

Migration und Gesundheit

Kurzfassung der Bundesstrategie Phase II (2008–2013)



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Reproduktion mit Quellenangabe gestattet

Herausgeber

Bundesamt für Gesundheit
Publikationszeitpunkt: Januar 2008

Text

Herbert Cerutti, Wolfhausen
Redaktion: Agathe Blaser

Fotos

Hansueli Trachsel, Bremgarten

Weitere Informationen und Bezugsquelle

BAG, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Abteilung Multisektorale
Gesundheitspolitik, Sektion Chancengleichheit und Gesundheit, CH-3003 Bern
E-Mail: migrationundgesundheit@bag.admin.ch, www.miges.admin.ch
Verantwortlich: Petra Aemmer

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

BAG-Publikationsnummer: BAG GP 1.08 2'000 d 1'000 f 600 i 500 e 30EXT07012
ISBN 3-905235-66-8

Migration und Gesundheit

Kurzfassung der Bundesstrategie Phase II (2008–2013)

Inhaltsverzeichnis

7	Zu dieser Publikation
9	Einwanderungsland Schweiz
13	Woran Eingewanderte leiden
15	Krankheit hat viele Gründe
19	Bundesstrategie Migration und Gesundheit 2002–2007
21	Nachfolgestrategie Migration und Gesundheit 2008–2013
29	Trägerschaft und Umsetzung der Strategie
30	Literatur, Adressen und Links

Zu dieser Publikation

Die Integration der Migrationsbevölkerung zu verbessern ist ein zentrales Anliegen der Bundespolitik. Gestützt auf das neue Ausländergesetz gehen die Departemente und Ämter in diesem Bereich erstmals gemeinsam vor, wobei sie Integration als übergreifende Aufgabe verstehen, die bei jedem gesellschaftlichen und staatlichen Handeln zu berücksichtigen ist. Orientiert an diesem Leitmotiv sind in der Schweiz zahlreiche Integrationsmassnahmen verabschiedet worden und unterschiedlichste Akteure haben sich das Ziel gesetzt, die Migrationsbevölkerung vermehrt in unsere Gesellschaft einzubinden und damit den Zusammenhalt zu fördern.

Eine Grundvoraussetzung für erfolgreiche Integration ist die Herstellung von Chancengleichheit. Im Gesundheitsbereich bedeutet dies, dass Migranten und Migrantinnen hierzulande dieselben Chancen wie Einheimische haben sollen, ihr Gesundheitspotential zu entfalten. Das Bundesamt für Gesundheit engagiert sich seit 2002 im Rahmen der nationalen Strategie Migration und Gesundheit für dieses Ziel. Denn das Gesundheitsverhalten und der Gesundheitszustand sozial benachteiligter Migranten und Migrantinnen und ihr Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems sind in vieler Hinsicht verbesserungswürdig. Migranten und Migrantinnen gehören zu den verletzlichsten Mitgliedern unserer Gesellschaft. Sie leben oft mit erhöhtem Gesundheitsrisiko, sind überdurchschnittlich häufig von Armut oder Arbeitslosigkeit betroffen und ihr Gesundheitszustand ist in verschiedenen Bereichen schlechter als jener der Einheimischen.

Die Qualität eines Gesundheitssystems lässt sich grundsätzlich daran messen, wie gut Unterprivilegierte behandelt werden. Wer die Gesundheit in einer Gesellschaft nachhaltig verbessern will, muss vor allem bei den Benachteiligten ansetzen. Investitionen zugunsten der Chancengleichheit für die Migrationsbevölkerung sind nicht eine Frage der edlen Gesinnung, sondern lohnen sich aufgrund von Kosten-Nutzen-Überlegungen. Fachleute sind überzeugt, dass sich insbesondere durch eine Verstärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Migrationsbevölkerung und durch eine Verbesserung der transkulturellen Kompetenz des Gesundheitspersonals längerfristig Kosten sparen lassen.

All dies spricht für das weitere Engagement des Bundes im Bereich Migration und Gesundheit, dem die vorliegende Publikation gewidmet ist. Sie beleuchtet einerseits die vom Bundesrat bewilligte Strategie Migration und Gesundheit Phase II (2008–2013), andererseits gibt sie – ausgehend von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen – Einblick in die Hintergründe der bisherigen Chancenungleichheit im Gesundheitsbereich. Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre,



Prof. Dr. Thomas Zeltner
Direktor Bundesamt für Gesundheit

Einwanderungsland Schweiz

Karges Land, Hungersnot aber auch religiöse Intoleranz zwangen in früheren Jahrhunderten zahlreiche Schweizer und Schweizerinnen in die Emigration, um im Ausland ein besseres Leben zu finden. Als Ende des 19. Jahrhunderts das Agrarland Schweiz zur Industrienation wurde, wuchs der Bedarf an Arbeitskräften, und das Auswanderungsland wandelte sich zum Einwanderungsland. Eine entsprechende Migrationspolitik und die zunehmende Vielschichtigkeit der Migrationsbevölkerung – neben der Fabrik- und Bauarbeiterschaft wanderten vermehrt auch Berufsleute der Dienstleistungsbranchen und in neuerer Zeit auch Asylsuchende in unser Land ein – liessen im Laufe des 20. Jahrhunderts den Anteil der dauerhaft in der Schweiz lebenden Personen mit Migrationshintergrund auf über 25 Prozent steigen.

Mit «Personen mit Migrationshintergrund» sind alle Personen gemeint, die bei der Geburt eine ausländische Staatsangehörigkeit besaßen, unabhängig davon, ob sie in der Schweiz geboren wurden. Der Begriff umfasst explizit alle in der Schweiz wohnhaften Ausländer und Ausländerinnen der ersten und zweiten Generation sowie die eingebürgerten Personen. Im Jahr 2000 betrug laut Volkszählung der

Anteil der Ausländer und Ausländerinnen an der ständigen Wohnbevölkerung 20,5%; weitere 7,4% waren eingebürgerte Personen.

Vor allem aus Europa

Schlüsselt man die in der Schweiz wohnenden Ausländer und Ausländerinnen nach ihrem Herkunftsland auf, ergibt sich für Ende 2004 folgendes Bild (siehe Tabelle): 85% sind europäischer Herkunft, wobei der Grossteil (57%) aus der Europäischen Union (EU-25) und der EFTA stammen. Unter den europäischen Herkunftsländern dominiert Italien mit 19%, gefolgt von Serbien und Montenegro, inklusive Kosovo (13%), Portugal (11%) und Deutschland (10%). Je 5% stammen aus Spanien, Frankreich und der Türkei. Bei den restlichen 15% der ausländischen Wohnbevölkerung dominiert Asien mit 7%, auf Afrika und auf Amerika entfallen je 4%. Diese Zahlen widerspiegeln nicht zuletzt die aktuelle Migrationspolitik der Schweiz, die bei der Immigration qualifizierte Arbeitskräfte aus der EU und vor allem aus den Nachbarländern und aus dem südeuropäischen Raum bevorzugt. So erfolgte etwa aus Deutschland in jüngster Zeit eine besonders starke Zuwanderung.

Wohnbevölkerung nach Staatsangehörigkeit, Ende 2004

Staatsangehörigkeit	Bestand am 31. Dezember 2004	Anteil (in %, gerundet)	Jugendquotient (in %) ¹	Altersquotient (in %) ²	Geschlechterverhältnis ³
Total	7'529'564	100%	35,5	25,1	96,6
Schweiz	5'890'439	78%	35,9	30,3	92,1
Ausland	1'639'125	22%	34,2	9,0	114,6
Ausland Total	1'639'125	100%	34,2	9,0	114,6
Europa	1'397'770	85%	33,7	10,1	117,5
EU-25 / EFTA	931'045	57%	24,1	13,3	124,2
Italien	307'717	19%	23,6	21,4	138,3
Serbien und Montenegro	211'340	13%	65,4	2,5	109,8
Portugal	173'278	11%	38,4	0,7	119,0
Deutschland	163'923	10%	15,2	13,8	123,9
Türkei	80'462	5%	47,4	3,5	118,0
Spanien	76'080	5%	23,2	9,4	121,3
Frankreich	73'999	5%	21,6	13,0	115,3
Mazedonien	61'534	4%	62,3	1,1	111,7
Bosnien und Herzegowina	48'931	3%	51,3	3,1	102,4
Kroatien	42'050	3%	45,3	2,9	99,5
Asien	108'524	7%	39,8	2,7	101,7
Afrika	65'092	4%	40,3	1,5	124,7
Amerika	61'752	4%	29,1	3,9	69,0

¹ Verhältnis der 0-19-Jährigen zu den 20-64-Jährigen.

² Verhältnis der 65-Jährigen und Älteren zu den 20-64-Jährigen.

³ Anzahl Männer bezogen auf 100 Frauen.

Auf Grund dieser Zulassungspolitik wanderten bis vor kurzem vorwiegend Männer ein, die auf dem Arbeitsmarkt eine grössere Auswahl an Stellen finden als Frauen. Seit Mitte der 1990er Jahren immigrieren jedoch jährlich etwa gleich viele Frauen wie Männer, wodurch sich jetzt für die nicht in der Schweiz geborene Migrationsbevölkerung die Zahlen langsam angleichen. Im Jahre 2004 betrug der Männeranteil in der ausländischen Wohnbevölkerung 53,4% und der Frauenanteil 46,6%. Allerdings gab und gibt es auch beim Geschlechterverhältnis nationale Besonderheiten. So wanderten zeitweise aus Deutschland, Österreich und Frankreich vorwiegend Frauen ein. Eine weibliche Mehrheit zeigt heute die Einwanderung aus den meisten amerikanischen und osteuropäischen Staaten.

