

# Migration und Gesundheit

Strategische Ausrichtung des Bundes 2002–2006



Bundesamt  
für Gesundheit

Die vorliegende Strategie wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Flüchtlinge (BFF), dem Bundesamt für Ausländerfragen (BFA) und der Eidgenössischen Ausländerkommission (EKA) erarbeitet.



BAG OFSP UFSP SFOPH



BFF ODR UFR FOR



EIDGENÖSSISCHE AUSLÄNDERKOMMISSION  
COMMISSION FÉDÉRALE DES ÉTRANGERS  
COMMISSIONE FEDERALE DEGLI STRANIERI  
SWISS FEDERAL COMMISSION FOR FOREIGNERS

Überarbeitete Version aufgrund der Ämterkonsultation  
(Februar 2002)

Die blaue Farbe dieser Publikation entspricht dem Corporate Design des Bundesamtes für Gesundheit. Die Wahl dieser Farbe hat keine ethnische, kulturelle oder länderbezogene Herleitung.

Diese Broschüre kann in den Sprachen Deutsch, Französisch und Italienisch unter [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) eingesehen werden.

## Impressum

Ausgabe: 2002

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit, Bern

Copyright: © Fachstelle Migration und Gesundheit, BAG, Juni 2002

Redaktion: Schweiz. Forum für Migrationsstudien (SFM), Neuchâtel  
in Zusammenarbeit mit der Fachstelle Migration und Gesundheit (BAG)

Konzept und Gestaltung: visu'1 AG, Bern

Druck: Merkur Druck AG, Langenthal

Auflage: 1700 Ex.

Vertrieb und Bestellung: BAG, Fachstelle Migration und Gesundheit, 3003 Bern,  
Telefon 031 323 30 15, Telefax 031 322 24 54, E-Mail [elisabeth.cracco@bag.admin.ch](mailto:elisabeth.cracco@bag.admin.ch)

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

# Inhalt

	Vorwort	2
<b>1</b>	Die Strategie «Migration und Gesundheit» – Überblick	4
<b>2</b>	Zugrunde liegende Werte	8
<b>3</b>	Hintergrund und Ausgangslage für die Strategie im Bereich «Migration und Gesundheit»	12
3.1	Migrationspolitik und demographische Konsequenzen	13
3.1.1	Migrationspolitik	13
3.1.2	Demographische Charakteristiken	14
3.2	Epidemiologische Daten	16
3.2.1	Epidemiologie in der Schweiz	19
3.3	Die bisherige Politik der Schweiz im Bereich «Migration und Gesundheit»	20
<b>4</b>	Interventionsbereiche	24
4.1	Einleitung	25
4.2	Die Interventionsbereiche 2002 – 2006	25
<b>5</b>	Schwerpunkte	30
5.1	Bildung	31
5.2	Information, Prävention und Gesundheitsförderung	32
5.3	Gesundheitsversorgung	33
5.4	Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich	34
5.5	Forschung	35
<b>6</b>	Umsetzung der Strategie und Zuständigkeiten	38
6.1	Finanzierung	39
6.2	Offene Fragen	40
<b>7</b>	Zukünftige Herausforderungen	46
7.1	Evaluation der Zielerreichung	47
	Anhang I: Methodologische Bemerkung zur Erarbeitung der Strategie	50
	Anhang II: Relevante gesetzliche Bestimmungen	54
	Dokumente und weiterführende Texte	60
	Glossar	62

# Vorwort

Menschen aus aller Welt kommen aus den verschiedensten Gründen in unser Land. Sie fliehen vor Armut, Krieg oder Menschenrechtsverletzungen und hoffen auf eine bessere Zukunft.

Doch geht diese Hoffnung in Erfüllung? Es ist eine Tatsache, dass Migranten und Migrantinnen in der Schweiz oft unter schwierigen Bedingungen leben.

Forschungsergebnisse belegen, was wir auch aus der Praxis wissen: ein Teil der Migrationsbevölkerung ist grossen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Auch der Zugang zum Gesundheitssystem gestaltet sich für die ausländische Bevölkerung, die rund 20 Prozent der schweizerischen Wohnbevölkerung ausmacht, häufig schwieriger als für Einheimische.

In Anlehnung an die WHO-Zielsetzung «Gesundheit für alle im Jahr 2000» und um die Probleme im Bereich «Migration und Gesundheit» konkret angehen zu können, hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Flüchtlinge (BFF), dem Bundesamt für Ausländerfragen (BFA) und der Eidgenössischen Ausländerkommission (EKA) die hier vorliegende Strategie erarbeitet. Diese zeigt Problemfelder und ihre Ursachen auf und definiert Interventionsachsen und zu erreichende Ziele.

Mit der Umsetzung der Strategie soll ein wesentlicher Schritt zu Solidarität und Chancengleichheit für alle Menschen im schweizerischen Gesundheitssystem gemacht werden. Dieser Schritt ist auch für die Integration von Migrantinnen und Migranten entscheidend. Denn Gesundheit und Integration stehen in einer Wechselwirkung zueinander. Einerseits beeinflusst der Gesundheitszustand direkt den Integrationsprozess. Personen zum Beispiel, die keine gesundheitlichen Probleme haben, gliedern sich leichter in die Arbeitswelt ein. Andererseits können Integrationsschwierigkeiten Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben. Wegen Isolation und Verunsicherung entstehen bei manchen Personen psychische Probleme.

Eine übergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure auf und zwischen verschiedenen staatlichen Ebenen wird zur Verfolgung dieser Strategie nötig sein. Neben dem Bund ist auch das Engagement der Kantone, von Fachorganisationen und Netzwerken der Migrationsbevölkerung gefragt und gefordert.

Nur so wird unser Gesundheitswesen diejenige Offenheit erlangen, die es Menschen beider Geschlechter, verschiedener Herkunft und aller sozialen Schichten erlaubt, angemessene Gesundheitsleistungen zu beziehen und Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.



Ruth Dreifuss

# 1

## Die Strategie «Migration und Gesundheit» – Überblick

Grundlage der hier vorgestellten Strategie ist eine breit angelegte Erhebung in Fachkreisen, die mit den Planungszielen des Bundesrates und der Bundesämter in Einklang gebracht wurde. Fünf Schwerpunkte stehen dabei im Vordergrund: 1. Sensibilisierung für migrations- und schichtspezifische Fragestellungen und Probleme in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Förderung spezifischer Aus-, Fort- und Weiterbildung; 2. Information, Gesundheitsvorsorge und -förderung in der Migrationsbevölkerung; 3. Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund; 4. Therapieangebote für traumatisierte Flüchtlinge und Asylsuchende; 5. Forschung und Monitoring im Bereich Migration.

Der Bund engagiert sich schon seit Jahren dafür, Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung zu erkennen und durch spezifische Massnahmen zu verringern. Er geht dabei von einem dynamischen und ganzheitlichen Gesundheitsverständnis aus, das Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit definiert. Gesundheit ist vor allem auch Lebensqualität. Soziale und ökonomische Sicherheit, persönliche Gestaltungsfreiheit und Privatsphäre sowie Vertrauen in Politik und Behörden tragen zur Lebensqualität ebenso bei wie eine richtige Ernährung, gesundheitsverträgliche Verhältnisse und entsprechendes Verhalten. Auch eine gute Ausbildung und ein allgemein zugängliches Gesundheitsversorgungssystem sind ganz wichtige Faktoren für Lebensqualität und somit Gesundheit, wobei Armut nach wie vor als grösste Bedrohung für die Gesundheit gilt. Gerade der Faktor Armut hat eine geschlechtsspezifische Dimension, die im Bereich der Migration und deren Umstände und Risiken verstärkt zum Ausdruck kommen kann. Gesundheit umfasst in einem ganzheitlichen Ansatz aber auch die Mobilisierung von Prozessen und Potenzialen in der Bevölkerung. Dieser Ansatz beruht darauf, Verantwortung zwischen Individuen, Organisationen und Institutionen zu teilen. Insbesondere sollen Individuen und Gruppen die Fähigkeit erwerben, eigene Bedürfnisse, Wünsche und Hoffnungen zu befriedigen und sich an der Gestaltung und Veränderung der Umwelt aktiv zu beteiligen. Auch die Massnahmen für die Migrationsbevölkerung im Gesundheitsbereich waren bisher von diesem ganzheitlichen Ansatz geprägt und sollen in den nächsten Jahren im Rahmen der Integrationspolitik fortgesetzt werden. Die hier vorgestellte Strategie des Bundes für den Bereich «Migration und Gesundheit» soll die Wirksamkeit dieser Massnahmen verstärken. Eines der Ziele der schweizerischen Ausländerpolitik, das auch in die Verordnung über die Begrenzung der Zahl der Ausländer vom 6. Oktober 1986 aufgenommen wurde, ist die Schaffung günstiger Rahmenbedingungen für die Integration der hier wohnenden und arbeitenden Migrantinnen und Migranten. Der Bundesrat hat diesen Grundsatz in seinem Bericht zur Ausländer- und Flüchtlingspolitik vom 15. Mai 1991<sup>1</sup> bestätigt und seine Bereitschaft unterstrichen, in weit stärkerem Masse als bisher auf allen Stufen des Staatswesens Massnahmen zur Förderung der Integration zu ergreifen. Aufgrund der zunehmenden Bedeutung der sozialen Integration wurde deren Förderung als wichtiges Ziel in die Legislaturplanung 1995–1999 des Bundesrates aufgenommen.

Zu den verbesserten Rahmenbedingungen gehören auch die Bestrebungen im Zusammenhang mit den Revisionen des Ausländergesetzes (AuG) und des Bürgerrechts (BüG). Der Entwurf zum neuen Ausländergesetz (Botschaft des Bundesrates) sieht u.a. einen erleichterten Kantonswechsel vor, welcher die berufliche Integration erleichtert und sich damit integrationsfördernd auswirkt. Zudem werden die Voraussetzungen des Familiennachzugs erleichtert und damit die soziale Stellung verbessert. Durch ein beschränktes Anreiz- und Sanktionensystem soll die Bereitschaft zur Integration der Migrantinnen und Migranten zusätzlich unterstützt werden. Zudem soll die Zusammenarbeit und Koordination der Integrationsbemühungen auf Bundesebene, namentlich in den Bereichen Arbeitslosenversicherung, Berufsbildung und Gesundheit verstärkt werden. Ziel ist das Entwickeln und Verfolgen einer Gesamtstrategie der Integration auf Bundesebene in enger Zusammenarbeit mit den Kantonen. Zu den Integrationsbemühungen gehören auch die Erleichterungen bei der Einbürgerung, welche die Botschaft zu einer Revision der entsprechenden Verfassungsbestimmungen und zum neuen Bürgerrecht vorsehen. Bestehen bleibt auch nach der Revision des Ausländergesetzes und des Bürgerrechts die Unsicherheit des Aufenthaltsstatus (u.a. von Migrantinnen mit L-Ausweis oder ausländischen Ehefrauen vor Ablauf der 5-Jahres-Frist), der sich negativ auf die Gesundheit auswirken kann.

Bei der Umsetzung dieser Strategie im Asylbereich können Zielkonflikte entstehen. Die Massnahmen im Asylbereich sind nämlich von der Idee getragen, dass politisches Asyl dazu berechtigten Personen erteilt wird und dass Missbrauch bekämpft wird. Die Strategie für den Bereich «Migration und Gesundheit» geht aber nicht vom Aufenthaltsstatus, sondern von Problemsituationen aus. Das hat zur Folge, dass sich die Asylpolitik nicht länger einer gesundheitlichen Versorgung der hier nur vorübergehend anwesenden Bevölkerung verschliessen kann. Allerdings soll die Umsetzung von gesundheitsrelevanten Massnahmen im Asylbereich auch keine Sachzwänge und keine Attraktivitätssteigerung der Schweiz als Asylland zur Folge haben, damit keine juristischen Probleme und Widersprüche entstehen.

Die Strategie «Migration und Gesundheit» baut auf einer breit angelegten Untersuchung unter Expertinnen und Experten auf (siehe Anhang I) und stellt fünf hauptsächliche Interventionsbereiche in den Vordergrund:

<sup>1</sup> Der Bundesrat unterbreitete in diesem Zusammenhang dem Parlament im Rahmen der Totalrevision des Asylgesetzes im Jahre 1995 einen Entwurf zur Änderung des Bundesgesetzes vom 26. Mai 1931 über Aufenthalt und Niederlassung der Ausländer (ANAG). Am 26. Juni 1998 wurden die Änderungen von Artikel 25 Absatz 1 Buchstabe i ANAG (Grundlage für die Eidgenössische Ausländerkommission) und 25a ANAG (Ausrichtung von Beiträgen durch den Bund) angenommen. Sie traten am 1. Oktober 1999 in Kraft. Im Übrigen erwähnt die Verordnung über die Integration von Ausländerinnen und Ausländern vom 13. September 2000 ausdrücklich Mass-

nahmen zur Verbesserung der Gesundheit (Artikel 16, Buchstabe g). Im Asylbereich fördert der Bund Integrationsprojekte nur für anerkannte Flüchtlinge, hingegen nicht für Asylsuchende. Für diese werden Projekte durchgeführt, die in erster Linie die Erweiterung der sozialen und beruflichen Kompetenz vorsehen sowie den negativen Folgen der Erwerbs- und Beschäftigungslosigkeit entgegenwirken. Andere wichtige Ziele dieser Projekte sind die Rückkehrhilfe und die Wiedereingliederung im Herkunftsland (Artikel 91 Absatz 1 und 93 Asylgesetz) – siehe Anhang II.

- Sensibilisierung für migrations-, schicht- und geschlechtsspezifische Fragestellungen und Probleme in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Förderung spezifischer Aus-, Fort- und Weiterbildung (dabei soll die schicht- und geschlechtsspezifische Problematik nicht nur migrationsbezogen, sondern generell thematisiert werden);
- Information, Prävention und Gesundheitsförderung in der Migrationsbevölkerung;
- Gezielte Verbesserung und Vereinfachung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung<sup>2</sup> für die Migrationsbevölkerung (was auch Auswirkungen auf andere benachteiligte Bevölkerungsgruppen haben kann, da diese ebenfalls von dem erleichterten Zugang profitieren);
- Therapieangebote für traumatisierte Flüchtlinge und Asylsuchende (Krieg, Folter, Vergewaltigung, Gewalt, traumatische Migrationserfahrungen);
- Forschung und Monitoring im Migrationsbereich.

Diese Interventionsbereiche müssen von einer generellen Politik gestützt werden, die im Sinne des ganzheitlichen Gesundheitsansatzes auch die Rahmenbedingungen der Integration der Migrationsbevölkerung in der Schweiz umfasst (Zulassungspolitik, Einbürgerungspolitik, Antirassismus- und Antidiskriminierungsmassnahmen, Arbeitsmarktpolitik, Integrationspolitik und Gleichstellungspolitik). Zu diesem Zweck sollten deshalb die hier vorgeschlagenen Massnahmen mit den migrationspolitisch relevanten Akteurinnen und Akteuren sowohl auf Bundesebene als auch in den Kantonen und Gemeinden koordiniert werden. Expertinnen und Experten im Gesundheitsbereich gehen davon aus, dass eine bessere Koordination unter diesen Akteurinnen und Akteuren und mehr Wissen über Gesundheitsfragen in der Migrationsbevölkerung sowie eine gezieltere Versorgung dieser Gruppe letztendlich Kostenersparnisse im Gesundheitswesen zur Folge hat. Dieser Faktor kann insbesondere im Asylbereich zu einer Entschärfung der Debatte um die Einschränkung der Versicherungsleistungen für Asylsuchende führen. Die o.a. Expertinnen und Experten gehen zudem davon aus, dass Massnahmen im Migrationsbereich dank einer grundsätzlichen Sensibilisierung des Gesundheitswesens für zielgruppenspezifische Aspekte sich ebenfalls positiv auf diejenigen Schweizerinnen und Schweizer auswirken werden, die sich in ähnlichen Problemlagen wie ein Teil der Migrationsbevölkerung befinden.

Die Strategie wendet sich deshalb zur Realisierung der vorgeschlagenen Interventionen sowohl an verschiedene Bundesämter als auch an die Kantone, die Gemeinden und die privaten Organisationen, die im Gesundheitsbereich bereits erfolgreich tätig sind. Sie wurde mit den allgemeinen Richtlinien der verschiedenen betroffenen Ämter, mit der Legislaturplanung des Bundes für die Jahre 1999–2003 sowie mit den relevanten gesetzlichen Bestimmungen abgestimmt.<sup>3</sup>

Im europäischen Kontext übernimmt die Schweiz im Bereich «Migration und Gesundheit» mit der vorliegenden Strategie eine Vorreiterrolle. Auf europäischer Ebene sind diesbezüglich im Rahmen des Gesundheitskomitees des Europarates seit Herbst 2001 intensive Bemühungen im Gange, die Mitgliedstaaten zur Erarbeitung einer Globalstrategie zu bewegen. Eine entsprechende Empfehlung wurde Ende November 2001 verabschiedet.

<sup>2</sup> In diesem Sinne müssen auch die in der Asylverordnung 2 vorgesehenen Massnahmen der Zugangssteuerung zum Gesundheitswesen (u.a. Gate-Keeping-Modell) gesehen werden.

<sup>3</sup> In der Legislaturplanung 1999–2003 setzt sich der Bund im Bereich der nationalen Gesundheitspolitik vor allem das Ziel der «Optimierung des Systems der sozialen Sicherheit» und der «Erneuerung des Solidaritätsgedankens im Innern». In Bezug auf die Migrationsbevölkerung möchte der Bund mit Hilfe des Asylgesetzes und über die Totalrevision des Ausländergesetzes unter anderem eine verbesserte Integration der in der Schweiz lebenden Migrantinnen und Migranten erreichen. Erwähnt sei in diesem Zusammenhang auch, dass das Bundesamt für Gesundheit den Bereich «Migration und Gesundheit» als «Geschäftsfeldbereich» in seine Amtsstrategie aufgenommen hat. Zu den gesetzlichen Grundlagen siehe Anhang II.





# 2

## Zugrunde liegende Werte

Die Strategie orientiert sich an den Werten der Chancengleichheit, der adäquaten Leistungserbringung seitens des Gesundheitswesens, der Selbstverantwortung und des Empowerments, der Verhältnismässigkeit der Massnahmen und der wissenschaftlichen Fundierung.

Forschung und Praxis der vergangenen Jahre belegen, dass der Zugang zum Gesundheitssystem für die ausländische Bevölkerung, die rund 20% der schweizerischen Wohnbevölkerung ausmacht, häufig schlechter ist als für Einheimische. Als Folgeerscheinung treten nicht selten gesundheitliche Defizite bei dieser Gruppe auf (vgl. Kapitel 3.2). Doch kann der Bereich der Migration nicht nur auf die ansässige Bevölkerung mit gesichertem Aufenthaltsstatus reduziert werden. Auch Asylsuchende und illegal<sup>4</sup> in der Schweiz lebende Personen ausländischer Herkunft stellen eine besondere gesundheitliche Herausforderung im präventiven und im kurativen Bereich für das Gesundheitswesen dar. Bei Frauen mit illegalem Aufenthaltsstatus erscheint ein Querverweis auf ihre Opferrolle im internationalen Geschäft des Frauen- und Mädchenhandels und dessen Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen angebracht. Ebenso sind im Asyl- und Flüchtlingsbereich die geschlechtsabhängigen Ursachen einer Flucht aus dem Heimatland in eine umfassende Betrachtung des Gesundheitszustandes miteinzubeziehen. Das Gesundheitswesen hat somit verschiedene Aufgaben zu lösen: Es muss die Gesundheitsdefizite der immer heterogener werdenden Migrationsbevölkerung reduzieren, deren vorhandene Ressourcen vermehrt nutzen und dabei den Bestrebungen zu einer Kontrolle der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen Rechnung tragen. Der Bund hat den generellen Auftrag, sich für die Gesundheit der Bevölkerung, die auf dem Schweizer Territorium lebt, also Schweizerinnen und Schweizer sowie Personen mit ausländischem Pass, einzusetzen. Der Auftrag des Bundes hinsichtlich der Gesundheit der Migrationsbevölkerung orientiert sich an der generellen Zielsetzung des ganzheitlichen Gesundheitsansatzes. Drei Werte, die auch der hier vorgestellten Strategie zugrunde liegen, sind dabei wesentlich, nämlich Chancengleichheit, adäquate Leistungen, Selbstverantwortung.

