

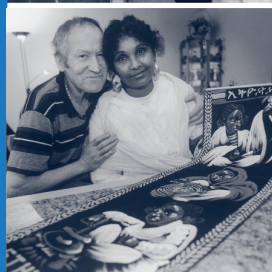
Migrationsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung

Anleitung zur Planung und Umsetzung von Projekten



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG





Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Zu dieser Publikation	5
Die Migrationsbevölkerung in der Schweiz	7
Soziale Lage und Soziodemographie	8
Herkunftsländer	8
Soziale und berufliche Hintergründe	8
Sprache	9
Religion	9
Geschlechterunterschiede	10
Migration und Gesundheit	11
Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten	12
Gesundheitliche Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen	14
Migrationsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung	17
Argumente zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten	17
Anleitung für migrationsgerechte Projekte	20
Leitfragen zur Berücksichtigung der Migrationsdimension	28
Checkliste für migrationsgerechte Projektarbeit	30
Fazit	33
Literatur	35
Glossar	39
Nützliche Links und Adressen	43
Anhang	45

Zu dieser Publikation

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

Die vorliegende Publikation, die im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz und des Bundesamts für Gesundheit entstanden ist, liefert Grundlagen für eine migrationsgerechte Gestaltung von Projekten. Sie formuliert Kernfragen, die man sich vor der Einreichung eines Projektantrags stellen sollte, wenn man sein Gesundheitsförderungsprojekt migrationsgerecht gestalten möchte, und kann Projektverantwortlichen helfen, Interventionen im Bereich Gesundheitsförderung bestmöglich an die Situationen von Menschen mit Migrationshintergrund anzupassen. Selbstverständlich bietet die Publikation aber keine Patentrezepte an; sie kann die Kreativität und Eigeninitiative, die sich aus der Dynamik jedes Projekts ergibt, keinesfalls ersetzen. Das Dokument ist in drei Kapitel unterteilt. Das erste Kapitel ist der Migration aus soziodemographischer Sicht gewidmet. Im zweiten Kapitel wird der Zusammenhang zwischen Migration* und Gesundheit erläutert. Das dritte Kapitel weist auf einige Punkte hin, die es im Zusammenhang mit Migration bei der Konzeptualisierung und Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten zu erwägen gilt. Im Anhang ist eine tabellarische Zusammenstellung von spezifischen Bedürfnissen benachteiligter Zielgruppen aus der Migrationsbevölkerung zu finden, die in wissenschaftlichen Arbeiten identifiziert worden sind. Die Zusammenstellung basiert auf der Sichtung von Studien, die in jüngster Zeit zum Thema Migration und Gesundheit in der Schweiz durchgeführt worden sind.

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

Die Migrationsbevölkerung in der Schweiz

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

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

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

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

Soziale Lage und Soziodemographie

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

Die Migrationsbevölkerung ist eine zunehmend heterogene Gruppe, was Herkunftsländer sowie sozio-ökonomische und -professionelle Merkmale angeht.

Herkunftsländer

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

Der grösste Teil der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung* im Jahr 2005 (58,5% oder 883'988 Personen) stammte aus den 25 EU-Ländern. Seit Inkrafttreten des Personenfreizügigkeitsabkommens zwischen der Schweiz und der EU (2004) stieg der Anteil Migrantinnen und Migranten aus EU-Ländern kontinuierlich an. Die folgende Tabelle zeigt, welche Nationalitäten in der Migrationsbevölkerung am häufigsten vorkommen.

Tabelle 1: Die grössten Herkunftsgruppen der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung 2005

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

Quelle: Bundesamt für Migration

Soziale und berufliche Hintergründe

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

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

Sprache

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

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

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

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

Quelle: Bundesamt für Migration

Religion

Mit 4,3% war der Islam im Jahr 2000 die Religionsgemeinschaft mit dem dritthöchsten Anteil Angehöriger in der Schweiz, nach dem Christentum römisch-katholischer Konfession (41,8%) und dem protestantischen Christentum (35,3%). Abgesehen von der rein zahlenmässigen Bedeutung trägt diese Entwicklung auch zur Erweiterung der Wert- und Bezugssysteme und der religiösen Vorstellungen in der Schweizer Gesellschaft bei. Hinzu kommen Unterschiede innerhalb der Religionsgemeinschaften. Muslime und Musliminnen etwa bilden nicht eine homogene Einheit, sondern es bekennen sich Zugehörige eines grossen Spektrums von ethnischen und nationalen Gruppen zur islamischen Religion: 56,4% der Muslime und

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

Geschlechterunterschiede

Nachdem die Immigration in die Schweiz lange männlich geprägt war, wandern seit den 1970er Jahren immer mehr Frauen zu, sei es im Rahmen des Familiennachzugs oder aus anderen Gründen. Diese Feminisierung drückt sich im aktuellen Geschlechterverhältnis der ausländischen Wohnbevölkerung aus: Der Männeranteil ist nur noch 8 Prozentpunkte höher als der Frauenanteil (54% zu 46% im Jahr 2004). Die Integration von Migrantinnen und Migranten in den Arbeitsmarkt erfolgt geschlechterdifferenziert: Frauen arbeiten eher im Dienstleistungssektor (Haushaltsarbeiten, Pflege, Gastronomie), während Männer vorwiegend in Industrie- und Bauberufen zu finden sind.

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

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

Migration und Gesundheit

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

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

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

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

Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten

Es ist wissenschaftlich anerkannt, dass die Faktoren, welche die Gesundheit (mit) bestimmen, nicht nur im Gesundheitsbereich im engeren Sinn zu suchen und zu finden sind: Umwelt, Gesellschaft und Politik im weitesten Sinn bilden die grundlegenden Rahmenbedingungen der Gesundheit.

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

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

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

Trotz des lückenhaften Wissens kann man einige generelle Beobachtungen anführen, was die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten angeht.

Sie charakterisiert sich unter anderem durch:

- aus dem Herkunftsland mitgebrachte Krankheiten, hauptsächlich infektiöser Art;
- psychosoziale Beeinträchtigungen der Gesundheit, die mit den Ursachen oder Bedingungen der Migration zusammenhängen (insbesondere bei Asylsuchenden und Flüchtlingen);
- eine langsame Verschlechterung der Gesundheit im Lauf der Zeit, die mit einer oft physisch belastenden Arbeit (harte körperliche Arbeit, unregelmässige Arbeitszeiten bzw. Nacharbeit) und den häufig prekären Lebensbedingungen in Verbindung gebracht wird;
- eine mangelhafte reproduktive Gesundheit, häufigere Risikoschwangerschaften und einen erhöhten Anteil Frühgeburten;
- erhöhte Mortalität aufgrund bestimmter Todesursachen, z.B. sterben Migrantinnen und Migranten südeuropäischer Herkunft häufiger an Magenkrebs.

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

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

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

Zugang zu (Inanspruchnahme von) Versorgungsleistungen: Aus der wissenschaftlichen Literatur geht hervor, dass die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung durch die Migrationsbevölkerung sowie deren gesundheitsrelevante Verhaltensweisen – protektive oder riskante – nicht allein von individuellen Entscheidungen abhängen, sondern dass dabei eine Reihe von Umständen Wirkung zeitigen, die in Bezug auf die einheimische Bevölkerung eine geringere Rolle spielen. Diskriminierungserfahrungen*, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, unterschiedliche Konzeptionen von Gesundheit und Krankheit oder mangelnde Kenntnisse über das schweizerische Gesundheitssystem und dessen Angebote sind beispielsweise Faktoren, die eine unterdurchschnittliche oder inadäquate Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen durch die Migrationsbevölkerung zur Folge haben können.

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

Gesundheitliche Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen

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

Während gemäss GMM 3% der Schweizerinnen und Schweizer ihren Gesundheitszustand als «schlecht» oder «sehr schlecht» bezeichnen, beläuft sich dieser Anteil auf 5% bei Tamilinnen und Tamilen, auf 7% bei Italienerinnen und Italienern, auf 9% bei Portugiesinnen und Portugiesen, auf 11% bei Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien und auf 16% bei Türkinnen und Türken.