Ein starker Unterschied zur einheimischen Bevölkerung besteht in der Altersstruktur der Migrationsbevölkerung. Denn es wandern nach wie vor mehrheitlich junge Leute im Alter zwischen 20 und 39 Jahren ein. Auch ist die Geburtenrate bei Ausländerinnen höher als bei Schweizerinnen. Einen besonders hohen Anteil junger Personen ist bei den Migrationsgruppen aus der Türkei und aus dem ehemaligen Jugoslawien zu finden. Herkunftsländer, die in früheren Jahrzehnten die Einwanderung dominierten, haben dagegen heute einen vergleichsweise hohen Anteil älterer Leute in der Migrationsbevölkerung, was sich etwa in den Zahlen für Italien, Deutschland, Frankreich und Spanien zeigt (siehe Tabelle).

Aufenthaltsstatus und Aufenthaltsdauer

Markante Unterschiede finden sich zudem im Aufenthaltsstatus. Zwei Drittel der Migrationsbevölkerung besitzen eine Niederlassungsbewilligung. Der Grossteil des restlichen Drittels hat eine Aufenthaltsbewilligung. Nur einen kleinen Anteil machen Kurzaufenthaltsbewilligungen aus. Und gut drei Prozent der ausländischen Wohnbevölkerung waren im Jahr 2005 Personen aus dem Asylbereich. Während eine Niederlassungsbewilligung der dominante Aufenthaltsstatus bei den Migrationsgruppen aus Italien, Spanien, Portugal, Österreich, Kroatien und der Türkei ist, kommen die Asylsuchenden vorwiegend aus Afrika, Asien, der Türkei und aus dem ehemaligen Jugoslawien. Eine Besonderheit des Asylbereichs ist der mit 76,5% (Jahr 2004) sehr hohe Anteil Männer. Auch bei den Kurzaufenthaltern stellen die Männer mit 63,1% die grosse Mehrheit.

Neben der offiziell erfassten Migrationsbevölkerung halten sich schätzungsweise 70'000 bis 180'000 Personen ohne gültige Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz auf. Diese «Sans-Papiers» sind nicht offiziell in die Schweiz eingereist oder haben die Schweiz nach Ablauf der Aufenthaltsbewilligung nicht verlassen.

Betreffend Aufenthaltsdauer sind folgende Zahlen interessant: Etwa 20% der Ausländer und Ausländerinnen leben seit mehr als zwanzig Jahren in der Schweiz. 60% sind zwischen fünf und zwanzig Jahren in unserem Land. Und wiederum 20% wanderten während der letzten fünf Jahre ein. 24% der ausländischen Wohnbevölkerung sind in der Schweiz geboren.

Und wie leben die eingewanderten Menschen in der Schweiz? Sie stellen 25,2% der erwerbstätigen Bevölkerung der Schweiz. Der Anteil der erwerbstätigen Frauen innerhalb der Migrationsbevölkerung beträgt 38,5%. Dies ist ein kleinerer Prozentsatz als bei den Schweizerinnen. Allerdings sind Ausländerinnen häufiger vollzeitlich erwerbstätig als Schweizerinnen.

Grosse Unterschiede im Arbeitsleben

Verglichen mit der Schweizer Bevölkerung ist die ausländische Arbeiterschaft häufiger in der Industrie und weniger in der Landwirtschaft und in Dienstleistungsbetrieben zu finden. Besonders zahlreich in der Industrie beschäftigt sind Personen aus dem südeuropäischen Raum. Ausländer und Ausländerinnen sind besonders stark im Bau- und Gastgewerbe sowie im Gesundheitswesen präsent. So stellen Männer aus dem Ausland etwa bei den Schweissern oder den Tunnelbaufachleuten den Grossteil der Arbeiterschaft. Und Ausländerinnen bilden die Mehrheit bei den Zimmermädchen, in Wäschereien und andern Reinigungsberufen. Häufig anzutreffen sind Ausländerinnen auch im Sexgewerbe sowie in Haushalten – wobei sie nicht selten als Sans-Papiers oder als Kurzaufenthalterinnen in prekären Verhältnissen leben.

Die Zusammensetzung der Migrationsbevölkerung ist sehr heterogen. Dies äussert sich unter anderem darin, dass Migranten und Migrantinnen sowohl bei den unqualifizierten als auch bei den hochqualifizierten Arbeitskräften übervertreten sind. Auch hinsichtlich der Stellung im Beruf finden sich markante Unterschiede, indem Arbeitnehmende ohne Vorgesetztenfunktion innerhalb der Migrationsbevölkerung vorwiegend aus Portugal, aus der Türkei und aus dem ehemaligen Jugoslawien stammen, während in oberen Führungspositionen eine Herkunft aus Deutschland, Frankreich, Nordamerika und Australien besonders häufig ist. Solche Unterschiede schlagen sich natürlich im Lohn nieder. Durchschnittlich am schlechtesten verdienen in der Schweiz die Erwerbstätigen aus dem Westbalkan. Tendenziell höher liegt das Einkommen bei den aus Südeuropa Eingewanderten. Zuoberst auf der Lohnleiter – und sogar noch eine Sprosse höher als der Durchschnitt der Schweizer Bevölkerung – stehen die Ausländer und Ausländerinnen aus Nord- und Westeuropa.

Dem Lohnunterschied zugrunde liegt in erster Linie der individuelle Bildungsstand. Die Hälfte der Erwerbstätigen aus Südeuropa und aus dem Westbalkan machte nach der obligatorischen Schule keine weitere Ausbildung. Dagegen besuchte mehr als die Hälfte der Erwerbstätigen aus Nord- und Westeuropa eine Berufsmittelschule, Hochschule oder Universität.

Vermehrte Arbeitslosigkeit und Armut

Ein tiefes Bildungsniveau sowie die Übervertretung in stark konjunkturabhängigen Branchen erklären weitgehend, warum in der Migrationsbevölkerung die Arbeitslosenquote mit 6,6% deutlich über den 2,8% für die Schweizer Erwerbsbevölkerung liegt (Zahlen für das Jahr 2004). Mit einer Quote von 7,2% sind die Ausländerinnen noch stärker betroffen als die Ausländer (6,2%). Und gleich wie bei der Schweizer Bevölkerung ist auch bei den Eingewanderten die Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen am stärksten von Arbeitslosigkeit betroffen.

Wegen ihrer gegenüber der Schweizer Bevölkerung insgesamt schlechteren sozioökonomischen Stellung ist die Migrationsbevölkerung mit einer Armutsquote von 21,4% doppelt so häufig von Armut betroffen und ebenfalls bei der Gruppe der Working Poor übervertreten. Ein tiefer Bildungsstand, ungünstige Arbeitsbedingungen oder Arbeitslosigkeit setzen Ausländerinnen besonders stark dem Armutsrisiko aus. Aber auch in der Armutsstatistik zeigen sich je nach Herkunftsland enorme Unterschiede. So sind 30% der Eingewanderten aus dem Westbalkan, aus der Türkei, aus Rumänien und Bulgarien von Armut betroffen, während es aus Südeuropa knapp 20% und aus Nord- und Westeuropa nur 7% sind. Wenig verwunderlich, dass Ausländer und Ausländerinnen deutlich häufiger Sozialhilfe beanspruchen als Schweizer und Schweizerinnen.

Woran Eingewanderte leiden

Zur Beurteilung der gesundheitlichen Situation der Migrationsbevölkerung in der Schweiz liegen verhältnismässig wenige Daten vor. Im Rahmen der Strategie «Migration und Gesundheit 2002–2007» wurde im Jahr 2004 bei ausgewählten Gruppen eine detaillierte Befragung zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten durchgeführt. Dieses Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM) berücksichtigte Eingewanderte aus den Herkunftsländern Deutschland, Österreich, Frankreich, Italien, Portugal, Türkei, ehemaliges Jugoslawien und Sri Lanka. Was vor allem fehlt sind Daten für Personen aus Asien, Afrika und Lateinamerika.

Verglichen mit der Schweizer Bevölkerung beurteilt die Migrationsbevölkerung ihren Gesundheitszustand als deutlich schlechter. Besonders die eingewanderten Frauen fühlen sich wesentlich kränker als Schweizerinnen. Das schlechtere Wohlbefinden der Eingewanderten tritt in den höheren Altersgruppen verstärkt zu Tage. Wie bei den sozioökonomischen Faktoren zeigen sich auch beim Wohlbefinden enorme Unterschiede zwischen den verschiedenen Herkunftsländern. So meldeten die Gruppen aus Deutschland, Österreich und Frankreich am wenigsten Krankheitssymptome; ihr subjektives Gesundheitsempfinden ist demjenigen der Schweizer Bevölkerung sehr ähnlich. Anders die Ausländer und Ausländerinnen aus der Türkei sowie Asylsuchende aus dem Kosovo, die sich häufiger ungesund fühlen und im Verlauf des Jahres vor dem Zeitpunkt der Befragung unter körperlichen oder psychischen Beschwerden litten. Eine Auswertung aktueller Forschungsergebnisse zeigt, dass die Migrationsbevölkerung in der Tat gesundheitlich oft schlechter dasteht als die einheimische Bevölkerung und bestätigt somit das von den Ausländern und Ausländerinnen subjektiv empfundene schlechtere Wohlbefinden.