- Aus der Sicht des Bundes soll das Gesundheitswesen jene Offenheit besitzen, die es Menschen beider Geschlechter, verschiedener Herkunft und aller sozialen Schichten erlaubt, angemessene Gesundheitsleistungen zu beziehen. Das betrifft auch diejenigen, die sich nur vorübergehend in der Schweiz aufhalten (Prinzip der Chancengleichheit).
- Diese Chancengleichheit muss durch zielgruppenspezifische Leistungen seitens des Gesundheitswesens erreicht werden, die auch spezifische Problemlagen berücksichti-

gen. Dabei soll nicht eine Besserstellung der Migrationsbevölkerung gegenüber der einheimischen Bevölkerung erreicht werden, sondern die Erhöhung der Chancengleichheit durch den Einsatz gezielter Massnahmen (Prinzip der adäquaten Leistungserbringung).

- Die Leistungserbringung muss den Einbezug der Ressourcen der Klientinnen und Klienten des Gesundheitssystems vorsehen und diese bei der Leistungserbringung partizipativ einbeziehen. Ebenso soll die Übernahme von Eigenverantwortung seitens dieser Gruppen gefördert werden: Dies entspricht dem Prinzip der individuellen Verantwortung und des Empowerments. Empowerment geht davon aus, dass viele Fähigkeiten beim Menschen zumindest latent vorhanden sind. Voraussetzungen für ihre Entfaltung sind entsprechende Handlungsmöglichkeiten. In der Ottawa-Charta 1986 zur Gesundheitsförderung wird der Empowerment-Ansatz durch folgende drei Handlungsqualifikationen definiert:
  - Interessen vertreten: Gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen gesundheitsfördernd beeinflussen,
  - Befähigen und Ermöglichen: Chancengleichheit im Gesundheitssystem herstellen,
  - Vermitteln und Vernetzen: Koordiniertes, sektorenübergreifendes Zusammenwirken aller beteiligten Akteurinnen und Akteure.

Die hier angeführten Werte lassen sich allerdings ohne eine Verhältnismässigkeit der Massnahmen wie auch ohne deren wissenschaftliche Fundierung nicht umsetzen. Kriterien für Legitimation, Effektivität und Effizienz der Strategie sind folgende Prinzipien: Chancengleichheit, adäquate Leistungserbringung, Selbstverantwortung und Empowerment, Verhältnismässigkeit, wissenschaftliche Fundierung. Diese Prinzipien sind auch richtungsweisend für das Setzen von Prioritäten.

<sup>4</sup> ohne formales Aufenthaltsrecht





# 3

## Hintergrund und Ausgangslage für die Strategie im Bereich «Migration und Gesundheit»

Forschung und Praxis belegen, dass ein Teil der Migrationsbevölkerung grossen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt ist. Studien (siehe Literaturliste) bestätigen diese Risiken und eine sich kumulierende Benachteiligung der Migrantinnen und Migranten gegenüber anderen Bevölkerungsgruppen auf diesem Gebiet. Die spezifische soziodemographische Struktur der Migrationsbevölkerung – die durch Migrationspolitiken erzeugt wird – kann als Ausgangspunkt für die Erklärung dieser Problematik gesehen werden. Jene ist vor allem schichtbedingt, doch spielen auch spezifische Migrationserfahrungen eine Rolle. Deshalb haben sich bisherige Massnahmen auf die Überwindung schichtbedingter Problemlagen und spezifischer migrationsbedingter Gesundheitsprobleme konzentriert. Das trifft auch auf die bisherige Politik im Bereich «Migration und Gesundheit» in der Schweiz zu.

Als sich in den 60er- und 70er-Jahren die sozialwissenschaftliche Forschung mit dem Thema Migration und Gesundheit zu befassen begann, wurde vor allem unterstrichen, welche Gesundheitsprobleme die Erfahrung der Migration mit sich brachte. Zunächst widmete sich die Forschung dabei dem Problem der psychischen Labilität, später auch den Fragestellungen, die mit der Schichtzugehörigkeit bestimmter Gruppen mit Migrationshintergrund zusammenhingen. Der Frage der Integration der Migrantinnen und Migranten in der «fremden Heimat» kam in diesem Zusammenhang besondere Bedeutung zu, und drei wichtige Aspekte wurden hervorgehoben: Ermöglichung der Klassenmobilität (d.h. der Wechsel aus einer sozialen Klasse in eine andere), psychosoziale Unterstützung und ganz allgemein die Zunahme von Integrationsangeboten mit dem Ziel, die Unterschiede dieser Gruppe zur alteingesessenen Bevölkerung zu verringern. Diese Massnahmen sollten zur Öffnung der Gesellschaft insgesamt führen, und zwar vor allem von bestimmten gesellschaftlichen Teilbereichen wie Wirtschaft, Staat, Schule und Gesundheitssystem. Darin sah man eine Möglichkeit, die ebenbürtige Behandlung von Migranten und Migrantinnen herbeizuführen.

In den 70er-Jahren wertete die Forschung diese Strategie der «Assimilation» der Migrationsbevölkerung und der Öffnung der Gesellschaft aus und kam zu dem ernüchternden Resultat, dass migrationsspezifische Problematiken zu wenig berücksichtigt worden waren. Einheitliche Modelle für den Gesundheits- und Sozialbereich, die von der Idee des gleichen Angebots für alle ausgingen, konnten aufgrund der zunehmenden Heterogenität der Einwanderer nicht greifen. Als Reaktion bildeten sich Ende der 70er-Jahre und vor allem in den 80er-Jahren eine Forschungsrichtung und eine Praxis heraus, die sich auf den Aspekt des «Entgegenkommens» konzentrierte: Entgegenkommen bei der Verständigung und hinsichtlich migrationsspezifischer Charakteristiken; Entgegenkommen aber auch durch Übertragung von Kompetenzen mit dem Ziel einer Hinführung zur selbstständigen Lösung von Problemen.

Heute sind diese Entwicklungen im Gesundheits- und Sozialbereich bekannt, und es stellt sich in erster Linie die Frage, wie sich die Leistung erbringenden Dienste auf die erhöhte Komplexität in diesem Bereich einstellen können. Einen Weg zur Verbesserung des Gesundheitszustandes in der Migrationsbevölkerung sieht man inzwischen in der Favorisierung von Gesundheitssystemen, die

- Zugangsbarrieren minimieren (Stichwort: Offenheit),
- spezifische Programme für Personen erstellen, die aufgrund ihres Migrationshintergrundes und ihrer Migrationserfahrung nur beschränkten Zugang in ein grundsätzlich offenes Gesundheitssystem finden (Ziel dabei ist, spezifische Hilfestellungen zu leisten – Stichwort: Pluralismus),

- die eigenständige Verarbeitung von Problemen und die selbstbestimmte Umsetzung von Massnahmen fördern (Stichwort: Empowerment).

Dadurch werden nicht nur die Chancen einer adäquaten Gesundheitsversorgung der Migrationsbevölkerung verbessert, sondern auch weiterreichende Ziele unterstützt, wie zum Beispiel die Integration der Migrantinnen und Migranten. Auch können dadurch unerwünschte Nebenwirkungen migrationsbedingter Stresssituationen vermindert werden, die unter anderem Aggressivität und Gewalttätigkeit auslösen können.

### 3.1 Migrationspolitik und demographische Konsequenzen

Wie kann nun diese Orientierung, die eine Kombination von Öffnung des Gesundheitssystems, zielgruppenspezifischen Massnahmen für Migrantinnen und Migranten und Verantwortungsübertragung darstellt, für die Schweiz wirksam werden? Um diese Frage zu beantworten, soll auf die Eigenart der Situation in der Schweiz eingegangen werden. Wir beschreiben deshalb kurz die Ausgangssituation, auf deren Hintergrund diese Strategie entwickelt wurde. Dabei wird die Migrationspolitik und deren Auswirkungen auf die soziodemographische Struktur der Migrationsbevölkerung geschildert.

#### 3.1.1 Migrationspolitik

Die vom Bund verfolgte Migrationspolitik soll heute im Sinne eines kohärenten und umfassenden Ansatzes allen Aspekten der Migration Rechnung tragen. Zur Migrationspolitik gehören die Ausländerpolitik (insbesondere die Zulassungspolitik), die Asylpolitik, die Integrationspolitik sowie die Migrationsaussenpolitik (vgl. Art. 3 Vernehmlassungsentwurf zum neuen AuG). Die Zulassungspolitik steht im Interesse der Gesamtwirtschaft und soll die kulturellen und wirtschaftlichen Bedürfnisse der Schweiz angemessen berücksichtigen, dabei aber darf sie eine ausgeglichene demographische und soziale Entwicklung nicht beeinträchtigen. Bei der Zulassung sind völkerrechtliche Verpflichtungen zu beachten und humanitäre Gründe mitzubedenken. Ziel der Integrationspolitik ist insbesondere ein Zusammenleben der einheimischen und der ausländischen Wohnbevölkerung auf der Basis gemeinsamer Grundwerte und der rechtsstaatlichen Ordnung sowie ein chancengleicher Zugang zu den wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Ressourcen. Die Migrationsaussenpolitik bezweckt eine Verminderung der unfreiwilligen Migration insbesondere durch die Förderung der Menschenrechte und Demokratie sowie einer nachhaltigen

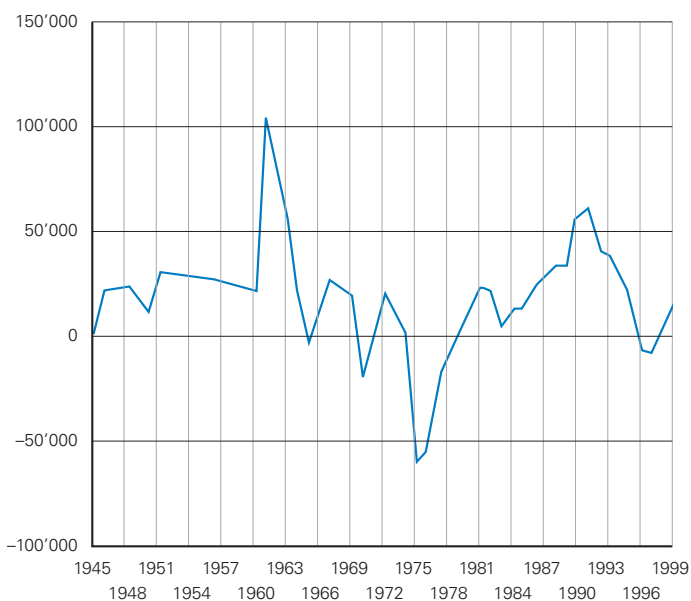
und ausgeglichenen wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung in den Herkunftsländern.

Die schweizerische Migrationspolitik wurde lange Zeit von arbeitsmarktlichen Überlegungen und von der Identitätsfrage (die «Überfremdungsfrage») charakterisiert. Die Einwanderung sollte nämlich den wirtschaftlichen Aufschwung der Nachkriegszeit ermöglichen, ohne die «schweizerische kulturelle Eigenart» zu gefährden. Als Antwort auf xenophobe Tendenzen kam in den 70er-Jahren ein dritter Aspekt dazu, die Integrationspolitik, die sich zwar ansatzweise auf nationaler Ebene, aber vor allem in einzelnen Kantonen und Städten entwickelte. Ein vierter Schwerpunkt der Migrationspolitik bindet die Schweiz vermehrt über internationale Partnerschaften an ein System von Rechten und Pflichten gegenüber Migranten und Migrantinnen (denken wir an Rechtsansprüche im Bereich des Familiennachzugs als Folge der Europäischen Menschenrechtskonvention sowie die bilateralen Verträge mit der Europäischen Union) und insbesondere auch Asylsuchenden und Flüchtlingen (zum Beispiel völkerrechtliche Verpflichtungen aus der Genfer Flüchtlingskonvention). Dadurch entstand in den 60er-Jahren eine systematische Politik für den Asylbereich. Diese vier Schwerpunkte sind einerseits eine Antwort auf die Migrationsrealität der Schweiz in ihrer Funktion als Einwanderungsland; andererseits erzeugen sie aber auch eine spezifische Bevölkerungsstruktur innerhalb der Migration. Diese Bevölkerungsstruktur stellt den Ausgangspunkt der Strategie «Gesundheit und Migration» dar und ermöglicht es, Zielgruppen zu definieren.

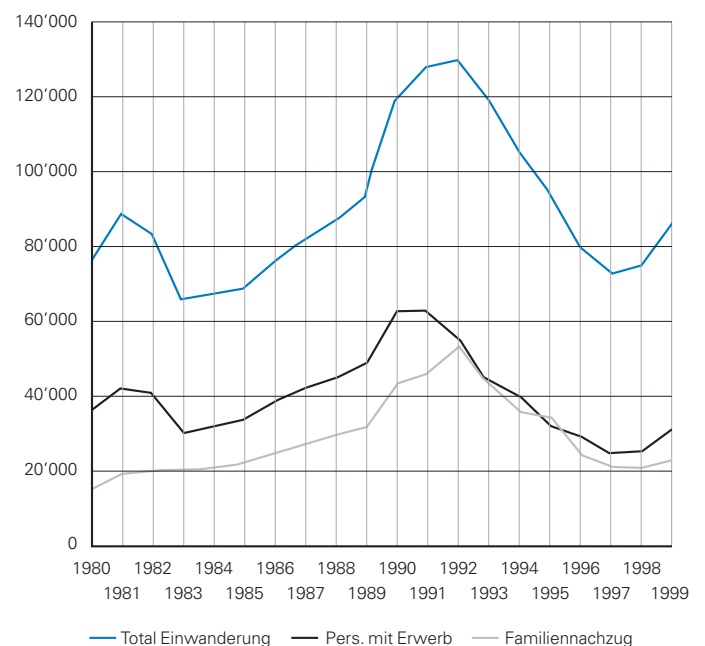
### 3.1.2 Demographische Charakteristiken

Zur Zeit sind rund 19,3% (etwa 1,4 Millionen Personen) der Bevölkerung in der Schweiz ausländischer Nationalität (Personen mit Niederlassungs- und Jahresaufenthaltsbewilligung). Davon sind knapp 47% Frauen. Ausländischer Herkunft sind weitere 5%, die sich seit 1945 eingebürgert haben. Zur Migrationsbevölkerung sind auch jene Personen zu zählen, die sich nur vorübergehend in der Schweiz aufhalten. Ihre Zahl beläuft sich derzeit auf rund 140'000 Personen (Asylsuchende und vorläufig Aufgenommene: 77'842; Saisonarbeitskräfte: 30'999; Personen mit einem Kurzaufenthaltsstatus in der Schweiz: 28'766). Im Durchschnitt reisten in den letzten zwanzig Jahren rund 90'000 Menschen jährlich in die Schweiz ein, um hier zu leben und zu arbeiten. Etwas geringer war die Anzahl jener, die das Land wieder verliessen, um in ihre Heimat zurückzukehren (Graphik 1). Gesamthaft betrachtet ist der Wanderungssaldo bei ausländischen Frauen höher als bei ausländischen Männern. Die wichtigsten Merkmale der Migrationsbevölkerung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Der grösste Teil dieser Gruppe ist in die Schweiz gekommen, entweder um hier zu arbeiten oder im Rahmen binationaler Ehen und des Familienzusammenschlusses (Graphik 2). Asylsuche (Graphik 3) oder Ausbildungswünsche sind weitere wichtige Motive für die Einreise.
- Die Aufenthaltsdauer ist sehr unterschiedlich, doch können Migrantinnen und Migranten, die nur wenige Jahre oder



Graphik 1  
Wanderungssaldo der Schweiz (Einwanderung minus Auswanderung), 1945–1999  
Ständige Wohnbevölkerung – Quelle BFS

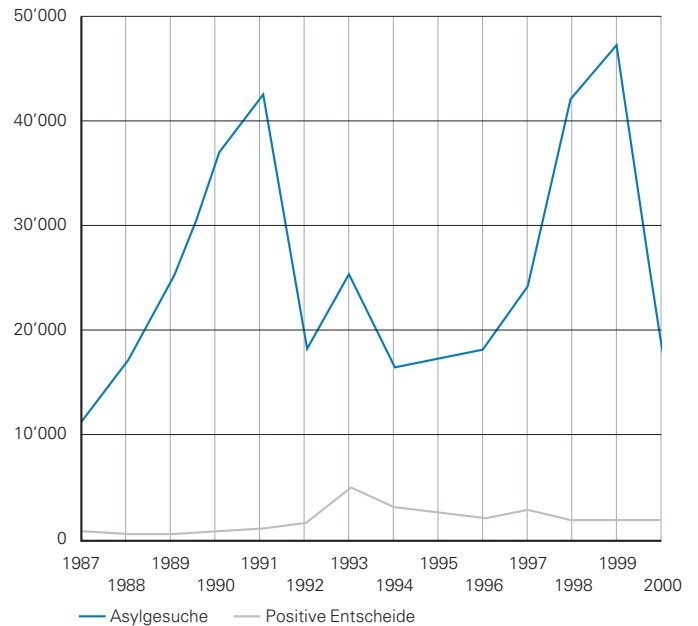


Graphik 2  
Einreisegründe 1987–1999 – ständige Wohnbevölkerung  
Quelle BFA



auch einen Grossteil ihres Arbeitslebens in der Schweiz verbringen, von jenen unterschieden werden, die aus politischen Gründen ihre Heimat verlassen haben und sich für den Rest ihres Lebens in der Schweiz niederlassen. Hinzu kommen Asylsuchende und so genannte Schutzbedürftige, die sich häufig nur für kurze Zeit in der Schweiz aufhalten.

- Migrantinnen und Migranten kommen mehrheitlich im jungen Arbeitsalter in die Schweiz, das heisst nach der Ausbildung und kurz nach Beginn des Berufslebens. Diese Gruppe unterliegt einer hohen Fluktuation. Das führt u.a. dazu, dass die Altersstruktur der Migrationsbevölkerung sich stark von der einheimischen Bevölkerung unterscheidet. In den letzten dreissig Jahren alterte jedoch auch die Migrationsbevölkerung, ein Trend, der in Zukunft weiter zunehmen wird (Graphiken 4a und 4b).
- Trotz Familiennachzugs verfügen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz über kein vollständiges Verwandtennetz, das sie mobilisieren können. Dieser Faktor kann zwar zur Überforderung innerhalb der Familie führen, aber auch zur Entwicklung funktional äquivalenter Netze (kulturelle Vereine, Sportvereine, Treffpunkte, erweitertes Familienverständnis). In diesem Zusammenhang sei an die zentrale Rolle einzelner Migrantinnen als Netzwerkbildende und -aufrechterhaltende innerhalb und ausserhalb der Familie erinnert. Frauen sind zudem Vermittlerinnen von Tradition und Werten und somit bei Gesundheitsförderungsprojekten besonders zu beachten.
- Die Herkunftsländer des Grossteils der Migrantinnen und Migranten sind ursprünglich die Nachbarländer der Schweiz. Später wurde die Rekrutierung von Arbeitskräften auf den ganzen mediterranen Raum ausgedehnt. Inzwischen hat sich die Zusammensetzung der Migrationsbevölkerung stark differenziert. Gründe dafür sind vor allem die Globalisierung des Arbeitsmarktes und die internationalen Migrationsbewegungen von Asylsuchenden. Trotz dieser Faktoren ist rund 90% der Migrationsbevölkerung in der Schweiz europäischer Herkunft (84%, zählt man die Türkei nicht zu Europa, 56% aus den EU-/EFTA-Staaten) (Tabellen 1 und 2).
- Zu den soziodemographischen Charakteristiken der Migrationsbevölkerung gehört auch, dass das Bildungs- und Lohnniveau im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung niedriger ist und dass Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit bei Migrantinnen und Migranten häufiger verbreitet sind. Auch hier ist die höhere Vulnerabilität von Frauen zu erwähnen, da gerade Migrantinnen ohne qualifizierte Bildung in jenen Branchen des Industrie- und Dienstleistungssektors arbeiten, die von Konjunkturschwankungen stärker betroffen sind (u.a. Textil- und Bekleidungsbranche, Gastgewerbe). Das Gleiche gilt für die so genannten Working Poor: Tätigkeiten in typischen Niedrig-



Graphik 3  
Einreisen von Asylsuchenden und Anerkennung von Gesuchen  
(1987–2000) Quelle BFF

lohnbranchen (und damit auch Beschäftigungsbranchen mit einem hohen Anteil an Migrantinnen) wie Gastgewerbe, Detailhandel und Textilbranche sind in hohem Masse von Working Poor besetzt. Armut hat negative Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten: Einsparungen werden v.a. in Bezug auf ärztliche Dienstleistungen gemacht.