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

Betrachten wir beispielsweise das Alter: 5% der Schweizer im Alter zwischen 51 und 62 Jahren bezeichnen ihren Gesundheitszustand als «schlecht» oder «sehr schlecht». Bei den Italienern derselben Altersgruppe beläuft sich dieser Prozentsatz auf 14%, bei Migrantinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien, aus Portugal und aus der Türkei auf 30–40%. Die geschlechterbezogenen Unterschiede variieren je nach Nationalitätengruppe. Während 83% der Italiener ihren Gesundheitszustand als «gut» oder «sehr gut» einschätzen, tun dies nur 74% der Italienerinnen. Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern zuungunsten der Frauen erreicht bei der türkischen Herkunftsgruppe 27 Prozentpunkte und 15 Prozentpunkte bei den Frauen und Männern aus Sri Lanka.

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

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

Es könnten weitere gesundheitliche Unterschiede aufgelistet werden, die zwischen verschiedenen Untergruppen der Migrationsbevölkerung beobachtet werden – wichtig ist hier aber vor allem die Feststellung, dass die Kombination verschiedener Einflussfaktoren⁵ bei Teilen der Migrationsbevölkerung *kumulative Effekte* zeitigt, die eine erhöhte Vulnerabilität und einen Mangel an Ressourcen zur Folge haben können: Migration bringt zwar nicht unbedingt eine schlechte(re) Gesundheit mit sich, aber eine arbeitslose Migrantin mit einem unsicheren Aufenthaltsrecht (F-Ausweis oder Asylsuchende), die zudem kleine Kinder zu versorgen hat und die ortsübliche Sprache schlecht beherrscht usw., lebt in einer Situation, die gesundheitliche Risiken birgt und die Vergrößerung bestehender gesundheitlicher Unterschiede begünstigt.

Da Migrantinnen und Migranten in der Schweiz oft in sozio-ökonomisch schwierigen Verhältnissen leben, besteht die Tendenz, die gesamte Migrationsbevölkerung der Kategorie «Benachteiligte» unterzuordnen. Wie gezeigt heisst aber «Migrant/in sein» nicht automatisch auch «benachteiligt sein». Es ist daher wichtig, eine differenziertere und nicht verallgemeinernde Kategorisierung vorzunehmen. Auch wenn die Variablen «ethnische Zugehörigkeit» und «Aufenthaltsstatus»

⁵ Im Migrationskontext können etwa ein prekärer Aufenthaltsstatus, ungenügende Kenntnisse der Ortssprache, mangelnde soziale Ressourcen, Diskriminierung und Stigmatisierung, ungenügendes Informiertsein über das Funktionieren des Gesundheitssystems u.Ä.m. dazu führen, dass die betroffenen Menschen einem erhöhten gesundheitlichen Risiko ausgesetzt sind.

möglicherweise am bedeutsamsten sind, sollte man jenen Untergruppen der Migrationsbevölkerung, die als potentielle Hochrisikogruppen* erscheinen, grössere Beachtung schenken.

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

Migrationsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung

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

Argumente zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten

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

Normative Argumente

Argument der Chancengleichheit: Gesundheitliche Unterschiede/Ungleichheiten* sind ethisch gesprochen in dem Masse unerwünscht und inakzeptabel, wie sie zugleich vermeidbar und ungerecht sind (*health inequities**). Gesundheitliche Ungleichheiten sind ungerecht, wenn der schlechte Gesundheitszustand auf eine schlechte Verteilung der gesundheitsrelevanten sozialen Determinanten zurückzuführen ist (beispielsweise fehlende Chancengleichheit beim Zugang zu Bildung, Beschäftigung oder zu den Leistungen des Gesundheitssystems). Dieses Argument geht also vom Konzept der *gesundheitlichen Chancengleichheit** aus und be-

trachtet die Gesundheit als Ressource, zu der alle gleichberechtigten Zugang haben müssen. Es stützt sich auf die Ansicht, dass die Verteilung von zentraler Bedeutung für die soziale Gerechtigkeit ist und dass die bestmögliche Verteilung darin besteht, dass alle Menschen die gleichen Ressourcen erhalten.

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

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

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

Gesellschaftspolitische Argumente

Fehlende gesundheitliche Chancengleichheit* schadet allen Mitgliedern der Gesellschaft. Insbesondere in der wissenschaftlichen Diskussion wird davon ausgegangen, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen der guten Gesundheit der Einzelnen in einer Gesellschaft und dem sozialen Zusammenhalt: Es wird darauf hingewiesen, dass die soziale Kohäsion in jenen Gesellschaften stärker ist, in denen die einzelnen Mitglieder weitgehend gleichberechtigt und bei guter Gesundheit sind. Eine starke soziale Kohäsion gibt den Einzelnen das Gefühl, zu einer Gemeinschaft zu gehören und Herausforderungen gemeinsam angehen zu können. Überdies ist anerkannt, dass die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit die Gesundheit benachteiligter Gruppen und dadurch auch die durchschnittliche Gesundheit der Gesamtbevölkerung verbessert – sie trägt somit wesentlich zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit bei.

Es wäre daher zu erwarten, dass die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit auch einen positiven Einfluss auf den sozialen Zusammenhalt hat. Abgesehen davon ist die Gesundheit für Frauen und Männer mit Migrationshintergrund ein entscheidendes Element im Hinblick auf den Integrationsprozess. Ein gesunder Mensch verfügt offensichtlich über mehr Ressourcen, die eine Integration* erleichtern, als jemand, der gesundheitlich eingeschränkt ist. Im Migrationskontext ist also davon auszugehen, dass alles, was der Gesundheit förderlich ist, auch die soziale Integration von Menschen mit Migrationshintergrund begünstigt.

Wirtschaftliche Argumente

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

Anleitung für migrationsgerechte Projekte

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

Reflexionsphase

Ein migrationsgerechtes Projekt hat sich unbedingt an Zielen wie der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten und der Gewährleistung von Chancengleichheit und Diskriminierungsfreiheit im Bereich der Gesundheitsförderung zu orientieren. Im Vorfeld einer jeden Initiative, zu deren Begünstigten auch Menschen mit Migrationshintergrund gehören, sollten die konzeptuellen Überlegungen von diesen Prinzipien geleitet sein. Je nach Situation und vorhandenem Wissen bzw. Erfahrungen ist zu entscheiden, ob das Projekt den besonderen Bedürfnissen der Migrationsbevölkerung angepasst werden kann/soll oder ob – in gewissen Fällen sinnvoller – ein Projekt speziell auf eine bestimmte Zielgruppe mit Migrationshintergrund ausgerichtet wird. Im unten beschriebenen Fallbeispiel werden gleich beide Stossrichtungen sichtbar, indem die allgemeinen Dienstleistungen des Vereins erweitert (d.h. die Angebote geöffnet) werden und zwar (vorerst) durch die Einführung eines spezifisch auf Migranten und Migrantinnen zugeschnittenen Projekts:

Fallbeispiel 1: **Der «Ostschweizerische Verein für das Kind»⁶ (OVK) mit Sitz in St. Gallen hat sich entschieden, seine Beratungsleistungen zu den Themen Ernährung und kindliche Entwicklung für Eltern mit Migrationshintergrund zu öffnen. Der Verein begründet diesen Entscheid mit der auf dem Gleichheitsprinzip aufbauenden Empfehlung der Ottawa Charta, gesundheitsfördernde Interventionen müssten allen Individuen dieselben Ressourcen und Möglichkeiten bieten. Um die Idee zu konkretisieren, wurde ein Pilotprojekt auf die Beine gestellt (MigesBalü),⁷ das sich an Familien mit Migrationshintergrund unterschiedlicher Herkunft richtet.**

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

⁷ MigésBalü wurde verschiedentlich als Best Practice gelobt. Das Projekt zeigt beispielhaft, wie die Migrationsdimension erfolgreich in ein Gesundheitsförderungsprojekt integriert werden kann (für nähere Informationen vgl. <http://www.ovk.ch/de/main.projekt.php>).