Schmerzen, Infektionen, Unfälle

Fragt man nach den einzelnen Symptomen, ergibt sich entsprechend der Herkunft einmal mehr ein sehr unterschiedliches Bild. Über 20% der Personen aus der Türkei und aus dem Kosovo erwähnten starke Rücken- und Kopfschmerzen sowie ausgeprägte Schlafstörungen. Aus diversen epidemiologischen Studien geht hervor, dass die Migrationsbevölkerung besonders häufig von parasitären und infektiösen Krankheiten, etwa Malaria und Tuberkulose, betroffen ist. Ein speziell hohes Tuberkulose-Risiko haben Asylsuchende sowie Sans-Papiers aus Ländern mit vielen Tb-Kranken. Teile der Migrationsbevölkerung sind auch besonders häufig von Gelbsucht und von sexuell übertragbaren Krankheiten betroffen. So haben Eingewanderte aus Ländern mit hoher HIV-Häufigkeit, insbesondere aus den afrikanischen Ländern südlich der Sahara, ein erhöhtes HIV- und Aids-Risiko. Betrachtet man die von einer HIV-Infektion betroffenen Personen, sind die aus Afrika eingewanderten jünger als die HIV-Betroffenen aus West- und Nordeuropa und sie haben sich häufiger durch heterosexuelle Kontakte angesteckt. Eine spezielle HIV-Risikogruppe sind die Frauen im Sexgewerbe.

Kinder von Asylsuchenden leiden häufig unter Hautkrankheiten und Karies. Starken Kariesbefall zeigen vor allem Kinder, die erst nach dem Kindergartenalter in die Schweiz gekommen sind. Besonders schlechte Zähne haben viele Jugendliche aus dem ehemaligen Jugoslawien, die noch nicht lange in der Schweiz leben.

Die Migrationsbevölkerung leidet häufiger unter Altersbeschwerden (wie Rheuma) als die Schweizer Bevölkerung. Eingewanderte Personen, die lange Zeit körperlich schwer arbeiteten, leiden nach der Pensionierung überdurchschnittlich häufig an chronischen Schmerzen (vor allem im Rücken), die oft von Depressionen und emotionalen Krisen begleitet sind. In der Statistik der Unfälle zeigt sich bei den verunfallten Männern ein überdurchschnittlich hoher Ausländeranteil.

Krankmachende Gewalt

Eine besondere Gruppe stellen Ausländer und Ausländerinnen dar, die Gewalt erfahren mussten. Sie leiden öfter unter bestimmten körperlichen und emotionalen Symptomen als Personen ohne solche Erfahrungen. Typische Beschwerden sind (oftmals chronische) Schmerzen des Bewegungsapparats, Migräne, Brust- und Magenschmerzen sowie Schlaflosigkeit. Auch gynäkologische Probleme und sexuelle Funktionsstörungen sind mögliche Folgen erlebter Gewalt.

Migranten und Migrantinnen fühlen sich zudem psychisch unausgeglichener und leiden häufiger unter psychischen Störungen als die Schweizer Bevölkerung. Vor allem Asylsuchende und andere Personen mit unsicherem Aufenthaltsstatus fühlen sich oft einsam. Innerhalb der Migrationsbevölkerung sind Frauen häufiger wegen psychischer Probleme in Behandlung als Männer. Ausländer und Ausländerinnen, die Gewalt erleben mussten oder zum Auswandern gezwungen wurden, sind oft auch psychisch krank. Viele leiden unter allgemeinem Stress, Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags und einem schwachen Selbstwertgefühl.

Die spezifische gesundheitliche Situation der Migrationsbevölkerung spiegelt sich auch in der Statistik der Invalidenrenten wider. Bei den Invalidenrenten hat Anfang der 1990er Jahre die Zahl der Bezüger mit ausländischem Pass deutlich zugenommen, bleibt aber seit etwa 1995 stabil. Nach wie vor die grösste Gruppe bildet das Herkunftsland Italien. Während diese Gruppe nun nicht mehr weiter wächst (vor allem weil die bisherigen IV-Bezüger vermehrt ins AHV-Alter kommen), steigt jetzt der Anteil der Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Dies lässt sich mit der vergleichsweise weniger qualifizierten Arbeit und dem damit verbundenen höheren Invaliditätsrisiko erklären. Bei den neu zugesprochenen Invalidenrenten fällt auf, dass bei ausländischen Personen die psychischen Krankheiten sowie Leiden des Bewegungsapparats besonders häufig vorkommen.

Markante Unterschiede in der Sterblichkeit

Was die Sterblichkeit anbelangt, zeigt die Migrationsbevölkerung teils schlechtere, teils bessere Werte als die Schweizer Bevölkerung. Bei den in der Schweiz häufigsten Todesursachen, den Krankheiten des Herzkreislaufs und der Hirngefässe, sind Ausländer und Ausländerinnen der Altersgruppe 35 bis 60 Jahre deutlich weniger stark vertreten als die einheimische Bevölkerung, wobei die verringerte Sterblichkeit bei den Männern besonders ausgeprägt ist. Eine mögliche Erklärung ist der Umstand, dass vor allem gesundheitlich robuste Personen in der Fremde Arbeit suchen (Healthy-migrant-Effekt). Auch könnten unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten sowie körperliche Bewegung bei der Arbeit eine Rolle spielen.

Im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung sterben Ausländer und Ausländerinnen jedoch häufiger an Lungenentzündung und andern Infektionskrankheiten. Ebenfalls erhöht ist bei der Migrationsbevölkerung die Sterblichkeit im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt. Dies gilt insbesondere in sozial und wirtschaftlich benachteiligten Gruppen. Die deutlich höhere Rate an Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen wird nicht zuletzt mit einer geringeren Inanspruchnahme vorgeburtlicher Kontrollen erklärt. Dies trifft vermehrt auf Frauen zu, die erst seit kurzem in der Schweiz sind.

Auch bei der Krebssterblichkeit gibt es bei den Eingewanderten teils höhere, teils geringere Häufigkeiten als bei der Schweizer Bevölkerung. Niedriger als bei den Schweizer Frauen ist bei den Ausländerinnen die Brustkrebssterblichkeit. Während sich beim Lungenkrebs die Sterblichkeit in der Migrationsbevölkerung praktisch nicht von derjenigen der Schweizer Bevölkerung unterscheidet, ist sie beim Magenkrebs etwa 50% höher. Bei einigen Krebsarten zeigen sich herkunftsspezifische Unterschiede. So sterben Männer aus Afrika und Asien besonders häufig an Leberkrebs. Aus China und Südostasien eingewanderte Personen erkranken vermehrt an Nasenrachenkrebs. Und aus afrikanischen Ländern südlich der Sahara stammende Personen sterben häufiger an Aids als andere Migranten und Migrantinnen.

Krankheit hat viele Gründe

Aus den Daten des Gesundheitsmonitorings der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM) geht deutlich hervor, dass der gesellschaftliche und wirtschaftliche Status einen grossen Einfluss auf die Gesundheit hat. Ausländer und Ausländerinnen arbeiten im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung häufiger in stark konjunkturabhängigen Branchen und sind deshalb einem höheren Arbeitslosenrisiko und der damit verbundenen Verletzlichkeit ausgesetzt. Auch leisten sie vermehrt Nacht- und Schichtarbeit, sind in Branchen mit unregelmässigen Arbeitszeiten beschäftigt und üben oftmals eine körperlich stark belastende Tätigkeit aus. Im Dienstleistungssektor machen Ausländerinnen sehr häufig die am schlechtesten bezahlten Arbeiten. Solche Arbeitsbedingungen wirken sich nicht selten ungünstig auf die Gesundheit aus.

Die nachteiligen Folgen zeigen sich besonders häufig auch im Alter. Da der Anteil der älteren Personen innerhalb der Migrationsbevölkerung laufend ansteigt – gemäss Prognose des Bundesamts für Statistik dürfte er im Jahr 2010 bei über 10% liegen – gewinnen die Gesundheitsprobleme bei älteren Ausländern und Ausländerinnen zunehmend an Gewicht. Die gesundheitlichen Risiken werden noch durch den Umstand verstärkt, dass doppelt so viele ausländische wie schweizerische Pensionierte unter dem Existenzminimum leben.

Migration muss nicht krank machen

Migration an sich macht nicht krank. Es sind vielmehr spezifische Umstände, die das Auswandern zum gesundheitlichen Risiko werden lassen. So sind Frauen, die zusammen mit ihren Kindern auswandern, oft grösseren Belastungen ausgesetzt. Wandern Personen unfreiwillig aus, sind häufig Krieg, Gewalt, Folter und Verfolgung der Grund. Dies kann bei den Opfern Gefühle der Unsicherheit und Entwurzelung auslösen und quälende Erinnerungen hinterlassen, was zu körperlichen und psychischen Störungen führen kann. Auch ein unsicherer Aufenthaltsstatus mit dem damit verbundenen Gefühl existentieller Unsicherheit und einer mangelnden Zukunftsperspektive kann die Gesundheit nachteilig beeinflussen. So zeigen insbesondere Asylsuchende spezifische Gesundheitsstörungen.

In der Migrationsbevölkerung wirken indes auch für die Gesundheit nützliche Faktoren. So kann sich allein schon der Umstand, dass jemand Arbeit oder eine religiöse Überzeugung hat, günstig auf die Gesundheit auswirken. Relevant für das körperliche und psychische Wohlbefinden sind zudem gute Verwandtschafts- und Freundschaftsbeziehungen. So unterhalten viele Ausländer und Ausländerinnen nach wie vor regelmässige Kontakte zu Freunden und Verwandten in der alten Heimat. Eine Mehrheit aller untersuchten Gruppen verfügt auch über Verwandtenkontakte in der Schweiz, wobei nicht zuletzt Beziehungen ausserhalb der Kernfamilie, etwa zu Geschwistern, wichtig sind. Die meisten der befragten Migranten und Migrantinnen haben eine feste Lebens- oder Ehepartnerschaft in der Schweiz, wobei der Partner oder die Partnerin mehrheitlich zur gleichen nationalen Gruppe gehört. Solche persönliche soziale Netze sind wichtige Informationsquellen für gesundheitliche Fragen. Verwandte und Freunde, aber auch Nachbarn und Vereine können ein medizinisches Laiensystem bilden.

