalyse zeigt, dass in der Schweiz zahlreiche Prozesse und Aktivitäten sich mit der Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung befassen, dass diese jedoch weitgehend unabhängig voneinander konzipiert und umgesetzt wer-

den. Wie die Erfahrungen aus anderen Programmen und Bereichen (z.B. Bekämpfung von Zwangsheiraten (Rüefli/Féraud 2014), Nationales Programm Jugend & Gewalt (Féraud/Huegli 2015)) zeigen, kommt in solchen Konstellationen der Vernetzung und dem Erfahrungsaustausch unter den beteiligten Akteuren grosse Bedeutung zu. Diese können so u.a. voneinander lernen, wie mit gemeinsamen strukturellen Herausforderungen wie z.B. Problem, die Migrationsbevölkerung gezielt anzusprechen, umgegangen werden kann. Vernetzung und Austausch ermöglichen es, das Wissen, die Kompetenzen und die Bedürfnisse unterschiedlicher Akteure zusammenzubringen und so Synergiepotenzial zu nutzen und gegebenenfalls auch neue Aktivitäten auszulösen. Somit könnte das BAG regelmässige Vernetzungstreffen von Fachkreisen und wichtigen Akteuren veranstalten und so eine Plattform zur Verfügung stellen, um die Aktivitäten diverser anderer Stellen und Organisationen durch Wissenstransfer, Informations- und Erfahrungsaustausch zu unterstützen und allenfalls zu koordinieren.

Dokumente und Literatur

- Achtermann, Wally und Berset, Christel (2006). Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Band 1: Analyse und Perspektiven. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Berner, Delia und Rüfli, Christian (2014). Kurzanalyse. Gesundheitsbezogene Aktivitäten der Kantone in der Integrationsförderung. Bern: Büro Vatter.
- Björngren Cuadra, Carin und Cattacin, Sandro (Hrsg.; 2007). Migration and Health: Difference sensitivity from an organisational perspective. Malmö University (IMER/MIM).
- Bihr, Sibylle und Kaya, Bülent (2014). Verletzte Personen in der Gesundheitsversorgung. Erfahrungen aus Sicht von Personen mit Migrationshintergrund. Wabern-Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Borchard, Annegret und Spycher, Stefan (2014). „Die Umsetzung der Strategie Gesundheit2020“, in Soziale Sicherheit CHSS 3/2014; 162-165.
- Bundesamt für Gesundheit (2005). Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit (2009). Qualitätsstrategie des Bundes im schweizerischen Gesundheitswesen. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG; 2012). Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz, 2010. Bern: BAG
- Bundesamt für Gesundheit (BAG; 2013). Nationales Programm Migration und Gesundheit. Bilanz 2008-13 und Schwerpunkte 2014-17. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit (2015a). Faktenblatt „Nationales Programm Migration und Gesundheit“. (Version vom 27.8.2015)
<http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/14638/14668/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (2015b). Faktenblatt „Erarbeitung von strategischen Grundlagen für den Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten“. (Version vom 27.8.2015)
<http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/14638/14668/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (2015c). Faktenblatt „Umsetzung der Qualitätsstrategie“. (Version vom 27.8.2015)
<http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/14638/14668/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (2015d). Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie).