Konzeptualisierungsphase

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

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

Bestimmung des Bedarfs bzw. der Bedürfnisse: Es kann vorkommen, dass der Bedarf, dem das Projekt Rechnung tragen soll, in Bezug auf Migrantinnen und Migranten nicht derselbe ist wie in Bezug auf die einheimische Bevölkerung oder dass Erstere in diesem Zusammenhang spezifische Bedürfnisse haben. Daher muss ein spezifischer Bedarf – bzw. spezifische Bedürfnisse⁸ – der Migrationsbevölkerung identifiziert werden, was auf zwei Arten geschehen kann: Ein objektivierender Ansatz orientiert sich an Ergebnissen wissenschaftlicher Studien – er kann dann zum Zug kommen, wenn der Gegenstand, um den es geht, unter dem Aspekt der Vielfalt oder der Migration untersucht worden ist. Der zweite, eher subjektive Ansatz stützt sich auf z.B. von Gesundheitsinstitutionen, Fachpersonen, der Migrationsbevölkerung oder Schlüsselpersonen ausgedrückte (oder wahrgenommene) Bedürfnisse. Selbstverständlich schliessen sich diese beiden Ansätze gegenseitig nicht aus, und eine Kombination ist oft sinnvoll.

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

⁸ Zum Unterschied zwischen den Begriffen «Bedarf» und «Bedürfnis» vgl. <http://www.quint-essenz.ch/de/resources/glossary/5102.html>.

Auswahl der Zielgruppen: In Abhängigkeit vom identifizierten Bedarf/Bedürfnis müssen Zielgruppen ausgewählt werden. An dieser Stelle gilt es in Erinnerung zu rufen, dass die Migrationsbevölkerung sehr heterogen ist und die einflussreichen sozio-ökonomischen Dimensionen (wie Bildung oder Einkommen) mit den Variablen Herkunft, Geschlecht, Aufenthaltsstatus, Sprachkenntnisse usw. kombiniert werden müssen, damit die am stärksten benachteiligten Subgruppen der Migrationsbevölkerung bestimmt werden können. Weiter muss die kumulative Wirkung gewisser Faktorenkombinationen beachtet werden. Es ist also möglich, dass die identifizierten Untergruppen innerhalb eines *a priori* als Einheit wahrgenommenen Bevölkerungsteils unterschiedliche Bedürfnisse bzw. unterschiedlichen Bedarf zeigen und auch über unterschiedliche Ressourcen verfügen. Als Beispiel seien Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika genannt, bei denen man zuweilen dazu neigt, sie allein aufgrund ihrer Hautfarbe und der Zuschreibung gewisser Stereotypen als Einheit zu betrachten, obwohl sie eine hinsichtlich Sprachen und Lebensweisen sehr vielfältige Gruppe bilden.

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

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

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

Umsetzungsphase

Die Zielgruppe erreichen: Ist die Zielgruppe einmal definiert, stellt sich bereits die nächste Herausforderung: Es gilt, das anvisierte Zielpublikum mit der Präventionsbotschaft auch tatsächlich zu erreichen. Hier ist zu beachten, dass die Menschen mit Migrationshintergrund innerhalb der Zielgruppe möglicherweise schwerer zu erreichen sind als die Einheimischen. Zwar ist ganz allgemein in jeder Entwicklungs- etappe eines Projekts den innerhalb der Ziel- bzw. Begünstigtengruppe existierenden unterschiedlichen Wertsystemen und Vorstellungen Beachtung zu schenken, ganz besonders wichtig ist dies aber in der Umsetzungsphase und namentlich bei der Kontaktaufnahme, denn soziale Interaktionen variieren stark je nach sozio-kultureller Lage der Beteiligten.

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

Abgesehen von diesen Faktoren, welche die Erreichbarkeit der Migrationsbevölkerung beeinflussen können, gilt es auch die Bedeutung der Settings und der sozialen Netze, die Art der Kontaktaufnahme und die Auswahl von Vermittlungspersonen zu bedenken. Hier sind gleichfalls nicht nur sozio-kulturelle und traditionelle Faktoren zu berücksichtigen, sondern auch Gegebenheiten des sozialen und beruflichen Lebens der Migrantinnen und Migranten (wie z.B. Arbeitszeiten). Überdies ist der Auswahl der Vermittlungs- bzw. Schlüsselpersonen Beachtung zu schenken: wichtig ist, dass diese in der anvisierten Zielgruppe das nötige Vertrauen geniessen. Zuerst gilt es also, mit einem MigrantInnen-Netzwerk in Kontakt zu treten (über Schlüsselpersonen, interkulturelle Vermittlerinnen und Vermittler*, Vertreterinnen oder Vertreter von MigrantInnenorganisationen usw.). Solche Vermittlungsinstanzen können nicht nur eine Brücke bilden zwischen dem Projekt und der Zielgruppe bzw. den Begünstigten, sondern auch nützliche Hinweise liefern, wie das Zielpublikum am besten erreicht werden kann.

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

Fallbeispiel 6 (vgl. Fallbeispiel 1): **Im Rahmen des Projekts MigesBalü ist, um die Mütter albanischer Herkunft zu erreichen, eine differenzierte und spezifische Kommunikationsstrategie zur Anwendung gekommen: Im Wissen darum, dass im traditionellen Geschlechterverhältnis innerhalb der albanischen Herkunftsgruppe der Ehemann in seiner Rolle als Familienoberhaupt über die Entscheidungsgewalt verfügt, hat man sich bei MigesBalü dafür entschieden, mit Hilfe interkultureller Übersetzer zuerst mit den Männern in Kontakt zu treten, um sie davon zu überzeugen, dass es für sie und ihre Ehefrauen vorteilhaft wäre, wenn Letztere die Dienstleistungen des Projekts in Anspruch nehmen würden.⁹ Das Projekt wurde ausserdem in verschiedenen MigrantInnenorganisationen vorgestellt.**

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

Partizipation und Ressourcenorientierung

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

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

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

Einige Vorteile des Einbezugs von Menschen mit Migrationshintergrund in Projekte

■ Der Einbezug von Menschen mit Migrationshintergrund stellt die Nähe zum potentiellen Zielpublikum her bzw. sicher.

⁹ Mit Blick auf Gruppen der Migrationsbevölkerung besteht ein grosses Risiko, dass verallgemeinert und pauschalisiert wird. Darum sollte man hier überaus vorsichtig sein: Diese Art der Kontaktaufnahme ist weder generell für die Migrationsbevölkerung noch für die albanische Herkunftsgruppe als Ganzes die einzig geeignete Vorgehensweise. Sinnvoll ist, sich von Fall zu Fall über das geeignetste, dem Kontext angemessenste Vorgehen klar zu werden. Abgesehen davon muss hier festgehalten werden, dass es in gewissen Fällen wichtig ist, mit Migrantinnen direkt – ohne Einbezug ihrer Ehemänner – in einen Dialog zu treten.

■ Der Einbezug von Menschen mit Migrationshintergrund erhöht die Akzeptanz des Projekts bei der Migrationsbevölkerung und beeinflusst die Motivation der vom Projekt anvisierten Menschen mit Migrationshintergrund positiv.

■ Menschen mit Migrationshintergrund werden nicht bloss als Begünstigte/bzw. Empfänger/innen von Leistungen betrachtet, sondern man sucht die Zusammenarbeit mit ihnen.

Ressourcenorientierung: Bei der Umsetzung des Projekts ist zudem wichtig, dass man Wert darauf legt, die Ressourcen der Menschen mit Migrationshintergrund zu mobilisieren und zu nutzen. Sie verfügen über Kompetenzen, die sie im Verlauf ihrer Bildungs- und Berufsbiographie erworben haben (auch vor der Migration), sowie über informelle Ressourcen¹⁰, die sie im Verlauf ihres Lebens aufgebaut haben (Migrationserfahrungen, Kompetenzen in der Herkunftssprache, Know-how usw.). Diese Ressourcen zu nutzen kann sehr vorteilhaft sein, sei es für die Projektverantwortlichen oder für die Teilnehmenden bzw. Begünstigten selber.

Vorteile der Ressourcenorientierung

■ Sie fördert die gesundheitsrelevanten Handlungskompetenzen (Empowerment*).

■ Sie stärkt Humanressourcen (transkulturelle Kenntnisse, Kompetenzen in der Herkunftssprache, spezifisches Know-how, Migrationserfahrungen usw.).

■ Sie berücksichtigt soziale Ressourcen von Menschen mit Migrationshintergrund (Netzwerke, soziale Bindungen usw.), die sie in ihrer Kapazität zur Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation stärken (über das durch individuelle Anstrengungen Erreichbare hinaus).