Wenig beachtete medizinische Vorsorge

Und wie ist das Gesundheitsverhalten der Migranten und Migrantinnen? Trotz allgemein schlechterem Wohlbefinden nehmen sie die Leistungen des Gesundheitssystems etwa gleich häufig in Anspruch wie die Schweizer Bevölkerung. Allerdings konsultieren sie eher den Allgemeinmediziner als den Spezialisten und dies vorwiegend wegen Krankheit oder Unfall und weniger für Vorsorgeuntersuchungen. Präventionsangebote werden von der Migrationsbevölkerung insgesamt weniger genutzt als von der einheimischen Bevölkerung. Die im Rahmen des GMM Befragten aus Sri Lanka und dem ehemaligen Jugoslawien unterziehen sich vergleichsweise selten einer Kontrolluntersuchung im Rahmen der Krebsvorsorge, wie Untersuchung der Prostata oder der Brust sowie Krebsabstrich am Gebärmutterhals. Deutlich geringer als bei Schweizerinnen ist auch der Anteil der Ausländerinnen, die bei einer gynäkologischen Konsultation praktische Anleitungen oder anderweitige Informationen zur Selbstuntersuchung der Brust erhalten haben. Tamilische Befragte sowie Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei lassen auch wesentlich seltener einen HIV-Test machen als die Schweizer Bevölkerung. Der Impfstatus der Migrationsbevölkerung ist teilweise ebenfalls mangelhaft. Interessanterweise ist jedoch der Durchimpfungsgrad bei ausländischen Kleinkindern höher als bei Schweizer Kleinkindern.

Zu viel Tabak, zu wenig Bewegung

Diverse Gruppen der Migrationsbevölkerung, darunter insbesondere Jugendliche, zeigen ein ausgeprägt riskantes Verhalten in den Bereichen Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegung und Ernährung. Einen hohen Tabakkonsum haben Personen aus der Türkei, während aus Sri Lanka Stammende eher wenig rauchen. In allen Gruppen rauchen Männer häufiger als Frauen, wobei der Unterschied zwischen den Geschlechtern grösser ist als derjenige zwischen den Nationalitäten. Alle Gruppen der Migrationsbevölkerung haben eine höhere Alkoholabstinenzquote als die schweizerische Bevölkerung. Und wie beim Tabak konsumieren die ausländischen Frauen generell deutlich weniger Alkohol als die Männer. Auch ist Rauschtrinken in der Migrationsbevölkerung eher selten.

Auffallend ist der sehr hohe Medikamentenkonsum türkischer Frauen und von Asylsuchenden aus Kosovo. Dies betrifft vor allem Beruhigungs- und Schlafmittel, die meist ärztlich verordnet werden, sowie Schmerzmittel.

Die Frage, ob nun die Migrationsbevölkerung stärker suchtfähig ist als die Schweizer Bevölkerung ist, lässt sich aus den Daten der Suchtberatung und der Suchttherapie nicht schlüssig beantworten. Befragungen in den einzelnen Personengruppen sind prinzipiell unzuverlässig, denn das Suchtverhalten schliesst auch strafbare Praktiken ein. So liegt der von den Ausländern und Ausländerinnen im Rahmen des GMM deklarierte Drogenkonsum durchwegs unterhalb der aus der Schweizer Bevölkerung bekannten Häufigkeit.

Mit Ausnahme der Gruppen aus Österreich, Frankreich und Deutschland treibt die Migrationsbevölkerung weniger Sport als die Schweizer Bevölkerung. Vor allem bei den italienischen und den tamilischen Befragten gab ein auffallend hoher Prozentsatz an, keine Sportart auszuüben. Dabei ist allerdings zu beachten, dass Ausländer und Ausländerinnen oft in körperlich anstrengenden Berufen arbeiten.

In die Schweiz einwandernde Personen bleiben oftmals den Essensgewohnheiten ihrer alten Heimat treu, wobei eine traditionell gesunde Ernährung zu einer tiefen Sterblichkeit an Herz-Kreislaufkrankheiten führt. Ein Teil der Migrationsbevölkerung verändert ihr Ernährungsverhalten allerdings in einer Weise, die ernsthafte gesundheitliche Schäden nach sich zieht. Verglichen mit der Schweizer Bevölkerung sind

Migranten und Migrantinnen wesentlich häufiger übergewichtig oder von Fettsucht betroffen. Innerhalb der Migrationsbevölkerung sind Schulkinder und die Altersklasse der 51- bis 60-Jährigen besonders häufig stark übergewichtig.

Riskantes Sexualverhalten

Beim Sexualverhalten fallen die zahlreichen ungewollten Schwangerschaften in Folge mangelnder Verhütung und daraus resultierend die vielen Abtreibungen auf. Abtreibungen sind bei Ausländerinnen dreimal häufiger als bei Schweizerinnen. Mangelnde Verhütung wird oft auf finanzielle Gründe, Vorbehalte gegen die Antibabypille, auf eine schwierige Partnerschaftsbeziehung oder auf einen prekären Aufenthaltsstatus zurückgeführt. Im Sexgewerbe tätige Ausländerinnen, speziell Frauen aus afrikanischen Ländern südlich der Sahara, sind dem Risiko einer HIV-Infektion oder einer Aids-Erkrankung vermehrt ausgesetzt.

Stark herkunftsspezifisch ist das Problem der weiblichen Genitalverstümmelung. Die beschnittenen Frauen oder die von dieser rituellen Praxis bedrohten Mädchen stammen vorwiegend aus Somalia, Äthiopien und Eritrea. Diese Risikogruppe wurde in der Schweiz im Jahr 2001 auf 6700 Frauen geschätzt.

Notwendige sprachliche und soziale Kompetenz

Das Gesundheitsverhalten der einzelnen Person ist stark von der Fähigkeit abhängig, im Alltag Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Voraussetzungen zu solcher Gesundheitskompetenz sind genügend gute Lese- und Schreibfähigkeiten sowie Sprachkenntnisse, die den Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen ermöglichen. Ebenfalls wichtig ist soziale Kompetenz, die einen eigenverantwortlichen Umgang mit der Gesundheit erlaubt und die soziale Umwelt in einer gesundheitsfördernden Weise einbezieht. Wünschenswert ist ausserdem Kritikfähigkeit, die ein Beurteilen der Informationen, aber auch ein konstruktives Auseinandersetzen mit den politischen und wirtschaftlichen Aspekten des Gesundheitssystems ermöglicht.

Personen mit Migrationshintergrund sind jedoch auf Grund spezifischer Hindernisse wie Fremdsprachigkeit oder Unvertrautsein mit den hiesigen Verhältnissen nicht selten beim Zugang zu Informationen und Leistungen des Gesundheitssystems benachteiligt. So ist bekannt, dass Teile der Migrationsbevölkerung ungenügend über das Funktionieren des schweizerischen Gesundheitssystems informiert sind, weshalb sie die Angebote der Gesundheitsförderung, Prävention, aber auch der medizinischen Versorgung nicht optimal nutzen. Speziell in der Krebsvorsorge, in der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, aber auch bei den Risiken durch falsche Ernährung und mangelnder Bewegung dürfte unzureichende Gesundheitskompetenz ein wichtiger Grund für Unterlassungen sein.

Mehrere Studien weisen auf einen Bedarf der Migrationsbevölkerung nach Informationen in der Muttersprache hin. Am stärksten vermisst werden Erklärungen zur Krankenversicherung, zu konkreten medizinischen Behandlungen, zu Möglichkeiten von Vorsorgeuntersuchungen sowie Hinweise, wo Ärzte und Ärztinnen zu finden sind, die in der gewünschten Muttersprache kommunizieren können. Am schlechtesten über das schweizerische Gesundheitssystem informiert fühlen sich tamilische Befragte.

Die wichtigsten Quellen für gesundheitsrelevante Informationen sind für die Migrationsbevölkerung Zeitungen, Zeitschriften, das Fernsehen, der Hausarzt sowie Freunde und Verwandte. Weniger genutzt werden Informationsbroschüren und Internet; Selbsthilfegruppen haben keine Bedeutung.

Um einer Benachteiligung der Ausländer und Ausländerinnen auf Grund ihrer Fremdsprachigkeit zu begegnen, legt die von den Bundesbehörden verfolgte Integrationspolitik besonderen Wert auf Sprachkompetenz. So wird von den Zugewanderten erwartet, dass sie als Ausdruck der Bereitschaft, Eigenverantwortung zu übernehmen und sich zu integrieren, eine der Landessprachen erwerben. Wenn man bedenkt, dass Gespräche im Gesundheitsbereich oftmals differenzierte Sprachkenntnisse erfordern (was auch viele Einheimische überfordert), sind solchem Spracherwerb bei einem Teil der Zugewanderten doch deutliche Grenzen gesetzt. Aufgrund ihrer Lebensumstände sind zudem nicht alle Migranten und Migrantinnen in der Lage, sich innert nützlicher Frist eine schweizerische Landessprache anzueignen.