- Bundesamt für Migration (BFM; 2010). Umsetzung Massnahmenpaket Integration 2010. Berichterstattung der Interdepartementalen Arbeitsgruppe Migration IAM an den Bundesrat (Dezember 2010). Bern: BFM.
- Bundesamt für Migration (BFM) und Konferenz der Kantonsregierungen (KdK; 2011). Spezifische Integrationsförderung als Verbundaufgabe Bund – Kantone. Grundlagenpapier vom 23. November 2011 im Hinblick auf den Abschluss von Programmvereinbarungen nach Art. 20a SuG.
- Bundesamt für Statistik (BFS; 2014). Methodenbericht zum Indikatorensystem der Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Konzepte, Methoden, Auswahlverfahren und Quellen. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS; 2015a). „Ein Drittel der Bevölkerung hat einen Migrationshintergrund“. Medienmitteilung vom 22. Januar 2015.
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/medienmitteilungen.html?pressID=9936>
- Bundesamt für Statistik (BFS; 2015b). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015–2045. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS; 2015c). „Spitalpersonal 2013“. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/dos/04.html>
- Bundesrat (2014a). Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige. Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz. Bericht des Bundesrates.
- Bundesrat (2014b). Botschaft vom 3. September 2014 zur Änderung des Asylgesetzes (Neustrukturierung des Asylbereiches). BBl 2014 7991
- Bundesrat (2015a). Gesundheit von Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulates Maury Pasquier (12.3966).
- Bundesrat (2015b). Sexuelle Verstümmelungen an Frauen. Sensibilisierungs- und Präventionsmassnahmen. Bericht des Bundesrats in Erfüllung der Motion Bernasconi (05.3235).
- Bundesrat (2015c). Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz Bericht in Erfüllung der Postulate 12.3100 Kessler, 12.3124 Gilli und 12.3207 Steiert.
- Bundesrat (2015d). Nationale Strategie Sucht 2017–2024.
- de Bruijne, Martine C. (2013). „Ethnic variations in unplanned readmissions and excess length of hospital stay: a nationwide record-linked cohort study“, in European Journal of Public Health, Vol. 23, No. 6; 964–971; doi:10.1093/eurpub/ckt005
<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2013/02/05/eurpub.ckt005>
- De Rocchi, Ariane und Oetterli, Manuela (2014). Kantonale Bedarfsanalysen migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Synthesebericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit. Luzern: Interface.

- Deville, Walter et al. (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* 2011, 11:699; <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/699>
- Eidgenössisches Departement des Innern (EDI; 2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates („Gesundheit2020“). Bern: EDI.
- Féraud, Marius und Huegli, Eveline (2015). Schlussevaluation Gesamtschweizerisches Präventionsprogramm Jugend und Gewalt. Beiträge zur sozialen Sicherheit. Forschungsbericht 7/15. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Gehrig, Matthias et al. (2012). Einsatz und Wirkung von interkulturellem Übersetzen in Spitälern und Kliniken. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS).
- Gehring, Katrin und Schwappach, David (2012). Ergebnisbericht. Patientensicherheit in der Apotheke: Herausforderungen einer guten und sicheren Arzneimittelberatung von Kunden mit Migrationshintergrund. Stiftung für Patientensicherheit/pharmaSuisse.
- Giesecke, Johannes und Müters, Stephan (2009). „Strukturelle und verhaltensbezogene Faktoren gesundheitlicher Ungleichheit: Methodische Überlegungen zur Ermittlung der Erklärungsanteile“, in Richter, Matthias und Hurrelmann, Klaus (2009; Hrsg.). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 353-366.
- Guggisberg, Jürg et al. (2011). Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht. Bern: Arbeitsgemeinschaft BASS, ZHAW, ISPM, M.I.S. TREND.
- Guggisberg, Jürg et al. (2014). Evaluation betreffend Integration und Integrationsangebote für Flüchtlinge und vorläufig aufgenommene Personen (VA/FL) im Kanton Bern. Studie im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF). Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS).
- Hermann, Martina (2013). Migrationsgerechte Angebote im Bereich reproduktive Gesundheit und frühe Kindheit in der Schweiz. Eine Bestandsaufnahme von Projekten, Massnahmen und Arbeitsmethoden. Bern: BAG.
- Huber, Manfred et al. (2008). *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services*. Brüssel: European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- Huegli, Eveline und Rüefli, Christian (2011). Kontextanalyse Strategie Migration und Gesundheit 2007-2013. Ergebnisse der Stakeholderbefragung 2011. Bern: Büro Vatter.
- Kickbusch, Ilona und Engelhardt, Katrin (2009). „Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten“, in Meyer, Katharina (Hrsg.). *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Verlag Hans Huber.