■ Sie könnte zu einer Senkung der Personalkosten beitragen.

Methoden und Arbeitsinstrumente

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

Fallbeispiel 9: **Im Rahmen eines Projekts wollte man die modernen Kommunikationstechnologien nutzen und produzierte eine CD-ROM (in einer Landessprache), mittels der man Familien mit Präventionsbotschaften erreichen wollte. Bei Familien mit Migrationshintergrund war diese Methode nicht erfolgreich, denn sie berücksichtigt die Tatsache nicht, dass in diesen Familien die Kenntnisse der ortsüblichen Sprache oft nicht genügen, um die auf der CD-ROM verfügbaren Informationen zu verstehen. Überdies geht man bei diesem Vorgehen davon aus, dass der Gebrauch multimedialer Kommunikationsmittel in Familien mit Migrationshintergrund ebenso verbreitet ist wie in einheimischen Familien – was nicht zutrifft. Die Schwä-**

¹⁰ Während sich der Begriff «formelle Ressourcen» auf mit einem Diplom oder Zertifikat beglaubigte Kompetenzen bezieht (schulische, universitäre, berufliche Titel), werden alle anderen Ressourcen, über die Menschen verfügen (etwa Lebenserfahrung, Know-how, kulturelle Codes, Werte und [religöse] Bezugssysteme usw.) als informelle Ressourcen bezeichnet. Allerdings werden die Diplome aus zahlreichen Ländern in der Schweiz bisher nicht anerkannt und deshalb prinzipiell bestehende formelle Ressourcen verkannt, obwohl sie im Rahmen eines Projekts fruchtbar verwendet werden könnten.

che dieser Vorgehensweise besteht darin, dass sie einen pauschalisierenden Ansatz verfolgt, d.h. die spezifischen Charakteristiken eines Teils des Zielpublikums – der Migrationsbevölkerung – nicht berücksichtigt. Geeignere Vorgehensweisen wären in diesem Zusammenhang die Produktion einer CD-ROM in der Herkunftssprache der anvisierten Gruppen mit Migrationshintergrund oder die Entwicklung anderer, angemessenerer Instrumente bzw. die Nutzung geeigneterer Kanäle (Vereinigungen, Hochzeitsfeiern, Gemeinschaftsabende u.Ä.) zur Verbreitung der Information.

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

Einige Vorschläge bezüglich Methoden und Arbeitsinstrumenten

■ Die Methoden und die Arbeitsinstrumente (Einzelgespräche, Informationsveranstaltungen, thematische Workshops, Gruppenspiele usw.) sollten die grosse Vielfalt der anvisierten Personen mit Migrationshintergrund (was Bildung, Sprachkenntnisse, Lebenswelt usw. betrifft) so gut wie möglich berücksichtigen.

■ Wenn eine gemischte Zielgruppe angesprochen werden soll (Teile der einheimischen wie auch der Migrationsbevölkerung), muss abgeklärt werden, ob die vorgesehene Methode bei den zur Zielgruppe gehörenden Personen mit Migrationshintergrund eine ebenso gute Wirkung zeitigt (bzw. zu zeitigen verspricht) wie bei der Gruppe der Einheimischen.

■ In bestimmten Fällen ist es möglicherweise sinnvoll, für den Teil der Zielgruppe mit bzw. ohne Migrationshintergrund je unterschiedliche Methoden anzuwenden, damit spezifischen Merkmalen von Gruppen mit Migrationshintergrund besser Rechnung getragen werden kann.

■ Das Arbeitsmaterial bzw. die Kommunikationsmittel (Dokumente, Sprache, Bilder usw.) sollten den Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund angepasst werden.

■ Es ist darauf zu achten, dass die Evaluationsinstrumente die spezifischen Merkmale der Zielgruppe mit Migrationshintergrund berücksichtigen (spezifische Bedürfnisse, Heterogenität bezüglich Wertsystemen und Konzepten von Gesundheit und Krankheit usw.).

Die vorangegangenen Überlegungen, die verschiedene Projektphasen betreffen, werden in der nachstehenden Tabelle veranschaulicht, indem für jede Phase Ziele formuliert werden, die eine migrationsgerechte Gestaltung eines Projekts garantieren, d.h. die sozio-ökonomischen und sozio-kulturellen Merkmale von Menschen mit Migrationshintergrund (die Vielfalt ihrer Lebensweisen und Wertsysteme) angemessen berücksichtigen.

Tabelle 3: Projektziele nach Projektphasen

Phasen	Ziele/Überlegungen
Reflexionsphase	Beitragen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten, die mit Migration in Zusammenhang stehen. Chancengleichheit von Migrations- und einheimischer Bevölkerung anstreben.
Konzeptualisierungsphase	Sich bewusst sein, dass Menschen mit Migrationshintergrund von bestimmten Benachteiligungen betroffen sind, die man verringern kann. (Ausgangslage) In Erwägung ziehen, dass verschiedene Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund spezifische Bedürfnisse haben können (z.B. was den Zugang zu Gesundheitsförderungsprogrammen angeht). (Klärung von Bedürfnissen) Darauf achten, dass die am stärksten benachteiligten Gruppen mit Migrationshintergrund in die Zielgruppe des Projekts eingeschlossen werden und dass die kumulative Wirkung bestimmter Faktorenkombinationen bei der Bestimmung der Zielgruppen berücksichtigt wird. (Definition der Zielgruppen)
Umsetzungsphase	Sich bewusst sein, dass soziale Netzwerke von Personen mit Migrationshintergrund eine bedeutende Rolle spielen, wenn es darum geht, die Zielgruppe mit Migrationshintergrund mit präventiven Botschaften zu erreichen. (Erreichbarkeit der Zielgruppe)
Partizipation und Ressourcenorientierung	Darauf achten, dass in allen Phasen des Projekts Menschen mit Migrationshintergrund angemessen einbezogen werden. Soziale und individuelle Ressourcen von Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigen im Bewusstsein, dass es für das Projekt gewinnbringend sein kann, wenn sie genutzt werden.
Methoden und Arbeitsinstrumente	Darauf achten, dass die Methoden und die Arbeitsinstrumente den unterschiedlichen Lebenslagen gerecht werden, in denen sich Menschen mit Migrationshintergrund befinden, und ihren Bedürfnissen angemessen Rechnung tragen.

Leitfragen zur Berücksichtigung der Migrationsdimension

Die Migrationsdimension angemessen zu berücksichtigen stellt Anforderungen an ein Projekt, die nur mit systematischem Vorgehen erfüllt werden können.

Tabelle 4 kann für eine migrationsgerechte Gestaltung Ihres Projekts hilfreich sein, indem – der in Tabelle 3 veranschaulichten Logik folgend – einige Leitfragen

Tabelle 4: Leitfragen zur Berücksichtigung der Migrationsdimension

Phasen	Ziele/Überlegungen
Reflexionsphase	Inwiefern trägt Ihr Projekt zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten bei, die mit dem Migrationshintergrund der Zielgruppe in Zusammenhang stehen? Woran ist ersichtlich, dass sich Ihr Projekt am Ziel der Chancengleichheit für Menschen mit Migrationshintergrund im Bereich der Gesundheitsförderung orientiert?
Konzeptualisierungsphase	<i>Analyse der Ausgangslage und Bedarf</i> Gibt es Hinweise auf gesundheitliche Unterschiede zwischen Migrations- und Referenzbevölkerung (z.B. Bevölkerung schweizerischer Nationalität) und, wenn ja, welche? Auf was sind diese Unterschiede zurückzuführen? Sind sie ausschliesslich dem Migrationshintergrund zuzuschreiben oder sind auch andere Faktoren im Spiel? Sind Studienerkenntnisse zum Thema «(gesundheitliche) Ungleichheiten im Migrationskontext» berücksichtigt worden?
	<i>Identifizierung von Bedürfnissen</i> Unterscheiden sich Bedürfnisse der Zielgruppe mit Migrationshintergrund von jenen der einheimischen Bevölkerung, und, wenn ja, inwiefern? Wenn Sie sich für einen «subjektiven» Ansatz zur Identifizierung der Bedürfnisse entschieden haben (vgl. oben, Konzeptualisierungsphase), haben Sie die Sichtweise von Schlüsselpersonen, interkulturellen Mediatorinnen bzw. Mediatoren, Vertreterinnen bzw. Vertretern von MigrantInnenorganisationen und Fachleuten im Bereich Gesundheit zur Kenntnis genommen? Inwiefern haben Sie berücksichtigt, dass verschiedene Gruppen mit Migrationshintergrund spezifische Bedürfnisse haben könnten? Wie können diese spezifischen Bedürfnisse erklärt werden?
	<i>Identifizierung der Zielgruppe</i> Ist die Zielgruppe Ihres Projekts die am stärksten benachteiligte Gruppe innerhalb der Migrationsbevölkerung? Anhand welcher Indikatoren wurde diese Gruppe identifiziert?

formuliert sind, die Sie sich in der jeweiligen Phase des Projekts stellen können. Selbstverständlich handelt es sich um sehr allgemeine Leitfragen, die je nach Projekt angepasst werden müssen – jedes Projekt ist in einem spezifischen Kontext verortet, dem unbedingt Rechnung getragen werden muss.