Mängel im Gesundheitswesen

Das schweizerische Gesundheitswesen ist insgesamt noch zu wenig für die in neuerer Zeit stark gewachsene Vielfalt der Migrationsbevölkerung gerüstet. Dem Fachpersonal fehlt nicht selten die transkulturelle Kompetenz, also die Fähigkeit, Migranten und Migrantinnen in ihrem individuellen Lebenskontext wahrzunehmen. So wird eine adäquate medizinische Betreuung durch Verständigungsschwierigkeiten behindert. Auch werden bei der Planung und Bereitstellung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention einzelne Gruppen der Migrationsbevölkerung oft vergessen. Je nach Lebensumständen und Erfahrungen brauchen Personen mit Migrationshintergrund teilweise auch spezifische medizinische Leistungen. So besteht ein Bedarf an leicht zugänglichen Therapie- und Betreuungsangeboten, die der speziellen Situation traumatisierter Flüchtlinge Rechnung tragen. Auch ist das Gesundheitspersonal bei der Behandlung von Migranten und Migrantinnen zuweilen mit sehr spezifischen und in der Schweiz kaum vorkommenden Krankheitsbildern konfrontiert (z.B. mit Gesundheitsproblemen infolge der weiblichen Genitalbeschneidung), wofür die medizinische Erfahrung fehlt und deshalb keine adäquate Behandlung gewährleistet ist.

Fehlende transkulturelle Kompetenz und mangelnde Sensibilisierung für die spezifischen Gesundheitsprobleme der Migrationsbevölkerung erschweren sowohl die medizinische Abklärung als auch die Behandlung und beeinflussen zudem die Therapietreue. Dies kann dazu führen, dass Krankheitssymptome falsch gedeutet oder spezifische Krankheitsbilder zu wenig differenziert diagnostiziert werden. Auch wurde beobachtet, dass bei schwieriger sprachlicher Verständigung die Patienten weniger Aufmerksamkeit erhalten. In der Psychiatrie können bestimmte Therapien, die stark über die Sprache vermittelt werden, bei Verständigungsschwierigkeiten kaum eingesetzt werden. Dies kann zur Folge haben, dass an Stelle einer medizinisch sinnvollen psychotherapeutischen Behandlung auf eine medikamentöse Therapie ausgewichen wird.

Hilfreiches interkulturelles Übersetzen

Umfragen in der Schweiz zeigen, dass Ärzteschaft, Pflegepersonal und weitere Fachleute des Gesundheitswesens Sprachbarrieren als ein Hauptproblem bei der Versorgung der Migrationsbevölkerung betrachten. Ein Grossteil der Migrationsbevölkerung äussert den Wunsch nach angemessener Verständigung mit den Dienstleistenden unter Beizug eines Übersetzers oder einer Übersetzerin. Im Alltag werden oft Angehörige oder zufällig anwesendes Personal als Ad-hoc-Dolmetschende zugezogen. Gemäss dem GMM nehmen Personen aus Sri Lanka und der Türkei sowie Asylsuchende am häufigsten Übersetzungshilfe in Anspruch. Frauen nutzen sprachliche Hilfe wesentlich häufiger als Männer, wobei neben dem Ehe- oder Lebenspartner sowie anderen Verwandten nicht selten auch die eigenen Kinder beigezogen werden. Solche improvisierten Lösungen können jedoch auf Grund mangelnder Kompetenz zu erheblichen Problemen führen.

Der Einsatz von professioneller Übersetzung führt in der Regel zu einer Verbesserung der Behandlungs- und Pflegequalität. In der Schweiz sind um die 500 Personen als interkulturelle Übersetzer und Übersetzerinnen zertifiziert und es bestehen zahlreiche Vermittlungsstellen. Für gewisse Dienstleistungen, etwa in der Hausarztmedizin oder beim Personal von Regionalspitälern besteht jedoch weiterhin ein Mangel an professioneller Übersetzung. Viele Migranten und Migrantinnen, aber auch zahlreiche Gesundheitsfachleute wünschen sich eine Institutionalisierung des professionellen interkulturellen Übersetzens sowie eine Verbesserung solcher Dienstleistung. Es hat sich aber auch gezeigt, dass das vorhandene Übersetzungsangebot noch zu wenig genutzt wird, wobei fehlende Information, finanzielle Überlegungen und Unsicherheiten beim Hinzuziehen der professionellen Dienste eine Rolle spielen. Die Finanzierung ist insofern ein Problem, als sie bisher nicht einheitlich geregelt werden konnte.

Bundesstrategie Migration und Gesundheit 2002–2007

Wie in der Schweiz werden auch in andern Staaten bei gewissen Gruppen der Migrationsbevölkerung ein gegenüber der einheimischen Bevölkerung schlechteres Wohlbefinden und vermehrt gesundheitliche Probleme beobachtet. Solche gesundheitliche Ungleichgewichte widerspiegeln in hohem Mass soziale Ungleichheiten. Sie können aber auch infolge von Zugangsbarrieren und Verständigungsschwierigkeiten sowie fehlender Sensibilität im lokalen Gesundheitswesen für die spezifischen Gesundheitsprobleme zugewanderter Personen entstehen.

Ein international beachtetes Problem

In verschiedenen Abkommen und Deklarationen werden in neuerer Zeit Staaten aufgefordert, mit geeigneten Massnahmen auf gesundheitliche Chancengleichheit hinzuwirken. So verpflichtet der Artikel 12 des UNO-Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte die Vertragsstaaten, darunter auch die Schweiz, das Recht einer jeden Person auf das für sie erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit anzuerkennen und im Krankheitsfall die adäquate medizinische Betreuung sicherzustellen.

Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat gesundheitliche Chancengleichheit als zentrales Ziel formuliert und verschiedene Programme zur Verwirklichung dieses Anliegens lanciert.

Die Europäische Union (EU) misst der Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten ebenfalls grosse Bedeutung bei. So schuf die EU-Kommission im Jahr 2002 das europäische Pilotprojekt Migrant-friendly Hospitals (MFH), das alle europäischen Spitäler einlädt, sich zu transkulturell kompetenten Organisationen zu entwickeln. In verschiedenen Ländern, etwa in Grossbritannien, Deutschland und Österreich, wurden mittlerweile nationale Programme zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Migrationsbevölkerung initiiert.

Erfolgreiche Schweizer Projekte

In der Schweiz lancierte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) bereits 1991 das Projekt Migration und Gesundheit (PMG), das Interventionsstrategien zur HIV/Aids-Prävention für gewisse Gruppen der Migrationsbevölkerung entwickelte. 1995 wurde das Projekt auf Suchtprävention und umfassende Gesundheitsförderung ausgedehnt. Auch bezog man weitere Herkunftsgruppen ein. Im BAG wurde zudem ein Dienst Migration gebildet, der für alle Massnahmen zur Gesundheitsförderung bei der Migrationsbevölkerung zuständig war. Im Jahr 2002 wurde daraus die Fachstelle Migration und Gesundheit und 2004 schliesslich der Fachbereich Migration und Gesundheit als Teil der Sektion Chancengleichheit und Gesundheit.

Um die Gesundheitssituation der Migrationsbevölkerung in der Schweiz zu verbessern, lancierte der Bund unter Federführung des BAG die Strategie «Migration und Gesundheit 2002–2007». Zur Umsetzung wurden verschiedene vom Thema betroffene Bundesämter und Bundesstellen sowie weitere Organisationen einbezogen.

Im Rahmen der Strategie sind eine grössere Zahl von Projekten verwirklicht worden, worunter einige als besonders erfolgreich hervorzuheben sind:

- Zusammen mit dem Dachverband zur interkulturellen Übersetzung konnten 500 Dolmetscher und Dolmetscherinnen nach definierten Standards weitergebildet und zertifiziert werden. Sie werden heute über kantonale Vermittlungsstellen eingesetzt. Zudem wurden ein Handbuch sowie ein Film zum Einsatz von Dolmetschenden für Fachleute des Gesundheitssystems erarbeitet und vertrieben.
- In Anlehnung an die EU-Initiative Migrant-friendly Hospitals wurde zusammen mit H+ Die Spitäler der Schweiz ein Netz von 40 Spitälern geschaffen. Diese haben im Bereich Migration und Gesundheit Massnahmen ergriffen und Erfahrungen ausgetauscht. Themen waren etwa Übersetzungsdienste, Informationen in Fremdsprachen und Qualitätskontrolle. Zum Thema Diversität und Chancengleichheit wurde ein Handbuch erarbeitet, das sich an das Management von Spitälern richtet.

- Im Berner Inselspital wurde der Dokumentarfilm «Verstehen kann heilen. Globale Migration - lokale Lösungen im Gesundheitswesen» gedreht. Er wird zur Sensibilisierung von Fachleuten im Gesundheitsbereich eingesetzt und veranschaulicht, wie Migranten und Migrantinnen den Spitalalltag erleben.
- Mit dem Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM), das Befragungen in der Muttersprache beinhaltet, wurde erstmals eine breite Umfrage über die Gesundheit vieler Migranten und Migrantinnen in der Schweiz durchgeführt.
- Die Internetseite www.migesplus.ch ermöglicht Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen den Bezug von Broschüren in diversen Fremdsprachen, die sie an die Ratsuchenden weitergeben können. Thema der Broschüren sind z.B. Ernährung und Bewegung, orale Gesundheit oder Infektionskrankheiten. Auch wurde eine Broschüre über das Funktionieren des schweizerischen Gesundheitssystems geschaffen und in verschiedene Kurse eingebracht (z.B. in Deutschkurse für Migranten und Migrantinnen).
- Zusammen mit dem Schweizerischen Roten Kreuz und der Aids Hilfe Schweiz wurde ein Programm zur HIV/Aids-Prävention für Personen aus afrikanischen Ländern südlich der Sahara konzipiert und umgesetzt.
- Migranten und Migrantinnen realisierten, unterstützt durch das BAG und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, leicht zugängliche Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention. Damit wurden innerhalb der Migrationsbevölkerung Ressourcen mobilisiert und neue Zielgruppen erreicht.

Kritische Evaluation der nationalen Strategie

Die Strategie «Migration und Gesundheit 2002–2007» wurde durch ein externes Team umfassend evaluiert. Insgesamt wird der Strategie ein gutes Zeugnis ausgestellt. Die Ziele werden als relevant und die Lösungsansätze mehrheitlich als geeignet beurteilt. Der Bund sei von einem gut begründeten, wenn auch sehr ambitionierten Konzept ausgegangen. Wegen zu hoch gesteckter Ziele angesichts der beschränkten Ressourcen sowie schwierigen politischen, wirtschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen sind die Ziele nur unvollständig erreicht worden.