- Kohn, Johanna et al. (2013). Pflegearrangements und Einstellung zur Spitex bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Eine Studie im Auftrag des Nationalen Forums Alter und Migration. Basel/Bern: FHNW/SRK.
- Kunst, Anton E. (2009). „Herausforderungen bei der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit in Europa“, in Richter, Matthias und Hurrelmann, Klaus (2009; Hrsg.). Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 367-383.
- Merçay, Clémence (2015). Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2015 du Commonwealth Fund sur mandat de l'OFSP. Neuchâtel: Obsan.
- Oetterli, Manuela; Niederhauser, Andrea und Pluess, Simon (2013). Ist-Analyse von psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsangeboten für traumatisierte Personen im Asyl- und Flüchtlingsbereich. Kurzbericht zuhanden des Bundesamts für Migration BFM. Luzern/Genf: Interface Politikstudien/évaluanda.
- Pfluger, Thomas; Biedermann, Andreas und Salis Gross, Corinna (2008). Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz: Grundlagen und Empfehlungen. Herzogenbuchsee: Public Health Services.
- Pluess, Simon und Zellweger, Eric (ohne Datum). Diversitätsmanagement im Spital. Aktionsprogramme „Migrant-Friendly Hospitals“. Genf: évaluanda.
- Rechel, Bernd et al. (2013). „Migration and health in an increasingly diverse Europe“, in The Lancet, Vol. 381, April 6, 2013; 1235-1242.
- Richter, Matthias und Hurrelmann, Klaus (2009). „Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen“, in dies. (Hrsg.). Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 13-33.
- Rüefli, Christian (2014). Institutionalisierte Partizipation der Bevölkerung an gesundheitspolitischen Prozessen. Bern: Büro Vatter.
- Rüefli, Christian und Féraud, Marius (2014). Bundesprogramm Bekämpfung Zwangsheiraten: Evaluation von Phase I. Bern: Büro Vatter (unveröffentlicht).
- Rüefli, Christian und Huegli, Eveline (2011). Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers. Bericht zur Beantwortung des Postulats Heim (09.3484). Bern: Büro Vatter.
- Rüefli, Christian und Huegli, Eveline (2012). Kontextanalyse Strategie Migration und Gesundheit 2007-2013. Kontextanalyse – Synthesebericht. Bern: Büro Vatter.
- Rüefli, Christian; Duetz Margreet; Jordi, Michael und Spycher, Stephan (2015). „Gesundheitspolitik“, in Oggier, Willy (Hrsg.). Gesundheitswesen Schweiz 2015-2017. Eine aktuelle Übersicht. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe; 117-136.

- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan; Hrsg.; 2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag.
- Seeleman, Conny et al. (2015). „How should health service organizations respond to diversity? A content analysis of six approaches”, in BMC Health Systems Research 2015 15:510; doi:10.1186/s12913-015-1159-7. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/15/510>
- Sommerhalder, Kathrin und Abel, Thomas (2015). „Wie gesundheitskompetent ist die Schweizer Bevölkerung?“, in Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW; Hrsg). Gesundheitskompetenz in der Schweiz – Stand und Perspektiven. Bern: SAMW.
- Sottas, Beat; Brügger, Sarah und Jaquier, Adrienne (2014). Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung? Eine explorative Studie auf Grund von Expertengesprächen. Bourguillon: sottas formative works.
- Spycher, Stefan (2014). „Gesundheit2020: Gut unterwegs“, in Soziale Sicherheit CHSS 3/2014; 166-169.
- Stamm, Hanspeter und Lamprecht, Markus (2013). Situationsanalyse der kantonalen Gesundheitsberichterstattung mit Fokus Migranten/-innen und sozial benachteiligte Gruppen. Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.
- Stamm, Hanspeter et al. (2013). Konzept für ein „Monitoring der Verteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen in der Schweiz“. Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.
- Suurmond, Jeanine et al. (2011). Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. BMC Health Services Research 2011, 11:10. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/10>
- Tripartite Agglomerationskonferenz (TAK; 2014). TAK-Integrationsdialog „Aufwachsen – gesund ins Leben starten“. Empfehlungen an die Dialogpartner. Bern: TAK.
- van Rosse, Floor et al. (2012). Design of a prospective cohort study to assess ethnic inequalities in patient safety in hospital care using mixed methods, BMC Health Services Research 2012, 12:450. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/450>
- van Rosse, Floor et al. (2014). Ethnic minority patients not at increased risk of adverse events during hospitalisation in urban hospitals in the Netherlands: results of a prospective observational study, BMJ Open 2014;4: e005527. doi:10.1136/bmjopen-2014-005527 <http://bmjopen.bmj.com/content/4/12/e005527.full>
- Wichmann, Nicole (2013). „Diskriminierungsschutz als Teil der Integrationspolitik: Ein Paradigmenwechsel?“, in Die Volkswirtschaft 7/8-2013; 64-66.