Tabelle 4: Leitfragen zur Berücksichtigung der Migrationsdimension

Phasen	Ziele/Überlegungen
Umsetzungsphase	<i>Erreichbarkeit der Zielgruppe</i>
	Kann die Zielgruppe mit Migrationshintergrund als schwer erreichbar bezeichnet werden? Haben Sie, um die Zielgruppe besser erreichen zu können, mit sozialen Netzwerken von Menschen mit Migrationshintergrund Kontakt aufgenommen?
	<i>Partizipation und Ressourcenorientierung</i>
	<i>Partizipation:</i> Welche Bedeutung messen Sie dem Einbezug von Menschen mit Migrationshintergrund bei der Leitung und Umsetzung des Projekts zu? Wie gestaltet sich die Mitarbeit von Menschen mit Migrationshintergrund? Welches sind die Auswahlkriterien? Erfüllen die Einstellungs- und Arbeitsbedingungen für interkulturelle Vermittler und Vermittlerinnen das Kriterium der Gleichberechtigung/Gleichbehandlung aller Projektangestellten (Bezahlung usw.)? Ist vorgesehen, in allen Phasen des Projekts Menschen mit Migrationshintergrund einzubeziehen? Falls nicht, gibt es valable/gewichtige Gründe für diesen Ausschluss?
	<i>Valorisierung der Ressourcen:</i> Welche Ressourcen von Menschen mit Migrationshintergrund haben Sie im Hinblick auf Ihr Projekt identifiziert (in Bezug auf Mitarbeitende wie auch auf Begünstigte)? Wie gedenken Sie diese Ressourcen im Rahmen Ihres Projekts zu valorisieren? Sind Sie sich der Herausforderungen bewusst, welche die Nutzung der Ressourcen von Menschen mit Migrationshintergrund ebenfalls mit sich bringen kann (fehlende Kompetenzen, zusätzliche Arbeitsbelastung von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund im Falle unvorhergesehener Einsätze)?
	<i>Methoden und Arbeitsinstrumente</i>
	Erfordern die Bedürfnisse der Zielgruppe mit Migrationshintergrund die Anwendung spezifischer Methoden? Inwiefern berücksichtigen die im Hinblick auf die gesamte Zielgruppe ausgewählten Methoden den spezifischen Bedarf bzw. die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund? Sind Übersetzungskosten (etwa für die Übersetzung von Dokumenten oder den Einsatz interkultureller Übersetzerinnen und Übersetzer) u.Ä. im Budget vorgesehen? Ist das Arbeits- und Informationsmaterial an die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund angepasst? Tragen Ihre Evaluationsinstrumente den spezifischen Situationen von Menschen mit Migrationshintergrund Rechnung? Haben sich die vorgesehenen Methoden auch für die Zielgruppe mit Migrationshintergrund als wirksam erwiesen?

Checkliste für migrationsgerechte Projektarbeit

Diese Checkliste gibt Ihnen die Möglichkeit, zu überprüfen, inwiefern Ihr Projekt die Situation von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund mitberücksichtigt. Zugleich bietet sie Anregungen, in welchen Bereichen Sie Ihre Arbeit so gestalten können, dass sie (auch) Menschen mit Migrationshintergrund gerecht wird. Sie ist daher insbesondere für Projekte geeignet, die sich nicht nur an Menschen mit Migrationshintergrund richten.

Wenn Sie die Bewertung periodisch wiederholen, in Bezug auf die vorhandenen Verbesserungspotentiale Qualitätsziele setzen und entsprechende Massnahmen ergreifen, können Sie Ihre Fortschritte bei der Berücksichtigung der Migrationsdimension überprüfen, dokumentieren und Ihre Kompetenzen weiterentwickeln.

	Ja	Nein
1. Konzepte der Gesundheitsförderung		
1.1 ¹¹ <i>Gesundheitliche Chancengleichheit</i> : Fördert die geplante Intervention die gesundheitliche Chancengleichheit von Menschen mit Migrationshintergrund?		
Respektiert Ihr Projekt grundlegende Prinzipien wie Nicht-Diskriminierung, Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern usw.? (siehe dazu auch http://www.quint-essenz.ch/de/files/Checkliste_Gender_10.pdf)		
1.4 <i>Partizipation der Akteure des Settings</i> : Sind Menschen mit Migrationshintergrund in den verschiedenen Phasen der Projektarbeit an den Entscheidungsfindungsprozessen beteiligt?		
2. Projektbegründung		
2.1 <i>Bedarfsnachweis des Projekts</i> : Ist recherchiert und dokumentiert, inwiefern Menschen mit Migrationshintergrund innerhalb der Zielgruppe(n) betroffen sind oder einen spezifischen Bedarf aufweisen?		
2.2 <i>Bedürfnisse der Ziel- und Anspruchsgruppen</i> : Werden bei der Umsetzung von Massnahmen spezifische Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund ebenso gut berücksichtigt wie die Anliegen anderer Zielgruppen?		
2.5 <i>Lernen aus anderen Projekten</i> : Haben Sie Ergebnisse und Erfahrungen aus anderen Projekten berücksichtigt, die (spezifisch oder nicht) auf die Migrationsbevölkerung abzielen und aus deren Erfahrungen sich nützliche Lehren im Hinblick auf den von Ihnen gewählten Ansatz ziehen liessen?		
3. Projektplanung		
3.2 <i>Begründung der Vorgehensweise</i> : Ist bei der Planung der Vorgehensweise geprüft worden, ob und wann Interventionsmethoden erforderlich sind, die speziell auf Menschen mit Migrationshintergrund ausgerichtet sind? (Berücksichtigen die Interventionen sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, den Migrationskontext, unterschiedliche Wahrnehmungen/Einschätzungen von Gesundheit usw. angemessen?)		
3.3 <i>Ressourcen</i> : Haben Sie abgeklärt, welche verschiedenen Ressourcen von Menschen mit Migrationshintergrund für Ihr Projekt nützlich wären?		

¹¹ Die Nummerierung bezieht sich auf die Gesamtkriterienliste von <http://www.quint-essenz.ch> (<http://www.quint-essenz.ch/de/dimensions/index.html>).

Die Checkliste ist für <http://www.quint-essenz.ch> entwickelt worden. Auf dieser Website von Gesundheitsförderung Schweiz sind zahlreiche Instrumente zur Qualitätsentwicklung in Projekten zu finden.