Die Evaluation attestiert der Strategie, dass sie die Probleme im Bereich Migration und Gesundheit besser sichtbar gemacht und Leistungen erbracht habe, die bei der Migrationsbevölkerung im erwünschten Mass wirkten. Verbesserungsfähig seien das Konzept und die Organisation der Umsetzung. So habe sich die Umsetzungsstruktur als komplex und zu wenig übersichtlich erwiesen. Auch seien die Kantone zu wenig in die Umsetzung eingebunden worden.

Für eine allfällige Nachfolgestrategie machte die Evaluation eine Reihe von Empfehlungen. Die wichtigsten Punkte sind:

- Gesundheitliche Chancengleichheit als Vision beibehalten.
- Bei der Problemanalyse von einer breiten Auslegung ausgehen.
- Probleme auf der Basis neuer Erkenntnisse genauer definieren.
- In den Handlungsfeldern thematische Kontinuität anstreben und die Nachhaltigkeit der bisher erfolgreichen Projekte und Tätigkeiten sichern.
- Die Kommunikation über die Umsetzung der Strategie stärker gewichten.
- Die Abstützung der Strategie und die BAG-interne Vernetzung verbessern.
- Die Zusammenarbeit mit den Kantonen stärken.
- Nach Möglichkeit einen integrativen Ansatz verfolgen, der die Bedürfnisse der Migranten und Migrantinnen in den regulären Strukturen des Gesundheitssystems berücksichtigt.
- Die Sensibilisierungsfunktion der Strategie stärken und zusätzliche Kreise dazu bringen, ebenfalls aktiv zu werden.

Nachfolgestrategie

Migration und Gesundheit 2008–2013

Der Bundesrat gab dem Bundesamt für Gesundheit den Auftrag, für die auf Ende 2007 befristete Strategie Migration und Gesundheit eine zweite Phase zu entwickeln. Gestützt auf die Erfahrungen mit der ersten Phase und unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Evaluation erarbeitete das BAG unter Einbezug des Bundesamts für Migration (BFM) und der Eidgenössischen Ausländerkommission (EKA) die Strategie Migration und Gesundheit Phase II (2008–2013). Damit sollen die Programme und Massnahmen der ersten Phase mehrheitlich weitergeführt werden. Auch sollen die einzelnen Umsetzungen institutionell und bei der Migrationsbevölkerung besser verankert werden. Eine Konsolidierung und zusätzliche Verankerung sichert zudem die Investitionen der Phase I.

Der Bund misst dem Thema Migration und Gesundheit nicht zuletzt deshalb grosse Bedeutung zu, als das Postulat der Chancengleichheit in der Bundesverfassung verankert und ein Leitmotiv der nationalen Integrationspolitik ist. Auch hat der Bundesrat anlässlich der Umsetzung des Integrationsberichts des BFM die Interdepartementale Arbeitsgruppe für Migrationsfragen (IAM) aufgefordert, ihm bis Ende Juni 2007 einen Überblick des Handlungsbedarfs aller Bundesämter sowie Vorschläge für ein abgestimmtes Massnahmenpaket zu unterbreiten. Mit der Strategie Migration und Gesundheit Phase II (2008–2013) kommt das BAG nun der bundesrätlichen Aufforderung nach, sinnvolle integrationspolitische Massnahmen im Politikfeld der Gesundheit zu entwickeln und umzusetzen.

Breite Zustimmung

Die Strategie Migration und Gesundheit Phase II ist im Frühjahr 2007 den Gesundheitsdirektionen aller Kantone sowie 22 nationalen Organisationen aus dem Gesundheitsbereich zur Stellungnahme vorgelegt worden. Die Anhörung hat ergeben, dass diese Phase II auf grosse Zustimmung stösst und das BAG bei der Umsetzung auf die Unterstützung und Mitarbeit zahlreicher Akteure auf Bundes- und Kantonsebene sowie aus der Zivilgesellschaft zählen kann.

Ganz allgemein findet der integrative Ansatz Zustimmung. Höchste Priorität geben die Rückmeldungen der Gesundheitsförderung und Prävention. Ebenfalls wichtig erscheinen Massnahmen in der Aus- und Weiterbildung, in der Gesundheitsversorgung (etwa durch spezifische Angebote für besonders verletzte Gruppen) sowie der Transfer von Forschungserkenntnissen in die Praxis. Ende Juni 2007 ist die Strategie Phase II vom Bundesrat gutgeheissen worden. Das Budget für die Umsetzung der Strategie beträgt in etwa 2,4 Millionen Franken pro Jahr.

Vision Chancengleichheit

Der Strategie liegt folgende Vision zu Grunde: «Alle in der Schweiz lebenden Personen erhalten eine faire Chance, ihr Gesundheitspotential zu entfalten. Niemand wird durch vermeidbare Benachteiligungen daran gehindert.» Damit stellt die Strategie ihre Bemühungen nicht nur in den Dienst der Migrationsbevölkerung sondern will letztlich auch sozial Benachteiligte der einheimischen Bevölkerung von einer verbesserten Wahrnehmung diskriminierender Elemente im Gesundheitswesen profitieren lassen.

Aus der Vision leitet sich für die Strategie ein übergeordnetes Ziel ab: «Die Strategie Migration und Gesundheit trägt zum Abbau von vermeidbaren gesundheitlichen Benachteiligungen bei und verbessert so die Voraussetzungen, dass Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz dieselbe Chance wie Einheimische haben, ihr Gesundheitspotential zu entfalten.»

Zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens, des Gesundheitszustands und des Zugangs der Migrationsbevölkerung zum Gesundheitssystem definiert die Strategie eine Reihe von Zielen. Die wichtigsten sind:

- Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme beziehen die Migrationsbevölkerung mit ein.
- Personen mit Migrationshintergrund sind genügend informiert und kompetent, um sich selbstverantwortlich und gesund zu verhalten.
- Das Gesundheitspersonal verfügt über migrationspezifische Kompetenz.
- Professionelles interkulturelles Übersetzen wird vermehrt und bedarfsgerecht eingesetzt.
- Es ist zusätzliches Wissen über die Gesundheit der Migrationsbevölkerung vorhanden und für die interessierten Kreise verfügbar.

Handlungsprinzipien der Strategie

Die Umsetzung der Strategie orientiert sich an mehreren Handlungsprinzipien:

Entsprechend dem ersten Ziel sollen migrationsspezifische Anliegen mittels Information, Koordination und Vernetzung in die bereits bestehenden Angebote eingebracht werden. Dieser **integrative Ansatz** soll der Migrationsbevölkerung vor allem auch einen leichteren Zugang zu Einrichtungen und Dienstleistungen im Gesundheitswesen verschaffen, indem heute noch bestehende Hindernisse abgebaut werden. Unter gewissen Umständen kann es allerdings sinnvoll sein, in Ergänzung zum bereits vorhandenen Angebot auch Programme zu fördern, die sich gezielt an einzelne Gruppen der Migrationsbevölkerung wenden.

Es sollen vermehrt die in der **Migrationsbevölkerung** bereits **vorhandenen Ressourcen** genutzt werden. So sind das gesundheitsrelevante Wissen und die Erfahrung der sozialen Netze innerhalb der Migrationsbevölkerung in die einzelnen Projekte der Strategie einzubeziehen. Insbesondere soll bei den Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention verstärkt mit Fachpersonen mit Migrationshintergrund zusammengearbeitet werden.

Im Hinblick auf Chancengleichheit ist es besonders wichtig, den **Genderaspekt** systematisch zu berücksichtigen. Die berufliche und die private Welt der Männer und Frauen ist nicht selten von geschlechtsspezifischen Faktoren mitbestimmt, was auch das Gesundheitsverhalten beeinflussen kann. Deshalb muss bei der Umsetzung der Strategie immer auch einer unterschiedlichen Sichtweise und Lebenswelt von Männern und Frauen Rechnung getragen werden. Die Sensibilisierung für geschlechterspezifische Faktoren und für allfällige Diskriminierungselemente führt zu einer besseren Nutzung der persönlichen Ressourcen von Männern und Frauen.

Für die Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit ist der Einbezug von Faktoren aus einer Vielzahl von Lebensbereichen, etwa Arbeit, Wohnen und Bildung, nötig. Ein umfassendes sektorenüberschreitendes Vorgehen ist angesichts der beschränkten Ressourcen und Handlungsmöglichkeit der Strategie allerdings zu ambitiös. Indem migrationsbezogene Überlegungen in eine Vielzahl von gesundheitsrelevanten Tätigkeitsfeldern eingebracht werden, wird trotzdem ein **sektorenüberschreitender Ansatz** verfolgt. Dazu dienen beispielsweise Massnahmen zur Vernetzung und Koordination von Gesundheitsanliegen mit den Inhalten anderer Politikbereiche. So bietet die Umsetzung des Integrationsberichts des Bundesamts für Migration eine Gelegenheit, Gesundheitsförderung und Integrationsförderung aneinander zu koppeln – ein Schritt also in Richtung multisektoraler Gesundheitspolitik.

Vier Handlungsfelder und eine Querschnittsaufgabe

Die Massnahmen zum Erreichen der Strategieziele werden in vier Handlungsfeldern umgesetzt, wobei die postulierten Handlungsprinzipien entsprechend berücksichtigt werden. Inhaltlich stimmen die Handlungsfelder weitgehend mit denjenigen der früheren Strategie «Migration und Gesundheit 2002–2007» überein. Neu hinzu gekommen ist die Querschnittsaufgabe Mainstreaming Migration.