- Bei gesundheitsförderndem Verhalten wie regelmässige körperliche Aktivitäten in der Freizeit sind Migrantinnen und Migranten signifikant inaktiver als die einheimische Bevölkerung. Die Unterschiede sind bei Migrantinnen noch ausgeprägter.
- In den letzten Jahren zeigte sich, dass der Prozentsatz der eingewanderten Frauen sowohl im Bereich der Arbeitsmigration wie im Asylbereich steigend war. Im Asylbereich gehören etwas mehr als 40% dem weiblichen Geschlecht an, aber auch hier gilt, dass der Grossteil der Frauen aus EU-/EFTA-Staaten kommt (vgl. BFS 2001: 69). Bei der Migrationsbevölkerung haben Frauen tendenziell schlechtere Aufenthalts- und prekärere Lebensbedingungen (vgl. S. 19).

### 3.2 Epidemiologische Daten

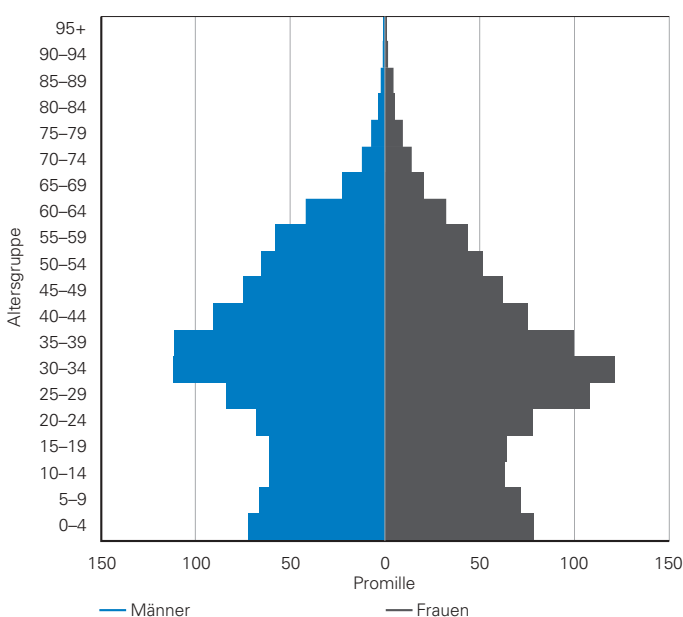
Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Mortalität beziehungsweise Morbidität werden in Fachkreisen kaum mehr bestritten. Etwas komplexer sieht die Gesundheitssituation bei Migrantinnen und Migranten aus. Sie weisen hinsichtlich der Lebens- und Sozialisationsbedingungen wesentlich grössere Unterschiede auf als die einheimische Bevölkerung. Diese Unterschiede lassen sich damit erklären, dass Migrantinnen und Migranten vielfach spezifischen Benachteiligungen ausgesetzt sind, die mehrere Ebenen betreffen:

- Migrantinnen und Migranten gehören mehrheitlich niedrigen sozialen Schichten oder benachteiligten Berufsgruppen an, was negative Auswirkungen auf die Gesundheit hat. Die geschlechtsabhängige Segregation des Arbeitsmarktes weist Migrantinnen oft den untersten Platz in der Hierarchie bezüglich Einkommen, Qualifikation und beruflicher Stellung zu. Erhöhte Gesundheitsrisiken, aber auch eine beschränkte Wahrnehmung eigener Interessen sind Folgen dieser Situation.
- Vor allem die Unsicherheit des Aufenthaltsstatus' führt bei Asylsuchenden und teilweise auch bei Personen mit befristetem Aufenthaltsrecht (z.B. Cabarettänzerinnen mit Ausweis L) zu einem erhöhten Gesundheitsrisiko. Auch das fehlende eigenständige Aufenthaltsrecht ausländischer Ehefrauen bringt sie in eine häufig gesundheitsschädigende (physisch und psychisch) Abhängigkeit von ihrem Schweizer

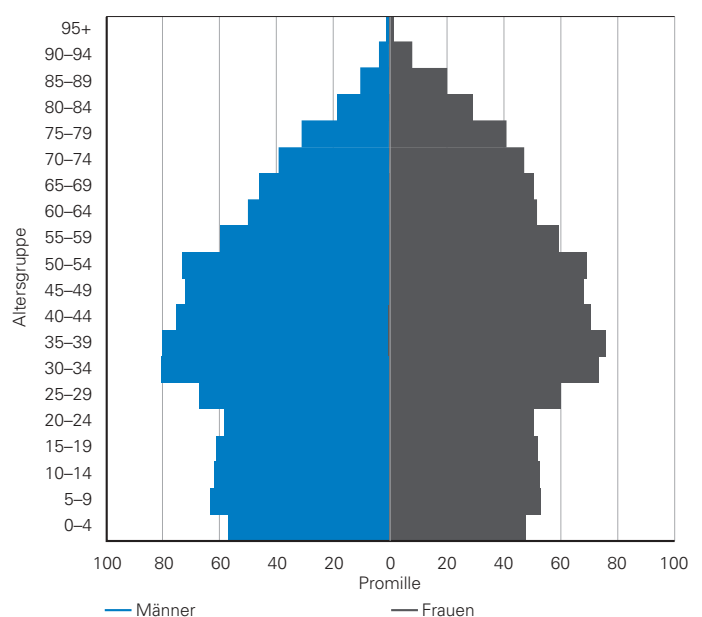
Ehepartner. Migrantinnen sind in Frauenhäusern quantitativ übervertreten.

- Besonders betroffen von dieser Unsicherheit des Aufenthaltsstatus sind illegale Aufenthalterinnen und Aufenthalter, die einer Arbeit nachgehen und beschränkte soziale Rechte besitzen.
- Nicht nur die Lebensumstände von Migrantinnen und Migranten, sondern auch ihr Kontakt zu gesellschaftlichen Einrichtungen im Aufnahmeland sind von ihrer lebensweltlichen Orientierung und vor allem vom Grad ihrer Sprachbeherrschung (Verständigungsprobleme, Rollenverständnis, Werte, Religion) geprägt. Die Wahrnehmung der Migrantinnen und Migranten durch ihre soziale Umgebung spielt dabei ebenfalls eine Rolle (Ausgrenzung, Diskriminierung). Migrantinnen arbeiten häufig in Branchen des Dienstleistungssektors mit gesellschaftlich geringer Anerkennung. Diese Rahmenbedingungen haben negative Auswirkungen auf die Gesundheit. So ist der Gesundheitszustand von Migrantinnen deutlich schlechter als derjenige von Migranten.
- Schliesslich können auch Ursachen und Folgen des Migrationsprozesses (Entwurzelung, Traumata, Flucht, Foltererfahrungen) die Lebenssituation und Gesundheitslage von Migrantinnen und Migranten massgeblich beeinflussen.

Diese Tatsachen sollen keinesfalls verschleiern, dass Migrantinnen und Migranten auch spezifische Ressourcen aufweisen, die unter Umständen andere Benachteiligungen aufzuwiegen



Graphik 4a  
Alterspyramide der ausländischen Bevölkerung in der Schweiz  
(Situation 31.12.1998)



Graphik 4b  
Alterspyramide der schweizerischen Bevölkerung  
(Situation 31.12.1998)

Tabelle 1  
Zusammensetzung nach  
Nationalität der ausländischen  
Wohnbevölkerung in der  
Schweiz (1995–1999)

Wohnbevölkerung nach Staatsangehörigkeit	1995	1999	1999
<b>Total</b>	1'482'759	1'537'119	100%
<b>Europa</b>	1'324'608	1'345'142	88%
<i>EU-EFTA</i>	875'783	840'330	55%
Deutschland	97'227	110'289	7%
Frankreich	58'070	63'092	4%
Italien	367'071	333'274	22%
Österreich	30'109	29'973	2%
Portugal	152'053	146'659	10%
Spanien	105'092	89'038	6%
Übrige Staaten	66'160	68'004	4%
<i>Nicht EU-EFTA</i>	448'826	504'812	33%
Staaten des ehemaligen Jugoslawiens	338'215	391'652	25%
Türkei	83'855	83'783	5%
Übrige Staaten	26'755	29'377	2%
<b>Afrika</b>	38'785	49'400	3%
<b>Amerika</b>	40'119	48'574	3%
Nordamerika	16'637	18'482	1%
Lateinamerika	23'482	30'092	2%
<b>Asien</b>	76'343	90'532	6%
<b>Ozeanien</b>	2'040	2'633	0%
<b>staatenlos, unbekannt</b>	865	837	0%

Quelle: Bundesamt für Statistik

Tabelle 2  
Personen des Asylbereichs<sup>1</sup>

Staatsangehörigkeit	1995	2000	2000
<b>Total</b>	75'609	71'957	100%
<b>Europa</b>	40'842	31'132	43%
<i>EU/EFTA-Staaten</i>	11	8	0%
<i>Nicht EU/EFTA-Staaten</i>	40'831	31'124	43%
Albanien	294	399	1%
Ex-Jugoslawien	34'825	26'644	37%
Rumänien	445	95	0%
Türkei	4'701	3'211	4%
Übrige Staaten	566	775	1%
<b>Afrika</b>	10'592	15'297	21%
Äthiopien	601	1'289	2%
Algerien	544	870	1%
Angola	2'308	2'743	4%
Kongo (ehemals Zaïre)	1'129	1'692	2%
Somalia	3'802	4'863	7%
Übrige Staaten	2'208	3'840	5%
<b>Amerika</b>	500	412	1%
<b>Asien</b>	23'162	24'367	34%
Sri Lanka	18'349	15'742	22%
Irak	426	2'839	4%
Iran	852	1'051	1%
Libanon	713	189	0%
Pakistan	721	551	1%
Übrige Staaten	2'101	3'995	6%
<b>Australien/Ozeanien</b>	1	1	0%
<b>Staatenlos, unbekannt</b>	512	748	1%

Quelle BFS

<sup>1</sup> Ausweise F und N

vermögen (soziale Netzwerke, generell eher gute Gesundheit von Personen, die auswandern). Doch muss davon ausgegangen werden, dass sich die Gesundheitsrisiken beträchtlich erhöhen, wenn sich über einen längeren Zeitraum hinweg die Faktoren «Schicht», «sprachlich bedingte Zugangsbarrieren», «prekäre Lebenslage» – ganz abgesehen von eventueller Kriegstraumatisierung – gegenseitig verstärken. Experten und Expertinnen aus dem Gesundheitsbereich sind sich deshalb einig, dass von einer hohen Krankheitsanfälligkeit der Migrationsbevölkerung ausgegangen werden muss.

### 3.2.1 Epidemiologie in der Schweiz

Diese gesundheitlichen Risikofaktoren bei der Migrationsbevölkerung konnten aufgrund der nur lückenhaft vorhandenen epidemiologischen Untersuchungen für die Schweiz bisher nur teilweise nachgewiesen werden. Teilstudien zum Gebrauch von Drogen, zu HIV/Aids und zu ausgewählten Gruppen der Migrationsbevölkerung zeigen jedoch, dass die in europäischen Studien festgestellten Zusammenhänge auch auf die Schweiz übertragbar sind.

Die Schweizerischen Gesundheitsbefragungen von 1993 und 1997, die migrationspezifisch analysiert wurden und nur jene Migrantinnen und Migranten einbezogen, die eine der Landessprachen kannten, führten zu folgenden Erkenntnissen:

- Das subjektive Befinden der Migrantinnen und Migranten ist im Vergleich zu dem der Schweizerinnen und Schweizer weniger gut.
- In der Befragung von 1993 wird festgestellt, dass Personen ausländischer Herkunft häufiger ärztliche Dienste im Bereich der Basismedizin, aber eher selten spezialisierte Angebote in Anspruch nehmen. Insgesamt gesehen ist aber die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Migrationsbevölkerung nicht grösser als bei der Schweizer Bevölkerung, obwohl im Prinzip ein höherer Konsum zu erwarten wäre. Das Gesundheitswesen ist also laut der Gesundheitsbefragung durch die Migrationsbevölkerung nicht stärker belastet.<sup>5</sup>
- Die Befragung von 1997 zeigt zudem, dass der Besuch einer Ärztin oder eines Arztes seitens der Migrationsbevölkerung im Gegensatz zu Schweizerinnen und Schweizern stärker an

Krankheit und Unfall als an Prävention oder Beratung gebunden ist.

- Insgesamt stellt die Gesundheitsbefragung eine leicht schlechtere Gesundheitslage bei der Migrationsbevölkerung fest, was sich auch in einer leicht längeren krankheitsbedingten Arbeitsabwesenheit ausdrückt.

Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung lassen sich durch Resultate aus weiteren Studien ergänzen.

- Statistisch gut dokumentiert ist die Tatsache, dass die perinatale Mortalität unter jenen Gruppen höher ist, die sich erst seit kurzem in der Schweiz aufhalten, und dass ein Teil der weiblichen Migrationsbevölkerung weniger vorgeburtliche Untersuchungen ausführen lässt.
- Was die Situation spezieller Gruppen betrifft, so ist eine Unterscheidung zwischen «Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten» und Asylsuchenden hilfreich. Diese beiden Gruppen finden in der Schweiz ganz unterschiedliche Aufenthaltsbedingungen und Lebensumstände vor und haben auch unterschiedlich belastende Migrationsgeschichten erlebt. Eine wesentliche Charakteristik von Personen, die im Ausland Arbeit suchen beziehungsweise dafür rekrutiert werden, ist ein überdurchschnittlich guter Gesundheitszustand (der so genannte healthy migrant effect).
- Um der Situation dieser Gruppe gerecht zu werden, muss man aber auch die Risiken und Krankheiten mitberücksichtigen, die mit der oft physisch belastenden Arbeit verbunden sind (harte körperliche Arbeit, Nacht- und Schichtarbeit), der diese Gruppe in der Schweiz nachgeht. Die vorhandenen schweizerischen Statistiken sowie die internationalen Forschungen zu diesem Thema stimmen darin überein, dass Arbeitsunfälle und Invalidität in der Migrationsbevölkerung deutlich öfter vorkommen.
- Ganz allgemein bringt die unfreiwillige Migration von Flüchtlingen viele Stressfaktoren mit sich, wie zum Beispiel erzwungene Deplatzierung, Krieg und Beeinträchtigung der Sicherheit. Diese Erfahrungen führen oft zu posttraumatischen Störungen unterschiedlichen Schweregrades. Das gilt speziell für Folteropfer. Ihre psychischen (und physischen) Störungen können sich zu akuten Krankheiten oder zu einer chronischen Pathologie entwickeln, deren Spezifität im Aufnahmeland wenig bekannt ist.

<sup>5</sup> Diese Feststellungen können nicht unbedingt auf den Asylbereich ausgedehnt werden, der in dieser Untersuchung nicht berücksichtigt wurde. Im Asylbereich muss von einem hohen Risikofaktor für die Gesundheit ausgegangen werden, der auch im Bereich der Kosten Auswirkungen zeitigt. Doch dazu bestehen bisher noch keine Untersuchungen.

- In somatischer Hinsicht werden bei der Migrationsbevölkerung jüngeren Einreisedatums – besonders unter Asylsuchenden und Flüchtlingen aus aussereuropäischen Ländern – häufiger Malaria, Hepatitis B und parasitäre Krankheiten sowie auch gewisse sexuell übertragbare Krankheiten diagnostiziert.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass die epidemiologischen Befunde bisher zu beschränkt sind, um einen angemessenen Überblick über die Gesundheitssituation der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz zu vermitteln. Die Aufarbeitung dieses Forschungsmankos zu fördern ist daher ein weiteres Ziel der hier vorgestellten Strategie. Auch die Frage, inwiefern die festgestellten Schwierigkeiten im Bereich des Zugangs zum Gesundheitssystem liegen beziehungsweise auf Probleme der Interaktion mit dem Fachpersonal zurückzuführen sind oder inwieweit migrationspezifische Pathologien eine Rolle spielen, bleibt offen. Relativ deutlich zeichnet sich allerdings die Erkenntnis ab, dass nur eine Kombination von zielgruppenspezifischen Massnahmen und der Verbesserung des Zugangs zu den Gesundheitsdiensten den zukünftigen Herausforderungen gerecht werden kann.

### 3.3 Die bisherige Politik der Schweiz im Bereich «Migration und Gesundheit»

Der Handlungsbedarf im Bereich «Migration und Gesundheit» hat bereits Anfang der 90er-Jahre den Impuls zur gezielten Förderung von Massnahmen bei ausgewählten Herkunftsgruppen gegeben. Auch die Kostenfrage im Asylbereich wurde vermehrt debattiert. Als Ergebnis dieser Debatten entstanden u.a. Initiativen auf nationaler und kantonaler Ebene.

In den Kantonen wurden Instrumente entwickelt, welche die Schwierigkeiten, die sich Migrantinnen und Migranten beim Zugang zum Gesundheitssystem stellen, verringern sollen (wie spezielle Anlaufstellen, Übersetzungsdienste oder Vernetzungsprojekte). Unter anderem wurden für Personen aus dem Asylbereich spezifische Zugangsmodelle entwickelt. Zudem wurden präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen für die Migrationsbevölkerung erstellt. Der Grossteil der Kantone überlässt das Feld dabei privaten selbstfinanzierten Initiativen; von 10 Kantonen wissen wir, dass in diesem Bereich eine eigenständige kantonale Politik entwickelt wurde. Hierbei lassen sich zwei grundsätzliche Richtungen beobachten, wobei auch innerhalb dieser Richtungen im Einsatz der Mittel grosse Unterschiede bestehen. Auf der einen Seite stehen jene Kantone, die vor allem im präventiven Bereich intervenieren (minimal in den Kantonen Zürich und Glarus, ausgebaut in Neuenburg und im Thurgau). Diese Richtung stellt das Gesundheitsverhalten der Migrantinnen und Migranten in den Vordergrund. Auf der ande-

ren Seite finden wir Kantone, die neben der Frage der Prävention auch auf die Öffnung des Gesundheitssystems einwirken wollen. Diese Kantone betrachten die Migration als Anpassungsproblematik der Gesundheitsdienste. Auch hier sind eher minimale Interventionen in den Kantonen Waadt, Schwyz und Solothurn von systematischen Massnahmen in Basel und in Genf zu unterscheiden. Bemerkenswert ist, dass in den meisten Kantonen die Interventionen im Bereich «Migration und Gesundheit» über private Organisationen laufen, die teilweise von der öffentlichen Hand unterstützt werden. Nur in Genf, Neuenburg, Basel-Stadt und Basel-Land gehen die Massnahmen in diesem Bereich von den kantonalen Behörden aus. Auf Bundesebene ist zu Beginn der 90er-Jahre unter anderem das «Projekt Migration & Gesundheit» entwickelt worden. Im Rahmen der HIV-/Aids-Thematik ging es zunächst darum, den Appell zur Prävention durch entsprechende Massnahmen auch der Migrationsbevölkerung zugänglich zu machen. Von der Aids-Prävention ausgehend hat sich der Aktionsradius des ehemaligen Pilotprojekts allmählich auch auf die Prävention im Suchtbereich und auf Themen der Gesundheitsförderung ausgeweitet.