Die Checkliste kann unter <http://www.quint-essenz.ch/de/tools/4154.html> heruntergeladen werden und enthält folgende Prüffragen:

	Ja	Nein
Wurde die Entschädigung der Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund unter Berücksichtigung des Gleichbehandlungsprinzips budgetiert?		
4. Projektorganisation		
4.1 <i>Adäquate Projektstruktur:</i> Sind Menschen mit Migrationshintergrund in der Projektorganisation (Projektteam, Begleitgremien) angemessen vertreten?		
4.2 <i>Qualifikationen und Anforderungen:</i> Werden, wenn nötig, Massnahmen ergriffen, damit das Projektteam die Perspektive von Menschen mit Migrationshintergrund einbezieht?		
4.3 <i>Vernetzung:</i> Wurden verschiedene Möglichkeiten zur Zusammenarbeit und Nutzung von Synergien mit Netzwerken der Migrationsbevölkerung geprüft?		
5. Projektsteuerung		
5.2 <i>Formative Evaluation:</i> Werden Zugänge, Erfolgs- und Abbruchquoten sowie die Nachhaltigkeit von einzelnen Massnahmen in Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund erfasst und werden die Ergebnisse und Informationen aus der Evaluation für die Projektsteuerung genutzt?		
5.4 <i>Motivation und Zufriedenheit der Akteure:</i> Wird gegebenenfalls das Verhältnis zwischen Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund und anderen Projektmitarbeitenden im Projektteam und dessen Auswirkungen auf die Projektarbeit regelmässig reflektiert und besprochen?		
6. Wirkungen		
6.1 <i>Summative Evaluation der Zielerreichung:</i> Wird bei der Evaluation der Wirkungen des Projekts überprüft, ob es Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund gibt und ob das Projekt zum tatsächlichen Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten beigetragen hat?		
6.3 <i>Dokumentation des Projekts:</i> Werden Unterschiede zwischen Menschen/Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund bzw. innerhalb der Migrationsbevölkerung im Projektbericht dokumentiert?		
6.4 <i>Information und Valorisierung:</i> Machen Sie der Öffentlichkeit Ihre Kompetenzen bei der Berücksichtigung der Situation von Menschen mit Migrationshintergrund und ihre entsprechend gestalteten Innovationen, Konzepte und/oder Projekte explizit bekannt?		

Fazit

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

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

Selbstverständlich beeinflussen auch etwa das Alter oder das Geschlecht sowie weitere Faktoren die Gesundheit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund. Die Gesundheitsförderung hat im Hinblick auf ihre Interventionen all diese Einflussfaktoren in ihrer Komplementarität zu berücksichtigen.

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

Migration und Integration

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

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

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

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

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

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

Migration und Gesundheit

Achermann, Christin und Milena Chimienti, unter Mitarbeit von Fabienne Stants (2006). Migration, Prekarität und Gesundheit. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsfragen (SFM).

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

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

Domenig, Dagmar (Hg.) (2007). Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Hans Huber.

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

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

Kaya, Bülent, Martina Kamm et Alexis Gabadinho (2007). Ressources du personnel migrant: quelle importance dans le domaine de la santé? Neuchâtel: Forum Suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM).

Loutan, Louis (2001). «The health of migrants and refugees.» In: Zuckerman J.N. and Chichester J.W. (Eds.), Principles and practice of travel medicine. S. 467–475.

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

Gesundheit der Migrationsbevölkerung

Gabadinho Alexis, Philippe Wanner et Janine Dahinden (2007). La santé des populations migrantes en Suisse: une analyse des données du GMM. Neuchâtel: Forum Suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM).

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

Bouchardy, Christine, Philippe Wanner et Luc Raymond (2001). La mortalité des étrangers en 1989-92. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS).

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

Loutan, Louis et Claire-Lise Chagnat (1994). «Afflux de réfugiés en Suisse: quels problèmes de santé?» Dans: Revue suisse de médecine militaire et de catastrophes, 71(4): 105–109.

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

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

Wanner, Philippe, Christine Bouchardy et Luc Raymond (1998). «Comportement des étrangers en Suisse en matière d'alimentation, de consommation d'alcool et de tabac et de prévention.» Dans: Démos, (2): 3–20.

Soziale Ungleichheit und Gesundheit

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

Guilley, Edith (2005). «Longévité et santé». Dans: Ages et générations. La vie après 50 ans en Suisse. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS), 55–71.

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

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

Lehmann, Philippe, Catherine Mamboury and Christoph E. Minder (1990). «Health and social inequities in Switzerland.» In: Social science and medicine, 31(3): 369–386.

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

Vranjes, Nenad, Brigitte Bisig und Felix Gutzwiller (1996). Gesundheit der Ausländer in der Schweiz. Bern, Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Gesundheitliche Chancengleichheit

Kaya, Bülent, in Zusammenarbeit mit Denise Efonayi (2005). Chancengleichheit und Gesundheit: State of the Art. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsfragen (SFM).

Saladin, Peter (Hg.) (2006). Diversität und Chancengleichheit: Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen. Bern: Bundesamt für Gesundheit in Zusammenarbeit mit H+ Die Spitäler der Schweiz.

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

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

Aufenthaltsbewilligungen

Unter <http://www.bfm.admin.ch/bfm/de/home/themen/aufenthalt.html> findet sich eine Übersicht über die unterschiedlichen Typen von Aufenthaltsbewilligungen.

Ausländer/in

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

Diskriminierung

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

Diversität (Vielfalt)

«Unter Diversität werden hier die persönlichen und gesellschaftlichen Differenzen verstanden, die unter anderem aufgrund von Herkunft, Geschlecht, Sprache, Fähigkeiten, Alter, Lebensformen und sozialem Status entstehen und bestehen und sich auf die gesellschaftliche Entwicklung auswirken. Das Management der Diversität strebt einen positiven Umgang mit diesen Differenzen an, um daraus erfolgreiches Handeln für ein Unternehmen, seine Kundinnen und Kunden sowie seine Mitarbeitenden zu gestalten.» (Saladin 2006)

Dolmetscher/in

Dolmetscher/innen sind Fachpersonen mit perfekter Kenntnis der eigenen Muttersprache sowie einer oder mehrerer Fremdsprachen. Sie beherrschen die notwendigen Dolmetschertechniken, um eine gesprochene Botschaft mündlich von der Ausgangssprache in die Zielsprache zu übertragen. (<http://www.inter-pret.ch>)

Empowerment

Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln, das heisst bessere Kontrolle über Entscheidungen und Handlungen, sowie erweiterte Gestaltungsmöglichkeiten der eigenen Lebenswelt und der Bedingungen, welche die Gesundheit beeinflussen. (<http://www.quint-essenz.ch>)

Gesundheitliche Chancengleichheit (equity in health)

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

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

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

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

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

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

Health literacy/Gesundheitskompetenz

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

(<http://www.gesundheitsfoerderung.ch>; Kickbusch 2006)

Integration

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

Interkulturelle/r Übersetzer/in

Interkulturelle Übersetzerinnen und Übersetzer sind Fachpersonen für mündliches Übersetzen in Trialsituationen. Sie ermöglichen eine gegenseitige Verständigung zwischen Gesprächspartnerinnen und -partnern unterschiedlicher sprachlicher Herkunft. Sie dolmetschen unter Berücksichtigung des sozialen und kulturellen Hintergrundes der Gesprächsteilnehmenden.

(<http://www.inter-pret.ch>)

Interkulturelle/r Vermittler/in

Interkulturelle Vermittlerinnen und Vermittler informieren adressatengerecht Migrantinnen und Migranten sowie Fachpersonen öffentlicher Dienstleistungen über kulturelle Besonderheiten, über unterschiedliche Regeln des politischen oder des Sozialsystems sowie über unterschiedliche Umgangsformen. Damit bauen sie Brücken zwischen Migrantinnen und Migranten sowie Bildungs- oder Beratungseinrichtungen und sorgen dafür, dass Unklarheiten zwischen Ärztin/Arzt und Patient/in, Anwältin/Anwalt und Mandant/in, Lehrer/in und Eltern keinen Raum haben. (Saladin 2006)

Kultur

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

Migrant/in

Eine im Ausland geborene Person, die immigriert ist.

Migration

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

Migrationsbevölkerung, Menschen mit Migrationshintergrund

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

Multiplikator/in

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

(BAG, Strategie «Migration und Gesundheit» 2002–2007)

Rassismus

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

(<http://www.edi.admin.ch/ekr/>)

Risikogruppe (Hauptbetroffenengruppe)

Eine Gruppe von Menschen, die aufgrund ihrer biologischen, sozialen oder ökonomischen Lebensumstände, ihres Verhaltens oder ihrer Umwelt bekannten Risikofaktoren ausgesetzt ist und die somit eher zu bestimmten Folgeerscheinungen, wie z.B. Erkrankungen, neigt als der Rest der Bevölkerung. (<http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>)

Ständige ausländische Wohnbevölkerung

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

- Niederlassungsbewilligung,
- Aufenthaltsbewilligung,
- Kurzaufenthaltsbewilligung für einen Aufenthalt von 12 Monaten oder länger.