Die Handlungsfelder im Einzelnen:

Gesundheitsförderung und Prävention. Bisherige Angebote vernachlässigen oft grössere Gruppen der Migrationsbevölkerung. Ein Hauptziel des Handlungsfelds Gesundheitsförderung und Prävention ist das migrationsgerechte Ausgestalten der bestehenden Angebote. Wo eine solche Anpassung nicht realistisch ist, werden ergänzende Programme geschaffen. Nicht zuletzt sollen auch Mittel und Wege gezeigt werden, wie man selbst unter belastenden Lebensumständen gesund bleiben oder wieder gesund werden kann. Weiteres Ziel ist ein Verbessern der Gesundheitskompetenz der Migranten und Migrantinnen mit Hilfe spezifischer Gesundheitsinformationen. Diese sollen etwa im Rahmen von Integrations- oder Sprachkursen sowie über die in den jeweiligen Themen aktiven Stellen der Gesundheitsförderung und Prävention vermittelt werden.

Als Massnahme auf nationaler Ebene ist vorgesehen, migrationspezifische Anliegen in die nationalen Programme, Angebote und Vorhaben der Gesundheitsförderung und Prävention einzubringen. Auf Grund der epidemiologischen Daten besteht Handlungsbedarf in folgenden Bereichen: Ernährung und Bewegung, Alkohol und Tabak, Medikamentenmissbrauch, Arbeitsplatz, sexuelle und reproduktive Gesundheit, Krebsvorsorge, psychische Gesundheit, Zahngesundheit. Mit den Verantwortlichen der wichtigsten Programme wird Kontakt gepflegt, um sie für die spezifischen Probleme der Migrationsbevölkerung zu sensibilisieren und für geeignete Modifikationen der Programme zu motivieren. In der Prävention von HIV/Aids und von Drogen wird heute der Migrationsaspekt bereits berücksichtigt. Hier soll sichergestellt werden, dass die erreichte Sensibilisierung erhalten bleibt.

Auf kantonaler Ebene soll ebenfalls darauf hingewirkt werden, dass die bestehenden Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention migrationsgerecht umgestaltet werden. Wo im Angebot Lücken vorhanden sind, können Modellprojekte entwickelt und umgesetzt werden (etwa zum Thema Zahngesundheit). Vorgesehen ist, dass der Bedarf gemeinsam mit den kantonalen Behörden ermittelt wird. Diese werden auch fachlich unterstützt. Die Projektentwicklung wird voraussichtlich durch kantonale Stellen unter Einbezug von Personen der Migrationsbevölkerung erfolgen.

Um die Gesundheitskompetenz der Migranten und Migrantinnen zu fördern, werden Informationsangebote in den verschiedenen Muttersprachen erarbeitet und vermittelt. Bereits in 18 Sprachen vorhanden ist der Gesundheitswegweiser Schweiz. Auch werden über die Internetseite www.migesplus.ch etliche Ratgeberbroschüren angeboten. Für den Einsatz in Sprachkursen geeignet ist zudem das Lehrmittel «Gesund leben in der Schweiz». Es wird weiterhin wichtig sein, Gesundheitsinformationen nicht nur zu produzieren sondern auch zu gewährleisten, dass sie ihr Zielpublikum erreichen und von diesem beherzigt werden.

Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen. Die Bildungslandschaft ist im Umbruch und verschiedene Bildungsreglemente werden momentan überarbeitet. Ein günstiger Zeitpunkt also, um die Ziele der Strategie einzubringen. Die Ausbildung im Gesundheitswesen soll migrationsgerecht ausgestaltet werden, und beim Fachpersonal ist die transkulturelle Kompetenz zu fördern. Das Wissen für kompetenten Umgang mit der Migrationsbevölkerung soll nach Möglichkeit in die bestehende Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals integriert werden. Zum Thema Migration und Gesundheit werden spezielle Unterrichtsmaterialien und Weiterbildungsangebote bereitgestellt. Weiteres Ziel ist die Qualitätssicherung in der Ausbildung zum interkulturellen Übersetzen.

Eine der vorgesehenen Massnahmen ist die Zusammenarbeit mit den für die Aus- und Weiterbildung zuständigen Stellen, etwa dem Bundesamt für Berufsbildung und Technologie BBT, der OdA Santé, anderen Sektionen des BAG, den ärztlichen Fachgesellschaften der FMH oder der Schweizerischen Konferenz der Pflegefachschulen SKP, um zu prüfen, inwieweit das Thema Migration und Gesundheit bereits in den Ausbildungsreglementen und Lehrplänen enthalten ist und wie Lücken geschlossen werden können. Es werden qualitativ gute Unterrichtsmaterialien bereitgestellt und die Lehrkräfte motiviert, diese auch einzusetzen.

Im Bereich Weiterbildung werden sowohl niederschwellige Angebote, beispielsweise für Spitalpersonal ohne reguläre Ausbildung, gefördert als auch Angebote für qualifizierte Fachpersonen, etwa in Form eines Moduls «Migration und Gesundheit» im bereits bestehenden Weiterbildungsgang «Master of Public Health». Im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002–2007» ist bereits ein Pool zur Anreizfinanzierung von Weiterbildungsveranstaltungen im transkulturellen Bereich geschaffen worden, der jetzt weitergeführt und auf Grund der gemachten Erfahrungen modifiziert werden soll. Damit kann beispielsweise auch Personal in Spitälern und anderen Pflegestätten erreicht werden, das über keine reguläre Ausbildung im Gesundheitsbereich verfügt.

Die ebenfalls in der ersten Phase der Strategie lancierte Ausbildung für interkulturelles Übersetzen soll nachhaltig gesichert und die Integration ins Berufsbildungssystem in die Wege geleitet werden. Insbesondere soll eine entsprechende Berufsprüfung mit einem vom BBT anerkannten eidgenössischen Fachausweis geschaffen werden. Für den Aufbau eines geplanten Telefondolmetscherdienstes wird das dazu nötige Ausbildungskonzept erarbeitet und umgesetzt.

Gesundheitsversorgung. Die Gesundheitsversorgung umfasst alle Personen, Organisationen, Einrichtungen, Programme und Massnahmen, welche die Gesundheit fördern und Krankheiten vorbeugen und behandeln. Dazu gehören stationäre Leistungen der Spitäler und der Heime für Chronischkranke, Behinderte und Betagte sowie ambulante Dienste der Hausarztpraxen, Zahnarztpraxen und der Spitex. Auch staatliche und private Stellen, die mit den Leistungserbringern zusammenarbeiten, gehören zum Gesamtsystem der Gesundheitsversorgung.

Der Zugang zu den Leistungen darf nicht von Sprache, Religion, Geschlecht, Alter oder von den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen abhängen. Grundsätzliches Ziel der Strategie ist deshalb, dass in der Schweiz die medizinische Versorgung auch für die Migrationsbevölkerung gut zugänglich und adäquat ausgestaltet ist. Adäquat heisst, dass die Erfolgchancen einer medizinischen Behandlung für Personen mit Migrationshintergrund gleich gross sind wie für die einheimische Bevölkerung. Schliesslich wird angestrebt, dass die zugewanderten Personen mit den Leistungen der Gesundheitsversorgung zufrieden sind. Aber auch das Personal soll die Arbeit mit der Migrationsbevölkerung als gut empfinden.

Handlungsbedarf besteht vor allem bei Privatpraxen und bei der Spitex sowie in Spitalbereichen, wo oftmals auch Migranten und Migrantinnen betreut werden (Frauenkliniken, Notfallaufnahmen, Psychiatrische Kliniken, Rehabilitationskliniken und Schmerzkliniken). Eine der vorgesehenen Massnahmen ist das Erstellen eines Konzepts zur Unterstützung von Privatpraxen und der Spitex beim Umsetzen migrationsfreundlicher Betreuungsideen. Dies soll in enger Zusammenarbeit mit den relevanten Verbänden (FMH, Hausärzte, Zahnärzte, Gynäkologie, Psychiatrie, Spitex) geschehen.

Als weitere Massnahme sollen die Verantwortlichen in den Spitälern motiviert werden, die in der ersten Phase der Strategie erarbeiteten Empfehlungen «Migrant-friendly Hospitals» umzusetzen. Dazu besteht bereits ein Handbuch «Diversität und Chancengleichheit». Auch steht der ebenfalls in der ersten Strategiephase geschaffene Pool zur Anschubfinanzierung von Massnahmen zur Verbesserung der Betreuung von Migranten und Migrantinnen in Spitälern weiterhin zur Verfügung.

Beim interkulturellen Übersetzen besteht ebenfalls Handlungsbedarf. Diese für die Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung sehr wichtige Dienstleistung soll optimiert und vermehrt eingesetzt werden. Insbesondere muss sie beim Gesundheitspersonal wie in der Migrationsbevölkerung besser bekannt und einfacher zugänglich gemacht werden. Nicht zuletzt sind die noch offenen Fragen eines rechtlichen Anspruchs auf solche Dienste sowie deren Finanzierung zu klären. Geplant ist zudem der Aufbau eines nationalen Telefondolmetscherdienstes für den Gesundheitsbereich. Solche Dienste existieren bereits erfolgreich in Paris und Amsterdam. Während für heikle Kommunikationssituationen, etwa in der Psychiatrie, nach wie vor für das Übersetzen eine persönlich anwesende Fachkraft nötig bleiben dürfte, kann ein Telefondolmetscherdienst für manche Zwecke eine relativ kostengünstige und effiziente Alternative sein.

Eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung wird insbesondere auch für traumatisierte Flüchtlinge, Sans-Papiers und neu einreisende Asylsuchende angestrebt. So sind viele Sans-Papiers nicht krankenversichert, obwohl auch sie dem Versicherungsobligatorium unterstehen und Prämienverbilligung erhalten können. Die bereits existierende Plattform, welche die Vernetzung von Angeboten für Sans-Papiers fördert, soll weiterhin durch das BAG unterstützt werden. Ausserdem soll Qualitätssicherung bei den grenzsanitarischen Massnahmen gewährleistet sein. Im Fall von traumatisierten Flüchtlingen unterstützt das BAG mit seiner Fachexpertise das Bundesamt für Migration, das Therapieangebote für Folteropfer subventioniert.

Forschung und Wissensmanagement. Im Forschungsfeld Migration und Gesundheit werden Fragen zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten der Migrationsbevölkerung, zu Ursachen und Konsequenzen untersucht. Weitere Themen sind die Eigenheiten des Gesundheitssystems und die Frage, inwiefern die Leistungserbringer bei ihrer Arbeit migrationsspezifische Anliegen berücksichtigen. Diese Forschung ist stark interdisziplinär und umfasst Ansätze aus den Sozial-, Rechts- und Wirtschaftswissenschaften, aus der Sozialepidemiologie, der Medizin und der Pflegewissenschaft. Das heutige Wissen ist jedoch lückenhaft. So wurden beispielsweise in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung bisher nur Personen erfasst, die eine der Landessprachen sprechen, was grosse Teile der Migrationsbevölkerung ausschloss. Ziel des Handlungsfelds ist, zusätzliches Wissen über Migration und Gesundheit zu erarbeiten und verfügbar zu machen.

Als Massnahme ist vorgesehen, migrationsspezifische Fragen zum Gesundheitszustand und zur Gesundheitsversorgung standardmässig in bereits bestehende oder geplante nationale Erhebungen einzubringen. Dazu gehört neben der Schweizerischen Gesundheitsbefragung auch die nationale Volkszählung, die künftig durch ein neues System der Personen- und Haushaltsstatistiken (SHAPE) abgelöst wird. Für diese Erhebungen ist das Bundesamt für Statistik zuständig. Das BAG selber führt um die dreissig Datenerhebungen zu spezifischen Themen durch, wobei die Hälfte auch für die Strategie Migration und Gesundheit relevant ist. Zusammen mit den für die Erhebungen Verantwortlichen soll nun geprüft werden, wo und wie sich migrationsspezifische Anliegen neu einbringen lassen. Nützliche Zusatzinformationen wären beispielsweise Hinweise zum Migrationsgrund, zur Lebenssituation oder zum Integrationsgrad.

Dort, wo die bestehenden Erhebungen nicht ausreichen, soll das fehlende Wissen über Migration und Gesundheit durch eigene Forschungsprojekte erarbeitet werden. So wird im Rahmen der Strategie abgeklärt, ob das im Jahre 2004 erstmals durchgeführte Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM) wiederholt und gemäss den gemachten Erfahrungen modifiziert werden soll. Auch wird der Einsatz von interkultureller Übersetzung mit einer Kosten-Nutzen-Analyse evaluiert. Falls sich der Einsatz eines solchen Diensts auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht lohnt, wäre dies ein starkes Argument zur breiten Förderung des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen.

Im Rahmen des Wissensmanagements sollen ausgewählte Forschungsergebnisse sowie das in den Projekten der Strategieumsetzung gewonnene Know-how sinnvoll aufgearbeitet und an Fachpersonen weitergegeben werden. Das Programmteam informiert sich sowohl im nationalen als auch im internationalen Rahmen regelmässig über die neusten Erkenntnisse im Bereich Migration und Gesundheit und vermittelt relevante Informationen innerhalb der Strategiegemeinschaft weiter.

Querschnittsaufgabe Mainstreaming Migration. Unter Mainstreaming Migration versteht man alle Tätigkeiten, die darauf abzielen, dass Handelnde in Politik, Verwaltung und Gesellschaft beim Planen, Umsetzen und Evaluieren von Programmen, Projekten und Massnahmen systematisch auch migrationsspezifische Faktoren berücksichtigen. Diese Querschnittsaufgabe wird als begleitende Funktion in allen vier Handlungsfeldern und sowohl von der Programmleitung als auch von den Kommunikationsverantwortlichen wahrgenommen. Die angestrebten Veränderungen sollen durch Information, Koordination und Vernetzung in den unterschiedlichen Stellen des schweizerischen Gesundheitswesens nachhaltig verankert werden.

Insbesondere sollen auch die Kantone angesprochen werden, denn diese engagieren sich noch sehr unterschiedlich stark im Sinne der Strategie. Einige Kantonsstellen spielen bereits heute eine Vorreiterrolle; sie sollen in ihren Bemühungen gestärkt werden. Andere Kantone sind wenig aktiv. Hier will Mainstreaming Migration zu grösserem Engagement anregen und dazu animieren, Massnahmen gemäss der Bundesstrategie aktiv umzusetzen. Eine enge Zusammenarbeit des Bundes mit den Kantonen ist auch deshalb wichtig, weil für die Gesundheitsversorgung in der Schweiz primär die Kantone verantwortlich sind.

Im Rahmen von vernetzenden Massnahmen werden die relevanten Kreise im Gesundheitsbereich dafür gewonnen, die Inhalte der Strategie Migration und Gesundheit mitzutragen und migrationsspezifische Anliegen in ihrer Arbeit zu berücksichtigen. Sie sollen somit möglichst verbindlich in die Umsetzung der Strategie einbezogen werden. Für April 2008 ist die Vernetzungstagung «Grosses Migrationsforum Gesundheit» (GMFG) geplant. Mitglieder des Programmteams nehmen zudem Einsitz in verschiedene externe Vernetzungsgremien, um die Anliegen der Strategie zu vertreten.

Besonderes Augenmerk wird auf die Vernetzung innerhalb des Bundesamts für Gesundheit gelegt. Durch interne Sensibilisierungsarbeit sollen die Anliegen der Strategie in alle die Migrationsbevölkerung betreffenden Aktivitäten des BAG eingebracht werden. Damit soll auch erreicht werden, dass die Strategie im Bundesamt möglichst breit abgestützt ist.

Als kommunikative Massnahme sollen das Wissen und die gesammelten Erfahrungen der Strategie gezielt an die verschiedenen Leistungserbringer und Entscheidungsträger des Gesundheitsbereichs weitervermittelt werden. Dazu dienen unter anderem Artikel in den BAG-Publikationen «BAG-Bulletin» und «spectra» sowie Beiträge in externen Fachzeitschriften oder Newsletters.

Neben den direkt involvierten Fachkreisen des Gesundheitsbereichs sollen auch ein weiteres Fachpublikum und die breite Öffentlichkeit über die Ziele und Massnahmen der nationalen Strategie Migration und Gesundheit informiert werden. So präsentiert die Webseite der BAG-Sektion Chancengleichheit und Gesundheit www.miges.admin.ch die im Rahmen der Strategie entstandenen Publikationen, DVD's, Strategiepapiere sowie Forschungs- und Evaluationsergebnisse zum Bestellen oder als PDF zum Herunterladen.

Trägerschaft und Umsetzung der Strategie

Träger der Strategie Migration und Gesundheit Phase II ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) unter Einbezug des Bundesamts für Migration (BFM) und der Eidgenössischen Ausländerkommission (EKA). Die Finanzierung wird hauptsächlich durch das BAG über den Präventionskredit sichergestellt. Das BFM kann im Rahmen des Asylgesetzes Beiträge an Therapien für traumatisierte Asylsuchende leisten.

Die Umsetzung der Strategie Migration und Gesundheit wird wie bisher von der Sektion Chancengleichheit und Gesundheit des BAG gesteuert und federführend betreut. Für die Phase II wird ein Massnahmenplan erarbeitet, der die Ziele und Aufgaben der einzelnen Handlungsfelder spezifiziert und die Ressourcen zuteilt. Der Plan enthält auch zeitliche Vorgaben und wird periodisch aktualisiert.

Umsetzung und Wirkung der Strategie werden durch regelmässige Berichterstattung sowie Selbstevaluation von Programm- und Projektverantwortlichen überprüft. Eine Beurteilung der Strategieumsetzung ist wiederum in Form einer externen Evaluation vorgesehen. Diese soll auch im Hinblick auf zukünftige Aktivitäten im Bereich Migration und Gesundheit eine verlässliche Basis für notwendige Modifikationen liefern.

Literatur, Adressen und Links

Bundesamt für Gesundheit

Direktionsbereich Gesundheitspolitik
Sektion Chancengleichheit und Gesundheit
CH-3003 Bern; E-Mail: migrationundgesundheit@bag.admin.ch

www.miges.admin.ch

Die Webseite informiert über die Strategie Migration und Gesundheit, deren Partnerorganisationen, Projekte und Errungenschaften; mit zahlreichen Adressen, Links und Publikationen zum Bestellen oder Herunterladen.

Bundesamt für Gesundheit (2007):

Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013)

Das 96-seitige Strategiepapier, das im Juni 2007 durch den Bundesrat verabschiedet worden ist, enthält im Anhang ein umfangreiches Literaturverzeichnis. Es ist auf www.miges.admin.ch als PDF zu finden.

Bundesamt für Gesundheit (2007):

Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten?

Die wichtigsten Ergebnisse des «Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung».

Die Publikation liefert aktuelle Daten zu Gesundheitssituation und Gesundheitsverhalten der in der Schweiz wohnhaften Migrantinnen und Migranten.

Bundesamt für Statistik (2005):

Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz

Bericht 2005. Neuchâtel.

Die Tabelle auf Seite 9 der vorliegenden Publikation beruht auf diesem Bericht (veränderte und ergänzte Darstellung).