Anhang 1: In der Stakeholderbefragung angesprochene Problembereiche

Gesundheitskompetenz

Gemäss Expertenmeinungen zeigen sich folgende Problembereiche hinsichtlich der Gesundheitskompetenz von sozial vulnerablen Migrantinnen und Migranten. Welche Bedeutung messen Sie diesen unten aufgelisteten Problembereichen zu?

- 1) Fehlendes Wissen oder unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit
- 2) Fehlendes oder anderes Verständnis für Untersuchungen, Pflege- und Betreuungsmassnahmen oder Vorsorgemassnahmen
- 3) Fehlendes Wissen über das Gesundheitswesen und dessen Leistungsangebote
- 4) Fehlendes Wissen über Rechte und Ansprüche von Patientinnen und Patienten
- 5) Geringes Bewusstsein für gesundheitsförderndes Verhalten

Informationsmaterial und -angebote

Gemäss Expertenmeinungen zeigen sich folgende Problembereiche in Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Informationen für die Migrationsbevölkerung. Welche Bedeutung messen Sie diesen unten aufgelisteten Problembereichen zu?

- 6) Es ist zu wenig oder ungeeignetes fremdsprachiges Informationsmaterial zu Gesundheits- und Krankheitsthemen und zum Gesundheits- und Sozialwesen verfügbar.
- 7) Das vorhandene fremdsprachige Informationsmaterial zu Gesundheits- und Krankheitsthemen und zum Gesundheits- und Sozialwesen ist in der Migrationsbevölkerung zu wenig bekannt.
- 8) Das vorhandene fremdsprachige Informationsmaterial zu Gesundheits- und Krankheitsthemen und zum Gesundheits- und Sozialwesen ist beim Gesundheitspersonal zu wenig bekannt.
- 9) Bestehende Beratungs- und Unterstützungsangebote zu Gesundheitsthemen (Patientenstellen, Beratungsstellen, Gesundheitsligen, Selbsthilfegruppen etc.) sind in der Migrationsbevölkerung zu wenig bekannt.

Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens

Gemäss Expertenmeinungen bestehen für sozial vulnerable Migrantinnen und Migranten verschiedene Probleme im Zugang zu Leistungen des Gesundheitswe-

sens. Welche Bedeutung messen Sie diesen unten aufgelisteten Problembereichen zu?

Mit „Gesundheitswesen“ meinen wir die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung, Vorsorge- und Präventionsmassnahmen sowie Beratungsangebote zu Gesundheitsfragen.

- 10) Sozial vulnerable Migrantinnen und Migranten verzichten aus finanziellen Gründen auf Leistungen des Gesundheitswesens.
- 11) Sozial vulnerable Migrantinnen und Migranten verzichten aus sprachlichen Gründen auf Leistungen des Gesundheitswesens.
- 12) Sozial vulnerable Migrantinnen und Migranten haben aus rechtlichen Gründen eingeschränkten Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens (z.B. Aufenthaltsstatus als Zugangshürde, Leistungen müssen von Sozialdienst bewilligt werden etc.).
- 13) Sozial vulnerable Migrantinnen und Migranten verzichten mangels Vertrauen zum Gesundheitspersonal (Ärztin/Arzt; Pflegefachperson, Beratungsdienst etc.) auf Leistungen des Gesundheitswesens.
- 14) Beratungs- und Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens haben ungünstige Öffnungs- bzw. Präsenzzeiten.
- 15) Migrantinnen und Migranten werden mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen schlecht erreicht.

Interaktion zwischen Patientinnen/Patienten und Gesundheitsfachpersonen

Gemäss Expertenmeinungen können sich bei der Behandlung, Pflege, Betreuung oder Beratung von Migrantinnen und Migranten in Einrichtungen des Gesundheitswesens verschiedene Probleme zeigen. Welche Bedeutung messen Sie diesen unten aufgelisteten Problembereichen zu?

Mit „Gesundheitswesen“ meinen wir die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung, Vorsorge- und Präventionsmassnahmen sowie Beratungsangebote zu Gesundheitsfragen.

- 16) Verständigungsprobleme zwischen PatientInnen/KlientInnen und Personal in Einrichtungen des Gesundheitswesens
- 17) Verfügbare professionelle interkulturelle Dolmetschdienste werden nicht in Anspruch genommen.
- 18) Unzufriedenheit mit Übersetzungen durch Angehörige oder fremdsprachiges Personal
- 19) Aufgeklärte Einwilligung (informed consent) ist nicht sichergestellt, d.h. die Patientinnen/Patienten verstehen Formulare und Einverständniserklärungen, die sie zu unterzeichnen haben, nicht.

- 20) Compliance/Therapietreue ist nicht gewährleistet.
- 21) Die Sicherstellung einer adäquaten Behandlungs- und Betreuungsqualität ist erschwert.
- 22) Bei den Patientinnen/Patienten vorhandene Ressourcen werden nicht oder zu wenig erkannt und genutzt.
- 23) Die Patientensicherheit ist weniger gut gewährleistet, es kommt öfters zu „unerwünschten Ereignissen“.
- 24) Migrantinnen und Migranten werden durch Gesundheitspersonal diskriminiert.
- 25) Der Aufwand für Betreuung, Behandlung, Pflege oder Beratung ist höher als bei anderen Patientinnen/Patienten.
- 26) Patientenorientierung: Für Gesundheitspersonal ist es schwierig eine empathische Beziehung zu den einzelnen Patientinnen und Patienten aufzubauen und auf ihre individuelle Situation und Bedürfnisse einzugehen.

Kompetenz im Umgang mit Diversität

Gemäss Expertenmeinungen zeigen sich bei Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens Probleme im Umgang mit Diversität in ihrer Klientel. Welche Bedeutung messen Sie diesen unten aufgelisteten Problembereichen zu?

Mit „Gesundheitsfachpersonen“ meinen wir Ärztinnen/Ärzte, Pflegende, Apothekerinnen/Apotheker, Beraterinnen/Berater etc.

Mit „Gesundheitswesen“ meinen wir die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung, Vorsorge- und Präventionsmassnahmen sowie Beratungsangebote zu Gesundheitsfragen.

- 27) Gesundheitsfachpersonen sind sich der Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten zu wenig bewusst.
- 28) Gesundheitsfachpersonen sind zu wenig kompetent, um adäquat auf die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten eingehen zu können.
- 29) Einrichtungen des Gesundheitswesens fehlt es an geeigneten strategischen Konzepten, um einen kompetenten Umgang mit Klientinnen und Klienten unterschiedlicher Herkunft zu gewährleisten.
- 30) Kompetenzen im Umgang mit Diversität werden in der Grundausbildung von Gesundheitsfachpersonen zu wenig vermittelt.
- 31) Es sind zu wenig Weiterbildungsangebote und -materialien für Gesundheitsfachpersonen zu Kompetenzen im Umgang mit Diversität verfügbar.

Koordinierte Versorgung

Gemäss Expertenmeinungen zeigen sich verschiedene Probleme bei der koordinierten Versorgung von Migrantinnen und Migranten durch Einrichtungen des Gesundheitswesens und Sozialdiensten. Welche Bedeutung messen Sie diesen unten aufgelisteten Problembereichen zu?

Mit „Gesundheitswesen“ meinen wir die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung, Vorsorge- und Präventionsmassnahmen sowie Beratungsangebote zu Gesundheitsfragen.

- 32) Fehlende Anschlusslösungen, schlecht koordinierte Übergänge zwischen Gliedern der Versorgungskette (z.B. Hausarzt-Spital, Spital-Rehabilitation, Spital-Spitex)
- 33) Fehlende Vernetzung in der Gesundheitsversorgung und Pflege auf lokaler Ebene (Arztpraxen, Spitex, Alters- und Pflegeheime, Beratungsstellen, Sozialdienste, Angehörige, Patientenorganisationen etc.) führt dazu, dass sich Patientinnen/Patienten mit ihren Fragen nicht an die geeigneten Stellen richten.
- 34) Ist Ihrer Ansicht nach die Koordination der Versorgung bei Patientinnen und Patienten aus der Migrationsbevölkerung schlechter als bei anderen Patientinnen und Patienten?

Einbezug von Angehörigen

Gemäss Expertenmeinungen zeigen sich verschiedene Probleme beim Einbezug von Angehörigen in die Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten. Welche Bedeutung messen Sie diesen unten aufgelisteten Problembereichen zu?

- 35) Der Einbezug von Angehörigen bzw. des sozialen Umfelds in die Betreuung, Behandlung oder Pflege von Migrantinnen und Migranten ist schwierig.
- 36) Das Potenzial der Betreuung oder Pflege durch Angehörige von Patientinnen/Patienten wird bei Migrantinnen und Migranten zu wenig ausgeschöpft.

Antwortskala:

Jeweils 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5; keine Antwort möglich

0 = kein Problem; 5 = sehr grosses Problem

Anhang 2: Bedeutung der Problembereiche gemäss Stakeholder

Die nachfolgende Tabelle enthält den Durchschnittswert für die Bedeutung der einzelnen Problembereiche gemäss Stakeholderbefragung.

Problembereich	Bedeutung
Verständigungsprobleme zwischen PatientInnen/KlientInnen und Personal in Einrichtungen des Gesundheitswesens	3.982
Aufgeklärte Einwilligung (informed consent) ist nicht sichergestellt, d.h. die Patientinnen/Patienten verstehen Formulare und Einverständniserklärungen, die sie zu unterzeichnen haben, nicht.	3.887
Fehlendes Wissen über das Gesundheitswesen und dessen Leistungsangebote	3.760
Migrantinnen und Migranten werden mit Präventions- und Gesundheitsförderungsbemühungen schlecht erreicht.	3.760
Fehlendes Wissen über Rechte und Ansprüche von Patientinnen und Patienten	3.717
Das vorhandene fremdsprachige Informationsmaterial zu Gesundheits- und Krankheitsthemen und zum Gesundheits- und Sozialwesen ist in der Migrationsbevölkerung zu wenig bekannt.	3.674
Fehlendes oder anderes Verständnis für Untersuchungen, Pflege- und Betreuungsmassnahmen oder Vorsorgemassnahmen	3.560
Bestehende Beratungs- und Unterstützungsangebote zu Gesundheitsthemen (Patientenstellen, Beratungsstellen, Gesundheitsligen, Selbsthilfegruppen etc.) sind in der Migrationsbevölkerung zu wenig bekannt.	3.534
Fehlendes Wissen oder unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit	3.522
Bei den Patientinnen/Patienten vorhandene Ressourcen werden nicht oder zu wenig erkannt und genutzt.	3.449
Der Aufwand für Betreuung, Behandlung, Pflege oder Beratung ist höher als bei anderen Patientinnen/Patienten.	3.421
Geringes Bewusstsein für gesundheitsförderndes Verhalten	3.343
Sozial vulnerable Migrantinnen und Migranten verzichten aus finanziellen Gründen auf Leistungen des Gesundheitswesens.	3.337
Compliance/Therapietreue ist nicht gewährleistet.	3.331
Sozial vulnerable Migrantinnen und Migranten verzichten aus sprachlichen Gründen auf Leistungen des Gesundheitswesens.	3.329
Einrichtungen des Gesundheitswesens fehlt es an geeigneten strategischen Konzepten, um einen kompetenten Umgang mit Klientinnen und Klienten unterschiedlicher Herkunft zu gewährleisten.	3.314
Kompetenzen im Umgang mit Diversität werden in der Grundausbildung von Gesundheitsfachpersonen zu wenig vermittelt.	3.304
Fehlende Vernetzung in der Gesundheitsversorgung und Pflege auf lokaler Ebene (Arztpraxen, Spitex, Alters- und Pflegeheime, Beratungsstellen, Sozialdienste, Angehörige, Patientenorganisationen etc.) führt dazu, dass sich Patientinnen/Patienten mit ihren Fragen nicht an die geeigneten Stellen richten.	3.255
Das vorhandene fremdsprachige Informationsmaterial zu Gesundheits- und Krankheitsthemen und zum Gesundheits- und Sozialwesen ist beim Gesundheitspersonal zu wenig bekannt.	3.253
Die Sicherstellung einer adäquaten Behandlungs- und Betreuungsqualität ist erschwert.	3.203

Problembereich	Bedeutung
Gesundheitsfachpersonen sind sich der Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten zu wenig bewusst.	3.168
Fehlende Anschlusslösungen, schlecht koordinierte Übergänge zwischen Gliedern der Versorgungskette (z.B. Hausarzt-Spital, Spital-Rehabilitation, Spital-Spitex)	3.166
Verfügbare professionelle interkulturelle Dolmetschdienste werden nicht in Anspruch genommen.	3.150
Es sind zu wenig Weiterbildungsangebote und -materialien für Gesundheitsfachpersonen zu Kompetenzen im Umgang mit Diversität verfügbar.	3.095
Sozial vulnerable Migrantinnen und Migranten haben aus rechtlichen Gründen eingeschränkten Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens (z.B. Aufenthaltsstatus als Zugangshürde, Leistungen müssen von Sozialdienst bewilligt werden etc.).	3.054
Es ist zu wenig oder ungeeignetes fremdsprachiges Informationsmaterial zu Gesundheits- und Krankheitsthemen und zum Gesundheits- und Sozialwesen verfügbar.	3.023
Das Potenzial der Betreuung oder Pflege durch Angehörige von Patientinnen/Patienten wird bei Migrantinnen und Migranten zu wenig ausgeschöpft.	2.894
Der Einbezug von Angehörigen bzw. des sozialen Umfelds in die Betreuung, Behandlung oder Pflege von Migrantinnen und Migranten ist schwierig.	2.887
Unzufriedenheit mit Übersetzungen durch Angehörige oder fremdsprachiges Personal	2.863
Patientenorientierung: Für Gesundheitspersonal ist es schwierig eine empathische Beziehung zu den einzelnen Patientinnen und Patienten aufzubauen und auf ihre individuelle Situation und Bedürfnisse einzugehen.	2.809
Die Patientensicherheit ist weniger gut gewährleistet, es kommt öfters zu „unerwünschten Ereignissen“.	2.791
Gesundheitsfachpersonen sind zu wenig kompetent, um adäquat auf die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten eingehen zu können.	2.685
Sozial vulnerable Migrantinnen und Migranten verzichten mangels Vertrauen zum Gesundheitspersonal (Ärztin/Arzt; Pflegefachperson, Beratungsdienst etc.) auf Leistungen des Gesundheitswesens.	2.315
Migrantinnen und Migranten werden durch Gesundheitspersonal diskriminiert.	1.967
Beratungs- und Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens haben ungünstige Öffnungs- bzw. Präsenzzeiten.	1.600

Anhang 3: Teilstrategien des Programms Migration und Gesundheit (2014)

Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention

- | | |
|-----|--|
| 1.1 | Migrationsgerechte Ausgestaltung bestehender Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote auf nationaler Ebene |
| 1.2 | Förderung migrationsgerechter Gesundheitsförderung und Prävention auf kantonaler Ebene |
| 1.3 | Schliessen von bestehenden Informationslücken |
| 1.4 | Identifizierung und Nutzung relevanter Informationskanäle der Migrationsbevölkerung |
| 1.5 | Sensibilisierung, Prävention und Vernetzung im Bereich „Weibliche Genitalverstümmelung (FGM: Female Genital Mutilation)“ |

Handlungsfeld Bildung und Gesundheitsversorgung

- | | |
|-----|--|
| 2.1 | Integration der transkulturellen Kompetenz in Ausbildungsgänge |
| 2.2 | Bereitstellen von Lernmaterial |
| 2.3 | Migrationsgerechte Ausgestaltung der Versorgungsinstitutionen (Migrant Friendly Hospitals) |
| 2.4 | Förderung der Gesundheit älterer Migrantinnen und Migranten |
| 2.5 | Verbesserung der Gesundheitsversorgung spezifischer Zielgruppen (z.B. Asylsuchende und traumatisierte Flüchtlinge) |
| 2.6 | Förderung der reproduktiven Gesundheit der Migrationsbevölkerung |

Handlungsfeld Interkulturelles Dolmetschen

- | | |
|-----|--|
| 3.1 | Förderung Qualitätssicherung und –entwicklung: Konsolidierung und Weiterführen bestehender Massnahmen zur Qualitätssicherung |
| 3.2 | Förderung des Einsatzes des interkulturellen Übersetzens |
| 3.3 | Förderung der Nutzung des Nationalen Telefondolmetschdienstes für den Gesundheitsbereich |

Handlungsfeld Forschung und Wissensvermittlung

- | | |
|-----|---|
| 4.1 | Anpassung von Datenerhebungen und Gesundheitsberichten |
| 4.2 | Lancierung spezifischer Forschungsprojekte (Ressortforschung) |
| 4.3 | Kommunikation über das Programm Migration und Gesundheit |

Quelle: Verankerungstool Programm M+G (intern)