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

(<http://www.bfm.admin.ch>)

Transkulturelle Kompetenz

«Transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in besonderen Situationen und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten.» (Domenig 2007: 174)

Nützliche Links und Adressen

Bundesamt für Gesundheit BAG

Sektion Chancengleichheit und Gesundheit
info@bag.admin.ch
<http://www.miges.admin.ch>

Bundesamt für Migration BFM

info@bfm.admin.ch
<http://www.bfm.admin.ch>

Contact Netz

info@contactmail.ch
<http://www.contactnetz.ch>

Eidgenössische Ausländerkommission

eka-cfe@bfm.admin.ch
<http://www.eka-cfe.ch>

Forum für die Integration der Migrantinnen und Migranten

info@fimm.ch
<http://www.fimm.ch>

Gesellschaft Minderheiten in der Schweiz

infogms@gra.ch
<http://www.gms-minderheiten.ch>

Gesundheitsförderung Schweiz und quint-essenz

<http://www.gesundheitsfoerderung.ch>
Website für Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention:
<http://www.quint-essenz.ch>

«Gesundheitswegweiser Schweiz»

Neu: zweite, überarbeitete Auflage!
Bestellung unter: <http://www.migesplus.ch/index-de.php>

Handbuch «Diversität und Chancengleichheit» (Saladin 2006)

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

H+ Die Spitäler der Schweiz

Generalsekretariat
geschaftsstelle@hplus.ch; <http://www.hplus.ch>

«Ich geh' ins Spital!»

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

Bestellung unter: <http://www.migesplus.ch>

«Ihre Rechte bei der Ärztin, beim Arzt und im Spital»

Herausgeber: Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion, Kanton Basel-Land

Bestellung unter: <http://www.migesplus.ch>

«Info Mutterschaft»

Herausgeber: Travail Suisse

Bestellung unter: <http://www.migesplus.ch>

«Interkulturelles Vermitteln in Spitälern» – didaktisches Video (mit Broschüre)

Herausgeber: Interpret. Schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln

Bestellung unter: <http://www.inter-pret.ch>

International Centre for Migration and Health, Genève

<http://www.icmh.ch>

Interpret

Schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln

<http://www.inter-pret.ch>

«Migesplus» – Internetplattform für Gesundheitsinformationen in Migrationssprachen

<http://www.migesplus.ch>

Radix Gesundheitsförderung

info-zh@radix.ch

<http://www.radix.ch>

Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien

Forschungsinstitut der Universität Neuchâtel

secretariat.sfm@unine.ch

<http://www.migration-population.ch>

Schweizerisches Rotes Kreuz

<http://www.redcross.ch>

Spitalwörterbuch, Kantonsspital St. Gallen, Departement Pflege

Bestellung unter: <http://www.pflegedienst-kssg.ch>

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

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

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

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

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

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

<p>Sexuelle und reproduktive Gesundheit (vgl. Achermann et al. 2005; Bollini et Wanner 2005; Hälg et al. 2004; Lüthi 2002; Wanner et al. 2002; Wolff et al. 2005)</p> <p>Zielgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Migrantinnen mit prekärem Aufenthaltsstatus ■ Türkinnen ■ Migrantinnen herkunftsspezifisch <p>Empfohlene Massnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Für illegal anwesende Migrantinnen Möglichkeiten der Verhütungsberatung, der Vornahme der Röteln-Impfung sowie der Gebärmutterhalskrebs-Abklärung schaffen ■ Information via bevorzugte Kontaktwege/-orte der Migrantinnen in einer dem Kenntnisstand der Frauen angepassten Art und Weise (in Bezug auf Frauen türkischer Herkunft eher mündlich und visuell, praktische Anleitung in Gruppen) ■ Information insbesondere zu Verhütung und zu den Abläufen im schweizerischen Gesundheitswesen ■ Aufbau/Weiterführung von auf bestimmte Gruppen von Migrantinnen ausgerichteten Angeboten der Geburtsvorbereitung und Säuglingspflege
<p>Nikotinkonsum (vgl. Bodenmann 2003)</p> <p>Zielgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Herkunftsspezifische Zielgruppen <p>Empfohlene Massnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Beratung und Prävention, die auf Migrationserfahrung, Gegebenheiten im Herkunftsland und im Aufnahmeland sowie auf Sprachkompetenzen der zu Beratenden/der Risikogruppe Rücksicht nimmt
<p>Ernährungsverhalten (vgl. Kruseman et al. 2005)</p> <p>Zielgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Afrikanische MigrantInnen <p>Empfohlene Massnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Interventionen, um die MigrantInnen mit den lokalen Nahrungsangeboten besser vertraut zu machen
<p>Risikoverhalten allgemein (vgl. Bodenmann et al. 2005)</p> <p>Zielgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Herkunftsspezifische Zielgruppen <p>Empfohlene Massnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Im Rahmen jeglicher Ausbildung im Präventionsbereich sollte das Verständnis der Einschätzung und Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken durch einheimische und Migrationsbevölkerung vermittelt werden; zudem sollten die Auszubildenden mit Instrumenten vertraut gemacht werden, die eine verbesserte Kommunikation der Risiken ermöglichen

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

<p>Allgemeine Gesundheitsförderungs-/Präventionsmassnahmen (vgl. Aspasie 2002; Bahnan Büechi et Sieber 2004; Hunkeler et Müller 2004; Keel 2001; Loncarevic et Selva 2001; Lüthi 2002)</p>
<p>Zielgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Personen mit prekärem Aufenthaltsstatus, insbesondere Frauen und Sexworkers ■ Türkinnen ■ MigrantInnen am Arbeitsplatz
<p>Empfohlene Massnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Für Frauen und Sexworkers mit prekärem Aufenthaltsstatus Beratungsstellen schaffen, wo sie zu HIV und anderen Krankheiten informiert werden bzw. ihre Kenntnisse reaktivieren können ■ Verschiedene Integrationsmassnahmen; Möglichkeiten schaffen, damit sich Frauen mit prekärem Aufenthaltsstatus ein Solidaritätsnetz aufbauen können, z.B. indem in Durchgangszentren ein Bezugs-personensystem aufgebaut wird ■ Bezüglich Frauen türkischer Herkunft: Information über Gesundheit und Gesundheitsförderung allgemein sowie über das schweizerische Gesundheitssystem, über Möglichkeiten und Grenzen einer Selbstbehandlung via bevorzugte Kontaktwege/-orte der Migrantinnen verbreiten, und dies in einer dem Kenntnisstand der Frauen angepassten Art und Weise (eher mündlich und visuell, praktische Anleitung in Gruppen) ■ Informations- und Präventionsprogramme auf spezifische Arbeitssituationen und Sprachkenntnisse der ArbeiterInnen zuschneiden ■ Grundsensibilisierung mittels Aus- und Weiterbildung: Kurse für Gesundheitspersonal, «Gesundheitswegweiser» und Gesundheitskurse für MigrantInnen

Tabelle 3: Bedürfnisse bestimmter Zielgruppen

<p>Niederschwellige Angebote zur medizinischen Versorgung (Achermann et al. 2005; Bahnan Büechi et Sieber 2004; Bärtschi et Lutz 2003; Loutan 2001a; Médecins sans frontières (MSF) 2002). Asylsuchende: Etlin et Perritaz 2004; Loutan 2001b; Médecins sans frontières (MSF) 2002; Schäublin et al. 2003)</p>
<p>Zielgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Personen mit prekärem Aufenthaltsstatus
<p>Empfohlene Massnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Frauen haben spezifische Bedürfnisse ■ Nachfrage nach bestehenden angepassten Versorgungsleistungen übersteigt das Angebot (eruiert für Genf) ■ Anregungen seitens der NutzerInnen zur Verbesserung der bestehenden Angebote ■ Bedürfnis nach Klarheit bezüglich der Frage der Kostenübernahme
<p>Betreuung von Migrantinnen während der peri- und postnatalen Phase (Hälg et al. 2004)</p>
<p>Zielgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Migrantinnen während der peri- und postnatalen Phase
<p>Empfohlene Massnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Angepasste Informationen zu Verhütungsfragen ■ Mehr/angepasste Information zu den Abläufen im schweizerischen Gesundheitssystem ■ Adäquatere medizinische Versorgung ■ Mehr Respekt, verbesserte Wahrung der Intimsphäre; psychosoziale Bedürfnisse
<p>Betreuung älterer MigrantInnen (Hungerbühler 2004)</p>
<p>Zielgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ältere Migrantinnen
<p>Empfohlene Massnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ U.U. spezifische Bedürfnisse hinsichtlich der Betreuung in Alterseinrichtungen ■ Angepasste Informationen zu Spitex-Dienstleistungen ■ U.U. Zusicherung einer rituell korrekten Bestattung

In den Tabellen zitierte Literatur

(BAG), Bundesamt für Gesundheit (2004). Strategie Migration und Gesundheit: Analyse von MigrantInnennetzwerken. Entwurf Schlussbericht. Studie durchgeführt von INFRAS. Bern: Unveröffentlichtes internes Arbeitspapier.