1996 wurde im Bundesamt für Gesundheit in der Facheinheit Sucht und Aids ein spezieller Dienst Migration eingerichtet. Das Bundesamt für Gesundheit hat in der Folge mit einer Reihe verschiedener Institutionen Leistungsverträge abgeschlossen. Diese Einrichtungen unterstützen mit bescheidenen Mitteln unterschiedliche Vorgehensweisen zur Verbesserung der Gesundheit bei der Migrationsbevölkerung (Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Unterstützung von leicht zugänglichen, unbürokratischen Beratungsangeboten, Forschung und Umsetzungsaktivitäten in den Bereichen Dolmetscherdienste und Migration und Drogen, Fort- und Weiterbildung für Berufstätige im Gesundheitsbereich, Massnahmen zur Sensibilisierung der Regelversorgung, Präventions- und Informationsmaterial für die Migrationsbevölkerung und regionale Koordinations- und Vernetzungsaktivitäten im Bereich Migration und Gesundheit).

Einige der oben genannten Massnahmen wurden auch vom Bundesamt für Flüchtlinge im Rahmen der Integrationsförderung für anerkannte Flüchtlinge mitunterstützt, ohne dass es dabei jedoch zu einer Koordination auf Bundesebene gekommen wäre. Erwähnenswert ist, dass das Bundesamt für Flüchtlinge seit 1995 in bescheidenem Ausmass die Arbeit des Therapiezentrams für Folteropfer (TZFO) unterstützt und weiterhin Beiträge an Integrationsprojekte für anerkannte Flüchtlinge entrichtet, welche unter anderem die Gesundheitsförderung zum Ziel haben. Ausserdem vergütet dieses Bundesamt den Kantonen die Unterstützungskosten auch für Flüchtlinge mit Niederlassungsbewilligung, die im Rahmen eines Sonderprogramms des UNHCR für Behinderte aufgenommen werden oder die einer spezifischen Flüchtlingsgruppe angehören, deren

Aufnahme der Bundesrat oder das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement beschlossen hat und die bei ihrer Einreise bereits behindert oder krank sind und dauernder Unterstützung bedürfen.

Das Bundesamt für Flüchtlinge vergütet den Kantonen die Gesundheitskosten der Asylsuchenden und vorläufig Aufgenommenen (Krankenversicherungsprämien, besondere medizinische Versorgung sowie Kostenbeiträge für Heimunterbringung, welche nicht von Versicherungseinrichtungen oder anderen Kostenträgern übernommen werden). Im Rahmen der Betreuung und verschiedener Beschäftigungsprojekte werden ausserdem Massnahmen unterstützt, die ebenfalls gesundheitsrelevante Elemente enthalten. Zur Zeit bemüht man sich vor allem darum, eine Verringerung der von Asylsuchenden verursachten Gesundheitskosten herbeizuführen, ohne dabei Einbussen bei der Qualität hinnehmen zu müssen.

Schliesslich sei erwähnt, dass seit Herbst 2000 die Integrationsverordnung (VIntA) in Kraft gesetzt wurde, in welcher einer der Förderungsbereiche das Thema Gesundheit in der Migrationsbevölkerung abdeckt.







# 4

## Interventionsbereiche

## 4.1 Einleitung

Die vorliegende Strategie «Migration und Gesundheit» verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz und ist dem Grundsatz der Chancengleichheit verpflichtet. Dies bedingt ein Gesundheitswesen, welches jene Offenheit besitzt, die es Menschen beider Geschlechter, verschiedener Herkunft und aller sozialen Gruppen erlaubt, angemessene Gesundheitsleistungen zu beziehen. Institutionen sollen ihre Dienstleistungen künftig für die Gesamtbevölkerung konzipieren und entsprechend ausrichten. Längerfristiges Ziel der vorliegenden Strategie «Migration und Gesundheit» ist ein Gesundheitswesen, welches mit seinen Institutionen in der Lage ist, auf eine durch Migration veränderte Gesellschaft und Klientel und deren Bedürfnisse einzugehen. So sollen beispielsweise das Verständnis für spezifische Bedürfnisse und ein professioneller Umgang mit einer heterogenen Klientel einer pluralistischen Gesellschaft bereits im Rahmen der Grund- und Weiterbildung des medizinischen Personals gefördert werden. Dieses Ziel kann indessen nur im Rahmen eines längerfristigen Veränderungsprozesses des Bildungsbereichs im Gesundheitswesen erreicht werden.

Für den Zeitraum 2002–2006 wurden aufgrund der diesem Bericht zugrunde liegenden Studie fünf konkrete Interventionsbereiche definiert, welche in diesem Zeitraum prioritär angegangen werden sollen. Die hauptsächlichen Interventionsbereiche werden im Folgenden kurz vorgestellt, und es wird die Wirkung der vorgeschlagenen Massnahmen eingeschätzt. Dabei werden die einzelnen Elemente der Strategie aufgeführt, die jedoch nur in ihrer Kombination und gegenseitigen Wechselwirkung zu einer erfolgreichen Umsetzung des Programms führen.

## 4.2 Die Interventionsbereiche 2002–2006

Die Erfahrungen aus der Praxis und die Erkenntnisse aus der Forschung, die wir der systematischen Erarbeitung dieser Strategie zugrunde gelegt haben (siehe Anhang I), erlauben eine Schwerpunktsetzung in Bezug auf fünf Interventionsbereiche:

1. Bildung (Aus-, Fort- und Weiterbildung),
  2. Information, Prävention und Gesundheitsförderung,
  3. Gesundheitsversorgung,
  4. Therapieangebote für traumatisierte Flüchtlinge und Asylsuchende
  5. Forschung (Grundlagen, Evaluation und Monitoring).
- Soll der Zugang zum Gesundheitswesen verbessert werden und sollen zudem spezifische Leistungen erbracht werden, ist es notwendig, auf diesen fünf Ebenen anzusetzen. Die aufgeführten Interventionsbereiche beinhalten Massnahmen, die verschiedene Zielsetzungen anstreben. Ihre Rangfolge entspricht einer Prioritätensetzung bei der Umsetzung und Finanzierung.
1. Im Bildungsbereich stehen auf der Grundlage von Chancengleichheit und adäquater Leistungserbringung drei Aspekte im Vordergrund.
    - Im Gesundheits-, aber auch im Sozialbereich soll eine offiziell anerkannte Ausbildung für das Dolmetschen eingerichtet werden. Ziel: Verbesserung der Verständigung im Gesundheitswesen durch professionelle Dolmetscherdienste.<sup>6</sup> Im Gesundheits-, aber auch im Sozialbereich soll eine offiziell anerkannte Ausbildung im Bereich der interkulturellen Vermittlung eingerichtet werden. Ziel: Verbesserung der Information, Prävention und Gesundheitsförderung bei der Migrationsbevölkerung durch professionelle interkulturelle Vermittlung.
    - In den Gesundheitsberufen sollen Fort- und Weiterbildungsangebote bereitgestellt werden, die es ermöglichen adäquater auf migrations- und geschlechtsspezifische Situationen einzugehen. Diese Bildungsangebote betreffen Ärzte und Ärztinnen, das Pflegepersonal sowie das Management von Dienstleistungsbetrieben im Gesundheitswesen. Zudem soll überprüft werden, ob die Sensibilisierung für diese Fragen in die Grundausbildung der Gesundheitsberufe Eingang finden soll. Ziel: Verbesserung der Verständigung mit Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen.
  2. Im Interventionsbereich, der sich auf Information, Prävention und Gesundheitsförderung bezieht, sind in erster Linie zwei Bereiche anzugehen, die sich an den Werten der Selbstverantwortung, der Chancengleichheit und der adäquaten Leistungserbringung orientieren.
    - Bei der Migrationsbevölkerung sollen im Gesundheitsbereich jene Initiativen gefördert werden, die migrations-eigene Ressourcen mobilisieren, die für diesen Bereich

<sup>6</sup> Die Einsätze von Dolmetscherinnen und Dolmetschern sollen nicht im Gegensatz zu anderen Integrationsbemühungen wie z.B. dem Sprachenerwerb stehen bzw. den Anreiz zum Erlernen dieser nicht konkurrenzieren.

- relevant sind. Mit deren Hilfe soll die Wirkung von präventiven Massnahmen sowie das Gesundheitsverhalten ganz allgemein verbessert werden. Ziel: Gesundheitsförderung und Empowerment.
- Der zweite Bereich betrifft die Leistung erbringenden Dienste im Gesundheitsbereich, die einerseits dahin gehend sensibilisiert werden sollen, ihre Angebote auf ein heterogenes Publikum hin auszurichten und andererseits die Fort- und Weiterbildungsangebote in diesem Bereich zu nutzen. Ziel: Das Verständnis für migrations- und geschlechtsspezifische Anliegen bei Verantwortlichen im Gesundheitswesen fördern als Basis für die Umsetzung von Massnahmen.
3. Bei der Gesundheitsversorgung werden drei Massnahmenbündel anvisiert. Orientierungswerte dabei sind Chancengleichheit und Anpassung des Angebotes an die spezifischen Erfordernisse der Migrationsbevölkerung.
- Leicht zugängliche Angebote sollen in Agglomerationen mit einer hohen Dichte an vulnerablen Migrantinnen und Migranten gefördert werden. Ziel: Abbau von Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen und gezieltere Vermittlung.
  - Zudem sollen Vermittlungs- und Koordinationsdienste gefördert werden, die verschiedene Angebote vermitteln und die Koordination zwischen Leistung erbringenden Diensten untereinander und zur Migrationsbevölkerung verbessern. Ziel: Bessere Vermittlung von Diensten, verbesserte Zusammenarbeit der Leistung erbringenden Dienste untereinander, gezielte Versorgung.
  - Schliesslich sollen im Gesundheitsbereich vermehrt Dolmetscherinnen und Dolmetscher eingesetzt werden. Ziel: Verbesserung der Kommunikation zwischen Leistung erbringenden Diensten und Klientel.
4. Im Bereich Traumatherapie stehen zwei Aspekte im Vordergrund, die sich vor allem an den Werten der adäquaten Leistungserbringung und der Chancengleichheit orientieren.
- Die Angebote für Kriegstraumatisierte und Folteropfer müssen sowohl einer differenzierten Problematik als auch der Nachfrage entsprechend angepasst werden. Auf der einen Seite sollen deshalb die spezialisierten Angebote weiter unterstützt und deren Effektivität regelmässig ausgewertet werden. Ziel: Verbesserung des bestehenden Angebotes vor allem für Traumatisierte mit längerfristiger Aufenthaltsperspektive.
  - Auf der anderen Seite gibt es nicht genügend niederschwellige Angebote für traumatisierte Asylsuchende (wobei hier Kinder und Frauen als besonderes Zielpublikum für entsprechende Angebote gelten). Ziel: Aufbau leicht zugänglicher, dezentralisierter Angebote für Traumatisierte, insbesondere bei solchen mit ungeklärter Aufenthaltsperspektive.
5. Bei der Forschung sind drei Bereiche nur unzulänglich abgedeckt. Die Überwindung dieses Mankos stellt eine übergeordnete Aufgabe dar, da sich erst durch eine wissenschaftliche Fundierung und Begleitung Massnahmen zur adäquaten Leistungserbringung und Verhältnismässigkeit umsetzen lassen.
- Problemorientierte Grundlagenforschung soll punktuell eingesetzt werden, um spezifische Fragestellungen (auch geschlechterbezogen) unter einer mittelfristigen Perspektive zu analysieren. Ziel: Wissenschaftlich fundierte Hilfestellungen anbieten, welche eine entsprechende Ausrichtung von Massnahmen erlaubt.
  - Ein Monitoring zur Gesundheit der Migrationsbevölkerung soll epidemiologische Informationen liefern, die als Ausgangsbasis der Entwicklung von migrations- und geschlechtsspezifischen Massnahmen dienen. Ziel: Erkennen von neuen Problematiken und Entwicklung von Hilfen zur zukünftigen Prioritätensetzung.
  - Die Umsetzung der Massnahmen soll von regelmässigen Auswertungen begleitet werden, die deren Effizienz und Effektivität beurteilt. Ziel: Effizienz- und Wirkungsmessung, Ermöglichung von Lernprozessen in Projekten.

Die genannten Interventionsbereiche sind in der folgenden Tabelle dargestellt. Die Massnahmen werden dabei auf ihre zu erwartende mittelfristige Wirkung hin beurteilt (für den Zeitraum 2002–2006; siehe Tabelle 3). Effizienz und Effektivität sind dabei die Kriterien der Einschätzung durch die Gruppe der Expertinnen und Experten, die die Entwicklung dieser Strategie begleitet hat. Es handelt sich hierbei um eine Einschätzung, welche davon ausgeht, dass die Wirkungen der geplanten Massnahmen in den einzelnen Interventionsbereichen letztendlich auch einen besseren Mitteleinsatz zur Folge hat. Die Tabelle dient vor allem als Orientierung und kann in einer zu einem späteren Zeitpunkt stattfindenden Analyse als Anhaltspunkt fungieren.

An dieser Stelle erscheint uns ein Hinweis wichtig: Die Aufgliederung der Strategie in unterschiedliche Interventionsbereiche erleichtert die Festlegung von Massnahmen, wichtig ist jedoch der Gesamtüberblick. Denn die Interventionsbereiche und Massnahmen verweisen in ihrer Logik aufeinander und stützen sich gegenseitig. So ist die Wirksamkeit einer Massnahme voraussichtlich stärker, wenn die verschiedenen Vorschläge miteinander verknüpft und gemeinsam umgesetzt werden.

Tabelle 3  
Interventionsbereiche,  
Massnahmen und Wirkungen

	Wirkung auf die Gesundheit der Migrantinnen und Migranten	Effizienzerhöhung im Gesundheits- system (besserer Miteinsatz)
<b>1. Bildungsbereich</b>		
Aus- und Fortbildungsgänge für Dolmetschen	++	+
Aus- und Fortbildungsgänge für interkulturelle Vermittlung	++	+
Bildungsangebote für Gesundheitsberufe	+	+
<b>2. Information, Prävention, Gesundheitsförderung</b>		
Prävention und Gesundheitsförderung in der Migrationsbevölkerung	+	+/-
Sensibilisierung von Dienstleistungsorganisationen im Gesundheitsbereich	+	+
<b>3. Gesundheitsversorgung</b>		
Schaffung leicht zugänglicher Angebote in Agglomerationen	++	+
Vermittlungs- und Koordinationsdienste	+	++
Einführung von Dolmetscherdiensten	++	++
<b>4. Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich</b>		
Differenzierung des bestehenden Angebots für Traumatisierte	++	+/-
Schaffung leicht zugänglicher Angebote für Traumatisierte	++	+/-
<b>5. Forschung</b>		
Problemorientierte Grundlagenforschung	+/-	+/-
Evaluation von Massnahmen	+	++
Gesundheitsmonitoring in der Migrationsbevölkerung	+	+/-

++ eine hohe Wirksamkeit ist zu erwarten  
+ eine verbesserte Wirksamkeit ist zu erwarten  
-/+ Einschätzung nicht möglich





# 5

## Schwerpunkte

Die fünf Schwerpunkte «Bildung», «Information, Prävention und Gesundheitsförderung», «Gesundheitsversorgung», «Traumatherapie» und «Forschung» werden im Folgenden hinsichtlich des Handlungsbedarfs und der Zielsetzungen untersucht.



In diesem Kapitel werden die fünf Interventionsbereiche beschrieben, aus denen der konkrete Handlungsbedarf abgeleitet wird und die für den entsprechenden Bereich relevanten Akteurinnen und Akteure identifiziert. Die verschiedenen Interventionsbereiche betreffen zwar generell die Migrationsbevölkerung sowie Personen, die sich in ähnlicher sozialer Lage befinden, doch sind daneben auch die Leistung erbringenden Dienste im Gesundheitssystem eine wichtige Zielgruppe. Die notwendigen Lernprozesse betreffen nämlich nicht nur die Migrationsbevölkerung, sondern beziehen die gesamte Bevölkerung und verschiedenste Institutionen mit ein und fordern deren Mitwirkung und Veränderung.

## 5.1 Bildung

### Analyse

Ausgangspunkt der Analyse ist die von uns festgestellte unzureichende Kommunikationsqualität zwischen der Angebotsseite im Gesundheitswesen und einem Teil der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. Es ist zwar wünschenswert, dass Migrantinnen und Migranten die Sprache des Einwanderungslandes lernen, aber dennoch muss davon ausgegangen werden, dass in bestimmten Situationen sprachliche Vermittlung notwendig ist.

Kommunikation ist vielschichtig. Für den Gesundheitsbereich gilt, dass sprachliche Barrieren die Qualität der medizinischen und paramedizinischen Versorgung vor allem während der Anamnese beeinträchtigen können. Dabei ist aber nicht nur das Risiko einer inadäquaten Diagnose und Indikationstellung zu bedenken. Selbst wenn die richtige Massnahme nach unter Umständen lange anhaltenden Verständigungsschwierigkeiten gefunden wird, ergibt sich hinsichtlich der Versorgungsqualität der Nachteil einer verzögerten Massnahmeneinleitung. Aber nicht nur die objektive Richtigkeit der Diagnose und der daraus folgenden Massnahmen sind wichtig, sondern auch das Gefühl der Patientinnen und Patienten, vom Behandelnden richtig verstanden zu werden. Dieses Gefühl des Verstandenwerdens ist Voraussetzung für die Therapietreue – auch compliance genannt. Dieser Faktor ist also ein bedeutender Bestandteil einer guten Versorgungsqualität. Fehlt er, so wird die Glaubwürdigkeit der eingeleiteten Massnahmen geschmälert, was möglicherweise zu einem Wechsel der ärztlichen Bezugsperson führen kann. Alle genannten Faktoren reduzieren aber nicht nur die Qualität der Versorgung, sondern wirken sich überdies kostensteigernd auf das gesamte Gesundheitssystem aus.

Verständigung während der Behandlung umfasst in der Regel mehr als nur sprachliche Kompetenz im engeren Sinne. Sie beinhaltet oft auch ein Wissen um die Migrationserfahrung sowie um die Normen und Werte, die die Herkunfts- und aktuelle Lebenssituation der Patientin oder des Patienten kennzeichnen;

ferner kann es für die Qualität der Interaktion und der Behandlung von Vorteil sein, über die medizinischen Lehren und Praktiken, die in den Herkunftsländern gelten, informiert zu sein sowie über in der Schweiz selten vorkommende Krankheitsbilder Bescheid zu wissen. Vor allem ist jedoch für die erfolgreiche Interaktion zwischen Behandelnden und Behandelten wichtig, dass die Behandelnden für die Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten sensibilisiert werden und ihre Reflexionskompetenz in diesem Bereich zunimmt.

Kommunikation ist aber auch ein zentrales Element in der Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei kann man nicht davon ausgehen, dass die üblichen Kanäle, die gesundheitliche Informationen vermitteln und präventive und gesundheitsfördernde Aktivitäten initiieren, die gleiche Wirkung auf die verschiedenen Bevölkerungsgruppen in der Schweiz besitzen. Insbesondere ein Teil der Migrationsbevölkerung ist durch diese Kanäle nicht erreichbar. Hier müssen spezielle Interventionen durch interkulturelle Vermittlerinnen und Vermittler, beziehungsweise durch Kontaktpersonen (Multiplikatorinnen und Multiplikatoren) aus eigenen Kreisen ansetzen. Um angesichts dieses unterschiedlichen Zielpublikums eine gesundheitliche Versorgung garantieren zu können, die derjenigen der schweizerischen Bevölkerung vergleichbar ist, und daneben auch die Verbreitung von gesundheitsrelevanten Informationen zu ermöglichen, sind kompetente Dolmetscherdienste und interkulturelle Vermittlung gefragt; dazu sind aber auch Wissen und Sensibilität auf der Seite der Leistung erbringenden Dienste notwendig. Aus- und Fortbildung kann zu der dazu notwendigen Kompetenz führen.

### Interventionsbereiche

Drei Massnahmengruppen halten wir für wichtig. Erstens muss Kompetenz im Bereich Dolmetschen aufgebaut werden. Dazu sind Aus- und Fortbildungsangebote mit einer anerkannten Zertifizierung notwendig. Dadurch sollen Glaubwürdigkeit, Kohärenz und Kontinuität in diesem delikaten Bereich der Dolmetscherdienste hergestellt werden. Der Bund setzt sich deshalb für eine nationale Lösung ein und unterstützt die Einführung eines einheitlichen Zertifizierungssystems. Dabei soll auf Bestehendem aufgebaut und sollen Bildungsangebote in den verschiedenen Landesteilen gefördert werden. Was das Dolmetschen betrifft, empfiehlt sich die Förderung sowohl von allgemeinen als auch von auf medizinische Teilgebiete spezialisierten Angeboten.

Zweitens sollen auch im Bereich der interkulturellen Vermittlung dezentralisierte, aber ebenfalls weitmöglichst aufeinander abgestimmte, standardisierte Aus- und Fortbildungsangebote entstehen, die sich neben der Vermittlungstätigkeit auch mit organisatorischen Fragen und des adäquaten Einbezugs der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auseinandersetzen.

Beide Angebote sollen demnach qualitativen Standards Rechnung tragen, die national definiert werden sollten. Zudem ist der Bund der Ansicht, dass in diesen speziellen Bereichen der Dolmetscherdienste und der interkulturellen Vermittlung die Aus- und Fortbildung vor allem von Personen mit Migrationshintergrund gefragt sein wird und auch gefördert werden sollte. Der Zugang zu diesen Aus- und Fortbildungsangeboten sollte deshalb flexibel gestaltet werden, zum Beispiel über die Anerkennung von ausländischen Schul- und Berufsabschlüssen (Diplome, Zertifikate) oder über die Aufnahme von Interessierten durch persönliche Einschätzungsgespräche (und die Anerkennung von Berufserfahrung und gleichwertigen Berufsabschlüssen).<sup>7</sup>

Drittens ist es notwendig, dass die Leistung erbringenden Dienste lernen, Dolmetscherdienste und interkulturelle Vermittlung als wichtig anzuerkennen und entsprechende Angebote zu nutzen. Deshalb fördert der Bund Fort- und Weiterbildungsangebote für die Berufe des Gesundheitssystems. Die Fort- und Weiterbildungsgänge sollen von den Fachverbänden ausgehen. Mittelfristig sollen Wege geprüft werden, migrationspezifische Fragestellungen bereits in die Grundausbildung, beziehungsweise in die Fortbildungsveranstaltungen für die Gesundheitsberufe zu integrieren.

#### Zielsetzung

Das Hauptziel im Bildungsbereich ist für den Bund in den nächsten fünf Jahren die Einrichtung einer professionellen Aus- und Fortbildung sowie einer staatlichen Zertifizierung für die beiden Bereiche Dolmetscherdienste und interkulturelle Vermittlung (im Gesundheits- und wenn möglich auch im Sozialbereich). Zudem sollen für alle Gesundheitsberufe regelmässig Fort- und Weiterbildungsgänge im Bereich «Migration und Gesundheit» angeboten werden. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die Ausbildung in allen Landesteilen angeboten wird und der Zugang dazu über offene Anerkennungsprozeduren flexibel gestaltet ist.

#### Angesprochene Akteurinnen und Akteure für Finanzierung und Umsetzung

Bund, Bildungsinstitutionen.

## 5.2 Information, Prävention und Gesundheitsförderung

### Analyse

Die nationalen Gesundheitskampagnen und -aktivitäten, welche Information, Prävention und Gesundheitsförderung zum Ziel haben, erreichen normalerweise die Migrationsbevölkerung nicht in der gleichen Masse wie die schweizerische Bevölkerung, obwohl man sich heute grundsätzlich der pluralistischen Zusammensetzung der Bevölkerung in der Schweiz bewusst ist. Besonders zwei Aspekte, die zu spezifischen Gesundheitsrisiken bei der Migrationsbevölkerung führen können, sind bisher nicht genügend berücksichtigt worden, nämlich die Umstände der Migration und die soziale Lage, in der sich ein grosser Teil der Migrationsbevölkerung in der Schweiz befindet. Der erste Punkt – die Umstände der Migration – bezieht sich in erster Linie auf Asylsuchende und Flüchtlinge, und zwar vor allem in der ersten Zeit nach ihrer Ankunft. Dagegen bezieht sich der zweite Punkt – die soziale Lage – vor allem auf die Arbeitsmigration und die Nachkommen der Arbeitsmigrantinnen und -migranten. Hinzu kommt, dass sowohl die Umstände der Migration als auch die soziale Lage der Migrationsbevölkerung geschlechtsspezifische Merkmale und Risiken aufweisen. Massnahmen, die Information, Prävention und Gesundheitsförderung betreffen, müssen dieser komplexen Realität Rechnung tragen. Thematisch stehen verschiedene Problemkreise im Vordergrund:

- **Infektionskrankheiten:** Nur spezifisch für die Migrationsbevölkerung aufgearbeitete und vermittelte Informationen vor allem über sexuell übertragbare Krankheiten (insbesondere HIV/Aids) sind für einen grossen Teil dieser Bevölkerungsgruppe einsetzbar.
- **Sexualität, Schwangerschaft, Geburt, Säuglingsberatung:** In diesem Bereich besteht für bestimmte Zielgruppen der Migration ein Mangel an adäquater Prävention und Gesundheitsförderung.
- **Sicherheit am Arbeitsplatz:** Migrantinnen und Migranten sind in den Berufssparten, in denen sie überrepräsentiert sind, oft besonderen Risiken ausgesetzt. Diese Risiken lassen sich zum Teil durch entsprechende Aufklärung und die Sensibilisierung für spezifische Gefahren und deren Vermeidung vermindern.

<sup>7</sup> Von solchen Privilegien sollen Schweizerinnen und Schweizer selbstverständlich nicht ausgeschlossen werden. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch auf die Forderung verschiedener Hilfswerke und Organisationen im Bereich «Migration und Gesundheit», Wege der Anerkennung ausländischer Diplome im Gesundheitsbereich zu suchen (vor allem von akademischen Abschlüssen). Im Rahmen der Umsetzung dieser Strategie soll dieser Frage nachgegangen werden.

- Sucht: Bei einigen Gruppen von Migrantinnen und Migranten und deren Nachkommen ist die Suchtproblematik (Alkohol, illegale Drogen, Medikamente) stärker verbreitet als bei der übrigen Schweizer Bevölkerung.
- Gesundheitssystem: Mangelndes Wissen über die Funktionsweise des schweizerischen Gesundheitssystems verhindert oft eine adäquate Nutzung der Angebote durch Migrantinnen und Migranten (oft führt die falsche Wahl des Zugangs zur Verhinderung einer schnellen Behandlung, was auch zur Erhöhung der Gesundheitskosten beitragen kann).

Diese Punkte zeigen, dass bei einem Teil der Migrationsbevölkerung generelle Informationen zu Gesundheit und zum Gesundheitssystem selbst sowie breit angelegte präventive und gesundheitsfördernde Interventionen notwendig sind. Dabei muss grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass die Wahrnehmung eigener Kompetenzen und die Übernahme von Eigenverantwortung massgebend dazu beitragen, Krisensituationen zu bewältigen. Deshalb sind Projekte zu fördern, die Kompetenzen von Migrantinnen und Migranten berücksichtigen und darauf aufbauen, oder die zumindest von einem für die Projektausgestaltung und -umsetzung wesentlichen Einbezug von Migrantinnen und Migranten ausgehen. Die hohe Fluktuation bei dieser Bevölkerungsgruppe verlangt zudem, dass Projekte, die diese Gruppe als Zielgruppe definieren, von deren Netzwerken ausgehen können. Damit steht die Erreichbarkeit von Gruppen und nicht von Individuen im Vordergrund. Dies erlaubt in vertrauten Kontexten zu intervenieren und gewährleistet einen effizienten Mitteleinsatz, weil über die Netzwerk- und Gruppenebene der Dynamik der sich ständig verändernden Zusammensetzung der Migrationsbevölkerung Rechnung getragen wird. Auf der Seite der Leistung erbringenden Dienste soll ebenfalls vor allem über Information die Sensibilität für migrationspezifische Anliegen gefördert werden. Die zunehmende Heterogenität der Gesellschaft, die zum Teil migrationsbedingt ist, verlangt von den Leistung erbringenden Diensten eine Umstellung und Anpassung ihrer Angebote. Diese müssen zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein und einen unbürokratischen Zugang gewährleisten. Eine Öffnung der Angebote muss auch auf der strukturellen Ebene einsetzen, weshalb Lernprozesse vor allem im Management von Leistung erbringenden Diensten im Gesundheitssystem gefragt sind.

#### Interventionsbereiche

Methodisch sollen in erster Linie Massnahmen gefördert werden, die an Treffpunkten und in Organisationen von Migrantinnen und Migranten selbst ansetzen (also outreach work) und Problemnähe zeigen. Interkulturelle Vermittlung und der Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sind dabei unumgänglich. Der Bund fördert deshalb Projekte, die problemnah sind und die auf Kompetenzen und eigene Ressourcen der

Migrationsbevölkerung setzen. Dabei müssen spezifische Themen und Gruppen angegangen werden, um der internen Differenzierung der Migration Rechnung zu tragen. Im Vordergrund stehen der Asylbereich insgesamt, Frauen der neuen Migration und Jugendliche. Damit diese Projekte sich weiter verbreiten und als Modell dienen können, übernimmt der Bund die Rolle des Promotors von gelungenen Beispielen (best practices). In zweiter Linie sollen die Leistung erbringenden Dienste gezielt und systematisch zu Migrationsfragen im Gesundheitsbereich informiert und sensibilisiert werden.

#### Zielsetzung

Der Bund setzt sich für die nächsten fünf Jahre die systematische Förderung von Interventionen, die zur Informationsvermittlung über das Gesundheitssystem, zur Prävention und zur Gesundheitsförderung in der Migrationsbevölkerung beitragen, zum Ziel. Eine optimale Ausgestaltung von Massnahmen und Aktivitäten erfordert geeignete Instrumente und Vorgehensweisen. Der Bund setzt sich dafür ein, gelungene Projekte einer breiten Öffentlichkeit vorzustellen und zur Nachahmung zu empfehlen. Die wichtigsten Leistung erbringenden Dienste in der Schweiz sollen zudem für das Thema Migration und Gesundheit sensibilisiert werden.

#### Angesprochene Akteurinnen und Akteure für Finanzierung und Umsetzung

Bund, Kantone, Städte, Stiftung 19, Leistung erbringende Dienste im Gesundheitswesen, SUVA.

### 5.3 Gesundheitsversorgung

#### Analyse

Der Zugang zu den Dienstleistungen im Gesundheitsbereich ist für viele Personen mit Migrationshintergrund mit hohen Schwellen behaftet. Die Gesundheitsversorgung sollte deshalb für diesen Bevölkerungsteil leicht zugängliche generelle Dienste einrichten, die unbürokratisch Hilfestellung anbieten (gesundheitliche Interventionen und gezielte Vermittlung). Damit soll vor allem eine Gesundheitsversorgung gewährleistet werden, die Kostenersparnis dank Effektivität zum Ziel hat. Solche Angebote führen zu einem Gesundheitssystem, das Migrantinnen und Migranten nicht nur einen unkomplizierten Zugang ermöglicht, sondern insgesamt Personen zugute kommt, die grosse Hemmungen haben, Gesundheitsdienste zu beanspruchen. Das bedeutet, dass eine migrationspezifische Öffnung des Gesundheitswesens nicht nur positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten hat, sondern durch seine veränderte situations- und kontextgerechte Ausrichtung auch positive Effekte für die Gesamtbevölkerung mit sich bringt. Solche leicht zugänglichen Dienste können zum

Beispiel von Ärzte- und Ärztinnengemeinschaften, Spitälern oder Gesundheitsnetzwerken angeboten werden. Verschiedene Wege sind vorstellbar<sup>9</sup> und best practices können über Evaluationen identifiziert werden.

Eine Vernetzung der Leistung erbringenden Dienste im Gesundheits- und wenn möglich im Sozialbereich soll zudem zu einer effizienteren Nutzung der Angebote führen. Informationen zu den Angeboten müssen einfach und schnell zugänglich sein.

Schliesslich soll Dolmetschen nicht nur gelehrt, sondern auch praktiziert werden. Die Verständigungsbarrieren wirken sich sehr negativ auf die Beziehung zwischen Leistung erbringenden Diensten und Klientinnen und Klienten im Gesundheitsbereich aus, wie bereits im Kapitel 5.1 ausgeführt, und bestimmen nachhaltig den kurativen Verlauf. Ein systematischer Einsatz von professionellen Dolmetscherdiensten hat deshalb nicht nur positive Auswirkungen auf die kurative Intervention, die gezielter, wirksamer und nachhaltig wird, sondern sorgt auch für die Effizienz der Massnahmen generell.

#### Interventionsbereiche

Um den Herausforderungen auf diesem Gebiet zu begegnen, müssen leicht zugängliche, wenig formalisierte Angebote gefördert werden. Ausgangspunkt dafür sind die grossen Agglomerationen, die zum Teil bereits schon über solche Angebote verfügen oder dabei sind, sie aufzubauen. Der Bund fördert also den Aufbau solcher leicht zugänglichen, wenig formalisierten Angebote, wenn möglich innerhalb schon bestehender Strukturen des Gesundheitswesens in verschiedenen Städten; ausserdem schafft er Anreize für Kantone und Städte, ihre Angebote leichter zugänglich zu machen und arbeitet schliesslich mit den Krankenversicherungen an unkomplizierten Modellen der Finanzierung dieser Angebote. Ebenso wird der Aufbau und Betrieb von Vermittlungs- und Koordinationsdiensten gefördert, die schnell und unbürokratisch Angebote im Gesundheitsbereich und wenn möglich auch im Sozialbereich vermitteln. Diese Vermittlungs- und Koordinationsdienste sollen sowohl Migrantinnen und Migranten wie auch allen anderen interessierten Kreisen zugänglich sein. Durch die Koordinationstätigkeit sollen auch Überangebote und Lücken herausgefunden werden, die durch Vernetzung und Arbeitsteilung der Leistung erbringenden Dienste abgebaut werden sollen. Schliesslich sollen in allen Regionen der Schweiz Dolmetscherdienste aufgebaut werden und deren Einsatz im Gesundheits-

system vereinfacht werden. Das bedeutet unter anderem, dass die Finanzierung von professionellen Dolmetscherdiensten geklärt werden muss.

#### Zielsetzung

Der Bund setzt sich in Bezug auf die Gesundheitsversorgung das Ziel, in den Agglomerationen die Einrichtung leicht zugänglicher Angebote vor allem in bereits bestehenden Institutionen des Gesundheitswesens zu fördern. Diese Stellen sollen unbürokratische Hilfe bei Gesundheitsproblemen anbieten. In allen Regionen und auf nationaler Ebene sollen schliesslich Vermittlungs- und Koordinationsdienste für den Gesundheitsbereich und wenn möglich auch für den Sozialbereich aufgebaut werden. Diese Einrichtungen vermitteln unter anderem Dolmetscherdienste in allen Regionen, wobei die Finanzierung der Dolmetscherdienste noch geregelt werden muss. Das gesamte Gesundheitswesen sollte sich solchen Diensten gegenüber öffnen.

#### Angesprochene Akteurinnen und Akteure für Finanzierung und Umsetzung

Bund, Kantone, Städte, Krankenversicherungen.

## 5.4 Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich

#### Analyse

Spezifische Krankheitsbilder bei einem Teil der Migrationsbevölkerung erfordern hochspezialisiertes therapeutisches Wissen. Im Bereich der «neuen Migration» finden sich nämlich Krankheitsbilder, die in engem Zusammenhang mit migrations- und geschlechtsspezifischen Ursachen stehen. Die auffälligsten Beeinträchtigungen treten als Folge von Folterungen und Kriegstraumata auf. Traumatisierungen können allerdings auch während der Migration selbst (während der Reise vom Fluchtland zum Zielland) auftreten. Diese Krankheitsbilder finden sich bei der Migrationsbevölkerung relativ selten, kommen aber vor allem bei Asylsuchenden und Flüchtlingen vor. Im Kontext der Traumatisierung muss ein besonderes Augenmerk auf die Zielgruppe «Frauen und Kinder» aufgrund ihrer höheren Vulnerabilität gelegt werden. Eine diesbezügliche gesundheitliche Unterversorgung kann hohe Kostenfolgen haben, wenn sich Traumatisierungen chronifizieren.

<sup>9</sup> Denkbar sind zum Beispiel speziell offene Dienste in Polikliniken, Modelle mit «Strassenärztinnen und -ärzten», mobile Einheiten, die auch illegalen AufenthalterInnen zugute kommen könnten.

### Interventionsbereiche

Spezialbehandlungen für traumatisierte Migrantinnen und Migranten sind in der Schweiz selten und für Asylsuchende kaum zugänglich und für anerkannte Flüchtlinge nur beschränkt. Deshalb ist es notwendig, das bestehende Angebot zu überprüfen und entsprechend differenziert und unter Berücksichtigung besonderer Aspekte (z.B. ethnischer oder geschlechtsspezifischer Art) auszubauen. Insbesondere sollen auch Wege der Dezentralisierung in Betracht gezogen werden.

Während im Bereich der anerkannten Flüchtlinge die Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen möglich ist, stösst der Aufbau von Angeboten für Asylsuchende auf Schwierigkeiten. Der Grund dafür liegt vor allem in der Abklärungsphase der Gesuche, die nur schwer mit einer systematischen therapeutischen Intervention zu vereinbaren ist. Deshalb müssen neben dem bereits bestehenden hochspezialisierten Angebot auch «weichere» Lösungen gefunden werden, die vor allem Asylsuchenden zugänglich sind. Dabei ist besonders auf Kinder, Jugendliche und Frauen zu achten.

### Zielsetzung

Der Bund setzt sich im therapeutischen Bereich das Ziel, Angebote für traumatisierte Migrantinnen und Migranten schnell und dezentralisiert zugänglich zu machen und differenziert zu gestalten. Insbesondere sollen auch vorübergehende und kurzfristige Lösungen gefördert werden. Weiterhin soll überprüft werden, ob im Rahmen von Rückkehrhilfeprogrammen in bestimmten Herkunftsstaaten bedürfnisgerechte Projekte zur Traumabehandlung unterstützt werden sollen.

### Angesprochene Akteurinnen und Akteure für Finanzierung und Umsetzung

Bund, Kantone, Krankenversicherungen.

## 5.5 Forschung

### Analyse

In den letzten Jahren hat sich die Forschung zunehmend mit dem Bereich «Migration und Gesundheit» auseinandergesetzt, doch bestehen nach wie vor grosse Wissenslücken. Weithin unerforscht sind zum Beispiel die Gesundheit am Arbeitsplatz sowie die Ursachen der höheren perinatalen Mortalität und der Schwangerschaftskomplikationen bei Migrantinnen, die Gesundheitssituation von Frauen der neueren Migration und von alternden Migrantinnen und Migranten, die erhöhte IV-Anfälligkeit, das Risikoverhalten bei Jugendlichen oder die Hintergründe spezifischer Suchtverhaltensmuster. Die schnellen Veränderungen in diesem Bereich stellen besondere Anforderungen an die Kompetenz der Forscherinnen und Forscher, da sie immer wieder mit neuen Problematiken konfrontiert werden

und diese analysieren müssen. Die Politik wiederum muss ihre Entscheide auf Wissen abstützen, um Prioritäten zu setzen und die Wirksamkeit beschlossener Massnahmen überprüfen zu können. Das erfordert einen andauernden Dialog zwischen Politik und Wissenschaft mit dem Ziel, handlungsrelevante Forschungsschwerpunkte zu erarbeiten.

### Interventionsbereiche

Der Bund setzt sich generell dafür ein, dass der Bereich «Migration und Gesundheit» in der schweizerischen Forschungslandschaft gefördert wird. Problemorientierte Grundlagenforschung soll zudem punktuell eingesetzt werden, um spezifische Fragestellungen – auch geschlechtsspezifischer Art, wie z.B. die doppelte Diskriminierung von Migrantinnen – unter einer mittelfristigen Perspektive zu analysieren. Mit Hilfe von Evaluationen sollen die wichtigsten Massnahmen der Strategie auf Effizienz und Effektivität hin beurteilt werden. Damit können vor allem nachahmenswerte Modelle (best practices) erkannt werden. Ein Monitoring der Migrationsbevölkerung soll zudem epidemiologische Informationen liefern, die als Ausgangsbasis für die Entwicklung von Massnahmen dienen. Weitere wichtige Informationen können auch Daten von Krankenversicherungen liefern. Dieses Monitoring kann innerhalb des allgemeinen Monitorings der Gesundheitssituation in der Schweiz durchgeführt werden. Migrations- und geschlechtsspezifische Fragestellungen lassen sich mit relativ geringem Aufwand in die üblichen Studien integrieren (in die Gesundheitsbefragung oder die Spitalstatistiken zum Beispiel). Allerdings ist zur Schaffung von Orientierungswissen zur Situation der Migrationsbevölkerung in der Schweiz auch die Entwicklung von neuen, an Nationalitäten sowie am Geschlecht orientierten «Instrumenten» nötig. Dazu zählen z.B. Instrumente, die auch die Erforschung der subjektiven Wahrnehmung des gesundheitlichen Befindens und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe erlauben.

### Zielsetzung

Problemorientierte Grundlagenforschung und die Evaluation von Massnahmen sollen in den nächsten fünf Jahren systematisch die Entwicklung von Massnahmen im Bereich «Migration und Gesundheit» stützen. Vorrangig dabei ist der Aufbau eines Monitoringsystems der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens der Migrationsbevölkerung.

### Angesprochene Akteurinnen und Akteure für Finanzierung und Umsetzung

Bund, Forschungsinstitute.





# 6

## Umsetzung der Strategie und Zuständigkeiten

Die Strategie für den Bereich «Migration und Gesundheit» mobilisiert verschiedene Institutionen, Partnerinnen und Partner und Ressourcen. Deshalb soll auf Bundesebene eine Projektgruppe eingesetzt werden, welche die verschiedenen Vorhaben, Projekte und Ressourcen koordiniert und die Umsetzung der Strategie begleitet. Diese Projektgruppe beschäftigt sich auch mit der Möglichkeit, in Zukunft regionale und kantonale Akteurinnen und Akteure und Koordinationsplattformen miteinzubinden.



### Analyse und Interventionsbereiche

Diese Strategie ist in enger Zusammenarbeit zwischen dem Bundesamt für Gesundheit, dem Bundesamt für Flüchtlinge, dem Bundesamt für Ausländerfragen und der Eidgenössischen Ausländerkommission entwickelt worden. Diese Zusammenarbeit wird auch während der Umsetzung der Strategie unter Federführung des Bundesamtes für Gesundheit weitergeführt und soll auf andere Akteurinnen und Akteure ausgedehnt werden. Auf Bundesebene wird deshalb eine interinstitutionelle Projektgruppe eingesetzt, die unter Federführung des Bundesamtes für Gesundheit Projekte koordiniert und deren Umsetzung unterstützt. Es wird vorgeschlagen, dass neben den Bundesstellen (Bundesamt für Gesundheit, Bundesamt für Flüchtlinge, Bundesamt für Ausländerfragen, Bundesamt für Sozialversicherung, Eidgenössische Ausländerkommission, Eidgenössische Kommission gegen Rassismus) auch die Kantone und Städte eingeladen werden können, eine Vertretung in diese Gruppe zu senden. Die Migrationsbevölkerung (neuere sowie ältere Migration) kann z.B. durch Mitglieder der Eidgenössischen Ausländerkommission vertreten werden. Auch die Krankenversicherungen, die Stiftung für Gesundheitsförderung (Stiftung 19) und die schweizerische Flüchtlingshilfe sollen nach Möglichkeit in die Projektgruppe einbezogen werden. Zudem soll eine wissenschaftliche Begleitung der Projektgruppe im Sinne eines Reflexionsinstrumentes geprüft werden.

Die enge Zusammenarbeit zwischen diesen Akteurinnen und Akteuren drängt sich zukünftig aufgrund der interinstitutionellen Charakteristiken des Bereichs «Migration und Gesundheit» auf. Sinnvollerweise müssen die zur Umsetzung der Strategie notwendigen Massnahmen zwischen den einzelnen Akteurinnen und Akteuren koordiniert werden. Auch die Finanzierung der Umsetzung der Strategie muss durch verschiedene Trägerinnen und Träger abgedeckt werden. Die Gesamtaufwendungen sind jedoch zunächst nur schwer abschätzbar. Es wird aber davon ausgegangen, dass zusätzliche finanzielle Mittel durch Dritte (Kantone, Städte, private Trägerinnen und Träger) bereitgestellt werden müssen (dies auch im Sinne einer Verankerung der Massnahmen auf kantonaler und kommunaler Ebene). Tabelle 4 gibt Auskunft über die verschiedenen Akteurinnen und Akteure und deren Rolle im Rahmen der vorgegebenen Prioritäten. Die Projektgruppe soll auch der Frage nachgehen, ob ähnliche Koordinationsgremien auf regionaler und kantonaler Ebene gefördert werden sollen. Deren Aufgabe bestünde darin, die Umsetzung der Strategie in den Regionen sowie die Früherkennung neuer Problemlagen zu garantieren. Grundsätzlich soll der Bund nicht in eigener Regie Aktivitäten durchführen, d.h. operativ tätig werden, sondern die eigentliche Umsetzung externen feld- oder problemnahen Partnerinnen und Partnern überlassen.

### Zielsetzung

Der Bund setzt sich als übergeordnetes Ziel, die Kräfte der Akteurinnen und Akteure im Gesundheitsbereich und wenn möglich auch im Sozialbereich im Rahmen gemeinsamer Vorhaben durch die gegenseitige Abstimmung von Strategien und Projekten zu bündeln. Um dieses übergeordnete Ziel im Bereich «Migration und Gesundheit» zu verwirklichen, setzt er sich organisatorisch das Unterziel, eine Entscheidungs- und Umsetzungsplattform (die Projektgruppe) zu gründen. Die Projektgruppe soll die Kohärenz dieser Strategie garantieren und die hauptsächlichen Zielsetzungen verfolgen. Ausgehend von dieser Projektgruppe sollen in den nächsten fünf Jahren organisatorische Anpassungen an eine sich ständig im Wandel begriffene Gesellschaft vorgenommen werden, um so die Umsetzung der Strategie zu ermöglichen. Die Projektgruppe soll aber auch vor allem regionale und kantonale Partnerinnen und Partner finden und aufbauen, die ähnliche Zielsetzungen im Bereich «Migration und Gesundheit» verfolgen und diese dezentralisiert umsetzen. Auch sollen nachhaltige Modelle der Finanzierung von Aktivitäten im Bereich «Migration und Gesundheit» und insbesondere im Bereich Dolmetscherdienste entwickelt werden. Der Bund versteht sich für alle Aktivitäten als Promotor und Koordinator und setzt selber keine Massnahmen um.

## 6.1 Finanzierung

Bisher gibt es fünf Finanzierungsebenen im Bereich «Migration und Gesundheit»:

- Das Bundesamt für Flüchtlinge übernimmt hauptsächlich im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes die Grundversorgung bei Asylsuchenden und vorläufig Aufgenommenen.
- Das Bundesamt für Gesundheit investiert einen Teil seines Budgets für Präventionsmassnahmen (Präventionskredit) in Projekte im Migrationsbereich (Aufwendung im Jahre 2000 rund 1,4 Millionen Franken).
- Hinzu kommen variable Aufwendungen des Bundesamtes für Flüchtlinge und des Bundesamtes für Gesundheit im Rahmen der grenzsanitären Untersuchungen.
- Erstmals wurde im Jahr 2000 durch das Bundesamt für Gesundheit eine Subvention an das Schweizerische Rote Kreuz zum Aufbau einer Fachstelle im Bereich «Migration und Gesundheit» (Bildungsbereich und Basisarbeit) ausgerichtet.
- Im Rahmen des Asylgesetzes stehen dem Bundesamt für Flüchtlinge auch Gelder für die Integration von anerkannten

Flüchtlingen zur Verfügung. Diese Gelder kommen teilweise Gesundheitsprojekten zugute, namentlich auch der Unterstützung von Einrichtungen für traumatisierte Personen.

Die Finanzierung der Umsetzung dieser Strategie soll weiterhin von den bisherigen Akteurinnen und Akteuren in diesem Bereich getragen werden. Auf Bundesebene sind dies in erster Linie das Bundesamt für Flüchtlinge, das spezifische Integrationsprojekte bereits jetzt unterstützt und die Finanzierung der Grundversicherung für Asylsuchende übernimmt (Asylgesetz). Das Bundesamt für Gesundheit engagiert sich ebenfalls seit Jahren im Bereich «Migration und Gesundheit» (Präventionskredit des Bundes). Heute ist auch das Bundesamt für Ausländerfragen ein möglicher Partner bei der Finanzierung konkreter Projekte (Integrationsartikel des Ausländergesetzes), sofern sich diese den vom EJPD gesetzten Schwerpunktprogrammen zuordnen lassen. Neben diesen staatlichen Akteurinnen und Akteuren auf Bundesebene sollen sich die Kantone, die Hilfswerke, die Stiftung 19 (Krankenversicherungsgesetz) sowie einzelne Organisationen der Migrationsbevölkerung finanziell in diesem Bereich engagieren.

Für die Umsetzung der Strategie sollen diese Akteurinnen und Akteure weiterhin relevant bleiben. Was die Finanzierung betrifft, so soll der kontinuierliche Aufbau einer «Ressourcengemeinschaft»<sup>9</sup> favorisiert werden, die die bisherigen finanziellen Leistungen beibehält und diese im Laufe der nächsten fünf Jahre kontinuierlich ausbaut. Zusätzlich zu den bereits bestehenden Ressourcen sollen folgende finanziellen Mittel mobilisiert und zur Verfügung gestellt werden:

- Die Aufwendungen im Bereich Migration des Präventionskredites des Bundesamts für Gesundheit sollen von heute 1,47 Millionen auf 3,45 Millionen Franken im Jahre 2003 und anschliessend kontinuierlich auf rund 5 Millionen Franken bis zum Jahr 2006 erhöht werden.
- Das BFF kann gemäss Art. 44 AsylV 2 Beiträge an Einrichtungen zur Behandlung von traumatisierten Personen ausrichten, sofern diese als Leistungserbringende gemäss den Bestimmungen des KVG zugelassen sind. Zusätzlich zur bisherigen Unterstützung von Einrichtungen für anerkannte Flüchtlinge im Umfang von 500'000 Franken pro Jahr prüft das BFF die Ausrichtung weiterer Beiträge für die Behandlung von traumatisierten Personen des gesamten

Asylbereiches. Die Bestimmung und die Höhe dieser zusätzlichen Mittel stehen noch nicht fest, da ein gesamtheitliches Konzept zum Umgang mit traumatisierten Personen im Asylbereich zur Zeit im Rahmen eines Projektes ausgearbeitet wird.

- Grundsätzlich ist auch der Gesundheitsbereich ein Förderungsbereich im Sinne von Art. 16 der Verordnung über die Integration der Ausländerinnen und Ausländer. Den Zielsetzungen entsprechend können im Rahmen des Integrationsartikels ANAG Projekte im Gesundheitsbereich nur dann in beschränktem Umfang gefördert werden, soweit diese in direktem Zusammenhang mit den gesetzten Schwerpunkten stehen.

Der Bund wird diese Ressourcengemeinschaft fördern und sich zu einem Grossteil an der Finanzierung der Umsetzung beteiligen. Die direkt für die Umsetzung der Strategie notwendigen Bundesgelder werden insgesamt auf rund 7 Millionen Franken für das Jahr 2006 geschätzt. Allerdings kann sie nur dann erfolgreich umgesetzt werden, wenn sich alle relevanten Akteurinnen und Akteure um die Verbesserung der Situation bemühen. Dabei wird vor allem die finanzielle Zusammenarbeit der Kantone und der Städte, aber auch der Hilfswerke und der Krankenversicherungen (in ihrem spezifischen Interventionsbereich) gefragt sein. Voraussehbar ist allerdings, dass sich die Krankenversicherungen nur dann engagieren werden, wenn für das erhöhte Versicherungsrisiko bei den Asylsuchenden befriedigende Lösungen gefunden werden.

## 6.2 Offene Fragen

Ungelöste Fragen bestehen nicht nur hinsichtlich der Finanzierung und möglicher zukünftiger Finanzierungsbeiträgen (zum Beispiel von anderen Staaten über deren Botschaften). Die erfolgreiche Umsetzung dieser Strategie wird ebenfalls von der Bereitschaft der für diesen Bereich relevanten Akteurinnen und Akteure abhängen, sich der Gegebenheit einer sich zunehmend pluralisierenden Welt zu öffnen. Organisationen der Migrationsbevölkerung sind dabei genauso potenzielle Akteurinnen und Akteure wie die verschiedenen Dienstleistungsorganisationen im Gesundheitsbereich, die für die Umsetzung der Strategie gewonnen werden müssen. Der

<sup>9</sup> Unter Ressourcengemeinschaft wird der eigenständige Einsatz von Mitteln durch die einzelnen Akteure zur Realisierung gemeinsam vereinbarter Absichten und Massnahmen verstanden.

Projektgruppe kommt damit die Aufgabe zu, bei den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren Überzeugungsarbeit zu leisten. Letztendlich ist die erfolgreiche Umsetzung der Strategie nämlich vom Einsatz und Engagement aller betroffenen Akteurinnen und Akteure abhängig.

Tabelle 4  
Aufgaben und Akteurinnen  
und Akteure

Interventionsbereich	Relevante Akteurinnen und Akteure
<b>Bildungsbereich</b>	
Aus- und Fortbildungsgänge für Dolmetschen	Bund und Bildungsinstitutionen
Aus- und Fortbildungsgänge für interkulturelle Vermittlung	Bund und Bildungsinstitutionen
Fort- und Weiterbildungsangebote für Gesundheitsberufe	Bund und Bildungsinstitutionen
<b>Information, Prävention, Gesundheitsförderung</b>	
Prävention und Gesundheitsförderung in der Migrationsbevölkerung	Bund, Organisationen im Migrationsbereich
Sensibilisierung von Dienstleistungsorganisationen im Gesundheitsbereich	Bund und Organisationen im Präventionsbereich
<b>Gesundheitsversorgung</b>	
Vermittlungs- und Koordinationsdienste	Bund und Kantone, private Organisationen
Schaffung leicht zugänglicher Angebote in Agglomerationen	Bund, Kantone und Städte, private Leistung erbringende Dienste, Krankenversicherungen
Einsatz von Dolmetscherdiensten	Bund, Kantone, Städte, private Leistung erbringende Dienste
<b>Therapieangebote für Traumatisierte</b>	
Differenzierung und Dezentralisierung des bestehenden Angebots für Traumatisierte	Bund und spezialisierte Leistung erbringende Dienste, Krankenversicherungen
Leicht zugängliche Angebote für Traumatisierte	Bund und spezialisierte Leistung erbringende Dienste, Krankenversicherungen
<b>Forschung</b>	
Problemorientierte Grundlagenforschung	Bund
Evaluation von Massnahmen	Bund
Gesundheitsmonitoring in der Migrationsbevölkerung	Bund

Rechtliche Grundlage	Massnahmenumsetzung	Mögliche Finanzierung
Präventionskredit BAG, ANAG-Integrationsartikel, Asylgesetz, Kredit «Grenzsanitarische Massnahmen»	Bildungsinstitute	Bund und Kursgelder
Präventionskredit BAG, NAG-Integrationsartikel, Asylgesetz, Kredit «Grenzsanitarische Massnahmen»	Bildungsinstitute	Bund und Kursgelder
Präventionskredit BAG	Bildungsinstitute	Bund: seed-money Längerfristig: Träger von Bildungsinstitutionen
Präventionskredit BAG, Krankenversicherungsgesetz (Art. 19), Kredit «Grenzsanitarische Massnahmen»	Organisationen im Migrationsbereich	Bund, Stiftung 19, SUVA, seco, Gewerkschaften, Kantone
Präventionskredit, ANAG-Integrationsartikel	Organisationen im Präventions- und Gesundheitsförderungsbereich	Bund
Präventionskredit BAG	Kantone und private Organisationen	Bund: seed-money Kantone und selbsttragende Initiativen
Kantonale und städtische Gesundheitsgesetzgebung, Krankenversicherungsgesetz, Bundesgesetz zur Zuständigkeit für die Unterstützung von Bedürftigen (ZUG)	Kantone und Städte, private Leistung erbringende Dienste	Bund, Kantone und Städte; Träger von privaten Leistung erbringenden Diensten, Krankenversicherungen
Asylgesetz, kantonale und städtische Gesundheitsgesetzgebung	Bund, Kantone, Städte, private Leistung erbringende Dienste	Bund, Kantone, Städte, private Leistung erbringende Dienste
Asylgesetz, Krankenversicherungsgesetz	Spezialisierte Leistung erbringende Dienste und Regelversorger und -versorgerinnen im psychiatrischen Bereich	Bund und Kantone, private Träger, Krankenversicherungen
Asylgesetz, Krankenversicherungsgesetz	Spezialisierte Leistung erbringende Dienste	Bund und Kantone, private Träger, Krankenversicherungen
Forschungsprogramme, Präventionskredit	Forschungsinstitute	Bund
Präventionskredit, ANAG-Integrationsartikel, Asylgesetz	Forschungsinstitute	Bund
Präventionskredit, ANAG-Integrationsartikel, Asylgesetz	Forschungsinstitute, Gesundheitsobservatorium	Bund





# 7

## Zukünftige Herausforderungen



Die Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz ist einem ständigen Wandel unterworfen. Die Problematik scheint sich jedoch eher zu differenzieren als sich zu vereinfachen. Eine hohe Anpassungsfähigkeit der Strategie sowohl in thematischer als auch in organisatorischer Hinsicht scheint uns deshalb für die zukünftige Ausrichtung notwendig. Voraussetzung dafür ist die ständige Abstimmung der beschlossenen Massnahmen mit den epidemiologischen Daten zur Gesundheit der Migrationsbevölkerung. Im Rahmen des zukünftigen Gesundheitsobservatoriums und der Zielsetzung des Bundes, gesundheitspolitische Grundlagen zu erarbeiten, sollen deshalb Massnahmen ergriffen werden, um für die Migrationsbevölkerung ein spezifisches Gesundheitsmonitoring zu entwickeln. Die Resultate des Monitorings sollten in die Weiterentwicklung und Umsetzung der Strategie einfließen, um so Zielsetzungen frühzeitig auf neue Entwicklungen abstimmen zu können und entsprechende Massnahmen an gesellschaftliche Veränderungen anzupassen.

## 7.1 Evaluation der Zielerreichung

Die strategische Ausrichtung des Bundes im Bereich «Migration und Gesundheit» soll für die nächsten fünf Jahre gültig sein. Die Umsetzungsphase wird durch eine Evaluation der Zielerreichung und der bei der Umsetzung auftretenden Schwierigkeiten und Hindernisse begleitet. Diese Auswertung soll noch vor Ablauf der Planungszeit Daten für eine erneute Überarbeitung der Strategie liefern. Unter anderem soll eine Kostenanalyse durchgeführt werden, die es erlaubt, die globale Wirkung der Strategie im Verhältnis zu den Aufwendungen im Gesundheitswesen zu messen.

Die folgende Tabelle fasst nochmals die Interventionsbereiche zusammen und definiert Zielgrössen (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5  
Interventionsbereiche  
und Zielgrössen

Interventionsbereiche	Zielgrössen
<b>Bildungsbereich</b>	
Aus- und Fortbildungsgänge für Dolmetschen	In der Schweiz existiert für Dolmetschen im Gesundheitsbereich eine professionelle Aus- und Fortbildung.
Aus- und Fortbildungsgänge für interkulturelle Vermittlung	In der Schweiz existiert eine professionelle Aus- und Fortbildung sowie eine anerkannte Zertifizierung für interkulturelle Vermittlung.
Fort- und Weiterbildungsangebote für Gesundheitsberufe	Alle Gesundheitsberufe folgen regelmässigen Angeboten in der Fort- und/oder Weiterbildung im Bereich «Migration und Gesundheit».
<b>Information, Prävention, Gesundheitsförderung</b>	
Prävention und Gesundheitsförderung in der Migrationsbevölkerung	Gezielte präventive Interventionen finden systematisch bei Gruppen der Migrationsbevölkerung statt.
Sensibilisierung von Dienstleistungsorganisationen im Gesundheitsbereich	Die wichtigsten Leistung erbringenden Dienste in der Schweiz wurden zum Thema «Migration und Gesundheit» sensibilisiert.
<b>Gesundheitsversorgung</b>	
Schaffung leicht zugänglicher Angebote in Agglomerationen	In allen grossen Agglomerationen existieren leicht zugängliche Gesundheitsangebote, die unbürokratisch Hilfe bei Gesundheitsproblemen anbieten und gezielt Dienste vermitteln.
Vermittlungs- und Koordinationsdienste	In allen Regionen der Schweiz existieren Vermittlungsdienste für den Gesundheits- und wenn möglich für den Sozialbereich.
Einsatz von Dolmetscherdiensten	In allen Regionen der Schweiz werden professionelle Dolmetscherdienste angeboten. Die Leistung erbringenden Dienste im Gesundheitsbereich nutzen die Dienste, und die Finanzierung ist geklärt.
<b>Therapieangebote für Traumatisierte</b>	
Differenzierung des bestehenden Angebots für Traumatisierte	Traumatisierte mit längerfristiger Aufenthaltsperspektive erhalten in kurzer Zeit ein spezialisiertes und dezentralisiertes Angebot.
Leicht zugängliche Angebote für Traumatisierte	Besonders für Traumatisierte mit ungeklärter Aufenthaltsperspektive existieren Lösungen für Betreuung und Behandlung.
<b>Forschung</b>	
Problemorientierte Grundlagenforschung	Der Bund unterstützt Forschungsprojekte im Bereich «Migration und Gesundheit».
Evaluation von Massnahmen	Die Strategie «Migration und Gesundheit» und ihre wichtigsten Massnahmen werden evaluiert.
Gesundheitsmonitoring in der Migrationsbevölkerung	In der Schweiz existiert ein Gesundheitsmonitoring in Bezug auf die Migrationsbevölkerung.





## Anhang I

Methodologische Bemerkung zur Erarbeitung der Grundlagen einer Strategie «Migration und Gesundheit» auf Bundesebene

Mit der Erarbeitung der Grundlagen für die Strategie des Bundes für den Bereich «Migration und Gesundheit» wurde das Schweizerische Forum für Migrationsstudien beauftragt<sup>10</sup>. Von grundsätzlicher Bedeutung war dabei die Frage, wie gesellschaftlicher Konsens bezüglich einer zukünftigen Strategie erreicht werden kann. Für das methodische Vorgehen erwies sich in diesem Kontext eine Delphi-Studie als besonders hilfreich, die zumindest einen sektoralen Konsens anstrebt (das heisst die Festlegung des Grossteils der betroffenen kollektiven Akteurinnen und Akteure auf eine Strategie).

Die in den 60er-Jahren entwickelte Delphi-Analyse umfasst ein mehrstufiges Vorgehen. Während eine repräsentative Umfrage bei den uns interessierenden Bevölkerungsgruppen die Gesundheitslage rein numerisch erfasst, gelingt mit Hilfe der Delphi-Technik eine Einschätzung der empirischen Situation durch Expertinnen und Experten. In einem zweiten Schritt werden die verschiedenen Akteurinnen und Akteure dann dahin geführt, sich gegenseitig mit Hilfe dieser Interpretationen ein Bild zu machen. Dabei können verschiedene Ziele formuliert werden: Vorhersagen lassen sich ableiten, politische Konfliktsituationen können offen gelegt oder Prozesse der Konsensbildung ausgelöst werden. Wird die letztere Zielsetzung verfolgt, handelt es sich um eine «Decision Delphi». Dieser Ansatz wurde hier explizit verfolgt.

Es wurde wie folgt vorgegangen: In einem ersten Schritt wurde eine relativ grosse Anzahl (über 300) von kollektiven Akteurinnen und Akteuren angesprochen, die für den zu erforschenden Interventions- und Politikbereich Relevanz besitzen. Diese wurden aufgefordert, sich zu Problemstellungen und -lösungen zu äussern (mittels eines strukturierten Fragebogens). In einer zweiten Runde wurden die Ergebnisse zusammengefasst und die in der ersten Runde angefragten Akteurinnen und Akteure um eine Stellungnahme zu den Ergebnissen gebeten. Sie sollten zum Beispiel die Wichtigkeit von Resultaten kommentieren, eventuelle Handlungsschwerpunkte gewichten usw.

In der ersten Runde antworteten 145 der angesprochenen Akteurinnen und Akteure, während sich in der zweiten Runde noch deren 102 beteiligten. Die Hauptkategorien der Antwortenden sind in Tabelle 6 aufgeführt.

In einer dritten Runde wurden daraufhin Konsensgespräche geführt, um so einen repräsentativen Teil der angefragten Personen auf eine mögliche strategische Ausrichtung zu eini-

gen. Die Akteurinnen und Akteure wurden in dieser Phase mit einer potenziellen Strategie zu bestimmten Bereichen konfrontiert, die als Ausgangsbasis der Gespräche diente. Diese Gespräche wurden in Form von Focusgruppen organisiert und in sechs Begegnungen durchgeführt<sup>11</sup>. Insgesamt haben rund 70 Expertinnen und Experten an den Focusgruppen teilgenommen.

Der Forschungsablauf wurde von einer Lenkungsgruppe und von einer wissenschaftlichen Begleitgruppe verfolgt. Die Lenkungsgruppe vertrat die relevanten Akteurinnen und Akteure im Bereich «Migration und Gesundheit» und tagte sechsmal. Sie konnte inhaltlich zu den Zwischenergebnissen Stellung nehmen und unterstützte das Forschungsteam bei der Interpretation der Ergebnisse. Die wissenschaftliche Begleitgruppe wurde vor allem für methodologische Fragen herangezogen. Ausserdem sorgte sie für Kohärenz zwischen den in diesem Prozess erarbeiteten wissenschaftlichen Grundlagen mit der bestehenden Literatur<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> Folgende Forscherinnen und Forscher waren daran beteiligt: Sandro Cattacin, Milena Chimienti, Denise Efonyai-Mäder, Martin Niederberger, Stefano Losa.

<sup>11</sup> Eine Focusgruppe besteht aus Mitgliedern, die ähnliche Interessen und zum Teil auch ähnliche Charakteristiken besitzen und hat die Grössenordnung von etwa 6 bis 10 Personen. Konkret wird eine Focusgruppe dazu animiert, sich in eine Diskussion zu begeben, um ein Thema zu vertiefen. Die Animatorin/der Animator der Gruppe orientiert sich während des Gesprächs an einem Themenbaum und versucht systematisch zu ausgewählten Punkten die Meinung und die Argumente aller Beteiligten gegenüberzustellen. Solche Focusgruppen können mehrmals zusammengeführt werden und auch über Teilaspekte diskutieren.

<sup>12</sup> Der wissenschaftliche Bericht ist auf Französisch einsehbar unter [www.unine.ch/fsm](http://www.unine.ch/fsm).

Tabelle 6  
Hauptsächliche Beteiligte  
an der zweiten Delphi-Runde

Hauptsächliche Beteiligte	Anzahl	Prozent
Spital/Ärzte und Ärztinnen	22	21,6
Hilfswerke	15	14,7
Organisationen im Migrationsbereich	7	6,9
Bund	10	9,8
Kantone	15	14,7
Übrige	33	32,4
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>





## Anhang II

Relevante gesetzliche Bestimmungen



## SR 0.101

Konvention vom 4. November 1950 zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK; Inkrafttreten 28. November 1974)

## SR 0.518.51

Genfer Abkommen über den Schutz von Zivilpersonen in Kriegszeiten (Inkrafttreten 21. Oktober 1950)

## SR 142.20

Bundesgesetz vom 26. März 1931 über Aufenthalt und Niederlassung der Ausländer (ANAG)

## Art. 25

1 Dem Bundesrat steht die Oberaufsicht über die Handhabung der fremdenpolizeilichen Vorschriften des Bundes zu. Er erlässt die zur Durchführung erforderlichen Vorschriften. Er ist insbesondere befugt, die folgenden Gegenstände zu regeln:

a. ...

...

i. die Einsetzung einer aus Schweizern und Ausländern bestehenden beratenden Kommission für Ausländerfragen und die Bestimmung ihrer Aufgaben.

## Art. 25a

1 Der Bund kann für die soziale Integration von Ausländern finanzielle Beiträge ausrichten; diese werden in der Regel nur gewährt, wenn sich die Kantone, Gemeinden oder Dritte angemessen an den Kosten beteiligen. Der Bundesrat regelt das Verfahren.

2 Die vom Bundesrat nach Artikel 25 Absatz 1 Buchstabe i eingesetzte beratende Kommission ist berechtigt, die Ausrichtung von Beiträgen zu beantragen und zu eingegangenen Beitragsgesuchen Stellung zu nehmen.

3 Die Bundesversammlung setzt mit dem Budget den jährlichen Höchstbetrag fest.

## SR 142.205

Verordnung vom 13. September 2000 über die Integration von Ausländerinnen und Ausländern (VIntA)

## Art. 16 Förderungsbereiche

Finanzhilfen können insbesondere gewährt werden, um:

a. die Allgemeinbildung der Ausländerinnen und Ausländer und ihre Kenntnis der Landessprache zu fördern;

b. ...

...

g. Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der ausländischen Bevölkerung zu unterstützen;

h. Personen, die im Bereich des interkulturellen Austausches tätig sind, zu schulen und weiterzubilden (Mediatorinnen und Mediatoren);

## SR 142.31

Asylgesetz vom 26. Juni 1998 (AsylG)

## Art. 88 Pauschalen

1 Der Bund zahlt den Kantonen für Asylsuchende und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung bis längstens zum Tag, an dem die Wegweisung zu vollziehen ist oder an dem sie eine Aufenthaltsbewilligung erhalten oder einen Anspruch auf Aufenthaltsbewilligung haben:

a. eine Pauschale für die Fürsorgekosten; und

b. einen Pauschalbeitrag an die Betreuungs- und Verwaltungskosten.

2 Der Bund zahlt den Kantonen die Hälfte der Pauschale nach Absatz 1 Buchstabe a für Schutzbedürftige, die nach Artikel 74 Absatz 2 einen Anspruch auf eine Aufenthaltsbewilligung haben, bis zum Tag, an dem die Wegweisung zu vollziehen ist, beziehungsweise bis zur Erteilung der Niederlassungsbewilligung oder längstens bis zum Zeitpunkt, in dem eine solche nach Artikel 74 Absatz 3 erteilt werden könnte.

3 Der Bund vergütet den Kantonen für Flüchtlinge bis zum Tag, an welchem sie die Niederlassungsbewilligung erhalten oder ein Anspruch auf Niederlassung nach Artikel 60 Absatz 2 entsteht, die Fürsorge-, Betreuungs- und Verwaltungskosten pauschal.

4 Der Bundesrat kann die Ausrichtung von Pauschalen für weitere Fälle anordnen, wenn besondere Umstände dies rechtfertigen; dies gilt namentlich für Flüchtlinge mit Niederlassungsbewilligung und für Schutzbedürftige mit Aufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung, die betagt oder behindert sind.

## Art. 91 Weitere Beiträge

1 Der Bund kann die Durchführung von gemeinnützigen Beschäftigungs- und Ausbildungsprogrammen fördern.

...

3 Er kann an Einrichtungen für traumatisierte Personen, die sich gestützt auf dieses Gesetz in der Schweiz aufhalten, Beiträge leisten.

4 Er kann für die soziale, berufliche und kulturelle Integration von Flüchtlingen und Schutzbedürftigen, die Anspruch auf eine Aufenthaltsbewilligung haben, finanzielle Beiträge ausrichten; diese werden in der Regel nur gewährt, wenn sich die Kantone, Gemeinden oder Dritte angemessen an den Kosten beteiligen.

5 Er kann den Kantonen einen Beitrag an die Krankenkassenprämien ausrichten.

...

Art. 93 Rückkehrhilfe und Wiedereingliederung

1 Der Bund leistet Rückkehrhilfe. Er kann dazu folgende Massnahmen vorsehen:

- a. vollständige oder teilweise Finanzierung von Projekten in der Schweiz zur Erhaltung der Rückkehrfähigkeit;
- b. vollständige oder teilweise Finanzierung von Projekten im Heimat-, Herkunfts- oder Drittstaat zur Erleichterung der Rückkehr und der Reintegration;
- c. finanzielle Unterstützung im Einzelfall zur Erleichterung der Eingliederung oder zur medizinischen Betreuung im Heimat-, Herkunfts- oder Drittstaat.

...

SR 142.312

Asylverordnung 2 vom 11. August 1999 über Finanzierungsfragen (Asylverordnung 2, AsylV 2)

Art. 26 Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung

- 1 Der Bund vergütet den Kantonen die Kosten für die notwendige medizinische Versorgung pauschal, soweit die Kostenübernahme nicht nach Artikel 28 erfolgt.
- 2 Das Bundesamt setzt die Tagespauschalen für Minderjährige, junge Erwachsene und Erwachsene pro Kanton jeweils Ende Jahr für das nachfolgende Kalenderjahr fest. Die Festsetzung erfolgt auf Grund:
  - a. der vom Eidgenössischen Departement des Innern für das nachfolgende Kalenderjahr festgelegten Durchschnittsprämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
  - b. der vollen Beträge der Mindestfranchise und der Selbstbehalte nach Artikel 64 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 16 über die Krankenversicherung (KVG).
- 3 Solange der Bund den Kantonen die Krankenkassenprämien nach Absatz 2 vergütet, ist der Anspruch von Asylsuchenden, vorläufig Aufgenommenen und Schutzbedürftigen ohne Aufenthaltsbewilligung auf Prämienverbilligungsbeiträge nach Artikel 65 KVG sistiert. Der Anspruch lebt in dem Zeitpunkt auf, in dem diese Personen als Flüchtlinge anerkannt werden oder als Schutzbedürftige einen Anspruch auf eine Aufenthaltsbewilligung haben.
- 4 Die Kantone schränken für Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung die Wahl des Versicherers und der Leistungserbringer ein, namentlich in Fällen, in denen zwischen Versicherungen und Leistungserbringern Vereinbarungen nach den Artikeln 42 Absatz 2 und 62 KVG abgeschlossen worden sind. Die Kantone haben die geeigneten Massnahmen zu ergreifen, um die Qualität des Leistungsangebotes sicherzustellen. Im Übrigen gilt Artikel 41 Absatz 4 KVG sinngemäss.
- 5 Hat ein Kanton die Wahl des Versicherers und der Leistungserbringer nach Absatz 4 eingeschränkt, so vergütet ihm der

Bund die Tagespauschale für angebrochene Monate bei allen Alterskategorien vollumfänglich. Zudem erhält der Kanton anstelle der Tagespauschale für junge Erwachsene die Tagespauschale für Erwachsene.

Art. 27 Flüchtlinge und Schutzbedürftige mit Aufenthaltsbewilligung

- 1 Für Flüchtlinge und Schutzbedürftige mit Aufenthaltsbewilligung vergütet das Bundesamt den Kantonen die vollen Beträge der Mindestfranchise und der Selbstbehalte nach Artikel 64 KVG. Die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden nicht übernommen.
- 2 Die Kosten der weiteren notwendigen medizinischen Versorgung werden nach Artikel 28 vergütet.

Art. 28 Abgeltung besonderer medizinischer Versorgung

- 1 Soweit für die nachfolgenden Kosten nicht Versicherungseinrichtungen oder andere Kostenträger aufzukommen haben, vergütet der Bund den Kantonen unter Vorbehalt der Absätze 2–5 die effektiven Aufwendungen für:
  - a. medizinisch notwendige Sachleistungen;
  - b. Sonderschulung nach Artikel 19 des IVG;
  - c. die Betreuung hilfloser Minderjähriger nach Artikel 20 des IVG;
  - d. notwendige zahnmedizinische Behandlungen sowie Honorare für die Vertrauenszahnärztinnen und -ärzte.
- 2 Als nicht vergütbare Aufwendungen gelten namentlich die Kosten für:
  - a. Leistungen zur beruflichen Eingliederung von Asylsuchenden und Schutzbedürftigen ohne Aufenthaltsbewilligung nach den Artikeln 15–18 IVG;
  - b. Leistungen ausserhalb des Grundleistungskataloges der jeweiligen Sozialversicherungen, unter anderem nicht zugelassene Medikamente;
  - c. Leistungen eines Leistungserbringers, der von den jeweiligen Sozialversicherungen nicht zugelassen ist;
  - d. Tariffdifferenzen infolge ausserkantonaler Behandlungen nach Artikel 41 Absatz 3 KVG;
  - e. Prämienausstände der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
  - f. Leichentransporte und Bestattungen.
- 3 Die Kosten für Leistungen nach Absatz 1 Buchstaben a–c werden nur vergütet, wenn sie bei gegebenen Anspruchsvoraussetzungen nach den Bestimmungen des Kranken- und Invalidenversicherungsrechts übernommen würden.
- 4 Das Bundesamt legt für die Abgeltung der zahnmedizinischen Kosten nach Absatz 1 Buchstabe d den Behandlungsstandard fest. Das Bundesamt bezeichnet nach Anhörung der Kantone und der Standesorganisation für jeden Kanton mindestens eine Vertrauenszahnärztin oder einen Vertrauenszahnarzt.
- 5 Die Kantone entscheiden über die Notwendigkeit und Zweckmässigkeit der zahnmedizinischen Behandlung. Übersteigen

die Behandlungskosten pro Fall den Betrag von 2000 Franken, so holen die Kantone die Stellungnahme der nach Absatz 4 bezeichneten Fachperson oder der Schulzahnärztin oder des Schulzahnarztes ein. Das Bundesamt vergütet den Kantonen die Kosten für die Honorare der Stellungnahmen auch dann, wenn die Behandlungskosten weniger als 2000 Franken betragen.

- 6 Das Bundesamt vergütet für Asylsuchende, Schutzbedürftige und Flüchtlinge die Kosten der grenzsanitären Untersuchung nach Artikel 33 des Epidemiengesetzes vom 18. Dezember 1970. Das Abrechnungsverfahren richtet sich nach den Weisungen des Bundesamtes.

Art. 29 Betreuungskosten für Asylsuchende und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung

- 1 Der Bund vergütet jedem Kanton für die Betreuung von Asylsuchenden und Schutzbedürftigen ohne Aufenthaltsbewilligung pro Quartal einen Sockelbeitrag von 75'000 Franken und einen Betrag K nach der Formel:

$$K = \frac{B \times Z}{W} \times \frac{y}{100}$$

In der Formel bedeuten:

B = Basisbetrag von 21'306'576 Franken;

Z = Anzahl der Neuzugänge an Asylsuchenden und Schutzbedürftigen errechnet aus den vom AUPER ausgewiesenen Neuzugängen am Ende des auszuzahlenden Quartals sowie der drei vorangehenden Quartale;

W = Basis von 22'000 Neuzugängen;

Y = massgebender Verteilschlüssel nach Artikel 27 des Gesetzes.

- 2 Sinken die Quartalszugänge (Z) unter 22'000, so bleibt der Basisbetrag (B) unverändert, bis die Quartalszugänge 80 Prozent der Basis (W) erreichen. Die Formel lautet in diesem Fall:

$$K = B \times \frac{y}{100}$$

- 3 Sinken die Quartalszugänge (Z) unter 80 Prozent der Basis (W) von 22'000, so wird für dieses Quartal der Basisbetrag (B) so weit gekürzt, wie die Neuzugänge 80 Prozent der Basis (W) unterschreiten. Die Formel lautet in diesem Fall:

$$K = B \times \frac{(Z+0,2W)}{W} \times \frac{y}{100}$$

- 4 Der Basisbetrag B nach Absatz 1 sowie der Sockelbeitrag werden jährlich dem Lohnindex (Nominallohn der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auf der Basis 1939 = 100 in Prozent) angepasst.

- 5 Das Bundesamt beteiligt sich an der funktionsbezogenen Fortbildung der Betreuerinnen und Betreuer. Dafür budgetiert es 1 Prozent des jährlichen Betrages (K) nach Absatz 1.

- 6 In ausserordentlichen Lagen kann das Bundesamt die Beiträge an die Betreuungskosten kürzen. So namentlich, wenn

die nach Absatz 1 errechneten Neuzugänge 42'000 übersteigen.

Art. 31 Betreuungs- und Verwaltungskosten für Flüchtlinge

- 1 Der Bund zahlt jedem Kanton für die Verwaltungsaufwendung und Betreuung von Flüchtlingen bis zur Erteilung der Niederlassungsbewilligung, längstens bis zum Tag, an dem sie einen Anspruch nach Artikel 60 Absatz 2 des Gesetzes darauf haben, pro Quartal einen Betrag K nach der Formel:

$$K = \frac{(M+N)}{2} + \frac{(O+P)}{2} \times \text{Fr. } 565.70$$

In der Formel bedeuten:

M = Anzahl Flüchtlinge am letzten Tag des vorangegangenen Quartals, gemäss Zentralem Ausländerregister (ZAR);

N = Anzahl Flüchtlinge am letzten Tag des Quartals, gestützt auf das ZAR;

O = Anzahl der vorläufig aufgenommenen Flüchtlinge am letzten Tag des vorangegangenen Quartals, gestützt auf das AUPER;

P = Anzahl der vorläufig aufgenommenen Flüchtlinge am letzten Tag des Quartals, gestützt auf das AUPER.

Art. 41 Allgemeines

- 1 Beschäftigungs- und Ausbildungsprogramme für Asylsuchende und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung stehen im öffentlichen Interesse und sind nicht gewinnorientiert. Sie erweitern die soziale und berufliche Kompetenz und wirken den negativen Folgen der Erwerbs- oder Beschäftigungslosigkeit entgegen.
- 2 Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern kann eine Entschädigung ausgerichtet werden. Diese darf keinen massgebenden Lohn nach Artikel 5 des AHVG 26 darstellen.

Art. 43 Bundesbeiträge

- 1 Das Bundesamt kann den Kantonen für Beschäftigungs- und Ausbildungsprogramme Bundesbeiträge ausrichten.
- 2 Die Ausrichtung der Bundesbeiträge erfolgt ausschliesslich aufgrund von Leistungsvereinbarungen zwischen den Kantonen und dem Bundesamt.
- 3 Der maximale Bundesbeitrag beträgt 1 Franken pro Tag für sämtliche fürsorgeabhängigen Asylsuchenden und Schutzbedürftigen ohne Aufenthaltsbewilligung. Er wird jeweils Ende des Jahres für das folgende Kalenderjahr dem Landesindex der Konsumentenpreise angepasst.

Art. 44

- 1 Das Bundesamt kann einen jährlichen Beitrag an die Kosten von Einrichtungen zur Behandlung traumatisierter Personen ausrichten.
- 2 Der Beitrag des Bundes bezweckt namentlich die Förderung der Lehr- und Forschungstätigkeit auf dem Gebiet der speziel-

len Betreuung traumatisierter Personen. Die Ausrichtung eines Bundesbeitrages setzt die Zulassung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in der entsprechenden Einrichtung nach den Bestimmungen des KVG.

#### Art. 45

1 Das Bundesamt beteiligt sich an den Aufwendungen für projektbezogene Hilfe zur sozialen, beruflichen und kulturellen Eingliederung von Flüchtlingen und Schutzbedürftigen mit Aufenthaltsbewilligung, soweit deren besondere Lage solche Massnahmen erfordert und der Bund für diese Personen nach Artikel 88 Absätze 2 und 3 des Gesetzes kostenerstattungspflichtig ist. Auf die Ausrichtung von Bundesbeiträgen besteht kein Rechtsanspruch.

2 Das Bundesamt lässt die Eingliederungsbedürfnisse der in Absatz 1 erwähnten Personen periodisch erheben und setzt die Prioritätenordnung für die Ausrichtung der Bundesbeiträge nach Anhörung der Eidgenössischen Kommissionen für Flüchtlingsfragen (EKF) und Ausländerfragen (EKA) fest.

#### Art. 68 Bundesbeiträge

1 Das Bundesamt richtet Bundesbeiträge für Rückkehrberatungsstellen nach Artikel 66 Absatz 1 im Rahmen des jährlich vom Parlament bewilligten Kredites in Form einer Pauschale aus. Für die Berechnung der Pauschale ist grundsätzlich der Verteilschlüssel nach Artikel 21 der Asylverordnung 1 vom 11. August 1999 massgebend. Den Kantonen mit einer Verteilquote von bis und mit 1,6 Prozent wird ein Mindestpauschalbetrag ausgerichtet, der den Betrieb einer minimalen Rückkehrberatungsstelle ermöglichen soll.

2 Das Bundesamt kann den kantonalen Koordinationsstellen für rückkehrorientierte Projekte nach Artikel 66 Absätze 2 und 3 auf Gesuch hin Bundesbeiträge in Form von Pauschalen ausrichten.

3 Für ausbildungsorientierte Rückkehrprojekte nach Artikel 66 Absätze 2 und 3 holt die kantonale Koordinationsstelle vor Gesuchseinreichung die Zustimmung der zuständigen Arbeitsmarktbehörden ein.

4 Für unternehmerisch orientierte Rückkehrprojekte kann das Bundesamt auf Gesuch hin über die Pauschale hinausgehende Ausbildungskosten übernehmen. Das Bundesamt definiert Art und Höhe der zusätzlich abzugelenden Kosten.

SR 818.125.11

Verordnung vom 6. Juli 1983 über grenzsanitätsdienstliche Massnahmen

SR 851.1

Bundesgesetz über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger (Zuständigkeitsgesetz, ZUG) vom 24. Juni 1977 (Stand am 28. September 1999)

#### Art. 20 Ausländer mit Wohnsitz in der Schweiz

1 Ausländer mit Wohnsitz in der Schweiz werden vom Wohnkanton unterstützt, soweit es dessen Gesetzgebung, das Bundesrecht oder völkerrechtliche Verträge vorsehen.

2 Ist ein Ausländer ausserhalb seines Wohnkantons auf sofortige Hilfe angewiesen, so gilt Artikel 13 sinngemäss.

#### Art. 21 Ausländer ohne Wohnsitz in der Schweiz

1 Bedarf ein Ausländer, der sich in der Schweiz aufhält, hier aber keinen Wohnsitz hat, sofortiger Hilfe, so ist der Aufenthaltskanton unterstützungspflichtig.

2 Der Aufenthaltskanton sorgt für die Rückkehr des Bedürftigen in seinen Wohnsitz- oder Heimatstaat, wenn nicht ein Arzt von der Reise abrät.

#### Art. 22 Heimschaffung

Vorbehalten bleibt die Heimschaffung nach den Bestimmungen von Fürsorgeabkommen oder nach dem Bundesgesetz vom 26. März 1931 über Aufenthalt und Niederlassung der Ausländer.

Im Entwurf zum neuen Ausländergesetz wurden folgende Bestimmungen vorgeschlagen (Stand Vernehmlassung):

8. Kapitel: Integration (Art. 53–55)

#### Art. 53 Förderung der Integration

1 Bund und Kantone berücksichtigen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben die Anliegen der Integration und fördern die Zusammenarbeit zwischen den Behörden und privaten Organisationen in diesem Bereich.

2 Der Bund kann für die Integration von Ausländerinnen und Ausländern finanzielle Beiträge ausrichten; diese werden in der Regel nur gewährt, wenn sich die Kantone, Gemeinden oder Dritte angemessen an den Kosten beteiligen.

3 Die vom Bundesrat nach Art. 54 eingesetzte beratende Kommission ist berechtigt, die Ausrichtung von Beiträgen zu beantragen und zu eingegangenen Beitragsgesuchen Stellung zu nehmen.

4 Die Bundesversammlung setzt mit dem Budget den jährlichen Höchstbetrag fest.

5 Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

#### Art. 54 Ausländerkommission

Der Bundesrat setzt eine aus Schweizerinnen und Schweizern sowie Ausländerinnen und Ausländern bestehende, beratende Kommission ein und legt ihre Aufgaben fest. Sie befasst sich insbesondere mit der:

a. Situation der Ausländerinnen und Ausländer;

b. Unterstützung von Behörden und Organisationen bei der Integration der Ausländerinnen und Ausländer;

c. Information gemäss Art. 55.

## Art. 55 Information

- 1 Die zuständigen Behörden des Bundes und der Kantone informieren die Ausländerinnen und Ausländer angemessen über die Lebens- und Arbeitsverhältnisse sowie über ihre Rechte und Pflichten in der Schweiz.
- 2 Bund und Kantone unterstützen Bestrebungen mit dem Ziel, die Bevölkerung über die Migrationspolitik zu informieren, um dadurch das gegenseitige Verständnis zu fördern.

## Dokumente und weiterführende Texte

### Grundlagen

- Piguet, Etienne und Philippe Wanner (2000). Naturalisierungen in der Schweiz. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Cattacin, Sandro, Denise Efonayi und Philippe Wanner (2001). Etat social et migration. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations.
- BFS, Bundesamt für Statistik (1998). Migration und ausländische Bevölkerung in der Schweiz. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS, Bundesamt für Statistik (1999). Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz 1998.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2000). Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz 1999.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2001). Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz 2000.
- Ottawa-Charta (1986)
- Leu, Robert, Stefan Burri und Tom Priester (1997). Lebensqualität und Armut in der Schweiz. Bern: P. Haupt.
- Coulon, Augustin de und Yves Flückiger (1994). Intégration de la main d'œuvre étrangère sur le marché du travail suisse: une analyse des données ESPA 1993. [Genève]: Université de Genève, Faculté de sciences économiques et sociales.
- Kälin, Walter (2000). Grundrechte im Kulturkonflikt: Freiheit und Gleichheit in der Einwanderungsgesellschaft. Zürich: NZZ-Verlag.

### Migrationspolitik und Integrationspolitik der Schweiz

- Mahnig, Hans (1999). «La question de l'intégration» ou Comment les immigrés deviennent un enjeu politique: une comparaison entre la France, l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suisse», *Sociétés contemporaines* (33/34): 15–38.
- Niederberger, Josef Martin (1982). «Die politisch-administrative Regelung von Einwanderung und Aufenthalt von Ausländern in der Schweiz: Strukturen, Prozesse, Wirkungen», in Hoffmann-Nowotny, Hans-Joachim und Karl-Otto Hondrich (Hg.), *Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland und in der Schweiz: Segregation und Integration: eine vergleichende Untersuchung*. Frankfurt M.: Campus, pp. 11–123.
- Haug, Werner (1995). *Vom Einwanderungsland zur multikulturellen Gesellschaft: Grundlagen für eine schweizerische Migrationspolitik*. Bern: Bundesamt für Statistik.
- EKA (2000). *Integrationsbericht*, Bern: EDMZ

### Gesundheit und Migration: Grundlagen

- Abel, Th. (1999). *Gesundheitsrelevante Lebensstile: Zur Verbindung von handlungs- und strukturtheoretischen*

Aspekten in der modernen Ungleichheitsforschung. In: Maeder, Ch. et al. (Hrsg.). *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur Soziologie der Gesundheit*. Zürich: Seismo, 43–61.

- David, M., Borde, Th. & Kentenich, H. (Hrsg.) (1999). *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibungen und Zukunftsmodelle*. Frankfurt a. Main: Mabuse, 2. Aufl.
- Weiss, Regula (2002). *Gesundheit und Migration. Psychosoziale Aspekte*. Zürich: Seismo.
- Bischoff, Alexander N. (1997). *Migration and health in Switzerland*. Genève: Unité de médecine des voyages et des migrations, Hôpitaux universitaires de Genève.
- Vranjes, Nenad, Brigitte E. Bisig und Felix Gutzwiller (1996). *Gesundheit der Ausländer in der Schweiz*. Liebefeld: Fach-einheit Sucht und Aids, Bundesamt für Gesundheit.

#### Prekarität und soziale Schwierigkeiten der Migrationsbevölkerung in der Schweiz

- Tabin, Jean-Pierre (1999). *Les paradoxes de l'intégrations*. Lausanne: EESP.
- Lamprecht, M. & Stamm, H. (1999). *Individualisiertes Gesundheitshandeln und soziale Lage*. In: Maeder, Ch. et al. (Hrsg.). *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur Soziologie der Gesundheit*. Zürich: Seismo, 62–85.
- Efionayi, Denise (1999). *Sozialhilfe für Asylsuchende im europäischen Vergleich*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration Studies (SFM/FSM).
- f – Frauenfragen (1999/2): *Schwerpunkt Migration*. Eidg. Kommission für Frauenfragen. Bern.

#### Dolmetschen und interkulturelle Vermittlung im Gesundheitssystem

- Weiss, Regula und Rahel Stuker (1998). *Übersetzung und kulturelle Mediation im Gesundheitssystem: Grundlagenbericht*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations.
- Bischoff, Alexander und Louis Loutan (2000). *Mit anderen Worten. Dolmetschen in Behandlung, Beratung und Pflege*. Bern und Genf: BAG und HUG.

#### Therapie und Traumatisierung

- Wicker, Hans-Rudolf (1993). *Die Sprache extremer Gewalt: Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen*. Bern: Institut für Ethnologie.
- Weiss, Regula (1994). *Therapie mit gefolterten Flüchtlingen: Schwierigkeiten und Chancen*. Zürich.
- Moser, C., Nyfeler, D. & Verwey, M. (Hrsg.) (2001). *Traumatisierung von Flüchtlingen und Asylsuchenden*. Zürich: Seismo.

#### Spezielle Themen

- Domenig, D. (2001). *Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz*. Bern: Huber.
- Domenig, D. (Hrsg.) (2001). *Professionelle transkulturelle Pflege. Praxishandbuch für Pflegenden und Hebammen*. Bern: Huber.
- Henley, A. & Schott, J. (1999). *Culture, Religion and Patient Care in Multi-ethnic Society. Handbook for professionals*. London: Age Concern.
- Haour-Knipe, Mary und Richard Rector (1996) (Hg.). *Crossing borders: migration, ethnicity and AIDS*. London: Taylor & Francis.
- David, M., Borde, Th. & Kentenich, H. (Hrsg.) (2000). *Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext*. Frankfurt a. Main: Mabuse.
- Eidg. Büro für Gleichstellung & Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (1997). *Geschlecht und Gesundheit ab 40: die Gesundheit von Frauen und Männern in der zweiten Lebenshälfte*. Bern: Huber.
- Salis Gross, C., Blöchliger, C., Moser, C. & Zuppinger, B. (1997). *Die Arzt-Patienten-Interaktion in der hausärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen. Schlussbericht, Schweizerisches Tropiceninstitut (STI) Basel*.

## Glossar

### Assimilation von Migrantinnen und Migranten

Der Begriff der Assimilation, der aus den 60er-Jahren stammt, wird in ethnozentrischen Diskursen verwendet. Er beschreibt die Angleichung der Verhaltensweisen und Wertvorstellungen von Migrantinnen und Migranten an die Vorgaben der einheimischen Bevölkerung.

### Leistung erbringende Dienste im Gesundheits- und Sozialbereich

Die Verwendung des Begriffs Leistung erbringende Dienste in diesem Text umfasst die gesamte Angebotsseite von Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich. Spitäler, Ärztinnen und Ärzte, Ernährungsberaterinnen und -berater, Psychologinnen und Psychologen sind Beispiele für Leistung erbringende Dienste.

### Dolmetschen im Gesundheits- und Sozialbereich

Damit wird eine Aktivität beschrieben, die auf professionellen Standards aufbaut und die Kommunikation zwischen Personen verschiedener Sprache im Gesundheits- und Sozialbereich ermöglicht. Dolmetschen findet im Rahmen einer face-to-face-Situation statt. Diese Aktivität beinhaltet die mündliche Übertragung einer formulierten Äußerung von einer Sprache in eine andere. Dabei wird die semantische Ebene der Kommunikation einbezogen.

### Ganzheitlicher Gesundheitsansatz

Dieser Ansatz wurde von der Weltgesundheitsorganisation vorgeschlagen (Ottawa-Charta der WHO) und dient den meisten Ländern als Orientierung für die Gesundheitspolitik. Er umfasst das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden des Einzelnen und zielt ebenfalls auf die Erhöhung autonomer Handlungskompetenz im Leben.

### Integration von Migrantinnen und Migranten

Integration beschreibt die Annäherung an eine Gesellschaft, in der die gleichberechtigte Beteiligung der Migrantinnen und Migranten am gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Leben realisiert ist. Ziel dabei ist die Bildung einer Gemeinschaft von Menschen, die von gegenseitigem Respekt in der Verschiedenheit charakterisiert ist.

### Interkulturelle Vermittlung im Gesundheits- und Sozialbereich

Damit wird eine Aktivität bezeichnet, die auf professionellen Standards aufbaut und die Vermittlung zwischen unterschiedlichen Lebenswelten und Lebensformen im interkulturellen



Kontext des Migrationsbereichs beinhaltet. Sie nimmt die Interessen der verschiedenen Systeme (Gruppen und Einzelpersonen sowie Institutionen) wahr. Interkulturelle Vermittlung ermöglicht damit Begegnungen, vermittelt Informationen und sensibilisiert für die jeweiligen Anliegen. Die interkulturelle Vermittlungsperson arbeitet aktiv mit sozialen Netzwerken zusammen. Interkulturelle Vermittlung ist aufsuchende Arbeit und stützt sich oft auf Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können als Angehörige einer bestimmten Bevölkerungsgruppe und/oder eines Settings Informationen innerhalb dieser Strukturen weitergeben. Mit interkultureller Vermittlung ist nicht Konfliktmediation gemeint.

### Migrantinnen und Migranten

In diesem Text bezeichnet die Terminologie «Migrantinnen und Migranten» jene Personen, die entweder aus einem anderen Land in die Schweiz gekommen sind (externe Migration) oder einen direkten familiären Migrationshintergrund besitzen (Nachkommen von Migrantinnen und Migranten). Der Begriff schliesst rückkehrende Schweizerinnen und Schweizer oder deren Nachkommen nicht aus.

### Migrationshintergrund

Dieser Begriff wird in diesem Text verwendet, um auf die Nachkommen von internationalen Migrantinnen und Migranten hinzuweisen. Auch in diesem Fall spielt die Nationalität keine Rolle; der Begriff weist vielmehr auf Lebenssituationen hin.

### Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Mit dem Begriff «Multiplikatorin» oder «Multiplikator» bezeichnen wir 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.



Eine Kurzfassung dieser Broschüre besteht in 13 Sprachen.

Diese Kurzfassung kann unter

[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

eingesehen werden.

#### Sprachversionen

Albanisch  
Arabisch  
Deutsch  
Englisch  
Französisch  
Italienisch  
Kroatisch  
Portugiesisch  
Russisch  
Serbisch  
Spanisch  
Tamilisch  
Türkisch