Achermann, Christin, Milena Chimienti und Fabienne Stants (2005). Migration, Prekarität und Gesundheit. Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsfragen (SFM).

Aspasie (2002). Aspasie, 20 ans: rapport d'activités 2001. Genève: Aspasie.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2003a). Handbuch Tuberkulose. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2003b). Technische Weisung betreffend grenzsanitarische Untersuchungen und Massnahmen bei Personen des Asylbereiches. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Bahnan Büechi, Rania und Christine Sieber (2004). «Frauen Sans-Papiers: Recht auf Gesundheit.» In: Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Hrsg. vom Departement Migration, Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK); mit einem Vorwort von Hans Beat Moser. Zürich: Seismo. S. 139–149.

Bärtschi, Franziska und Monica Lutz (2003). «[...] sie nehmen Risiko auf sich und hoffen, dass nichts passiert.» In: Illegalisierte Migrantinnen und ihre Zugänge zu medizinischen Angeboten: theoretische und empirische Betrachtungen. Bern.

Bodenmann, Patrick (2003). «La migration est-elle un facteur de risque du tabagisme?» Dans: Médecine et Hygiène, (2452): 1870–1873.

Bodenmann, Patrick et al. (2005). Perception du risque pour la santé liée à la consommation excessive d'alcool, au tabagisme et aux comportements sexuels à risque chez les migrants et les autochtones: nécessité d'une prévention différente? Lausanne: Policlinique médicale universitaire.

Bollini, Paola et Philippe Wanner (2005). Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention. Neuchâtel: Forum Suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM).

Chimienti, Milena (2005). «Inclusion - exclusion: le VIH/sida face à d'autres maladies chroniques.» Dans: Sandro Cattacin [et al.] (Hg.), Solidarité et droits sociaux: réflexions partant de la question du VIH/sida. Zürich: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP, S. 51–134.

Dubois-Arber, Françoise et al. (2001). «HIV/AIDS-Prävention in der Schweiz: Bilanz und Ausblick.» In: Schweizerisches Medizin-Forum, (24): 621–625.

Etlin, Melchior et Monique Perritaz (2004). «Centres de santé pour les requérants d'asile.» In: Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Hrsg. vom Departement Migration, Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK); mit einem Vorwort von Hans Beat Moser. Zürich: Seismo. S. 150–156.

Genton, Blaise, Valérie D'Acremont et Daniel Desgrandchamps (2003). «Vaccination chez les migrants.» Médecine et Hygiène, (2455): 2045–2048.

-
- Hälg, Regula et al. (2004). Migration und reproduktive Gesundheit: die Betreuung der Migrantinnen in der Geburtshilfe aus der Sicht von öffentlichen Spitälern in der Schweiz. Bern: Universität Bern, Institut für Ethnologie.
-
- Hohlfeld, Patrick, Clara Thierfelder und Fabienne Jäger (2005). «Patientinnen mit genitaler Beschneidung: schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte.» In: Schweizerische Ärztezeitung, 86(16): 951–960.
-
- Hungerbühler, Hildegard (2004). «Altern in der Migration: Folgen der Lebens- und Arbeitsbiographie» in: Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen, Hrsg. vom Departement Migration, Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK); mit einem Vorwort von Hans Beat Moser. Zürich: Seismo. S. 221–242.
-
- Hunkeler, Brigitte und Eva Müller (2004). Aufenthaltsstatus und Gesundheit. Eine ressourcenorientierte qualitative Untersuchung zur Unsicherheit des Aufenthaltsstatus im Zusammenhang mit der psychosozialen Gesundheit bei Migrantinnen in der Stadt Zürich. Psychologisches Institut, Sozial- und Gesundheitspsychologie. Zürich: Universität Zürich.
-
- Keel, P. (2001). «Low Back Pain and Foreign Workers: Does Culture Play an Important Role?» In: Yilmaz, A. Tarik, Mitchell G. Weiss et Anita Riecher-Rössler (Ed.), Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives. Basel u.a.: Karger.
-
- Kruseman, Maaïke et al. (2005). «Post-migration dietary changes among African refugees in Geneva: a rapid assessment study to inform nutritional interventions.» In: Sozial- und Präventivmedizin (50/3): 161–165.
-
- Loncarevic, Maja und Gabriella Selva (2001). Vom interkulturellen Zusammenleben im Spital: ein Pilotprojekt des Schweizerischen Roten Kreuzes und des Kinderspitals Zürich. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK), Departement Migration.
-
- Loutan, Louis (2001). «The health of migrants and refugees.» In: Zuckerman J.N. and Chichester J.W. (Eds.), Principles and practice of travel medicine. S. 467-475.
-
- Loutan, Louis (éd.) (2001b). Polyclinique de médecine: autoportraits: patients - soignants - citoyens, les chemins de la santé. Genève: Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).
-
- Lüthi, Silvia (2002). Wie sehen türkische Frauen das schweizerische Gesundheitssystem?
-
- Manzano, S. et S. Suter (2002). «La santé des enfants requérants d'asile à Genève.» Dans: Médecine et Hygiène, (2379): 360–362.
-
- Médecins sans frontières (MSF) (2002). Accès aux soins des personnes en marge du système de santé: Genève-Lausanne. Genève: Médecins sans frontières (MSF).
-
- Rommel, Alexander, Caren Weilandt und Josef Eckert (2006). Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD).
-

-
- Schäublin, Rodolphe, Alain Pécoud et Patrick Bodenmann (2003). «Prise en charge médico-sanitaire des requérants d'asile dans le canton de Vaud.» Dans: *Médecine et Hygiène*, (2455): 2016–2018, 2021–2022.
-
- Thierfelder, Clara (2003). *Female genital mutilation and the Swiss health care system*. Basel: Schweizerisches Tropiceninstitut (STI).
-
- UNICEF (2005). *Mädchenbeschneidung in der Schweiz: Umfrage bei Schweizer Hebammen, Gynäkologen/innen, Pädiatern/innen und Sozialstellen*. Zürich: Schweizerisches Komitee für UNICEF.
-
- Verwey, Martine (2002). «...das ist keine Gesundheit!»: psychosozial orientierte Gesundheitswerkstätten mit traumatisierten Flüchtlingen.» In: *Bulletin Medicus Mundi Schweiz*, (86).
-
- Wanner, Philippe et al. (2002). *Familien und Migration: Beiträge zur Lage der Migrationsfamilien und Empfehlungen der Eidgenössischen Koordinationskommission für Familienfragen*. Herausgegeben von der Eidg. Koordinationskommission für Familienfragen EKKF. Bern.
-
- Wolff, Hans et al. (2005). «Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva.» In: *Social science and medicine*, 60: 2149–2154.
-
- Zellweger, Jean-Pierre (2003). «Tuberkulose bei Immigranten: Erkennung und Behandlung.» In: *Schweizerisches Medizin-Forum*, (24 11): 556–558.
-

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Reproduktion mit Quellenangabe gestattet
Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit in Zusammenarbeit
mit Gesundheitsförderung Schweiz
Publikationszeitpunkt: April 2008

Weitere Informationen:

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

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer und italienischer Sprache.

Text:

Bülent Kaya in Zusammenarbeit mit Denise Efonayi-Mäder,
Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien,
Forschungsinstitut der Universität Neuchâtel
Redaktion: Agathe Blaser
Fotos: Hansueli Trachsel, Bremgarten

Bezugsquelle: BBL, Verkauf Bundespublikationen, 3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch

BBL-Artikelnummer: 316.200.d
BAG-Publikationsnummer: BAG GP 400 d 200 f 100 i 30EXT0801

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier