

Chantal Wyssmüller

Bülent Kaya

In Zusammenarbeit mit Denise Efionayi-Mäder

*Migration & Gesundheit*

**Übersicht über ausgewählte**

**Fachliteratur 2006-2008**

Auftraggeber:

Bundesamt für Gesundheit, Nationales Programm *Migration & Gesundheit*

Vertrag Nr.:

08.004762 / 704.0001 / -287

© 2009 SFM

**SFM - Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population**

Rue St-Honoré 2 • CH-2000 Neuchâtel

Tél.: +41 32 718 39 20 • Fax: +41 32 718 39 21 • [secretariat.sfm@unine.ch](mailto:secretariat.sfm@unine.ch) • [www.migration-population.ch](http://www.migration-population.ch)

L'institut SFM est associé à la Maison d'analyse des processus sociaux (MAPS) • [www.unine.ch/maps](http://www.unine.ch/maps)

# Inhalt

1	Kontext und Mandat	4
2	Vorgehen und methodische Grenzen	5
3	Literaturübersicht	6
3.1	<i>Migration &amp; Gesundheit</i> : Überblicks- und Grundlagenarbeiten	6
3.2	Publikationen zum Gesundheitszustand von Migrationsbevölkerungen	11
3.3	Literatur spezifisch zu den einzelnen Handlungsfeldern	19
3.3.1	Gesundheitsförderung und Prävention	19
3.3.2	Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen und Gesundheitsversorgung	24
3.3.3	Interkulturelles Übersetzen	29
3.4	Beobachtungen und Tendenzen	32
4	Methodendiskussion und Empfehlungen	37
5	Zitierte Literatur	40
	Anhang: Methodisches Vorgehen bei der Literaturrecherche und –auswahl	49

# 1 Kontext und Mandat

Im Juni 2007 hat der Bundesrat die zweite Phase der Bundesstrategie *Migration & Gesundheit* (2008-2013) verabschiedet und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit der Umsetzung betraut (BAG 2007). Die Bundesstrategie definiert vier Handlungsfelder und eine Querschnittsaufgabe sowie entsprechende Massnahmen. Im Handlungsfeld *Forschung und Wissensmanagement* sieht sie u.a. vor, dass sich die Programmverantwortlichen regelmässig über die neuen Erkenntnisse und Entwicklungen im Bereich *Migration & Gesundheit* – auf nationaler wie internationaler Ebene – informieren. Ein solches Update der veröffentlichten Erkenntnisse in diesem Themenfeld (Forschungsarbeiten, Evaluationsberichte etc.) ist einerseits mit Blick auf eine allfällige Anpassung der Programmaktivitäten und –massnahmen wichtig, andererseits aber auch im Hinblick auf die Wissensverbreitung an die betroffenen Akteure.

Im Rahmen der Vorbereitung der zweiten Programmphase der Bundesstrategie war im Jahr 2006 bereits eine Literaturanalyse für den Publikationszeitraum 2001-2005/2006 vorgenommen worden (Wyssmüller et al. 2006a, 2006b). Diese berücksichtigte auch die Forschungsarbeiten, die im Rahmen der ersten Programmphase der Bundesstrategie (2002-2007) durchgeführt und bis ca. Mai 2006 publiziert worden waren<sup>1</sup> sowie den Schlussbericht der Evaluation dieser ersten Phase der Strategie (vgl. Ledermann et al. 2006). Sie war aber weitgehend auf Fachliteratur aus der Schweiz beschränkt und berücksichtigte nur eine kleine Auswahl internationaler Publikationen.

Die vorliegende Literaturübersicht basiert auf einer neuerlichen Review: Gesichtet wurde eine Auswahl nationaler, v.a. aber auch internationaler Fachliteratur im Bereich *Migration & Gesundheit*, die im Zeitraum zwischen 2006 und 2008 publiziert wurde.<sup>2</sup> Es handelt sich also um eine breiter angelegte Aktualisierung (Update) der obengenannten Literaturreview von 2006; sie soll es den Programmverantwortlichen und –mitarbeitenden ermöglichen, sich über die jüngsten Forschungsergebnisse und Tendenzen auf nationaler und internationaler Ebene zu informieren. Die Einschätzung der Tendenzen erfolgte – zumindest was die Schweiz betrifft – mit Bezug auf die Ergebnisse der Review von 2006.

---

1 U.a. das erste Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM) bzw. die entsprechenden Analysen (vgl. Gabadinho et al. 2007; Rommel et al. 2006).

<sup>2</sup> Ausgenommen wurden jene (Schweizer) Publikationen des Jahres 2006 (bis ca. Mai), die bereits im Rahmen der Literaturreview 2006 berücksichtigt worden waren.

Gleichzeitig hat sich das vom Schweizerischen Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien der Universität Neuchâtel (SFM) durchgeführte Projekt zum Ziel gesetzt, ein praktikables Online-Literaturrecherche – Konzept zu erarbeiten – dies im Hinblick auf ein zukünftig jährlich zu wiederholendes derartiges Literatur-Update.

## 2 Vorgehen und methodische Grenzen

Das methodische Vorgehen dieser Literaturreview ist im Anhang im Detail nachzulesen. An dieser Stelle soll folgende Kurzbeschreibung genügen:

Wir haben für den Publikationszeitraum 2006-2008 eine breite **Stichwort-Recherche** in einschlägigen **Online-Datenbanken**<sup>3</sup> vorgenommen. Aus dieser Online-Recherche ergab sich zunächst ein Korpus von rund 2200 potentiell relevanten Publikationen im Bereich *Migration & Gesundheit*. Die Gegebenheiten der uns zur Verfügung stehenden Infrastruktur (Zugangsmöglichkeiten zu Dokumenten oder Abstracts) und die Anwendung bestimmter Reduktionsstrategien (vgl. Anhang) führten zu einer ersten Redimensionierung des Korpus. Aus dem auf diese Weise reduzierten Korpus wurden die 112 für die Analyse berücksichtigten Titel ausgewählt.<sup>4</sup> Die **Auswahlkriterien** orientierten sich an der Grundfrage der Relevanz für den Schweizer Kontext bzw. das BAG-Programm:

- politischer/demographischer Kontext mit jenem der Schweiz vergleichbar ?<sup>5</sup>
- wissenschaftliche Qualität, empirische/methodische Fundiertheit
- Relevanz für Politik und/oder Praxis (Informationen zu *Policies* und Strategien anderer Länder/Entitäten bzw. Evaluation von Interventionen)
- Neuheit/Originalität der Erkenntnisse im Vergleich zum bereits Bekannten (Literaturreview 2006)

Es handelt sich bei der im Folgenden dargestellten Literatur also um eine – auch durch die technischen bzw. infrastrukturenspezifischen Möglichkeiten – limitierte Auswahl aus einer grossen Menge zwischen 2006 und 2008 auf internationaler Ebene publizierter Arbeiten im Themenfeld *Migration & Ge-*

---

<sup>3</sup> Die berücksichtigten Datenbanken sind im Anhang aufgeführt.

<sup>4</sup> Die ausgewählten Publikationen sind im separat mitgelieferten Dokument *Analyalisierte Literatur\_Übersichtstabelle* tabellarisch aufgelistet und charakterisiert.

<sup>5</sup> Ausgewählt wurden mehrheitlich Studien und Texte, die sich auf die Situation in europäischen Einwanderungsländern beziehen. Vereinzelt wurden auch Texte zu aus dem nord-amerikanischen Kontext (USA, Kanada) miteinbezogen (vgl. Beschreibung des Vorgehens im Anhang und kritische Diskussion in Kapitel 4).

*sundheit*. Der regionale Fokus lag dabei auf Europa und der inhaltliche auf der Relevanz für die Bedürfnisse des BAG-Programmtteams.

Das für diese Literaturreview gewählte Vorgehen ist als pragmatisch zu werten – es galt, eine unübersichtliche Publikationsflut zum Thema (auf internationaler Ebene) doch bis zu einem gewissen Grad zu „überblicken“. Dabei ist zu bedenken, dass das Review-Team neben technischen auch zeitlichen Grenzen unterlag. Die verschiedenen methodisch-technischen Grenzen, an die wir gestossen sind, und einige Verbesserungsmöglichkeiten beim Vorgehen werden – dies auch im Hinblick auf die angestrebte jährliche Wiederholung eines derartigen Updates – zum Schluss dieses Berichts eingehender diskutiert (Kapitel 4).

### 3 Literaturübersicht

Unsere Recherche förderte einige Publikationen zutage, die sich ganz allgemein mit den Zusammenhängen und Wechselwirkungen zwischen Migration und Gesundheit auseinandersetzen und sie darzustellen versuchen, oder aber einzelne MigrantInnenkategorien aus einer *Public Health* – Perspektive heraus fokussieren. Wir gehen eingangs auf eine Auswahl<sup>6</sup> dieser umfassenderen Grundlagentexte und Überblicksarbeiten kurz ein (3.1).

→ *Die Lektüre dieses Unterkapitels ist für das Verständnis der weiteren nicht unbedingt erforderlich. Eilige bzw. mit der Thematik bereits hinreichend vertraute LeserInnen können direkt mit Kapitel 3.2 einsteigen.*

Das nächste Unterkapitel (3.2) gibt einen Überblick über die gesichtete Literatur zum Gesundheitszustand von Migrationsbevölkerungen (u.a. sozial-epidemiologische Studien). In den darauffolgenden Unterkapiteln (3.3 – 3.5) wird die berücksichtigte Literatur aus der Perspektive der einzelnen Handlungsbereiche des BAG-Programmtteams „Migration und Gesundheit“ dargestellt. Diese Unterkapitel sind jeweils aufgeteilt in einen Abschnitt zu Schweizer und zu internationaler Literatur. Zum Schluss (3.6) werden einige Beobachtungen und festgestellte Tendenzen angeführt.

#### 3.1 *Migration & Gesundheit*: Überblicks- und Grundlagenarbeiten

Mit Blick auf **(sozial-) epidemiologische Forschung im Zusammenhang mit Migrationsbevölkerungen** sei zunächst auf drei Texte mit grundsätzlichen Überlegungen zu dieser Problematik verwiesen.

---

<sup>6</sup> Der Fokus liegt auch bei dieser Auswahl insbesondere auf dem europäischen Kontext.

Gushulak/MacPherson (2006) zeigen aus globaler Perspektive auf, wie die Resultate epidemiologischer Untersuchungen heute Migration und Mobilität – und somit die regionalen Disparitäten in Bezug auf Gesundheitsdeterminanten und Krankheitsprävalenzen – reflektieren. Insbesondere mit Blick auf Infektionskrankheiten seien die epidemiologischen Auswirkungen von Migration evident – vergleichbare Einflüsse auf die epidemiologische Situation in Aufnahmeländern wären aber auch hinsichtlich anderer Krankheiten absehbar. Nationale *Public Health Policies* in Einwanderungsländern griffen angesichts dieser globalen Zusammenhänge zu kurz – um die künftigen Herausforderungen, die sich aus der internationalen Mobilität ergeben, effizient angehen zu können, braucht es aus Sicht der AutorInnen eine Integration nationaler und globaler Initiativen.

Razum (2007) erläutert, dass Mortalitätsraten in MigrantInnengruppen kritisch zu interpretieren seien und relativiert deren Bedeutung mit Blick auf *Public Health*-Interventionen. Eine niedrigere Mortalität von MigrantInnen im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung etwa bedeute nicht, dass die Prävalenz von Risikofaktoren niedrig ist und daher keine präventiven Interventionen erforderlich seien. Wolle man zwischen genetischer Disposition und Lebensstileinflüssen unterscheiden, so sei vor allem der Vergleich mit der Bevölkerung des Herkunftslandes aussagekräftig. Auf die Fragen, ob MigrantInnen ein gutes Leben führen und ob sie mit Achtung behandelt werden, gäben nicht alle Morbiditäts- und Mortalitätsdaten zuverlässige Auskunft. Hierzu müssten ausgewählte Gesundheitsindikatoren wie z.B. Müttersterblichkeit oder Studien zur psychischen Befindlichkeit und zur sozialen Lage von MigrantInnen herangezogen werden.

Der Artikel Schenks (2007) stellt einen Versuch dar, die Komplexität der Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen Migration und Gesundheit modellhaft zu erfassen, um der Untersuchung von Gesundheitsfragen im Kontext der Migration einen Analyserahmen zu geben und sie dadurch zu vereinfachen bzw. überhaupt erst zu ermöglichen. Die Autorin entwickelte ein Erklärungs- und Analysemodell für epidemiologische Studien im Kontext von Migration. Dieses Modell soll eine Analysegrundlage schaffen, die alle potenziellen Einflussfaktoren einschließt. Ob und welchen Einfluss die einzelnen Faktoren auf das zu erklärende Gesundheitsphänomen tatsächlich haben, muss aber jeweils empirisch geprüft werden. Auch müssen nicht alle Faktoren für eine spezifische Fragestellung relevant sein. Den Kern des Modells bilden all jene zentralen Dimensionen, die eine Situation mit Migrationshintergrund von einer Situation ohne Migrationshintergrund unterscheiden und zu gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen der einheimischen und der untersuchten Migrationspopulation führen können. Laut Schenk sind dies: Unterschiede gesundheitsrelevanter Bedingungen in Herkunfts- und Aufnahmeland, das Migrationsereignis selbst, die besondere soziale und

rechtliche Lage der MigrantInnen im Aufnahmeland, ihre ethnische Zugehörigkeit und damit verbundene Ethnisierungsprozesse sowie Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung.

Erwähnenswert sind weiter ein paar Buchpublikationen, die sich mit der **Gesundheitssituation und dem Gesundheitshandeln bestimmter MigrantInnengruppen** auseinandersetzen.

Da ist etwa ein Buch über **alternde Eingewanderte** und deren gesundheitliche Situation bzw. gesundheitsrelevante Aktivitäten (Reinprecht 2006). Es behandelt dieses Phänomen umfassend unter Einbezug vieler Einflussfaktoren wie Arbeitsmarktlage, gesellschaftlicher Strukturwandel, Unsicherheits- erfahrung, Wandel des individuellen/familiären Migrationsprojekts, Dimensionen von Zugehörigkeit und Identität und nicht zuletzt einer Diskussion der Determinante „gesundheitliche Ungleichheit“ und insbesondere des Zusammenhangs zwischen Migration und Gesundheit. Der Autor erläutert, wie sozioökonomische und gesundheitliche Benachteiligung sowie die Erfahrung „komplexer Unsicherheit“ (Reinprecht 2006: 26) im Migrationskontext den Prozess des Älterwerdens prägen und beschleunigen und auch das subjektive Gefühl des Alterns beeinflussen.

Eine Reihe von Publikationen befasst sich mit der Gesundheitssituation **„prekariert“ MigrantInnen**. Achermann et al. (2006) publizierten ihre Studie über Ressourcen und Risiken vorläufig Aufgenommener und sogenannter *Sans Papiers*<sup>7</sup> in der Schweiz. Zum Thema der Gesundheitssituation und –versorgung versteckt lebender MigrantInnen liefert auch die Pflegewissenschaftlerin Tolsdorf (2008) eine umfassende Darstellung mit Bezug auf die Situation in Deutschland und der Schweiz. Das Schweizerische Rote Kreuz (2006) gab ebenfalls einen Band zu MigrantInnen ohne Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz heraus, in dem u.a. die Gesundheitsressourcen und –versorgung dieser Bevölkerungsgruppe thematisiert werden. Mit Blick auf die politischen Entwicklungen im Migrationsbereich in der Schweiz thematisieren Bodenmann/Vannotti (2006) aus ärztlicher Sicht die Auswirkungen der Verschärfungen im Ausländer- und v.a. im Asylgesetz auf die Gesundheit „prekariert“ MigrantInnen. Nachdem viele von ihnen eine unfreiwillige, schwierige bis traumatische Migration hinter sich haben, drohen ihnen auch im Aufnahmeland Schweiz Armut und Krankheit, während Grundrechte wie jenes auf medizinische Versorgung für sie unsicher bleiben.

Der Artikel von Lindert et al. (2008) basiert auf einer (nicht-systematischen) Literaturübersicht zu **psychischer Gesundheit und Gesundheitsversorgung**

---

<sup>7</sup> Diese in der Schweiz geläufige Bezeichnung für Menschen ohne legale Aufenthaltsberechtigung kommt auch in diesem Text zur Anwendung.

**von MigrantInnen in Europa.** Es zeigt sich, dass verschiedene MigrantInnengruppen sich bezüglich psychischer Gesundheit erheblich voneinander unterscheiden, und dass die psychische Gesundheit, wie auch der Zugang zu psychosozialer Versorgung und die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten, bestimmt werden durch die Muster, nach denen MigrantInnen Hilfe suchen sowie durch den gesetzlichen Rahmen des Aufnahmelandes. Laut den AutorInnen braucht es weitere Forschung, um die Faktoren zu identifizieren, die zu einem erhöhten Risiko psychischer Störungen führen und die Suche nach psychosozialer Hilfe beeinflussen. In vielen europäischen Ländern würden bestimmte Kategorien von MigrantInnen von bestehenden Gesundheits- und Sozialdiensten ausgeschlossen, insbesondere Asylsuchende und illegal Anwesende.

Auch die Herausgeber eines 2007 erschienenen Sammelbandes zum Thema **Migration und psychische Gesundheit** (Borde und David 2007) nehmen Bezug auf die bereits vielfach dokumentierte Tatsache, dass Migration gesundheitliches Belastungspotential hat und insbesondere zu krankheitswertigen psychischen Verfassungen führen kann. Der Beitrag von Gül (2007) etwa führt eine Reihe psychosozialer Faktoren auf, die bei MigrantInnen als krankheitsbegünstigend betrachtet werden müssen. Die Buchherausgeber nehmen diese Tatsache aber zum Anlass – und insbesondere tut dies der Artikel von Schultz (2007) in diesem Buch – sich gerade auch für die Resilienz- und Ressourcenforschung zu interessieren: Wie gelingt es MigrantInnen, trotz widriger Umstände gesund zu bleiben? Aus diesem Ansatz ergäben sich dann, so Schultz, Ansatzpunkte für eine ressourcenorientierte Behandlung, welche vielversprechende Möglichkeiten biete. Die Autorin plädiert dafür, den bereits weitherum bekannten und verfolgten transkulturellen Ansatz um das Element Ressourcenorientierung zu erweitern.

Ressourcenorientierte Forschung wird auch von Eichler (2008) in Buchform präsentiert. In ihrer qualitativen Studie untersucht sie **Gesundheitshandeln von Migrantinnen mit transnationaler Lebenserfahrung**. Und sie identifiziert bei den befragten Migrantinnen bedeutende Ressourcen bezüglich ihres Gesundheitshandelns: Aus einem „doppelten Blick“ auf die Gesundheitssysteme des Herkunfts- wie des Aufnahmekontexts sowie aus ihrer transnationalen Lebenserfahrung entwickelt sich ein wertvolles Wissen um einen gesundheitsfördernden Lebensstil sowie erfolgreiche alternative Heilmethoden, und eine kritisch-informierte Haltung gegenüber Medikamentengebrauch. Das Wissen solcher Migrantinnen stelle ein Potential dar, das auch von Akteuren der Gesundheitsförderung in unterschiedlichen Settings genutzt werden könnte. Die Autorin betont, dass zukünftige Forschungen zu *Migration & Gesundheit* sich nicht auf sogenannte „kulturelle Unterschiede“ in Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen sowie bei der Symptomwahrnehmung von Individuen beschränken sollten, sondern die strukturellen Bedingungen

der Gesundheitssysteme in den Herkunftsländern und den hierfür relevanten politischen und sozioökonomischen Kontext einbeziehen müssten. Das Gesundheitshandeln von MigrantInnen lasse sich nicht auf ein „kulturell“ bedingtes Handeln – im Sinne eines religiös oder volksmedizinisch verwurzelten „irrationalen“ Handelns – reduzieren. Vielmehr sollte es als rational in seinem jeweiligen soziokulturellen sowie strukturellen und sozioökonomischen Entstehungskontext gewertet werden.

Ein in Grossbritannien erschienenes Handbuch zu *Culture, Health and Illness* (Helman 2007) thematisiert anhand einer Sekundäranalyse zahlreicher Forschungsarbeiten, wie Kultur (hier verstanden als traditionelle Vorstellungen und Praktiken) vielfältige symbolische, religiöse und soziale Funktionen im Alltag von ImmigrantInnen einnehmen kann. Damit in Zusammenhang stehende Ernährungsgewohnheiten und andere Faktoren, die sie selber nicht unter Kontrolle haben, können auch ihre Gesundheit beeinflussen.

Zum Thema **Zugang zur Gesundheitsversorgung und Umgang der Gesundheitssysteme und –institutionen mit Diversität** erschienen ebenfalls einige Überblicksstudien und praxisorientierte Handbücher.

Scheppers et al. (2006) führten eine Literaturreview zum Thema Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen bei ethnischen Minderheiten durch. Sie kategorisieren die potentiellen Zugangsbarrieren in drei Typen: Hindernisse auf der Ebene der PatientInnen (in Zusammenhang mit bestimmten PatientInneneigenschaften, wie etwa soziale Variablen, Gesundheitsverständnis und selbstbeurteilte Gesundheit, persönliche Ressourcen, Gesundheitsverhalten), Hindernisse auf der Ebene der Versorgungsanbieter (Know How und Einstellungen) und Hindernisse auf der Ebene des Gesundheitssystems (Organisation der Versorgung). Die AutorInnen betonen, dass Zugangsbarrieren immer mit der besonderen Situation eines/r einzelnen PatientIn zu tun haben und sich über die Zeit verändern. Verallgemeinerungen seien darum nicht angebracht.

Fragen rund um spezifische Diskurse und Differenzsensibilität in Gesundheitssystemen und –organisationen behandeln die Artikel in einem im schwedisch-schweizerischen Kontext herausgegebenen Sammelband (Björngren und Cattacin 2007), der ausserdem eine Forschungs-Agenda für den Bereich *Migration & Gesundheit* beinhaltet (Maggi 2007).

Mit Blick auf die Schweiz entstand im Rahmen des Projektes *Migrant Friendly Hospitals* ein Handbuch zum Umgang der Institutionen des Gesundheitsbereichs mit Diversität (Saladin et al. 2006) und diverse Artikel zu den im Projekt gemachten Erkenntnissen und Erfahrungen (etwa Kocher-Longerich 2008). Die zweite, überarbeitete und erweiterte Auflage von Domenigs praxisorientiertem Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe (Domenig 2007) erläutert das theoretische Konzept und den praktischen

Ansatz der transkulturellen Kompetenz für Lernende im Gesundheits- und Sozialbereich in der Schweiz. Es liefert aber auch breite Hintergrundinformationen zu Migration, Integration, Kultur und Gesundheit bzw. erläutert deren Zusammenhänge und Wechselwirkungen, bezogen auf den Schweizer Kontext. Einzelne Kapitel befassen sich mit diversen aktuellen Themen, von *Migrationskinder* über *Schwangerschaft und Geburt im Migrationskontext*, FGM und *Alter und Migration* bis hin zu psychischen Störungen und Schmerz im Migrationskontext. Kilcher/Di Bernardo (2008) schliesslich publizierten ein Handbuch für Institutionen des Gesundheitswesens zum Thema *Rassistische Diskriminierung im Spital*. Es dient als Informationsquelle und Argumentationshilfe, enthält einen praktischen Umsetzungsleitfaden und Empfehlungen. Der Band richtet sich an Entscheidungsträgerinnen und -träger sowie an Fachpersonen von Institutionen des Gesundheits- und Sozialbereichs. Die Empfehlungen basieren sowohl auf Studienergebnissen und Fachliteratur als auch auf den Erfahrungen aus dem Projekt *Rassismus und Diskriminierung am Arbeitsplatz Spital*.

Nicht zuletzt fand das Thema *Migration & Gesundheit* auch im ersten, Ende 2008 erschienenen **Schweizer Gesundheitsbericht** Platz: In einem eigenen Kapitel wurden theoretische Überlegungen zu den Wechselwirkungen zwischen Migration und Gesundheit, der empirische Kenntnisstand und die Aktivitäten im Bereich *Migration & Gesundheit* in der Schweiz überblicksartig dargestellt (Efionayi-Mäder und Wyssmüller 2008).

## 3.2 Publikationen zum Gesundheitszustand von Migrationsbevölkerungen

### Schweiz

Mit Blick auf die Schweiz hat unsere Recherche für den fraglichen Publikationszeitraum nur sehr wenige Publikationen von eigentlichen (sozial)epidemiologischen Analysen zur Gesundheit der Migrationsbevölkerung ergeben. Diese wenigen Artikel beinhalten zudem kaum neue Erkenntnisse, sondern basieren auf Daten, die den Programmverantwortlichen bereits bekannt sind.<sup>8</sup>

Bischoff/Wanner (2007) etwa publizierten über ihre Analysen der SGB-Daten von 2002 zur **selbstbeurteilten Gesundheit** bei den grössten Gruppen ausländischer Staatsangehöriger in der Schweiz. Insbesondere AusländerInnen aus südlichen Staaten (Italien, ehemaliges Jugoslawien, Portugal, Spanien und Türkei) zeigen in verschiedenen Bereichen schlechtere Werte als

---

<sup>8</sup> Etwa Analysen der SGB-Daten von 2002 oder des GMM von 2004.

SchweizerInnen. Signifikant sind die Unterschiede zur Schweizer Bevölkerung aber nur bei der italienischen Gruppe (Frauen und Männer), dies allerdings primär aus methodischen Gründen (zu kleine Samples bei den anderen Gruppen). Am deutlichsten sind die Unterschiede bei der **körperlichen Aktivität**<sup>9</sup> und der **psychischen Gesundheit**, wobei diesbezüglich v.a. ausländische Frauen schlechtere Werte zeigen.

Neueres präsentiert das Kapitel *Gesundheit* der BFS-Publikation *Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz. Bericht 2008* (Rausa und Reist 2008), nämlich **Daten zur Hospitalisierung** der ständigen ausländischen im Vergleich mit der schweizerischen Wohnbevölkerung. Ausländische Frauen werden häufiger mit **Adipositas** hospitalisiert als Schweizer Frauen, bei den Männern ist es umgekehrt. AusländerInnen beider Geschlechter unter 25 Jahren sind häufiger von Hospitalisierungen mit der Diagnose Übergewicht betroffen als gleichaltrige SchweizerInnen. Die ausländische Bevölkerung befindet sich auch häufiger als die SchweizerInnen mit **Diabetes Typ 2** im Spital, während die Unterschiede bei den Hospitalisierungsraten aufgrund **ischämischer Herzkrankheiten** sehr gering sind (bei beiden Geschlechtern). Ausländische Männer werden häufiger mit einer chronisch obstruktiven **Lungenkrankheit** sowie mit **Lungenkrebs** hospitalisiert, was auf deren häufigeres Rauchen und häufigere berufsbedingte Staub- und Kältebelastungen zurückzuführen sein dürfte. **Magenkrebs** ist unter AusländerInnen ebenfalls eine häufigere Hospitalisierungsursache als bei SchweizerInnen. AusländerInnen, besonders jene im erwerbsfähigen Alter, weisen häufiger als SchweizerInnen eine spitalbedürftige **Depression** auf. Auch wegen **Infektionskrankheiten** werden AusländerInnen häufiger hospitalisiert, dies zeigt sich besonders bei Tuberkulose und HIV/Aids.

Mit der **Gesundheit von Flüchtlingen** befasst sich ein Bericht des BFM im Rahmen des Integrations-Controllings (Bundesamt für Migration 2008). 28% der befragten Flüchtlinge sind demnach krank oder behindert, und der Anteil der Betroffenen nimmt im Zeitverlauf zu. Die Flüchtlinge selber beurteilen ihre Gesundheit in der Regel als schlechter als Sozialarbeitende, die ebenfalls befragt worden sind. Der Bericht empfiehlt Massnahmen zur Förderung einer möglichst raschen sozialen und beruflichen Integration von Flüchtlingen, da sich eine solche Integration positiv auf deren subjektive Gesundheit auswirken würde.

In ein paar weiteren Texten wird auf die Prävalenz bestimmter gesundheitsrelevanter Phänomene in der Migrationsbevölkerung in der Schweiz hingewie-

---

<sup>9</sup> Wobei diese Ergebnisse sehr vorsichtig und unter Berücksichtigung der sozioprofessionellen Situation vieler AusländerInnen interpretiert werden müssen.

sen, auch wenn die AutorInnen sich dabei nicht unbedingt auf eigene Studien beziehen.

Bischofberger (2008) hält fest, dass die **HIV-Prävalenz** unter Zugewandererten aus Sub-Sahara-Afrika in den vergangenen zwei Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen sei, und dass sich diese PatientInnen im Vergleich zu Nicht-AfrikanerInnen später und in schlechterem Gesundheitszustand in Behandlung begeben. Mit dem Problem des „**Malaria-Imports**“ befasst sich die Studie von Thierfelder (2008). Sie stellt fest, dass der häufigste Grund für den „Import“ dieser Infektionskrankheit Reisen zu Verwandten und FreundInnen im Herkunftsland ist, und dass die meisten Infektionen in Afrika erworben werden. Schlussfolgerung: Präventive Reiseberatung sollte sich speziell an afrikanische MigrantInnen richten, die vorübergehend in ihr Herkunftsland zurückreisen.

In Bezug auf **reproduktive Gesundheit** publizierten Bollini et al. (2007) ihre Erkenntnisse zum Schwangerschaftsverlauf bei Migrantinnen. Sie identifizieren Stress-Situationen, denen schwangere Migrantinnen häufiger als einheimische Frauen ausgesetzt sind, sowie Zugangsbarrieren hinsichtlich adäquater Versorgung. Die AutorInnen schlussfolgern, dass PH-Interventionen zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen besondere Aufmerksamkeit verdienen. Zwei weitere Studien (Carbajal et al. 2006; Wollff et al. 2008) verweisen auf die erhöhte Prävalenz ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei Migrantinnen (mit und ohne Aufenthaltsbewilligung) und auf deren seltenere Inanspruchnahme vorgeburtlicher Versorgung. In einem Artikel Renterias (2008) wird die Zahl der Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund in der Schweiz, die in ihrer Kindheit im Herkunftsland eine **Genitalverstümmelung** erlitten haben oder davon bedroht sind, auf 6000-7000 geschätzt. Insbesondere für den Bereich der gynäkologischen Versorgung ist dieses Phänomen handlungsrelevant.

Bodenmann et al. (2007b) thematisieren in Zusammenhang mit der ärztlichen Versorgung von MigrantInnen in prekären Situationen insbesondere die **Zahngesundheit**, chronische Krankheiten wie **Diabetes** und **psychische Gesundheitsstörungen**. Sie weisen in einem Artikel auf drei Typen von Gesundheitsstörungen hin, die häufig bei MigrantInnen beobachtet werden.

Erstens sprechen sie von einer Prävalenz von Saugflaschen-Karies in bestimmten MigrantInnen-Gruppen, v.a. bei MigrantInnen in prekärer Aufenthaltssituation (Asylbereich und ohne Aufenthaltsbewilligung), die zudem in nachteiligen sozioökonomischen Verhältnissen leben. Dafür verantwortlich sind laut den AutorInnen eine Reihe von Faktoren, die sowohl mit der Migrationsvorgeschichte wie auch den Bedingungen im Aufnahmekontext zusammenhängen, wie etwa überprotektionistisches Ernährungsverhalten und eine vom Herkunftsland geprägte Einstellung zur Milchzahnphase, aber auch

die baulichen Strukturen der Gruppenunterkünfte im Asylbereich (Kindern werden gesüsste Getränke verabreicht, damit sie ruhig sind) oder der erleichterte Zugang zu kohlenhydratreicherer Nahrung im Aufnahmekontext. Kosten dieser Krankheit sind sowohl unter dem *Public Health* – Aspekt wie auch für die Betroffenen hoch.

Zweitens beobachtet man, dass mehr und mehr MigrantInnen, insbesondere aus Schwellenländern, von Diabetes betroffen sind (die AutorInnen sprechen in Anspielung auf den Zusammenhang zwischen Fettleibigkeit und Diabetes von einer sich abzeichnenden *pandémie de diabésité*). Diese chronische Krankheit wird assoziiert mit genetischen und Hygienefaktoren, aber auch mit einem tiefen sozialen Status. Der medizinische Umgang mit der (anfänglich symptomlosen) Krankheit muss die Bedingungen vor (genetische Voraussetzungen, Hygiene im Alltag), während und nach der Migration berücksichtigen: Je nach der Rolle, die der/die PatientIn in der Gruppe/Familie einnimmt, kann sich die zeitliche Alltagsorganisation so gestalten, dass eine adäquate Behandlung der Krankheit behindert wird.

Drittens wird einmal mehr darauf verwiesen, dass psychische Krankheiten v.a. bei unfreiwilligen MigrantInnen häufig vorkommen. Die AutorInnen stellen sie als Folge der Migrationserfahrung, der Vulnerabilität, die die Situation des Migranten oder der Migrantin im Herkunftsland kennzeichnete, sowie auch der Aufnahmebedingungen im Aufnahmeland dar. Die behandelnde Fachperson, so die Artikel-AutorInnen, sehe sich in diesen Fällen konfrontiert mit spezifischen, ev. unbekanntem Manifestationen psychischer Krankheit, deren Komplexität noch erhöht werde durch administrative und soziale Zwänge und politische Entscheide des Aufnahmelandes.

Weitere im fraglichen Zeitraum publizierte Studien befassen sich mit der **Gesundheitssituation und dem Gesundheitshandeln vulnerabler Gruppen** wie Sans Papiers (Achermand et al. 2006; Chimienti und Achermand 2007) oder Prostituierten (Chimienti 2007a, 2007b).

## **International**

Auf internationaler Ebene finden sich im Gegensatz zum Befund für die Schweiz zahlreiche (sozial-)epidemiologische Studien im Zusammenhang mit Migration. Auffallend ist v.a. eine gewisse Systematik, mit der in nordeuropäischen Staaten (Skandinavien und GB), aber auch in den Niederlanden und zunehmend in Deutschland die Gesundheit der Migrationsbevölkerung (sozial-)epidemiologisch untersucht wird.

Nachdem aus (sozial-)epidemiologischer Perspektive zunächst lange Zeit die Betroffenheit der europäischen Migrationsbevölkerungen von Infektions- und parasitären Krankheiten (etwa Tuberkulose oder Malaria), sowie vor allem von HIV/Aids im Vordergrund stand, scheint die Aufmerksamkeit der For-

schung in Europa und Nordamerika nun zunehmend der Betroffenheit von MigrantInnen von chronischen oder sogenannten „Wohlstandserkrankungen“ zu gelten. Auch die psychische und reproduktive, sowie die Gesundheit im Alter bei Migrationspopulationen sind international aktueller Gegenstand (sozial-)epidemiologischer Forschung.

**Chronische und Herz-Kreislauf-Erkrankungen** bei MigrantInnen sind in Publikationen aus Frankreich, Dänemark, Kanada und Schweden ein Thema. Eine Übersicht über den Kenntnisstand in Frankreich zeigt, dass unter AusländerInnen mit Niederlassungsbewilligung Adipositas, Herz- und Gefässerkrankungen und Diabetes die hauptsächlichen chronischen Gesundheitsstörungen darstellen (Stanojevich und Veisse 2007). Die Untersuchung Folmans (2007) zur Inanspruchnahme von Versorgungsstrukturen in Dänemark stellt fest, dass Minderheitengruppen (mit Ausnahme der vietnamesischen Gruppe) im Vergleich zu dänischen Staatsangehörigen die Versorgungsstrukturen signifikant häufiger wegen Krankheiten, die sich früh im Leben entwickeln (Diabetes Typ 2, muskuloskelettäre Krankheiten, Asthma) aufsuchen. Shah (2008) berichtet von einer erhöhten Diabetes-Prävalenz unter ImmigrantInnen aus Südasien und der schwarzen Minderheit in Kanada. Im schwedischen Kontext wurde der Zusammenhang zwischen Geburtsland bei ImmigrantInnen und erster Hospitalisierung bzw. Tod aufgrund eines Herzinfarkts untersucht und analysiert, ob der Zusammenhang in der zweiten Generation bestehen bleibt (Sundquist und Li 2006). Bei ImmigrantInnen der ersten Generation aus zentral- und osteuropäischen Ländern zeigten sich höhere Herzinfarktraten als in den Referenzgruppen (Männer und Frauen). Frauen der ersten Generation aus Süd- oder Westeuropa hatten ein geringeres Herzinfarktrisiko als die Referenzgruppe. Söhne von ImmigrantInnen zeigten ein ähnliches oder leicht höheres Risiko wie ihre Eltern.

In Bezug auf **Krebserkrankungen** sind Studien aus Deutschland und Schweden zu erwähnen. In Deutschland zeigen sogenannte *Aussiedler*<sup>10</sup> insgesamt ähnliche oder gar geringere Krebs-Mortalität wie „Einheimische“ und BürgerInnen der Russischen Föderation. Männliche *Aussiedler* zeigen höhere Lungen- und Magenkrebsmortalität als Deutsche (die Lungenkrebsmortalität ist aber ähnlich wie diejenigen der russischen Männer) und niedrigere Prostatakrebs-Mortalität als Deutsche. Weibliche *Aussiedler* zeigen niedrigere allgemeine, Lungen- und Brustkrebsmortalität als Deutsche (Kyobutungi et al. 2006; Ronellenfitch et al. 2006). Zeeb et al. (2008) sprechen von einem insgesamt geringen, allerdings mit der Zeit langsam steigenden Krebsrisiko bei türkischen MigrantInnen und *Aussiedlern* in Deutschland verglichen mit Au-

---

<sup>10</sup> ImmigrantInnen deutscher Abstammung aus Osteuropa, insbesondere Russland, die Anrecht auf die deutsche Staatsbürgerschaft geltend machen können.

tochthonen. Nur in Bezug auf Magenkrebs scheinen MigrantInnen einem höheren Risiko ausgesetzt als die Vergleichsbevölkerung. Beiki et al. (2008) verglichen in einer Kohortenstudie im schwedischen Kontext das Risiko von Immigrantinnen, an Gebärmutterhals-, Eierstock- oder Gebärmutter schleimhautkrebs zu erkranken. Insgesamt waren die Risiken gleich oder geringer als bei in Schweden geborenen Frauen. Es zeigten sich aber einzelne Risikogruppen hinsichtlich Gebärmutterhalskrebs: Frauen im Alter zwischen 35-49 Jahren aus Polen und Bosnien sowie Frauen über 50 Jahre aus Südamerika hatten ein grösseres Erkrankungsrisiko, was laut der Studie mit ihrem vergleichsweise höheren Alter zum Zeitpunkt der Migration in Zusammenhang steht.

Die **psychische Gesundheit** von MigrantInnen ist Gegenstand von Publikationen aus vielen europäischen Ländern. Generell hält Schouler Ocak (2007) fest, dass sich Depressionen bei Menschen mit Migrationshintergrund ganz spezifisch äussern können und dass daher die Gefahr bestehe, dass sie übersehen werden.

Schwartau et al. (2007) untersuchten im Rahmen einer Studie zur Inanspruchnahme von Notfallstrukturen in Deutschland auch die psychische Belastung von PatientInnen mit Migrationshintergrund, welche diese Strukturen aufsuchen. Die Gruppe der türkeistämmigen PatientInnen, und darunter insbesondere die Frauen, fielen durch besonders hohe Werte des Indikators „allgemeine psychische Belastung“ auf. Franz et al. (2007) untersuchten die subjektiven Einstellungen von psychisch Kranken zu ihrer Krankheit und beobachteten, dass türkische PatientInnen im Vergleich zu deutschen PatientInnen signifikant stärker an einen chronischen Charakter ihrer Krankheit glauben und daran, dass diese für sie negative Folgen haben wird. Deutsche PatientInnen glauben demgegenüber stärker an einen Behandlungserfolg und haben mehr Vertrauen in ihre Kontrollfähigkeit. Auch in den Niederlanden fallen die türkischen MigrantInnen in Bezug auf psychische Gesundheit auf: Sie zeigten im Rahmen einer Selbst-Beurteilung signifikant schlechtere Werte als marokkanische oder niederländische Befragte (Fassaert et al. 2007).

Eine norwegische Studie (Syed et al. 2006) untersuchte die Faktoren, die für die schlechtere psychische Gesundheit bei pakistanischen MigrantInnen eine Rolle spielen. Sie kam zum Schluss, dass fehlende soziale Unterstützung und schlechte sozioökonomische Bedingungen entscheidenden Einfluss auf die psychische Gesundheit der MigrantInnen haben. In Schweden zeigt eine Studie eine hohe Prävalenz eines schlechten, selbstbeurteilten Gesundheitszustandes und psychischen Leidens unter kurdischen MigrantInnen, wobei die Frauen – auch unter Kontrolle der Einflussfaktoren Bildung, Erwerbstätigkeit, Wohnqualität und Zivilstand – signifikant öfter unter Angstzuständen litten als die Männer. Mit diesen Ergebnissen stehen laut den ForscherInnen negative Erlebnisse vor und nach der Migration in Zusammenhang: ökonomische

mische Schwierigkeiten, Sorge um die politische Situation im Heimatland, empfundene Diskriminierung und das Gefühl, wenig Kontrolle über das eigene Leben zu haben (Taloyan et al. 2008). Tinghog et al. (2007) wollten die Ursachen für die hohe Prävalenz psychischer Krankheit unter Eingewanderten besser verstehen und prüften, ob sie auf das häufigere Vorhandensein bekannter Risikofaktoren in diesen Populationen zurückzuführen ist. Ihre Studie bestätigt die Hypothese: In allen untersuchten ImmigrantInnengruppen erklärten bekannte Risikofaktoren sozioökonomischer Benachteiligung ihre schlechte subjektive psychische Gesundheit. Nur die höhere Depressions-Prävalenz bei nicht-europäischen ImmigrantInnen konnte nicht vollständig durch sozioökonomische Benachteiligung erklärt werden.

Das Phänomen häufiger psychischer Störungen und PTSD bei Flüchtlingen nahmen Lindencrona et al. (2008) unter die Lupe. Die Befragung von 124 Flüchtlingen aus dem mittleren Osten und deren Analyse ergab, dass die schlechte psychische Gesundheit weitgehend durch soziale und ökonomische Belastungen, Entfremdungserfahrungen und Diskriminierung, Statusverlust und Gewalt(androhungen) erklärt werden kann. Mit Blick auf „gewöhnliche“ psychische Störungen spielten v.a. soziale und ökonomische Belastungen sowie Entfremdungserfahrungen nach der Migration eine wichtige Rolle, was PTSD betrifft scheinen traumatische Erlebnisse vor der Migration den grössten Einfluss zu haben. Die Fähigkeit eines Individuums, mit solchen Belastungen umzugehen, sei bei beiden Phänomenen von entscheidender Bedeutung, betonen die AutorInnen. Sie diskutieren überdies mit Blick auf verschiedene psychische Störungen die Bedeutung, welche den Stressfaktoren im Aufnahmeland im Rahmen des gesamten Migrationsprozesses zukommt.

In Grossbritannien beobachten Bhui et al. (2006) in einer quantitativen Studie, dass von 143 somalischen Flüchtlingen über ein Drittel unter psychischen Störungen leidet. Als risikoerhöhender Faktor erscheint Khat-Konsum, als Risiko verringernde Faktoren Erwerbstätigkeit und Bildungsstand. Auch MigrantInnen in Frankreich zeigen im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung signifikativ öfter PTSD und Angststörungen (Stanojevich und Veisse 2007). In Bezug auf den spanischen Kontext zeigt eine Studie, dass MigrantInnen hauptsächlich aufgrund von Störungen in Zusammenhang mit dem Stress der Migration eine Klinik aufsuchen (Perez-Rodriguez et al. 2006).

Mit der **reproduktiven Gesundheit** von MigrantInnen befassen sich ebenfalls etliche Studien. Für den norwegischen Kontext beobachten Vangen et al. (2008) signifikant höhere Schwangerschaftsabbruch-Raten vor allem bei Flüchtlingen, aber auch bei Arbeitsmigrantinnen im Vergleich zu Nicht-Migrantinnen. Während Nicht-Migrantinnen und Flüchtlinge, die bereits zwei oder mehr Kinder haben, ein höheres Abbruchsrisiko zeigen, ist dies bei Arbeitsmigrantinnen erst ab vier Kindern der Fall. Im Allgemeinen verringert sich das Risiko mit zunehmendem Bildungsniveau, wobei dieser Effekt in der

Studie bei den Nicht-Migrantinnen am deutlichsten war. In Frankreich wird bei Migrantinnen höhere Prävalenz ungewollter Schwangerschaft und geburtshilflicher Komplikationen beobachtet (Stanojevich und Veisse 2007). David et al. (2007) analysierten mittels einer Literaturreview und einer eigenen Untersuchung in Deutschland das Phänomen des schweren Schwangerschaftserbrechens bei Migrantinnen. Aufgrund ihrer Arbeit besteht Grund zur Annahme, dass dieses Phänomen bei Migrantinnen häufiger auftritt als bei einheimischen Schwangeren. Als Grund werden psychische Belastungen vermutet; psychosomatisch orientierte Behandlung scheitert aber oft an Sprachbarrieren.

Mit Bezug auf den schwedischen Kontext befassten sich Litorp et al. (2008) in einer qualitativen Studie mit der Einstellung zu und Praxis von FGM bei Frauen, in deren Herkunftsland diese Praxis üblich ist. Sie schlussfolgern, dass trotz z.T. ausgedrückten negativen Haltungen gegenüber FGM und Wissen um gesundheitliche Komplikationen vieles darauf hindeutet, dass diese Praxis auch nach der Migration weiterlebt.

Ein weiteres aktuelles Thema ist die **Gesundheit** von ImmigrantInnen **im Alter**. Eine Studie aus Österreich (Reinprecht 2006) zeigt, wie sozioökonomische – interagierend mit migrationsbezogenen – Benachteiligungen den Prozess des Älterwerdens und die Gesundheit älterer MigrantInnen belasten und das subjektive Gefühl des Alterns beschleunigen. Während autochthone Ältere durch gesundheitsfördernde Aktivitäten den subjektiven Alterungsprozess hinausschieben könnten, trete das Älterwerden den MigrantInnen unmittelbarer entgegen, was sich zusätzlich negativ auf ihre subjektive Gesundheit auswirke.

In Frankreich wird beobachtet, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund durch einen stark verschlechterten Gesundheitszustand und vorzeitige Alterung gekennzeichnet sind und daher als gesundheitlich besonders vulnerable Gruppe betrachtet werden müssen (Stanojevich und Veisse 2007). Ein Artikel aus Grossbritannien (Shah et al. 2006) macht auf die demographisch bedingte Zunahme von älteren Minderheitenangehörigen mit Demenz- und Depressionerscheinungen aufmerksam. Die Prävalenz dieser Erkrankungen unter älteren Angehörigen verschiedener ethnischer Gruppen sei gleich hoch oder höher als in der einheimischen Bevölkerung. Eine Literaturreview habe ausserdem ergeben, dass die Resultate vorliegender epidemiologischer Studien zu Risikofaktoren für psychische Krankheit im Alter nicht einfach auf Minderheitenangehörige übertragen werden können. Um adäquate Versorgungs- und Gesundheitsförderungsprogramme planen zu können, müsse die Forschung daher vermehrt spezifisch die älteren Minderheitenbevölkerungen untersuchen (Shah et al. 2008).

Eine schwedische Studie schliesslich untersuchte die gesundheitsbezogene Lebensqualität älterer ImmigrantInnen aus Iran im Vergleich zu älteren IranerInnen im Iran und älteren SchwedInnen in Schweden (Koochek et al. 2007). Iranische Frauen, die seit kürzerer Zeit in Schweden leben, zeigten schlechtere Werte in Bezug auf Lebenskraft/Lebensfreude (*vitality*) als die anderen in der Studie berücksichtigten Frauengruppen. Eine längere Aufenthaltszeit in Schweden war positiv assoziiert mit sozialer Entfaltung (*social functioning*). Insgesamt war die gesundheitsbezogene Lebensqualität älterer IranerInnen in Schweden jener ihrer Landsleute in Iran ähnlicher als jener der SchwedInnen. Was die Frauen angeht, so scheint sich der Faktor „Jahre in Schweden“ positiv auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität auszuwirken, während er bei Männern keine Wirkung zeigt.

Eine signifikant schlechtere **Zahngesundheit** bei Kindern mit Migrationshintergrund in Deutschland im Vergleich zu deutschen Kindern mit vergleichbarem sozioökonomischem Hintergrund ergibt die Studie von Bissar et al. (2007).

Der Artikel von Haasen et al. (2007) verweist darauf, dass es zurzeit keine Hinweise auf eine erhöhte Prävalenz von **Suchtstörungen** bei MigrantInnen in Deutschland gebe. Jedoch wird eine erhöhte Mortalität unter drogenabhängigen Aussiedlern beobachtet (was auf riskantere Konsummuster hindeute) wie auch eine erhöhte Rate an Hepatiden unter MigrantInnen mit Suchtstörungen.

### **3.3 Literatur spezifisch zu den einzelnen Handlungsfeldern**

Im Folgenden wird der Versuch gemacht, die gesichtete Literatur aus der Perspektive der einzelnen Handlungsfelder der Bundesstrategie darzustellen.<sup>11</sup>

#### **3.3.1 Gesundheitsförderung und Prävention**

##### **Schweiz**

Die gesichteten Publikationen mit Bezug auf die Schweiz weisen in verschiedenen Bereichen auf besonderen **Präventions-** bzw. **Gesundheitsförderungsbedarf** bei bestimmten Zielgruppen der Migrationsbevölkerung hin:

---

<sup>11</sup> Da die einzelnen Publikationen oft Informationen enthalten, die aus der Sicht mehrerer Handlungsfelder interessant sind, wird empfohlen, dass das gesamte Programmteam alle Kapitel zur Kenntnis nimmt.

**Adipositas** (v.a. bei Frauen und jungen Menschen); **Lungenkrankheiten** (v.a. bei Männern, insbesondere Rauchern) (Rausa und Reist 2008); **Infektions-, parasitäre Krankheiten** sowie **HIV/Aids** (MigrantInnen aus Ländern mit hoher Prävalenz) (Bischofberger 2008; Meystre-Agustoni et al. 2007; Rausa und Reist 2008; Thierfelder et al. 2008); **Familienplanung** und **vorgewaltete Versorgung** (insbesondere Frauen ohne Aufenthaltsbewilligung) (Carbajal et al. 2006; Wollff et al. 2008); **FGM** (Frauen aus Ländern, wo diese Praxis üblich ist, und ihre Familien) (Renteria 2008); **Krebs-Vorsorgeuntersuchungen** (Migrantinnen ohne Aufenthaltsbewilligung) (Wollff et al. 2008), **Gesundheit am Arbeitsplatz** (erwerbstätige MigrantInnen) (Kilcher 2006).

Was die **migrationsgerechte Ausgestaltung von Präventions- und Gesundheitsförderungs-Interventionen** angeht, empfehlen Bischoff/Wanner (2007) aufgrund ihrer Analyse der SGB-Daten von 2002 konsequent zielgruppenorientierte Prävention und betonen insbesondere die Notwendigkeit spezifischer Interventionen in Migrationssprachen und in Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen/MediatorInnen, die mit dem Kontext der MigrantInnen-Zielgruppe vertraut sind. Die qualitative Studie von Bischofberger (2008) zeigt, dass MigrantInnen aus Sub-Sahara-Afrika die HIV-Infektion als unsichtbar, beschämend, gefährlich, aber auch behandelbar wahrnehmen. Die Befragten leben mit widersprüchlichen Realitäten, was mit Blick auf HIV/Aids-Präventionsmassnahmen zur Kenntnis genommen werden sollte. Wollff et al. (2008) verweisen auf die Notwendigkeit sprachlich und kulturell angemessener Information in Sachen Verhütung, Familienplanung und Vorsorgemassnahmen bezüglich Gebärmutterhals-Krebs. Mit Blick auf Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zeigt Kilcher (2006) am Beispiel der sozialmedizinischen Einrichtung für ältere Menschen „Bächli“ in Bassersdorf (ZH) auf, dass MigrantInnen eine schwierig zu erreichende Zielgruppe sind, und wie man gesundheitsfördernde Massnahmen am Arbeitsplatz besser auf sie ausrichten könnte.

Als Beitrag zu einer stärkeren **Ressourcenorientierung** in Forschung und Praxis im Bereich *Migration & Gesundheit* ist die qualitative Untersuchung von Büchi/Obrist zu sehen, deren Ergebnisse in zwei Artikeln publiziert wurden (Büchi und Obrist 2006; Obrist und Büchi 2008). Sie zeigt, dass resiliente MigrantInnen über ein dynamisches, multidimensionales Gesundheitsverständnis verfügen und gelernt haben, Schwierigkeiten als „Stress“ zu interpretieren, wie es in Europa üblich ist. Diese Resilienzfaktoren gälte es also bei MigrantInnen verstärkt zu fördern.

## **International**

Auch die gesichteten Publikationen auf internationaler Ebene weisen in verschiedenen Bereichen auf besonderen **Präventions-** bzw. **Gesundheitsförderungsbedarf** bei bestimmten Migrationspopulationen hin.

**Rauchen und Übergewicht:** Reeske et al. (2007) präsentieren erstmals repräsentative Daten zur Prävalenz dieser Risikofaktoren für Herz- und Gefäßkrankheiten unter türkischen MigrantInnen in Deutschland. Es zeigt sich, dass in dieser Zielgruppe hoher Tabakpräventionsbedarf vorhanden ist, insbesondere bei Frauen und Männern mit niedrigem Bildungsniveau der ersten, aber auch der zweiten Generation. In Bezug auf Übergewicht scheinen insbesondere türkeistämmige Menschen der ersten Generation besonders gefährdet.

**Zahngesundheit:** Bissar et al. (2007) weisen auf die schlechte Zahngesundheit bei Kindern mit Migrationshintergrund in Deutschland und auf entsprechenden Handlungsbedarf in Sachen Prävention hin.

**Suchtverhalten:** Obwohl es mit Bezug auf Deutschland bisher keine direkten Hinweise auf eine erhöhte Prävalenz von Suchtstörungen bei MigrantInnen gibt, sind solche Störungen bei MigrantInnen laut Haasen et al. (2007) als relevantes Problem zu betrachten. Dies begründen die AutorInnen mit vorhandenen Hinweisen auf riskantere Konsummuster unter drogenabhängigen MigrantInnen.

**Familienplanung:** Die norwegische Studie von Vangen et al. (2008) verweist auf die Notwendigkeit, die Prävention ungewollter Schwangerschaft bei MigrantInnen (Arbeitsmigrantinnen wie auch Flüchtlingen) zu verbessern.

**FGM:** Mit Bezug auf den schwedischen Kontext befassten sich Litorp et al. (2008) in einer qualitativen Studie mit der Einstellung zu und Praxis von FGM bei Frauen, in deren Herkunftsland FGM üblich ist. Sie schlussfolgern, dass trotz z.T. ausgedrückten negativen Haltungen gegenüber FGM und Wissen um gesundheitliche Komplikationen vieles darauf hindeutet, dass diese Praxis auch nach der Migration weiterlebt.

**Krebs-Vorsorge:** In Dänemark enthält eine Untersuchung Hinweise auf seltenere präventive Untersuchungen in Minderheitengruppen (Folmann 2007). Norredam et al. (2008) stellen ausserdem die Tendenz fest, dass sich die Krankheit bei krebserkrankten Migrantinnen zum Zeitpunkt der Diagnose mit höherer Wahrscheinlichkeit in einem unbekanntem Stadium befindet, während sie bei einheimischen Frauen häufiger noch lokal diagnostiziert wird. Dieses Ergebnis kann auch als Hinweis auf Zugangshindernisse zu Krebspräventionsuntersuchungen interpretiert werden. Eine Literaturreview befasst sich mit dem Vorsorgeverhalten von Immigrantinnen in Kanada in Bezug auf

Gebärmutterhals-Krebs (Oelke und Vollman 2007). Die gesichtete Fachliteratur suggeriert, dass diese Krankheit bei Immigrantinnen seltener früh erkannt wird, da diese weniger häufig Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen. Es gebe in Kanada auch kaum adäquate Vorsorgeangebote für diese Zielgruppen.

Mit Blick auf **alternde MigrantInnen** zeigt die bereits erwähnte Forschung von Reinprecht (2006), dass das subjektive Gesundheitsempfinden am stärksten durch den Grad der funktionellen Selbständigkeit im Alltagsleben erklärt wird. Das Gesundheitsempfinden reagiert also sensibel auf Veränderungen des Gesundheitsstatus, insbesondere auf Einschränkungen der funktionellen Kapazität, und lässt sich durch eine aktive, der eigenen Gesundheit gegenüber achtsame Lebensführung positiv beeinflussen: Gesundheitsaktivitäten sind signifikant dafür verantwortlich, ob sich jemand wohl und gesund fühlt. Die unter älteren ArbeitsmigrantInnen aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien in Österreich durchgeführte Studie ergab, dass die älteren Zugewanderten im Vergleich zu einheimischen Älteren weniger gesundheitsfördernde Aktivitäten<sup>12</sup> zeigen. Während also autochthone Ältere durch gesundheitsfördernde Aktivitäten den subjektiven Alterungsprozess hinauschieben können, tritt das Älterwerden den MigrantInnen unmittelbarer entgegen. Auf der Grundlage der Studie empfiehlt der Autor die Förderung von gesundheitsbegünstigenden Aktivitäten in dieser Zielgruppe und die Bekämpfung der sozialräumlichen Segregation.

Zur **migrationsgerechten Ausgestaltung von Präventions- und Gesundheitsförderungs-Interventionen** äussern sich ebenfalls einige Studien. In den Niederlanden erwies sich die Methode *Intervention Mapping* als brauchbar zur Entwicklung eines Programms zur Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten bei heterosexuellen, männlichen Migranten (Wolfers et al. 2007). Walter et al. (2007) thematisieren allgemein das Problem des Zugangs von MigrantInnengruppen zu Gesundheitsförderungs- und präventiven Massnahmen in Deutschland. Der Einsatz muttersprachlicher BeraterInnen in Sachen Gesundheitsförderung und Prävention stelle einen Versuch dar, mit niederschweligen Strukturen den Zugang von MigrantInnen zu präventiven Angeboten zu verbessern. Eichler (2008) empfiehlt aufgrund ihrer Studie, dass MigrantInnen mit transnational erworbener Gesundheitskompetenz als Potential zu sehen seien, welches auch von Akteuren der Gesundheitsförderung in unterschiedlichen Settings genutzt werden könne. Eine qualitative Studie zur Wirkung von Tabakpräventions-Policies auf Bangladeshi-Raucher in Grossbritannien (Croucher und Choudhury 2007) zeigte, dass die Bangla-

---

<sup>12</sup> Beispielsweise: Sich gesund ernähren, nicht rauchen, Idealgewicht halten, Sport betreiben, Blutdruck messen.

deshi von den Initiativen zur Kontrolle des Tabakkonsums kaum erreicht werden. Etwa wussten die Befragten nicht Bescheid über den Zweck und vorhandene Möglichkeiten einer Nikotin-Ersatz-Therapie. Es wird daher empfohlen, diesbezügliche Initiativen und *Policies* einschliessender zu gestalten, so dass sie den Bedürfnissen dieser Zielgruppe besser gerecht werden. Eine US-amerikanische Publikation (Viswanath und Bond 2007) diskutiert anhand einer Literatursichtung, welche Faktoren das Ankommen ernährungsbezogener Botschaften bei der Zielgruppe beeinflussen. Bei Ernährungsbotschaften, die auf eine Verhaltensänderung bei MigrantInnen abzielen, ist es laut den AutorInnen wichtig, folgende Punkte zu beachten: Sorgfältige Auswahl von Verbreitungsmechanismen; Kommunikationsstrategien, die mit den Vorstellungen und Werten der Zielgruppe im Einklang stehen; Einbezug der üblicherweise von der Zielgruppe bevorzugten Nahrungsmittel in die empfohlene gesunde Ernährungsweise.

Zwei Studien thematisieren das **Gesundheitshandeln von MigrantInnen**. Zu beachten ist laut Eichler (2008) die Tatsache, dass die strukturellen Bedingungen der Gesundheitssysteme der Herkunftsländer – insbesondere in der Anfangsphase im Aufnahmeland – grossen Einfluss auf das Gesundheitshandeln der Migrantinnen bzw. auf ihre Haltung gegenüber dem hiesigen Gesundheitssystem haben. Z.B. würden Migrantinnen, in deren Land das System nicht funktioniert, einem Laiengesundheitssystem hohe Bedeutung zuschreiben, oder Frauen aus Ländern mit stark schulmedizinisch geprägten Systemen mit „irrationalen Medikamentengebrauch“ zeigten in der ersten Zeit nach der Migration u.U. eine Erwartungshaltung bezüglich ärztlicher Medikamentenverschreibung. In den Niederlanden ergab eine quantitative Studie (Hansen et al. 2007), dass sich MigrantInnen z.T. weniger bewusst sind, dass ihr eigenes Verhalten mit Blick auf die Aufrechterhaltung einer guten Gesundheit von Bedeutung ist.

Dieselben Studien liefern auch Informationen im Hinblick auf **Ressourcenorientierung**. Eichler (2008) identifiziert bei Migrantinnen verschiedener Herkunft (alle mit gutem Bildungshintergrund und nach einer freiwilligen Migration) bedeutende Ressourcen bezüglich Gesundheitshandeln: Aus ihrem doppelten Blick auf die Gesundheitssysteme des Herkunfts- wie des Aufnahmekontexts sowie ihrer transnationalen Lebenserfahrung entwickelten sie im Verlauf der Zeit wertvolles Wissen um einen gesundheitsfördernden Lebensstil sowie erfolgreiche alternative Heilmethoden und eine kritisch-informierte Haltung gegenüber Medikamentengebrauch. Das Verhalten dieser Migrantinnen vis-à-vis des Gesundheitssystems müsse als wohl begründetes Verhalten informierter, kritischer Patientinnen mit transnationaler Perspektive verstanden werden, und dürfe nicht voreilig auf eine defizitäre Informationslage und/oder kulturelle bzw. sprachliche Verständigungsprobleme zurückgeführt werden. Die Studie von Hansen et al. (2007) zeigt, dass die

nicht-westlichen ImmigrantInnen in Dänemark sich in Sachen Alkohol- und Gemüsekonsum gesundheitsförderlicher verhalten als einheimische DänInnen.

### 3.3.2 Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen und Gesundheitsversorgung

Im Bereich der Gesundheitsversorgung können in der gesichteten Literatur zwei Forschungsfelder unterschieden werden: Einerseits werden Untersuchungen zum **Inanspruchnahmeverhalten von Migrationspopulationen** durchgeführt. Abgesehen davon, dass gesundheitsbezogene Verhaltensweisen an sich ein interessierender Forschungsgegenstand sind, kann das Inanspruchnahmeverhalten auch auf bestehende Zugangshindernisse für verschiedene Zielgruppen hinweisen bzw. auf ein mangelhaftes Versorgungsangebot. Andererseits befassen sich Publikationen mit Möglichkeiten zur **Verbesserung und Entwicklung des Leistungsangebots** hin zu einer adäquaten Versorgung für eine diverse Bevölkerung (transkulturelle Kompetenz, spezifische ergänzende Leistungen für bestimmte Gruppen, vermehrte Ressourcenorientierung).

Diese Publikationen fordern häufig gleichzeitig auch eine adäquatere, transkulturell kompetentere Versorgung, auf die insbesondere auch im Rahmen von Aus- und Weiterbildung hingewirkt werden müsse.

#### Schweiz

**Inanspruchnahmeverhalten und Zugangshindernisse:** Wollff et al. (2008) verweisen auf Zugangshindernisse bei Familienplanung und vorgeburtlicher Versorgung für Migrantinnen ohne Aufenthaltsbewilligung und fordern die Verbesserung des Zugangs zu diesen Angeboten. Am Beispiel der *Unité mobile de soins communautaires* in Genf zeigen Wollff et al. (2006) Möglichkeiten auf, wie ganz allgemein der Zugang zur Gesundheitsversorgung für *Sans Papiers* verbessert werden kann. Bodenmann et al. (2007a) beurteilten mittels einer quantitativen Studie die Qualität der Leistungen im Rahmen eines Gatekeeping-Systems für Asylsuchende im Kanton Waadt. Sie kommen zum Schluss, dass die Qualität der von nicht-medizinischem Fachpersonal durchgeführten Behandlungen gut ist, aber noch verbessert werden könnte. Der Bericht des BFM im Rahmen des Integrations-Controllings (Bundesamt für Migration 2008) weist darauf hin, dass in die Schweiz eingereiste Flüchtlinge nur beschränkt in den Genuss der allgemein guten hiesigen Versorgung kommen, da der Anteil kranker oder behinderter Personen mit den Jahren eher zunimmt. Das Schweizer Gesundheitssystem unterscheide sich oft von den Systemen, welche die Zugewanderten kennen, und sei nicht unbedingt auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten.

**Verbesserung des Leistungsangebots:** Die Forderung nach adäquater, transkulturell kompetenter Versorgung ist Gegenstand etlicher Publikationen. Der Artikel Renterias (2008) behandelt die Thematik der adäquaten Versorgung FGM-Betroffener. In Zusammenhang mit der hohen HIV-Prävalenz unter Zugewanderten aus Sub-Sahara-Afrika und der Beobachtung, dass sich diese PatientInnen im Vergleich zu Nicht-AfrikanerInnen später und in schlechterem Gesundheitszustand in Behandlung begeben, verweist Bischofberger (2008) auf die Notwendigkeit, dass die behandelnden Fachpersonen die spezifischen und z.T. widersprüchlichen Vorstellungen, die Sub-Sahara-AfrikanerInnen von der HIV-Infektion haben, rasch und adäquat erfassen und damit umgehen können. Der Bericht des BFM im Rahmen des Integrations-Controllings (Bundesamt für Migration 2008) empfiehlt die Einführung eines *Case Management* bei Flüchtlingen, das den gesundheitlichen Bedürfnissen der einzelnen Personen besser Rechnung trägt, indem es sie vermehrt am bestehenden Gesundheitssystem teilhaben lässt, insbesondere auch durch den Zugang zu Spezialeinrichtungen in schweren Fällen (traumatisierte Personen, Folteropfer usw.). Auch sollten gemäss Bericht die Personen, die sich um die Betreuung und Beratung von Flüchtlingen kümmern, besser über Gesundheitsthemen im Migrationskontext informiert und geschult werden, und es sollten bei gesundheitlichen Problemen bei Flüchtlingen systematisch interkulturelle ÜbersetzerInnen beigezogen werden. Gerade solche „Triolog-Situationen“ zwischen medizinischen (oder anderen) Fachpersonen, Übersetzenden und PatientInnen, und wie sie erfolgreich gestaltet werden können, sind Gegenstand mehrerer Artikel, auf die im folgenden Kapitel (3.3.3) näher eingegangen wird. Ganz allgemein Organisationsentwicklung in Richtung Diversitätssensibilität und transkulturelle Kompetenz wird von Björngren/Cattacin (2007) und Domenig (2007) thematisiert.

## **International**

### **Inanspruchnahmeverhalten und Zugangshindernisse:**

Eine Untersuchung zur Inanspruchnahme von Versorgungsstrukturen in Dänemark (Folmann 2007) stellt fest, dass Minderheitengruppen (mit Ausnahme der vietnamesischen Gruppe) im Vergleich zu dänischen Staatsangehörigen signifikant häufiger in Spitälern wie auch bei AllgemeinpraktikerInnen Versorgung in Anspruch nehmen. In den Niederlanden zeigte sich in einer Studie, dass alle untersuchten MigrantInnengruppen eine Rotterdamer Poliklinik signifikant häufiger nutzten als die Einheimischen, wobei sich diese erhöhte Inanspruchnahme weitgehend auf die erste Generation beschränkte (Lanting et al. 2008). Sie scheint stärker mit dem ethnischen Hintergrund und der Generation zusammenzuhängen als mit dem sozioökonomischen Status. Eine quantitative Studie aus Dänemark befasste sich mit der Inanspruchnahme von Notfalldiensten durch PatientInnen mit und ohne Migrationshin-

tergrund (Norredam et al. 2007). Sie ergab Hinweise darauf, dass MigrantInnen aufgrund von Zugangsbarrieren zu AllgemeinpraktikerInnen häufiger unangemessen Notfallstrukturen in Anspruch nehmen. Auch in einer deutschen Studie ging es um die Angemessenheit der Inanspruchnahme von Notfallstrukturen durch verschiedene PatientInnengruppen (Schwartau et al. 2007). Die Analyse beurteilt die Inanspruchnahme von Notfallstrukturen durch MigrantInnen als angemessen, wenn man deren Laienwissen und Beschwerdewahrnehmung/-interpretation berücksichtige.

Ein etwas anderes Bild, nämlich vorwiegend seltenere Inanspruchnahme durch MigrantInnen im Vergleich zu „Einheimischen“, ergibt sich bezüglich psychiatrischer und vorgeburtlicher Versorgungsleistungen.

Eine spanische Studie weist eine seltenere Inanspruchnahme psychiatrischer Notfall- und stationärer Dienste durch MigrantInnen nach (Perez-Rodriguez et al. 2006). Eine Studie aus Grossbritannien macht auf die geringe Inanspruchnahme spezialisierter psychiatrischer Versorgungsdienste durch ältere Minderheitenangehörige aufmerksam (Shah et al. 2006). In den Niederlanden stellen Koopmans/Foets (2007) fest, dass türkeistämmige MigrantInnen zwar häufiger psychiatrische Versorgung in Anspruch nehmen als „Einheimische“, allerdings sei die häufige Inanspruchnahme des Versorgungsangebots – und auch die Wahrnehmung desselben als ungenügend<sup>13</sup> (Fassaert et al. 2007) – beeinflusst durch die schlechte subjektiv beurteilte Gesundheit in dieser Gruppe. Kontrolliere man diesen Faktor, ergäben sich im Gegenteil Hinweise auf Zugangsbarrieren, die mit der Sprache in Zusammenhang stehen dürften.

Mit Blick auf die vorgeburtliche Versorgung zeigt eine Studie aus Malmö (Schweden) (Ny et al. 2007) eine seltenere Inanspruchnahme geplanter vorgeburtlicher Versorgung bei einigen Gruppen im Ausland geborener Frauen.

Kaum Zugangsungleichheiten zwischen den ethnischen Bevölkerungsgruppen bei der medizinischen Versorgung (mit Ausnahme der zahnärztlichen Dienstleistungen) identifiziert eine Studie im GB-Kontext (Nazroo et al. 2007). Die Studie zeige, so die AutorInnen, dass durch die Bereitstellung einer öffentlichen, für alle zugänglichen Gesundheitsversorgung (wie es in GB der NHS darstellt) ethnische Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung minimiert werden könnten. Green et al. (2006) suggerieren ausserdem, dass bestehende Zugangshindernisse für ImmigrantInnen durch ein durch „medi-

---

<sup>13</sup> In den USA stellte eine Studie fest, dass psychisch Kranke generell beim Zugang zur Erstversorgung Stigmatisierung erleben und dass diese Erfahrung grösseren Einfluss auf ihre negative Wahrnehmung der Leistungsqualität hat als ihre ethnische Zugehörigkeit (Roman et al. 2008).

zinischen Pluralismus“ gekennzeichnetes System (Integration von Angeboten alternativer, z.B. chinesischer Medizin) weiter minimiert werden könnten. Eine Studie aus den USA schliesslich (Gilmer et al. 2007) beobachtet, dass Programme, die speziell auf Fremdsprachige ausgerichtet sind, deren Zugang zu den Leistungen erleichtern und sie besser ins Versorgungssystem integrieren. Dies bestätigt auch die Evaluation des Projekts „Migrantenambulanz“ der Rheinischen Kliniken Langenfeld in Deutschland. Die Intervention basiert auf festgestellter Unterrepräsentation von MigrantInnen bei der Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfsangebote und soll für die Zielgruppe den Zugang ins Versorgungssystem öffnen, u.a. mittels aufsuchender Arbeit. Drei Jahre nach Projektbeginn stellen Ozankan/Atik (2007) fest, dass mit dem Angebot die Schwellenangst türkischsprachiger PatientInnen (insbesondere Frauen), deutlich reduziert werden konnte. Es scheint laut den AutorInnen nicht nur möglich, sondern zunehmend notwendig zu sein, innerhalb der psychosozialen Regelversorgung spezielle Angebote für MigrantInnen zu organisieren, die die Lokalsprache nicht oder ungenügend beherrschen – und dies ohne dass dadurch eine psychosoziale Ghettobildung begünstigt werde. Allerdings seien auch die Gefahren eines solchen Spezialisierungsansatzes zu beachten: „Einheimische“ TherapeutInnen könnten auf diese Weise die Auseinandersetzung mit PatientInnen mit Migrationshintergrund zu vermeiden suchen.

### **Verbesserung des Leistungsangebots:**

Mehrere Studien fokussieren die kommunikative Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. In den Niederlanden untersuchten Meeuwesen et al. (2006; 2007) die Kommunikationsmuster zwischen AllgemeinpraktikerInnen und nicht-westlichen sowie niederländischen PatientInnen. Sie stellten zunächst fest, dass die Konsultationen mit den MigrantInnen, insbesondere türkischer und marokkanischer Herkunft, im Durchschnitt über zwei Minuten kürzer waren und der Machtunterschied zwischen den ÄrztInnen und diesen PatientInnen grösser war als bei den NiederländerInnen. In der verbalen Interaktion wurden deutliche Unterschiede auf der affektiven Ebene festgestellt, nicht aber auf der instrumentalen Ebene. Während die ÄrztInnen bei den MigrantInnen mehr darin investierten, die PatientInnen zu verstehen, zeigten sie bei niederländischen PatientInnen mehr Beteiligung und Empathie. Die NiederländerInnen erschienen auch bestimmter und durchsetzungsfähiger, im Gegensatz zu den MigrantInnen „traten sie auf die Bremse“, wenn der/die ÄrztIn das Gespräch (zu) rasch vorwärtstrieb. Die Konsultationen mit MigrantInnen waren seltener konfliktiv oder durch Klagen gekennzeichnet als jene mit Einheimischen, sondern wurden mehrheitlich als „traditionell“ oder „kooperativ“ charakterisiert. Die StudienautorInnen schlussfolgern, dass sowohl ÄrztInnen wie auch PatientInnen transkulturell kompetenter werden müssen. Eine Studie aus Kanada (Rosenberg et al. 2007) untersuchte die

Strategien von AllgemeinpraktikerInnen im Rahmen der Kommunikation mit PatientInnen unterschiedlichen kulturellen Hintergrunds und stellt fest, dass die ÄrztInnen zwar grundsätzlich einen patientenorientierten Ansatz verfolgen, aber über kein Rahmenkonzept zur Erfassung von Informationen über den kulturellen Hintergrund der PatientInnen verfügen.

Volkers et al. (2007) verglichen die Behandlungsraten mit Antidepressiva bei autochthonen niederländischen PatientInnen und Angehörigen ethnischer Minderheiten und stellten fest, dass Minderheitenangehörige mit der Diagnose Depression seltener Antidepressiva verschrieben bekommen als NiederländerInnen. Am deutlichsten war dieses Resultat erstaunlicherweise bei Angehörigen der zweiten Generation.

Weitere Studien weisen auf den Mangel an transkulturellen Kompetenzen im deutschen Sucht- (Haasen et al. 2007) und Jugendhilfesystem (Wohlfahrt et al. 2007) sowie bei der Behandlung depressiver und allgemein psychisch kranker MigrantInnen (David et al. 2007; Gül 2007; Schouler-Ocak 2007) hin. Bezüglich letzterem wird v.a. das Problem sprachlicher Verständigung betont und der systematische Einsatz interkultureller Übersetzung gefordert.

Andere Publikationen machen auf die Notwendigkeit einer adäquateren Versorgung von älteren MigrantInnen (Reinprecht 2006; Shah et al. 2006), von Diabetes- (Gucciardi et al. 2006; Shah 2008; Wallin et al. 2007) und AsthmapatientInnen (Cabana et al. 2007) sowie von Schwangeren mit FGM (Straus et al. 2007) aufmerksam.

Feldmans (2006) Artikel schliesslich liefert einen konzeptuellen Rahmen für die gesundheitliche Erstversorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden. Der Autor unterscheidet *gateway services* (erleichtern den Zugang zur Erstversorgung für nicht registrierte PatientInnen), *core services* (spezialisierte oder allgemeine Versorgung) und *ancillary services* (ergänzen und unterstützen die *core services*, um zusätzliche Bedürfnisse der Zielgruppe zu decken, etwa Übersetzungsdienste oder spezialisierte Angebote für Folter- und Gewaltüberlebende). Er betont dabei die Bedeutung ergänzender Dienstleistungen (*ancillary services*) für eine erfolgreiche Regelversorgung bei MigrantInnen aus dem Asylbereich.

Auch auf internationaler Ebene gab es zahlreiche Studienpublikationen, die darauf verweisen, dass Fachleute im Gesundheitswesen im Rahmen ihrer **Aus- und Weiterbildung** transkulturelle Kompetenzen erwerben und kontinuierlich vertiefen müssen. Mit Bezug auf den US-amerikanischen Kontext betonen etwa Lo/Stacey (2008), es sei nicht nur unrealistisch, sondern auch unfair, von praktizierenden ÄrztInnen zu erwarten, sie wüssten intuitiv, wie mit der kulturellen Komplexität der Lebenssituation ihrer PatientInnen umzugehen sei. Sie fordern daher die Integration des Bildungsziels transkulturelle Kompetenz in die Ausbildungs-Curricula der medizinischen und Pflege-

fachpersonen, und zwar müssten die diesbezüglichen Inhalte bereits zu einem frühen Zeitpunkt in der Ausbildung eingebracht werden. Eine Studie aus Kanada (Rosenberg et al. 2007) empfiehlt, den ÄrztInnen im Rahmen der Ausbildung ein Rahmenkonzept zur Erfassung von Informationen über den kulturellen Hintergrund der PatientInnen wie auch praxisorientierte Anleitung in interkultureller Kommunikation zur Verfügung zu stellen.

*Last but not least* verweist Schultz (2007) auf die vielversprechenden Möglichkeiten, die eine ressourcenorientierte Behandlung bietet. Sie plädiert dafür, den transkulturellen Ansatz auch in der Praxis um ressourcenorientiertes Vorgehen zu erweitern. Dies setzt die Bereitschaft des Fachpersonals, institutionelle Veränderungen und die Erweiterung der Fort- und Ausbildung voraus.

### 3.3.3 Interkulturelles Übersetzen

#### Schweiz

Mehrere gesichtete Studien behandeln das Thema **Dolmetschen im Gesundheitswesen** im Schweizer Kontext.

Ein rechtliches Gutachten untersuchte bestehende Rechtsnormen in der Schweiz, auf welche sich Ansprüche auf interkulturelle Übersetzung im Gesundheitsbereich stützen lassen, sowie die Frage der Kostentragung für solche Übersetzungsleistungen (Achermann und Künzli 2008). Die Analyse des Verfassungsrechts und des die Schweiz bindenden Völkerrechts zeigt auf, dass der Staat verpflichtet ist sicherzustellen, dass in den öffentlichen Spitälern nicht Sprachbarrieren die Aufklärung von Patienten und das Einholen ihrer Einwilligung zu medizinischen Eingriffen verunmöglichen. Diese Verpflichtung gilt bei fremdsprachigen Patienten unabhängig von Aufenthaltsrecht oder ausländerrechtlichem Status. Auch die Kantone regeln ausführlich das Recht von Patientinnen und Patienten auf vollständige, angemessene und verständliche Aufklärung und die Verpflichtung der Gesundheitsfachpersonen, vor einem Eingriff aufgrund der hinreichenden Aufklärung die Einwilligung der zu Behandelnden einzuholen. Die kantonale Gesetzgebung enthält zwar keine Regelungen für den Beizug einer Übersetzerin oder eines Übersetzers bei fremdsprachigen Patienten, eine entsprechende Verpflichtung ergibt sich aber aus der Anforderung an die genügende Aufklärung selbst. Je schwerwiegender dabei der bevorstehende Eingriff ist, desto höhere Anforderungen sind an die Qualität der Übersetzung zu stellen. Bei folgenreichen Eingriffen oder im Fall, dass mehrere Behandlungsoptionen offen stehen, muss eine hochqualifizierte Übersetzerin bzw. ein Übersetzer beigezogen werden, wenn die behandelnde Person nicht selbst Kenntnisse in der Sprache des Patienten hat. Aufgrund von professionellen Anforderungen, aber auch angesichts der Regelungen bezüglich des medizinischen Berufsgeheimnisses

ist laut dem Gutachten davon Abstand zu nehmen, Spitalpersonal ohne entsprechende Ausbildung und ohne geregelte Berufspflichten beizuziehen. Bezüglich Kostentragung und Finanzierung hält der Bericht fest, dass die Kosten heute entweder von der öffentlichen Hand, z.B. den Spitälern,<sup>14</sup> oder den Patientinnen und Patienten selber zu tragen sind, da aufgrund der geltenden Rechtslage eine Übernahme von Dolmetscherkosten durch die Krankenpflegeversicherung nicht möglich und eine Revision dieser Regelung kurzfristig kaum zu erreichen ist. Die Autoren des Gutachtens empfehlen angesichts dieser unbefriedigenden Situation, andere Optionen zu prüfen (Mitfinanzierung von Vermittlungsstellen für interkulturelle DolmetscherInnen durch die öffentliche Hand, explizite Regelung der Übersetzungsfrage auf Ebene der Kantone, Suche nach weiteren Finanzierungsmodellen).

Bischoff/Steinauer (2007) gehen auf die Fragen nach den klinischen Folgen von Sprachbarrieren und den Möglichkeiten zur Überwindung derselben ein. Aus vorliegenden Studien gehe klar hervor, so die AutorInnen, dass fremdsprachige Patienten aufgrund ungenügenden Informationsflusses tendenziell eine der Situation unangemessene Behandlung erhalten. Ebenso bestehe in der Literatur Konsens darüber, dass Angehörige als *Ad-hoc* Dolmetscher sowie ungeschulte, mehrsprachige Mitarbeitende wenig- oder ungeeignet sind. Dagegen sei der Einsatz professioneller DolmetscherInnen diejenige Strategie, die am eindeutigsten zur verbesserten Behandlungsqualität von fremdsprachigen Patienten führe. Da sich im Klinikalltag aber ein konsequentes Hinzuziehen von professionellen DolmetscherInnen nicht immer umsetzen lasse, stelle das Einrichten einer klinikinternen Liste mit geschulten, mehrsprachigen Mitarbeitenden in definierten Situationen eine akzeptable Alternative dar.

Bischoff et al. (2008a) untersuchten am Beispiel der Universitäts-Frauenklinik Basel, wann im Alltag überhaupt ein/e DolmetscherIn beigezogen wird, und wie sich der „Triolog“ zwischen medizinischen Fachpersonen, Dolmetschenden und PatientInnen konkret gestaltet. Es zeigte sich, dass Gesundheitspersonal häufig mit DolmetscherInnen konfrontiert wird, ohne eine entsprechende Vorbereitung auf diese Zusammenarbeit erhalten zu haben. Zudem erfolge die Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen meist nach einem pragmatischen und konzeptionell noch wenig ausgebildeten Ansatz. Die AutorInnen empfehlen zum einen, dass das Wissen um die Kriterien einer/eines

---

<sup>14</sup> Falls keine gesetzliche Regelung und kein Vertrag bestehen, hat bei Behandlung im Spital dieses die Kosten für eine notwendige Übersetzungsleistung zu übernehmen. Im Falle der Mittellosigkeit des Patienten sind die Kosten subsidiär von der Sozialhilfe zu tragen, bei Personen ohne Aufenthaltsrecht in der Schweiz gegebenenfalls als Nothilfeleistung.

“guten Dolmetschenden” in Weiterbildungsveranstaltungen für das medizinische Fachpersonal behandelt wird. Dort könnten die Fachpersonen auch dafür sensibilisiert werden, wann der Beizug von interkulturellen Vermittlerinnen indiziert ist, auch unabhängig von Sprachproblemen. Zum anderen müsse an der Konzeptionalisierung der Zusammenarbeit im “Dialog zu Dritt” weitergearbeitet werden, z.B. indem Weiterbildungen angeboten würden, wo Dolmetschende und medizinische Fachpersonen gemeinsam Dolmetsch-Situationen und DolmetscherInnen-Rollen besprechen. Solche Weiterbildungsveranstaltungen sollten auch einen reflexiven Umgang mit dem Begriff “Kultur” beinhalten.

Auch ein Team der Westschweizer Fachhochschule untersuchte die Interaktion zu Dritt in Dolmetschsituationen im Gesundheitswesen, und zwar aus soziolinguistischer und sozialanthropologischer Perspektive (Humair und D'Onofrio 2008). Die Studie empfiehlt u.a., dass öffentliche Institutionen den Umfang und die Art ihrer Arbeit mit Dolmetschenden systematisch dokumentieren und evaluieren. Gender-Aspekte im Rahmen von medizinischen Konsultationen unter Beizug oder nicht einer/eines Dolmetschenden untersuchten Bischoff et al. (2008b) in einer quantitativen Studie. Sie beobachteten, dass bei Konsultationen mit DolmetscherIn die Qualität der Interaktion nicht leidet, wenn ÄrztIn und PatientIn unterschiedlichen Geschlechts sind, in Konsultationen ohne Dolmetschende hingegen war die Geschlechter-Diskordanz mit einer niedrigeren Kommunikationsqualität assoziiert.

Bischoff/Dahinden (2008) schliesslich untersuchten anhand von Fallstudien in öffentlichen Institutionen des Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Rechtswesens den Einsatz von professionellen Dolmetschenden und interkultureller Mediation und kamen zum Schluss, dass in ca. der Hälfte der untersuchten Institutionen in erster Linie professionelle Dolmetschende zum Einsatz kommen, auch wenn Übersetzen durch unqualifizierte Personen ebenfalls häufig vorkommt. Interkulturelle oder Konfliktmediation wird demgegenüber selten eingesetzt, obwohl dieses Mittel gemäss den AutorInnen geeignet wäre, um die Chancengerechtigkeit für eine diverse Bevölkerung beim Zugang zu öffentlichen Institutionen zu verbessern.

## **International**

**Übersetzungssituationen im medizinischen Kontext** stossen auch auf internationaler Ebene auf Interesse. Robb/Greenhalgh (2006) etwa untersuchten die Bedeutung, die verschiedenen Arten von Vertrauensbeziehungen dabei zukommt (*voluntary, coercive, hegemonic trust*). Entscheidend für die Qualität und Effizienz der Kommunikation mittels Übersetzung sei das Vorhandensein von *voluntary trust*, Vertrauen, das auf einer positiven interpersonellen Beziehung aufbaue. Dies müsse im Hinblick auf die Konzeptualisierung und Finanzierung von Übersetzungsdiensten sowie auf die Aus- und Weiter-

bildung von medizinischem, Übersetzungs- und Verwaltungspersonal berücksichtigt werden. Auf die Notwendigkeit des systematischen Einsatzes professioneller Dolmetscher verweisen ebenfalls zahlreiche Publikationen (etwa David et al. 2007; Feldman 2006; Haasen et al. 2007; Koopmans und Foets 2007; Schouler-Ocak 2007).

Eine Literaturreview bezüglich des Nutzens, den der Einsatz von Übersetzenden in medizinischen Konsultationen mit sich bringt (Ribera et al. 2008), zeigt, dass der Einsatz von professionellen Dolmetschenden oder zweisprachigen Fachpersonen einerseits die Qualität der Versorgung und die PatientInnenzufriedenheit verbessert und somit bestehende Versorgungsungerechtigkeiten vermindert. Andererseits spricht laut der gesichteten Fachliteratur auch Vieles dafür, dass der Einsatz von professionellen Dolmetschenden es erlaubt, beträchtliche Kosten zu sparen.

### 3.4 Beobachtungen und Tendenzen

Im Folgenden werden abschliessend einige Tendenzen, die in der analysierten Literatur zu beobachten sind, festgehalten und kurz diskutiert. Dabei ist nochmals darauf hinzuweisen, dass unsere Analyse auf einer beschränkten Anzahl ausgewählter Publikationen beruht<sup>15</sup> und wir daher nicht den Anspruch erheben, Tendenzen der gesamten wissenschaftlichen Literatur, die in den Jahren 2006-2008 publiziert wurden, wiederzugeben.

#### Allgemeine Tendenzen

Das Thema *Migration & Gesundheit* scheint in verschiedenen Forschungsdisziplinen (Sozialwissenschaften, Epidemiologie, Medizin, Psychologie, Pflegewissenschaft, Organisationsentwicklung, *Public Health*) weiter an Aktualität zu gewinnen. Es wird aus diesen unterschiedlichen Perspektiven z.T. auch ganz umfassend angegangen (vgl. Kap. 3.1). In zahlreichen Themenfeldern des PH-Bereichs nimmt man migrationsbezogene Themen zunehmend als relevant zur Kenntnis.

Gleichzeitig stellt man auch fest, dass sich allgemeine thematische Tendenzen im Gesundheitsbereich (mit gewisser Verzögerung) auch im Bereich *Migration & Gesundheit* widerspiegeln. So etwa der **vermehrte Fokus auf chronische und sogenannte Wohlstandskrankheiten bzw. diesbezügliche Risikofaktoren** (etwa Adipositas) auch bei MigrantInnen. Der *Conference*

---

<sup>15</sup> Die Analyse basiert auf den insgesamt 112 Publikationen, die im separaten Dokument *Analysierte Literatur\_Übersichtstabelle* aufgelistet sind. Der regionale Fokus unserer Review lag auf Europa und Nordamerika und der inhaltliche auf der Relevanz für die Bedürfnisse des BAG-Programmtams.

*Report zur EUPHA-Tagung 2007 Migrant and ethnic health research* (Rafnsson und Bhopal 2008), der ebenfalls einen Überblick über die europäische Forschungstätigkeit in diesem Bereich gibt, verweist diesbezüglich auf die Tatsache, dass veränderte Lebensstile bei diesen Bevölkerungen zu einer Zunahme der sogenannten Wohlstandserkrankungen führen. So seien in manchen Migrationspopulationen in Europa höhere Raten in Bezug auf Bluthochdruck, Diabetes, Herzinfarkt und Hirnschlag beobachtet worden.

Ein weiteres Forschungsthema, das in den vergangenen Jahren zusehends an Aktualität gewonnen hat und dies voraussichtlich auch noch weiter tun wird, ist das **Alter(n) von MigrantInnen**. Zum einen hat das demographische Gründe: Für ältere oder alternde MigrantInnen ist die Rückmigration in ihr Herkunftsland nach der Pensionierung immer seltener eine Option, so dass typische „Alterskrankheiten“ nun auch in diesen Populationen vermehrt vorkommen. Zum anderen zeigen sich die Folgen sozioökonomischer Benachteiligung – von der grosse Teile der Migrationsbevölkerungen überdurchschnittlich betroffen sind – generell im Alter deutlicher, und bei MigrantInnen kommt oft noch eine migrationsspezifische gesundheitliche Vulnerabilität hinzu. Die Betreuungsstrukturen für ältere Menschen in Einwanderungsländern müssen dieser veränderten Situation Rechnung tragen und ihre Angebote auf die zunehmende Diversität ihrer Klientel vorbereiten.

Insgesamt beobachtet man im Bereich *Migration & Gesundheit* im berücksichtigten Zeitraum aber in vieler Hinsicht thematische Kontinuität bzw. (zielgruppen-)differenzierende Vertiefung. Als besonders relevant bekannte Themenfelder im Zusammenhang mit Migration, etwa **psychische** oder **reproduktive Gesundheit**, erfuhren in den letzten drei Jahren eine Wissenserverweiterung und -vertiefung.

Die reproduktive Gesundheit von MigrantInnen erweist sich im Vergleich zu einheimischen Referenzpopulationen weiterhin als deutlich schlechter, was v.a. mit dem tieferen Bildungsniveau und einer schlechteren Erreichbarkeit dieser Gruppen durch Präventionsmassnahmen in Zusammenhang steht. Wie bereits anlässlich der Literaturreview 2006 festgestellt, werden in Zusammenhang mit reproduktiver Gesundheit vorwiegend Frauen fokussiert und die Haltungen und Verhaltensweisen von Männern kaum thematisiert. Das Thema FGM bleibt weiterhin aktuell bzw. nimmt tendenziell an Aktualität zu (Einwanderung aus betroffenen Gebieten ist nicht rückläufig).

Nichts wirklich Neues, aber weitere Evidenz und vertieftes Wissen ergab sich in Bezug auf die hohe Prävalenz psychischer Gesundheitsstörungen bei (v.a. unfreiwilligen) MigrantInnen.

Ausserdem stellt die schlechte **Zahngesundheit** bei Kindern mit Migrationshintergrund ein kontinuierliches Problem dar, das auch beträchtliche Kosten verursacht.

Fragen rund um **Zugangshindernisse und adäquate Präventions- und Versorgungsleistungen und –massnahmen** im Rahmen der Gesundheitssysteme in Einwanderungsländern wurden ebenfalls in spezifischen Kontexten und mit Blick auf differenzierte Zielgruppen genauer untersucht. Spezielle Beachtung fanden dabei Fragen rund um den Einsatz professioneller Dolmetscher (Anspruch, Herausforderungen des „Triologs“, Kostenübernahme für diese ergänzende Dienstleistung).

In Bezug auf MigrantInnen als Risikogruppe für Infektions- und parasitäre Krankheiten sowie HIV scheint das Interesse der Forschung etwas nachzulassen, obwohl einzelne Publikationen von der anhaltenden oder neuerlichen Aktualität und *Public Health*-Relevanz dieser Problematik zeugen.<sup>16</sup>

Insgesamt kann man sagen, dass sich heute in vielen Bereichen die sozioökonomische Benachteiligung von gewissen MigrantInnenpopulationen direkt in schlechteren Gesundheitswerten niederschlägt (etwa in Bezug auf chronische Krankheiten, reproduktive Gesundheit, Gesundheit im Alter, Zahngesundheit). Mit *Public Health*-Interventionen, die auf eine Reduzierung der sozioökonomischen Benachteiligung dieser Bevölkerungsgruppen abzielen, kann man also schon eine beträchtliche Verbesserung der öffentlichen Gesundheit erreichen. Allerdings erklären sozioökonomische Faktoren allein nicht alles – weiteren Einflussfaktoren, die mit der Migration in Zusammenhang stehen (Verhältnisse und Erlebnisse im Herkunftsland vor der Migration, Umgang mit der Migrationserfahrung, rechtliche Situation im Aufnahmeland) ist ebenfalls Rechnung zu tragen, insbesondere mit Blick auf psychische Gesundheit.

Mit Blick auf die Schweiz stellt der Zeitraum 2006 – 2008 weitgehend auch eine Phase der Dissemination, d.h. der Publikation vorgängig erarbeiteter Studienergebnisse (u.a. im Rahmen der Forschungsachse der Bundesstrategie 2002-2007) in verschiedenen Gefässen dar. Auf Ergebnisse neuerer Studien sind wir nur sehr beschränkt gestossen. Insbesondere gilt dies für (sozial-)epidemiologische Arbeiten, was z.T. mit der nach wie vor lückenhaften bzw. nicht idealen Datenlage zu tun haben dürfte.<sup>17</sup> Inzwischen sind zwar Bemühungen um eine Verbesserung der Datenlage im Gang (etwa wird im Rahmen des *Mainstreaming Migration* auf eine zukünftige systematische Erhebung geeigneter Indikatoren eines Migrationshintergrundes hingearbeitet), gewisse methodische Probleme im Zusammenhang mit epidemiologischen Untersuchungen in Migrationspopulationen bleiben aber bestehen (starke Fluktuation-

---

<sup>16</sup> Von einer zu beobachtenden zunehmenden Vulnerabilität von MigrantInnen hinsichtlich Infektionskrankheiten sprechen etwa auch Rafnsson/Bhopal (2008).

<sup>17</sup> Eventuell sind aber Studien im Gang, deren Ergebnisse erst noch publiziert werden.

nen und oft zu kleine Samples in diesen Bevölkerungsgruppen). Ganz abgesehen davon sind (sozial-) epidemiologische Studien, die Migrationspopulationen mit „einheimischen“ Referenzpopulationen vergleichen, aus einer *Public Health*-Perspektive nur beschränkt aussagekräftig (vgl. Razum 2007).

In der Schweiz kann man aber ebenfalls eine Tendenz zur Diffusion des Themas *Migration & Gesundheit* in die allgemeine Gesundheitsberichterstattung und *Public Health*-Literatur feststellen (vgl. etwa nationaler Gesundheitsbericht). Auch sind grosse Bemühungen um einen Wissenstransfer in Richtung Praxis (Gesundheitsinstitutionen und -fachleute) zu beobachten. Dies geschieht etwa mittels neu erschienenen Hand- und Lehrbüchern, die auf verschiedene Zielgruppen ausgerichtet sind.

Insgesamt erkennt man international – aber gerade auch in Bezug auf die Schweiz – eine doppelte Tendenz: Einerseits sind da verstärkte Bestrebungen zur Öffnung der Regelinstitutionen des Gesundheitsbereichs für eine vielfältige Klientel (transkulturell kompetente Versorgungsleistungen, adäquate Information, Prävention und Gesundheitsförderung), andererseits scheinen neue, verschärfte legislative Bestimmungen, von denen bestimmte ImmigrantInnen in den europäischen Einwanderungsländern betroffen sind und die auch eine Prekarisierung und Ausschlusstendenzen im Gesundheitsbereich zur Folge haben, den Fokus von Forschung und Praxis stark auf solche gesundheitlich besonders vulnerablen Gruppen (Asylsuchende, Sans Papiers) zu lenken. Die im Migrationsbereich erfolgte Lageverschlechterung für bestimmte MigrantInnengruppen wirkt sich also auch wahrnehmbar auf den Gesundheitsbereich aus und kommt in den jüngsten Publikationen zu *Migration & Gesundheit* deutlich zum Ausdruck.

## **Zielgruppen**

Auffallend ist der Fokus auf die Gesundheitssituation bestimmter MigrantInnenkategorien: Einerseits Menschen jeden Alters, die durch ihren (fehlenden) Aufenthaltsstatus „prekarisiert“ sind; sie treten als mit Blick auf die Gesundheit besonders vulnerable Gruppe hervor. Die Forschung scheint sich dabei eher für Frauen zu interessieren. Auch Risikopopulationen in Bezug auf FGM erhalten gewisse Aufmerksamkeit, weiter Kinder/Jugendliche und ältere/alternde MigrantInnen sowie traumatisierte Gewaltopfer und allgemein MigrantInnen mit psychischen Störungen. In Bezug auf letztere stechen insbesondere ImmigrantInnen türkischer Herkunft ins Auge, die in mehreren Studien in verschiedenen Ländern eine auffallend schlechte selbstbeurteilte psychische Gesundheit zeigen.

Insgesamt bleibt die Tendenz bestehen, die Migrationsbevölkerung differenzierter zu betrachten und ganz spezifische Zielgruppen zu untersuchen.

## **Ansätze und Interventionen**

In Sachen Prävention und Gesundheitsförderung wird die Notwendigkeit konsequenter Zielgruppenorientierung betont. Eine solche kann nur erfolgen, wenn genügend Wissen bezüglich des Verhaltens und der Risikofaktoren, denen die Gruppe ausgesetzt ist, vorhanden ist. Es werden z.T. auch spezifische Interventionen in Migrationssprachen und in Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen/MediatorInnen propagiert. Die Forschung gibt zudem vereinzelt Anhaltspunkte zu gezielter Ressourcenorientierung und Förderung von Resilienz.

Was die Versorgungsangebote angeht, so wird, neben dem allgemeinen Plädoyer für eine diversitätsgerechte, offene Gesundheitsversorgung verschiedentlich auf den Erfolg und die Notwendigkeit von Programmen, Interventionen oder ergänzenden Dienstleistungen hingewiesen, die spezifisch auf eine bestimmte Gruppe (fremdsprachiger) MigrantInnen ausgerichtet sind und dieser den Zugang zur Regelversorgung ermöglichen/erleichtern sollen.

In zahlreichen Studien wird die Förderung transkultureller Kompetenzen beim Fachpersonal im Rahmen der Aus- und Weiterbildung gefordert. Auffallend ist schliesslich, gerade auch in der Schweiz, ein Interesse der Forschung an den Herausforderungen der Kommunikation zwischen Fachpersonal und fremdsprachigen PatientInnen bzw. am allgemeinen Nutzen interkulturellen Übersetzens. Neben der Klärung von Fragen bezüglich der Rechtslage (Anspruch auf Übersetzungsleistungen im Gesundheitsbereich) und der Kostenübernahme für diese Dienstleistung, werden Situationen der „trialogischen“ Verständigung zwischen medizinischen Fachleuten, Übersetzenden/MediatorInnen und PatientInnen fokussiert, die genauen Vorgänge (Einstellungen, angewandte Strategien der Beteiligten) untersucht und der Schluss gezogen, dass dieser anspruchsvolle „Trialog“ viel Erfahrung und Professionalität erfordert und also geübt sein will. Die Alltagsrealität scheint allerdings oft nicht die nötigen Voraussetzungen für professionelle „Trialoge“ zu bieten (ungenügende Ausbildung und Erfahrung der Beteiligten, routinetafelm Abläufe wurden noch nicht angepasst, Finanzierung dieser Leistung ist nach wie vor nicht zufriedenstellend), obwohl damit, wie die Literatur zeigt, beträchtliche Kosten eingespart werden könnten.

## **Lücken**

Was den Bereich der Gesundheitsförderung betrifft, ist ressourcenorientierte Forschung – insbesondere mit Bezug auf die Schweiz – weiterhin rar. Auch der gerade mit Blick auf gewisse MigrantInnenpopulationen wichtige Bereich der Gesundheit(sförderung) am Arbeitsplatz wird nur am Rande thematisiert.

Im Bereich der Versorgung fehlen v.a. Kosten-Nutzen – Analysen und Evaluationen von erfolgten spezifischen Interventionen und Öffnungsprozessen

in der Regelversorgung. Solche Arbeiten könnten u.U. die Entwicklung eines diversitätsgerechten Leistungsangebots vorantreiben.

Einige Lücken im Bereich des Monitorings des Gesundheitsszustands von MigrantInnen in europäischen Ländern (EU-15) verspricht in Zukunft das von der EU lancierte MEHO-Projekt (*Migrant and Ethnic Health Observatory*) zu schliessen (vgl. <http://www.meho.eu.com>). Die Schweiz scheint allerdings dieser Initiative nicht angeschlossen zu sein.

## 4 Methodendiskussion und Empfehlungen

Wie eingangs erwähnt, sind wir bei der Online-Literaturrecherche und der Auswahl der für diese Review berücksichtigten Publikationen vor verschiedene methodologische Probleme gestellt worden. Obwohl zunächst prinzipiell angestrebt, war eine systematische Sichtung und Beurteilung der für den festgelegten Zeitraum von drei Jahren Online eruierten Fachliteratur zum (bei der Recherche sehr breit gefassten) Themenfeld *Migration & Gesundheit* im Rahmen dieses Auftrags nicht möglich. Stattdessen wurde eine Auswahl von 110 Publikationen getroffen, die Gegenstand der vorliegenden Literaturreview und –analyse waren. Die Auswahl erfolgte zwar kriteriengeleitet (vgl. Anhang), das gesamte Vorgehen muss aber dennoch als nicht vollends zufriedenstellend und durchaus verbesserungsfähig beurteilt werden. Im Hinblick auf die ins Auge gefasste regelmässige Wiederholung eines derartigen Updates wollen wir unser Vorgehen im Rahmen dieser „Pilotstudie“ zum Schluss kurz kritisch diskutieren und Veränderungen vorschlagen.

Unsere Online-Dokumentenrecherche erfolgte zunächst im Bestreben, die jüngsten Publikationen im Bereich *Migration & Gesundheit* möglichst lückenlos zu erfassen. Unser Vorgehen war in diesem Sinne von der Absicht geleitet, möglichst nichts frühzeitig auszusortieren – man könnte es als « konservativ » oder « vorsichtig » charakterisieren. Die Folge war, dass wir uns vor einer grossen Menge potentiell relevanter Titel wiederfanden (ca. 2200 für den Zeitraum von 3 Jahren), die es nun auf eine (innert nützlicher Frist) bewältigbare Anzahl zu reduzieren galt. Dies wurde, wie im Anhang beschrieben, mittels Stichwort-Suche innerhalb des Korpus (in Titel und Abstract) versucht. Kriterien für die Auswahl waren einerseits das Einwanderungsland, auf das sich der Text bezieht (berücksichtigt wurden in erster Linie europäische Einwanderungsländer, wobei auch die für den nordamerikanischen Kontext gefundenen Titel auf besonders Interessantes hin überflogen wurden), sowie ein klarer Bezug zu einem der vier Themenfelder

- *Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung/Public Health-Policies*
- *Gesundheitsförderung und Prävention*
- *Gesundheitsversorgung und Aus-/Weiterbildung der Gesundheitsfachleute*

### - Interkulturelles Übersetzen

Für die Eruierung der Texte, die diesen Kriterien entsprechen, kamen bestimmte Stichwortkombinationen zur Anwendung, wobei verschiedene Sprachen und « nationale Terminologien » zu berücksichtigen waren (vgl. Anhang).

Obwohl unser Vorgehen einer Logik folgte (Etablierung von Kriterien, Stichwortkombinationen in Abhängigkeit dieser Kriterien), ist es aufgrund der Vielfalt möglicher Suchbegriffe im Zusammenhang mit *Migration & Gesundheit* und der entsprechenden Komplexität einer solchen Stichwortsuche nicht auszuschliessen, dass wir auch Texte ausgeschlossen haben, die durchaus Interessantes beinhalten.

Mit Blick auf zukünftige Literaturreviews im Bereich *Migration & Gesundheit* schlagen wir aufgrund unserer Erfahrungen ein angepasstes Vorgehen vor, insbesondere in bestimmten Punkten.

Was den ersten Schritt, die Recherche in Online-Datenbanken, angeht, sollte unserer Ansicht nach von Beginn weg ein Ansatz der « positiven Auswahl » zur Anwendung kommen. Das heisst, dass man nicht in möglichst vielen, potentiell relevanten Journals sucht, sondern sich – in Absprache mit dem Auftraggeber – von Anfang an auf bestimmte Zeitschriften<sup>18</sup> beschränkt und auch bereits auf die Länder<sup>19</sup> und Sprachen, die man berücksichtigen will. Eventuell wären, ebenfalls in Absprache mit dem Auftraggeber, auch weitergehende thematische Eingrenzungen (innerhalb der durch die Handlungsfelder abgedeckten Themenbereiche) sinnvoll. Weiter ist zu empfehlen, die Suche mit den einschlägigen Stichwortkombinationen in den Online-Datenbanken auf Titel und Abstract zu beschränken (ohne Keywords), denn falls die gefragten Stichworte weder im Titel noch im Abstract vorkommen, scheint die Wahrscheinlichkeit klein, dass der Text thematisch wirklich relevant ist.

---

<sup>18</sup> Die meisten Publikationen, die für die vorliegende Review ausgesucht worden sind, entstammen folgenden Journals: *Revue médicale suisse, Social Science & Medicine, Journal of Health, Organisation and Management, Curare, Zeitschrift für Medizinethnologie, Ethnicity and Disease, Preventive Medicine Ethnicity & Health, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Psychiatrische Praxis, BMC Public Health, European Journal of Public Health, International Journal of Epidemiology, International Journal of Nursing Studies, Public Health, European Psychiatry, Journal of Clinical Nursing, J Immigrant Minority Health*. Wir schlagen vor, im Rahmen einer zukünftigen Review für jedes einzelne zu bearbeitende Themenfeld die entsprechenden zu berücksichtigenden Publikationsorgane aus diesen auszuwählen.

<sup>19</sup> Vorschlag : Europäische Einwanderungsländer Deutschland, Frankreich, Österreich, Italien, Spanien, Niederlande, Norwegen, Schweden, Dänemark, Grossbritannien + USA und Kanada.

Die auf diese Weise gefundenen Titel und Abstracts (die dank stärker fokussierter Recherchestrategie ein innert nützlicher Frist bewältigbares Ausmass haben dürften) könnten anschliessend in einem zweiten Schritt ausnahmslos durchgesehen und, im dritten Schritt, diejenigen zur Analyse ausgewählt werden, die den vorgängig bestimmten inhaltlichen und formellen Kriterien entsprechen. Dokumente schliesslich, die nicht frei oder via Universitätsinfrastruktur zugänglich sind, müssten beschafft werden können bzw. dafür ein Budgetposten und zeitliche Reserven vorgesehen werden.

Wir haben ausserdem die Erfahrung gemacht, dass eine derartige Online-Dokumentenrecherche in enger Zusammenarbeit mit einer Fachperson des Bereichs *Information & Dokumentation* erfolgen muss, die mit der Technik und der Funktionsweise<sup>20</sup> der ausgewählten Datenbanken vertraut ist.<sup>21</sup> Der oder die wissenschaftliche Mitarbeiter/in wird zwar sinnvollerweise bei der Konzeptualisierung der Recherche miteinbezogen (Auswahlkriterien, Stichwortbestimmung), die Recherche selber aber sollte mit Vorteil von einer/m *I&D-SpezialistIn* durchgeführt werden, der/die über das nötige *Know How* verfügt. Die Effizienz kann dadurch massgeblich gesteigert werden. Auch für die rasche Beschaffung fehlender Dokumente sind die Dienste einer Fachperson nützlich.

---

<sup>20</sup> Ein Problem stellt z.B. dar, dass nicht alle Datenbanken dieselben Beschlagwortungssysteme verwenden.

<sup>21</sup> Wir danken an dieser Stelle Giovanni Casagrande, wissenschaftlicher Bibliothekar an der Faculté des lettres et sciences humaines der Universität Neuchâtel, und Aronne Spiess, Fachfrau I&D am SFM, für ihre Unterstützung beim Konzeptualisieren und Durchführen der Online-Recherche.

## 5 Zitierte Literatur

- Achermann, Alberto und Jörg Künzli (2008). Übersetzen im Gesundheitsbereich: Ansprüche und Kostentragung, Gutachten zuhanden des Bundesamts für Gesundheit, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Fachbereich Migration und Gesundheit. Bern.
- Achermann, C., M. Chimienti und F. Stants (2006). *Migration, Prekarität und Gesundheit : Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- BAG (2007). Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013). Bern, Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Beiki, O. et al. (2008). "Cervical, endometrial and ovarian cancers among immigrants in Sweden: Importance of age at migration and duration of residence." *European Journal of Cancer*, 45(1): 107-118.
- Bhui, K. et al. (2006). "Mental disorders among Somali refugees." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(5): 400-408.
- Bischofberger, I. (2008). "HIV-infected sub-Saharan migrants in Switzerland: Advancing cross-cultural health assessment." *Janac-Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 19(5): 357-367.
- Bischoff, A. und J. Dahinden (2008). "Dolmetschen, Vermitteln und Schlichten im vielsprachigen Basel : Umgang mit Diversität und Fremdsprachigkeit – Umfrage unter Leitungspersonen öffentlicher Institutionen." *Journal of Intercultural Communication*, 16 (2): 1-20.
- Bischoff, A. et al. (2008a). "Der Dialog zu Dritt: PatientInnen, DolmetscherInnen und Gesundheitsfachleute in der Universitäts-Frauenklinik Basel." *Curare. Zeitschrift für Medizinethnologie*, 31(2+3): 163-175.
- (2008b). "Doctor - Patient Gender Concordance and Patient Satisfaction in Interpreter-Mediated Consultations: An Exploratory Study." *Journal of Travel Medicine*, 15(1): 1-5.
- Bischoff, A. und R. Steinauer (2007). "Pflegerische Dolmetschende? Dolmetschende Pflegerische? Literaturanalyse." *Pflege*, 20: 343-351.
- Bischoff, A. und P. Wanner (2007). "The Self-reported Health of Immigrant Groups in Switzerland." *Journal of Immigrant Minority Health* 10 (4): 325-335.

- Bissar, A. R. et al. (2007). "Caries prevalence in 11- to 14-year old migrant children in Germany." *International Journal of Public Health*, 52(2): 103-108.
- Björngren, C. C. und S. Cattacin, Hg. (2007). *Migration and health : difference sensitivity from an organisational perspective*. Malmö: Malmö University, International Migration and Ethnic Relations (IMER) [etc.].
- Bodenmann, P. et al. (2007a). "Medical care of asylum seekers: a descriptive study of the appropriateness of nurse practitioners' care compared to traditional physician-based care in a gatekeeping system." *Bmc Public Health*, 7:310.
- (2007b). "Migrations sans frontières mais... barrières des représentations." *Revue médicale suisse*: 2710-2717.
- Bodenmann, P. und M. Vannotti (2006). "Votations du 24 septembre: "migrants forcés" et menaces sur la santé." *Bulletin des médecins suisses = Schweizerische Ärztezeitung*: 2087-2088.
- Bollini, P., U. Stotzer und P. Wanner (2007). "Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: Results from a focus group study." *International Journal of Public Health*, 52(2): 78-86.
- Borde, T. und M. David, Hg. (2007). *Migration und psychische Gesundheit : Belastungen und Potentiale*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.
- Buchi, S. und B. Obrist (2006). "Migration, stress, and resilience: how African migrants in Switzerland try to stay healthy." *European Journal of Public Health*, 16: 190-190.
- Bundesamt für Migration (2008). Controlling der Integration von B-Flüchtligen. Schlussbericht und Empfehlungen 2006. Migration, Bundesamt für. Bern-Wabern, Bundesamt für Migration, Direktionsbereich Bürgerrecht, Integration und Bundesbeiträge.
- Cabana, M. D., M. Lara und J. Shannon (2007). "Racial and ethnic disparities in the quality of asthma care." *Chest*, 132(5 SUPPL.).
- Carbajal, M., N. Pasquier und P. Fondation, Hg. (2006). *Migration et intimité : "amélioration de l'information et de l'accessibilité à la contraception auprès des migrant-e-s" : bilan 2003-2006*. Lausanne: Profa.
- Chimienti, M. (2007a). "The agency of migrant prostitutes : experiences from Switzerland", in Björngren C. C und S. Cattacin (Hg.), *Migration and health : difference sensitivity from an organisational perspective*. Malmö: Malmö University, International Migration and Ethnic Relations (IMER) S. 84-95.

- (2007b). *Prostitution et migration : les ressources de l'agir faible*. Genève: Universtié de Genève.
- Chimienti, M. und C. Achermann (2007). "Coping strategies of vulnerable migrants : the case of asylum seekers and undocumented migrants in Switzerland", in Björngren Cuadra, Carin und Sandro Cattacin (Hg.), *Migration and health : difference sensitivity from an organisational perspective*. Malmö: Malmö University, International Migration and Ethnic Relations (IMER), S. 65-74.
- Croucher, R. und S. R. Choudhury (2007). "Tobacco control policy initiatives and UK resident Bangladeshi male smokers: Community-based, qualitative study." *Ethnicity & Health*, 12(4): 321-337.
- David, M., FCK Chen und T. Borde (2007). "Schweres Schwangerschaftserbrechen bei Migrantinnen - eine Folge psychischer Belastungen im Zuwanderungsprozess?", in Borde, T. und M. David (Hg.), *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, S. 95-103.
- Domenig, D. (2007). *Transkulturelle Kompetenz : Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: H. Huber.
- Efionayi-Mäder, D. und C. Wyssmüller (2008). "Migration und Gesundheit", in Meyer, Katharina (Hg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Hans Huber, S. 88-105.
- Eichler, K. J. (2008). *Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit : Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migrantinnen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden. [Online] <<http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-90783-3>>
- Fassaert, T. et al. (2007). "Perceived met and unmet need for mental health care across ethnic groups." *European Journal of Public Health*, 17, Suppl. 2: 111.
- Feldman, R. (2006). "Primary health care for refugees and asylum seekers: A review of the literature and a framework for services." *Public Health*, 120(9): 809-816.
- Folmann, N. (2007). "Ethnic minorities in Denmark—health and health services use." *European Journal of Public Health*, 17, Suppl. 2: 110.
- Franz, M. et al. (2007). "Subjective illness beliefs of Turkish migrants with mental disorders - Specific characteristics compared to German patients." *Subjektive krankheitskonzepte tu?rkischer migranten mit psychischen sto?rungen - Besonderheiten im vergleich zu deutschen patienten*, 34(7): 332-338.

- Gabardinho, A., P. Wanner und J. Dahinden (2007). *La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM : le rôle du profil socioéconomique, sociodémographique et migratoire sur l'état de santé, les comportements et le recours aux services de santé*. Neuchâtel: Swiss forum for migration and population studies.
- Gilmer, T. P. et al. (2007). "Initiation and Use of Public Mental Health Services by Persons With Severe Mental Illness and Limited English Proficiency." *Psychiatric services: Washington, D C*, 58(12): 1555-1562.
- Green, G. et al. (2006). "We are not completely Westernised": Dual medical systems and pathways to health care among Chinese migrant women in England." *Social Science & Medicine*, 62(6): 1498-1509.
- Gucciardi, E., P. L. Smith und M. DeMelo (2006). "Use of diabetes resources in adults attending a self-management education program." *Patient Education and Counseling*, 64(1-3): 322-330.
- Gül, A. K. (2007). "Sprachliche und kulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie", in Borde, T. und M. David (Hg.), *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, S. 133-146.
- Gushulak, B. D. und D. W. MacPherson (2006). "The basic principles of migration health : Population mobility and gaps in disease prevalence." *Emerging Themes in Epidemiology* 3:3.
- Haasen, C. et al. (2007). "Suchtstörungen bei Migrantinnen und Migranten - ein relevantes Problem?", in Borde, Theda und Matthias David (Hg.), *Migration und psychische Gesundheit : Belastungen und Potentiale*. Frankfurt: Mabuse-Verlag, S. 69-82.
- Hansen, AR, O. Ekholm und M. Kjoller (2007). "Health behaviour among non-western immigrants with Danish citizenship." *European Journal of Public Health*, 17, Suppl. 2: 109-110.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, health and illness*. London: Hodder Arnold.
- Humair, M. und A. D'Onofrio (2008). L'interprétariat dans le nord et l'est de la Romandie: analyse des interactions dans les institutions de la santé, du social et de l'éducation Rapport de recherche non publié, HES-ARC, Neuchâtel.
- Kilcher, A. (2006). "Promotion de la santé en entreprise et travailleurs immigrés : pour une approche spécifique." *Focus*: 17-19.
- Kilcher, A. und N. DB. Leimgruber (2008). *Rassistische Diskriminierung im Spital verhindern : ein Handbuch für Institutionen des Gesundheitswesens*. Zürich: SGGP.

- Kocher-Longerich, B. (2008). "Hôpitaux promoteurs de santé : mieux entourer les migrants." *Krankenpflege = Soins infirmiers*: 50-51.
- Koochek, A. et al. (2007). "Health-related quality of life and migration: A cross-sectional study on elderly Iranians in Sweden." *Health and Quality of Life Outcomes*, 5:60.
- Koopmans, G. und M. Foets (2007). "Migrants use of mental health care: a population based study." *European Journal of Public Health*, 17, Suppl. 2: 111-111.
- Kyobutungi, C. et al. (2006). "Mortality from cancer among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union, in Germany." *European Journal of Cancer*, 42(15): 2577-2584.
- Lanting, L. C. et al. (2008). "Ethnic differences in Internal Medicine referrals and diagnosis in the Netherlands." *Bmc Public Health*, 8-287.
- Ledermann, S. et al. (2006). Evaluation der Strategie "Migration und Gesundheit 2002-2006". Berne, BAG (Schweiz. Bundesamt für Gesundheit).
- Lindencrona, F., S. Ekblad und E. Hauff (2008). "Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(2): 121-131.
- Lindert, J. et al. (2008). "Mental health, health care utilisation of migrants in Europe." *European Psychiatry*, 23(Supplement 1): 14-20.
- Litorp, H., M. Franck und L. Almroth (2008). "Female genital mutilation among antenatal care and contraceptive advice attendees in Sweden." *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 87(7): 716-722.
- Lo, M. C. M. und C. L. Stacey (2008). "Beyond cultural competency: Bourdieu, patients and clinical encounters." *Sociology of Health and Illness*, 30(5): 741-755.
- Maggi, Jenny, in collaboration with Sandro Cattacin (2007). "Organisational Research in "Migration and Health": A Research Agenda", in Björngren Cuadra, Carin und Sandro Cattacin (Hg.), *Migration and health : difference sensitivity from an organisational perspective*. Malmö: Malmö University, International Migration and Ethnic Relations (IMER) [etc.], S. 17-28.
- Meeuwesen, L. et al. (2006). "Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients?" *Social Science & Medicine*, 63(9): 2407-2417.

- (2007). "Cultural differences in managing information during medical interaction: How does the physician get a clue?" *Patient Education and Counseling*, 67(1-2): 183-190.
- Meystre-Agostoni, G., A. Jeannin und F. Dubois-Arber (2007). "Évolution, entre 1990 et 2002, des activités préventives des médecins de premier recours en Suisse dans le cadre de l'épidémie de VIH/sida." *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 55(2): 87-96.
- Nazroo, J. et al. (2007). "Evidence from England on ethnic access to primary and secondary healthcare services." *European Journal of Public Health*, 17, Suppl.2: 110.
- Norredam, M. et al. (2008). "Differences in stage of disease between migrant women and native Danish women diagnosed with cancer: results from a population-based cohort study." *European journal of cancer prevention the official journal of the European Cancer Prevention Organisation ECP*, 17(3): 185-90.
- (2007). "Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin." *European Journal of Public Health*, 17 (5): 497-502.
- Ny, P. et al. (2007). "Utilisation of antenatal care by country of birth in a multi-ethnic population: A four-year community-based study in Malmo?, Sweden." *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 86(7): 805-813.
- Obrist, B. und S. Buchi (2008). "Stress as an idiom for resilience: health and migration among sub-Saharan Africans in Switzerland." *Anthropology & Medicine*, 15: 251-261.
- Oelke, N. D. und A. R. Vollman (2007). "Inside and outside": Sikh women's perspectives on cervical cancer screening." *Canadian Journal of Nursing Research*, 39(1): 174-189.
- Ozankan, M. und Z. Atik (2007). "Bedeutung und Angebotsstruktur von kultureller Kompetenz in der Versorgung am Beispiel der Migrantenambulanz der Rheinischen Kliniken Langenfeld", in Borde, T. und M. David (Hg.), *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, S. 171-191.
- Perez-Rodriguez, M. M. et al. (2006). "Demand for psychiatric emergency services and immigration. Findings in a Spanish hospital during the year 2003." *European Journal of Public Health*, 16(4): 383-387.

- Rafnsson, S. B. und R. Bhopal (2008). "Migrant and ethnic health research: Report on the European Public Health Association Conference 2007." *Public Health*, 122(5): 532-534.
- Rausa, F. und S. Reist (2008). *Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Razum, O. (2007). "Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit." *International journal of public health*, 52(2): 75-77.
- Reeske, A, J. Spallek und O. Razum (2007). "Changes in cardiovascular risk factors among first and second generation Turkish migrants in Germany – an analyses of the Mikrozensus 2005." *European Journal of Public Health*, 17, Suppl. 2: 64.
- Reinprecht, C. (2006). *Nach der Gastarbeit : prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft*. Wien: Braumüller.
- Renteria, S. C. (2008). "Mutilations génitales féminines : l'adolescente en quête de réponses." *Revue médicale suisse*: 1445-1450.
- Ribera, Joan Muela et al. (2008). Is the use of interpreters in medical consultations justified? A critical review of the literature, PASS International v.z.w.
- Robb, N. und T. Greenhalgh (2006). "You have to cover up the words of the doctor: The mediation of trust in interpreted consultations in primary care." *Journal of Health, Organisation and Management*, 20(5): 434-455.
- Roman, J. S. et al. (2008). "How patients view primary care: differences by minority status after psychiatric emergency." *Journal of cultural diversity*, 15(2): 56-60.
- Rommel, A., C. Weilandt und J. Eckert (2006). *Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung*. Bonn, WIAD (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands).
- Ronellenfitsch, U. et al. (2006). "All-cause and cardiovascular mortality among ethnic German immigrants from the former Soviet Union: a cohort study." *Bmc Public Health*, 6:16.
- Rosenberg, E. et al. (2007). "GPs' strategies in intercultural clinical encounters." *Family Practice*, 24(2): 145-151.
- Saladin, P. et al., Hg. (2006). *Diversität und Chancengleichheit : Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

- Schenk, L. (2007). "Migration und Gesundheit : Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien." *International journal of public health*, 52(2): 87-96.
- Scheppers, E. et al. (2006). "Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review." *Family Practice*, 23(3): 325-348.
- Schouler-Ocak, M. (2007). "Sind Migrantinnen und Migranten anders depressiv?", in Borde, T. und M. David (Hg.), *Migration und psychische Gesundheit*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, S. 83-94.
- Schouler Ocak, M. (2007). "Sind Migrantinnen und Migranten anders depressiv?", in Borde, T. und M. David (Hg.), *Migration und psychische Gesundheit*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, S. 83-94.
- Schultz, Dagmar (2007). "Ressourcen- und resilienzorienteerte Arbeit mit migrierten Patientinnen und Patienten." *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*: 147-169.
- Schwartau, I., T. Borde und M. David (2007). "Psychische Belastung von Patientinnen und Patienten in gynäkologisch-internistischen Notfallambulanzen von drei Berliner Innenstadtkliniken", in Borde, T. (Hg.), *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, S. 105-118.
- Schweizerisches Rotes Kreuz (2006). *Sans-Papiers in der Schweiz : unsichtbar, unverzichtbar*. Zürich: Seismo.
- Shah, A., P. Doe und K. Deverill (2008). "Ethnic minority elders: are they neglected in published geriatric psychiatry literature?" *International psychogeriatrics IPA*, 20(5): 1041-5.
- Shah, A., G. Oommen und N. Toteja (2006). "Ethnic elders and their needs." *Psychiatry*, 5(11): 409-412.
- Shah, B. R. (2008). "Utilization of physician services for diabetic patients from ethnic minorities." *Journal of public health Oxford, England*, 30(3): 327-31.
- Stanojevich, E. A. und A. Veïsse (2007). "Repères sur la santé des migrants", in Stanojevich, Elodie Aïna (Hg.), *La santé des migrants : [dossier]*. Inpes, S. 21-24.
- Straus, L., A. McEwen und F. M. Hussein (2007). "Somali women's experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers." *Midwifery*, 10: 2-6.
- Sundquist, K. und X. Li (2006). "Coronary heart disease risks in first- and second-generation immigrants in Sweden: a follow-up study." *Journal of Internal Medicine*, 259(4): 418-427.

- Syed, H. R. et al. (2006). "Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway." *Bmc Public Health*, 6:182.
- Taloyan, M. et al. (2008). "Psychological distress among Kurdish immigrants in Sweden." *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(2): 190-196.
- Thierfelder, C. et al. (2008). "Trends in Imported Malaria to Basel, Switzerland." *Journal of Travel Medicine*, 15: 432-436.
- Tinghog, P., T. Hemmingsson und I. Lundberg (2007). "To what extent may the association between immigrant status and mental illness be explained by socioeconomic factors?" *Social psychiatry and psychiatric epidemiology: Print*, 42(12): 990-996.
- Tolsdorf, M. (2008). *Verborgene Gesundheitssituation und -versorgung versteckt lebender MigrantInnen in Deutschland und in der Schweiz*. Bern: H. Huber.
- Vangen, S., A. Eskild und L. Forsen (2008). "Termination of pregnancy according to immigration status: a population-based registry linkage study." *Bjog-an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(10): 1309-1315.
- Viswanath, K. und K. Bond (2007). "Social Determinants and Nutrition: Reflections on the Role of Communication." *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39(2, Supplement 1): 20-24.
- Volkers, A. C., R. A. Verheij und L. Van Dijk (2007). "Antidepressant prescriptions in first and second generation ethnic minorities in Dutch general practice." *European Journal of Public Health*, 17, Suppl. 2: 111-112.
- Wallin, A. M., M. Löfvander und G. Ahlström (2007). "Diabetes: A cross-cultural interview study of immigrants from Somalia." *Journal of Clinical Nursing*, 16(11C): 305-314.
- Walter, U. et al. (2007). "Reaching migrants for preventive care: Optimization of access and utilization." *Psychiatrische Praxis*, 34(7): 349-353.
- Wohlfahrt, E., U. Kluge und T. Özbek (2007). "Mögliche psychische Folgen von Wanderung und Migration bei Kindern und jungen Erwachsenen", in Borde, T. und M. David (Hg.), *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag, S. 119-132.
- Wolfers, M. E. G. et al. (2007). "Using Intervention Mapping to develop a programme to prevent sexually transmittable infections, including HIV, among heterosexual migrant men." *Bmc Public Health*, 7-141.

- Wolff, H. (2006). "Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers in der Schweiz : das Beispiel der "Unité mobile de soins communautaires" in Genf", in Schweizerisches Rotes Kreuz. Departement, Migration (Hg.), *Sans-Papiers in der Schweiz : unsichtbar, unverzichtbar*. Zürich: Seismo, S. 116-130.
- Wolff, H. et al. (2008). "Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention." *Bmc Public Health*, 8: -.
- Wyssmüller, C., J. Dahinden und D. Efionayi-Mäder (2006a). Erarbeitung der Grundlagen für eine Nachfolgestrategie des Bundes im Bereich Migration und Gesundheit. Modul 1 : Dokumenten und Literaturreview - Arbeitsbericht. Neuchâtel, SFM.
- (2006b). Ergänzung zum internen Arbeitsbericht Modul 1: Sozial-epidemiologische Arbeiten im Zusammenhang mit Migration und Gesundheit. Neuchâtel, SFM.
- Zeeb, H., J. Spallek und O. Razum (2008). "Epidemiological perspectives of migration research: The example of cancer." *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58(3-4): 130-135.

## **Anhang: Methodisches Vorgehen bei der Literaturrecherche und –auswahl**

Die Online-Dokumentenrecherche vollzog sich in mehreren methodischen Schritten: thematische Eingrenzung der Fragestellung *Migration & Gesundheit*, Erarbeitung eines Online-Recherche-Instrumentariums, Recherche und Auswahl der für die Analyse berücksichtigten Literatur. Nachfolgend werden die einzelnen Schritte näher beschrieben.

### **Thematische Eingrenzung der Fragestellung *Migration & Gesundheit***

Die Fragestellung *Migration & Gesundheit* umfasst mehrere Themenbereiche, die aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden können (beispielsweise Zugang zum Gesundheitssystem, Gesundheitszustand der MigrantInnen, *Public Health Policies*). Eine thematische Eingrenzung tat daher Not. Wir stützten uns dabei auf die Handlungsfelder der Bundesstrategie und fügten unter der Bezeichnung „Querschnittsthemen“ ein Weiteres hinzu. In diesem Handlungsfeld sind alle Themen der sozialen Epidemiologie, aber auch der allgemeinen Gesundheitspolitik sowie der Migrationspolitik unter dem Aspekt der Gesundheitsproblematik eingeschlossen. Die folgenden Themenfelder wurden festgelegt:

- Gesundheitsförderung und Prävention;
- Gesundheitsversorgung;
- Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln;
- Querschnittsthemen.

### **Erarbeitung eines Online-Recherche-Instrumentariums**

In dieser zweiten Phase erarbeiteten wir das technische Instrumentarium unserer Online-Dokumentenrecherche: Als Erstes mussten die zu konsultierenden internationalen und nationalen Quellen (Datenbanken und Bibliothekskataloge) ermittelt werden. Danach galt es, entsprechend unseren Themenbereichen die spezifischen und allgemeinen Stichworte zu bestimmen, die in den berücksichtigten Quellen benutzt werden.

Bei der Festlegung der Quellen achteten wir darauf, dass sie wissenschaftliche Artikel, graue Literatur vor allem aus der Schweiz (offizielle Berichte und Evaluationen usw.) sowie veröffentlichte Bücher abdeckten. Ausserdem sollten sie Publikationen in deutscher, französischer und englischer Sprache einschliessen. Tabelle 1 enthält eine Zusammenstellung der Ergebnisse dieses Vorgehens.

*Tabelle 1: Ermittelte und konsultierte Quellen*

<b>Publikationsart</b>	<b>Quellen</b>
Wissenschaftliche Artikel	ScienceDirect <sup>22</sup>
	Scopus <sup>23</sup>
	Francis <sup>24</sup>
	PubMed-Medline <sup>25</sup>
	SCA (Sociological Abstracts ) <sup>26</sup>
	SSC (Web of Science ) <sup>27</sup>
Graue Literatur (offizielle Berichte, Evaluationen usw.)	SFM <sup>28</sup>
	SAPHIR <sup>29</sup>
	Haute Ecole Arc (Neuchâtel, Berne, Jura)
	Zürcher Hochschule Winterthur (ZHW)
Veröffentlichte Bücher	Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz
	Diverse Bibliothekskataloge, auf welche ein direkter Zugriff über das Programm EndNote <sup>30</sup> möglich ist
	SFM
	SoFid <sup>31</sup> (Sozialwissenschaftlicher Fachinformationsdienst in Deutschland)
	GVB (Gemeinsamer Bibliotheksverbund),
	RERO (Westschweizer Bibliotheksverbund)
Universitätsbibliotheken Basel, Bern und Zürich	

<sup>22</sup> Verzeichnis fachübergreifender Journals hauptsächlich aus dem angelsächsischen Raum. Über 2 500 Titelnachweise wissenschaftlicher Zeitschriften aus dem Elsevier-Verlag.

<sup>23</sup> Such- und Navigationstool in wissenschaftlichen Publikationen: Weltweit grösste Abstract- und Zitationsdatenbank. Sie umfasst 14 000 Titel aus 4 000 Verlagshäusern.

<sup>24</sup> Französische Datenbank des *Institut de l'information scientifique et technique* (INIST) in Paris. Es handelt sich um eine interdisziplinäre und mehrsprachige bibliografische Datenbank mit nahezu 1.1 Millionen Titelnachweisen aus dem Gebiet der Geistes- und Sozialwissenschaften. Verzeichnet sind vor allem Zeitschriftenartikel.

<sup>25</sup> PubMed ist eine Datenbank der *National Library of Medicine* (NLM) der USA mit über 16 Millionen Zitationen aus MEDLINE und weiteren biomedizinischen Journals, die bis in die 1950er Jahre zurückgehen. PubMed enthält Links auf Volltextartikel und weitere Ressourcen. MEDLINE ist die bibliografische Hauptdatenbank der NLM und deckt die Fachgebiete Medizin, Krankenpflege, Zahnmedizin, Veterinärmedizin, Gesundheitswesen und verwandte Bereiche ab. In MEDLINE sind bibliografische Angaben und Autorenastracts aus über 4 800 biomedizinischen Zeitschriften aus den Vereinigten Staaten und 70 weiteren Ländern verzeichnet. Die Datenbank enthält mehr als 12 Millionen Einträge. Die Berichtszeit reicht bis Mitte der 1960er Jahre zurück. Die Datenbank bietet eine weltweite Abdeckung, doch die meisten Einträge stammen aus englischsprachigen Quellen oder weisen englische Abstracts auf.

<sup>26</sup> In Sociological Abstracts ist die internationale Literatur der Soziologie und angrenzender Fachgebiete der Sozial- und Verhaltenswissenschaften verzeichnet. Die Datenbank bietet Abstracts wissenschaftlicher Aufsätze, Zitationen und Bücherreviews aus über 1 809 Periodika und liefert auch Zusammenfassungen von Büchern, Buchkapiteln, Dissertationen und Kongressberichten. Seit 1973 hinzugefügte Einträge enthalten ausführliche und nicht-evaluative Abstracts von Zeitschriftenartikeln. Das SFM besitzt eine Zugangsberechtigung.

<sup>27</sup> *Social Sciences Citation Index* über *Web of Science* verfügbar.

<sup>28</sup> Dokumentationszentrum des Schweizerischen Forums für Migrations- und Bevölkerungsstudien.

<sup>29</sup> Datenbank des *Centre Hospitalier Universitaire Vaudois* (CHUV).

<sup>30</sup> Programm zur Literaturverwaltung mit Zugriff auf weitere Online-Bibliotheken.

<sup>31</sup> SoFid umfasst teilweise auch graue Literatur.

Zur Bestimmung der für die Themenfelder und die Migrationsfrage spezifischen Stichworte (Keywords) untersuchten wir jede einzelne Datenbank auf die verwendeten Stichworte, denn nicht alle Datenbanken benutzen dieselben. Bei den Bibliothekskatalogen (vor allem deutscher und französischer Sprache), deren Systematik sich von derjenigen der Datenbanken unterscheidet, verwendeten wir eher allgemein gehaltene Stichworte. Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die ermittelten Stichworte.

*Tabelle 2: Für die Online-Recherche identifizierte und benutzte Stichworte nach Themengebieten und Quellen*

Themenfelder	Stichworte für Datenbanken	Stichworte für Bibliothekskataloge (in Deutsch und Französisch)
Gesundheitsförderung und Prävention	Preventive health services, Prevention and control, Health promotion, Health services/utilization, Public health, Preventive medicine, Preventive psychiatry, Primary prevention	Migra* Gesundheit* Migra* santé*
Gesundheitsversorgung	Health care	Migra* Gesundheit* Migra* santé*
Interkulturelles Übersetzen	Communication Barrier, Cultural Competency, Transcultural Nursing, Physician-Patient Relation, Interpreter, Professional-Patient Relations, Cultural Competency	Migra*Gesundheit* Migra* santé*
Querschnittsthemen	Epidemiology, Migration Policy	Migra* Gesundheit* Migra* santé*
Migration (zur Kombination mit den Themenfeldern notwendig)	Migrants, Ethnic, Race, Asylum seeker, Refugees, Transients, Minority groups, Ethnic groups	Migra* Gesundheit* Migra* santé*

### Online-Recherche und Auswahl der zu analysierenden Literatur

Nachdem wir das Recherche-Instrumentarium getestet und ein paar Verbesserungen (vor allem bei den Stichwortkombinationen) vorgenommen hatten, erfolgte die eigentliche Online-Dokumentenrecherche. Die Recherche wurde von Ende Oktober bis Ende Dezember 2008 durchgeführt. Wir bauten dazu eine Syntax auf, indem wir die zuvor festgelegten Stichworte eines Themenfeldes mit denjenigen des Bereichs „Migration“ kombinierten. Zur Veranschaulichung ist nachfolgend eine Syntax aufgeführt, die wir in einer Datenbank für das Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ benutzt haben.

TITLE-ABSTR-KEY (migra\* OR ethnic\* OR race\* OR "asylum seeker\*" OR refugee\*) AND TITLE-ABSTR-KEY ("Preventive health services" OR "Prevention and control" OR "Health promotion" OR "Health services/utilization" OR "Public health" OR "Preventive medicine" OR "Preventive psychiatry" OR "Primary prevention") AND LIMIT-TO (pubyr, "2006,2007,2008").

Das Beispiel bedeutet wortwörtlich, dass wir nach allen zwischen 2006 und 2008 erschienenen Publikationen suchen, die eines dieser Stichworte entweder im **Titel** oder im **Abstract** oder in den **Keywords** enthalten. Dieses Vorgehen wurde systematisch für sämtliche Datenbanken und jedes Themenfeld wiederholt.

Alle gelisteten Treffer importierten wir anschliessend in EndNote und legten auf diese Weise eine erste Version unserer eigenen Datenbank an. Ebenfalls mithilfe von EndNote erweiterten wir in einem nächsten Schritt die Datenbank um die in den Bibliothekskatalogen recherchierten Literaturhinweise (Stichwortkombinationen Migra\* Gesundheit\* oder Migra\* santé\*). Zur Vervollständigung der grauen Literatur konsultierten wir ausserdem

die Homepages von drei schweizerischen Fachhochschulen (vgl. *Tabelle 1*) und nahmen die verzeichneten Titel ebenfalls in unsere Datenbank auf.

#### *Nach unserer Online-Recherche aufgeschaltete Publikationen*

Damit wir auch jene Publikationen erfassen konnten, die erst nach unserer Dokumentenrecherche aufgeschaltet wurden, nutzten wir den Alerting-Dienst (personalisierte Benachrichtigung). Dieser sichtet automatisch die in den Datenbanken verzeichneten Informationen anhand definierter Suchkriterien.

Der Alerting-Service lieferte uns aufgrund unserer gespeicherten Suchsyntax innerhalb eines Monats (Dezember 2008) zwei einschlägige Literaturhinweise. Im Weiteren erhielten wir durch unseren Auftraggeber (BAG) die Referenzen von zwei unveröffentlichten Publikationen (graue Literatur). Auch diese Angaben speisten wir in unsere Datenbank auf EndNote ein. Nach Eliminierung der Mehrfacheinträge blieben noch 2200 Publikationen übrig, die nun einer strikten und gründlichen Auswahl zu unterziehen waren.

Zuvor ordneten wir jedoch die 2200 Einträge unserer Datenbank den einzelnen Themenfeldern (vgl. *Tabelle 3*) zu. Die Einteilung nahmen wir anhand der entsprechenden Stichworte vor.

#### *Auswahl der Literatur innerhalb der einzelnen Themenfelder*

Wie wir feststellen konnten, fanden sich in nahezu allen Themenfeldern viele Publikationen, die mit unserer Fragestellung überhaupt nichts zu tun hatten (z. B. Artikel über die Gesundheit von Zugvögeln, die über die Stichworte *migra\** und *health\** angezeigt wurden) oder sie nur am Rande betrafen (z. B. Gesundheit bei afghanischen MigrantInnen in Pakistan).

Wir mussten folglich Kriterien festlegen, dank derer sich der Korpus jedes einzelnen Themenbereichs reduzieren liess. Ziel dabei war, eine bewältigbare Anzahl Titel zu erhalten. Über eine Endauswahl nach Kriterien der wissenschaftlichen und/oder politischen Relevanz sollten schliesslich die zu analysierenden Publikationen eruiert werden.

Als Erstes haben wir für jeden Themenbereich nur jene Einträge beibehalten, die entweder im Titel oder in den Abstracts eines der Stichworte *ImmigrantIn* oder *MigrantIn* oder *Migration* enthielten. Mit diesem Vorgehen beabsichtigten wir alle Publikationen auszusortieren, deren Forschungsgegenstand nicht mit unserer Fragestellung übereinstimmte, auch auf die Gefahr hin, dass ein Text von Interesse ungewollt verloren ging. Anschliessend haben wir alle Literaturhinweise ausgeschieden, die sich nicht auf die westeuropäischen Länder, Kanada oder die USA bezogen (China, Japan, Iran, Indien usw.<sup>32</sup>). In einem nächsten Schritt wurden die „europäischen“ von den US-amerikanischen und kanadischen Referenzen getrennt. Schlussendlich konnten wir den Korpus auf eine überblickbare Anzahl von insgesamt 183 Titelnachweisen redimensionieren (für die thematische Verteilung s. *Tabelle 3*).

*Tabelle 3: Anzahl der in den Quellen verzeichneten, der in die Endauswahl aufgenommenen und der für die Analyse berücksichtigten Publikationen*

Themenfelder	Anzahl Titel in den Quellen	Anzahl Titel in der Endauswahl	Anzahl Titel für die Analyse
--------------	-----------------------------	--------------------------------	------------------------------

<sup>32</sup> Wir achteten allerdings darauf, dass die Literatur über MigrantInnen aus den ausgeschiedenen Ländern, die sich in einem von uns berücksichtigten Land aufhalten, nicht ausgeschlossen wurde.

Gesundheitsförderung und Prävention	275	15	11 (CH=4)
Gesundheitsversorgung	804	93	23 (CH=2)
Interkulturelles Übersetzen	321	23	11 (CH=6)
Querschnittsbereich	800	52	34 (CH=10)
<i>Anzahl themenübergreifender Titel</i>			33 (CH=11)
<b>Total</b>	<b>2200</b>	<b>183</b>	<b>112</b> (CH=34)

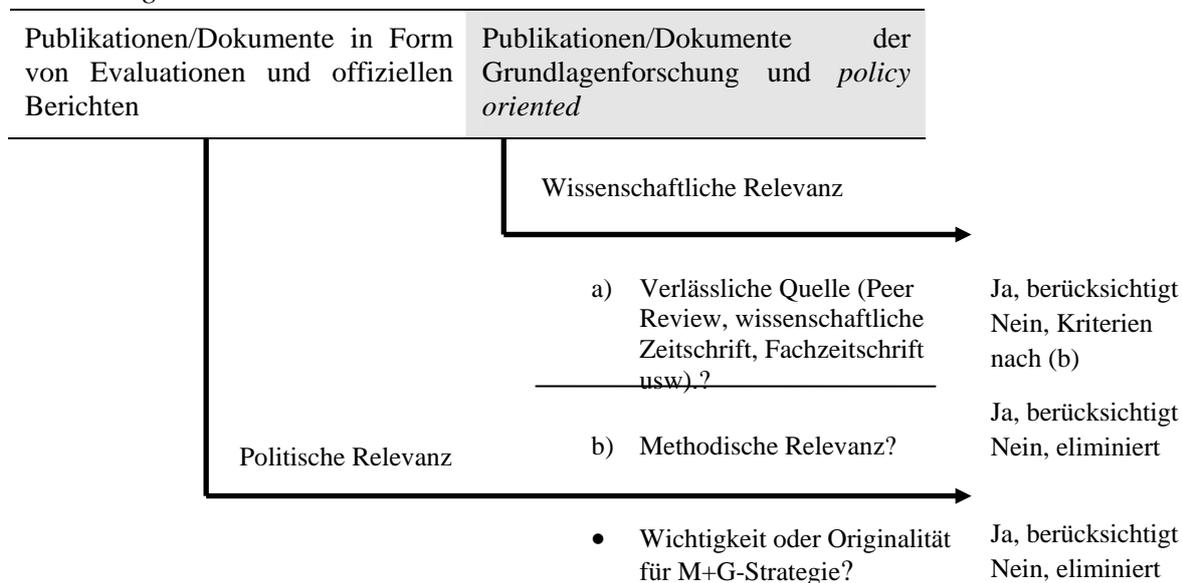
### *Endauswahl der zu analysierenden Literatur*

Bei der Endauswahl wurden 183 Titel auf ihre wissenschaftliche und/oder politische Relevanz überprüft (vgl. *Abbildung 1*). Wenn eine Publikation aus einer als gemeinhin verlässlich geltenden Quelle wie Zeitschriften mit Peer Review, wissenschaftlichen Zeitschriften, Fachzeitschriften, Fachberichten/-blättern stammte, stuften wir sie als wissenschaftlich relevant ein. Andernfalls bewerteten wir die wissenschaftliche Stichhaltigkeit der Publikation nach ihren theoretischen und methodischen Aspekten (Verweise auf frühere wissenschaftliche Arbeiten, klare Definition der untersuchten Gruppe, ausreichende Stichprobengrösse usw.).

Die politische Relevanz von Evaluationen und offiziellen Berichten beurteilten wir aufgrund der Bedeutung und Neuartigkeit der behandelten Themen in Bezug auf die Bundesstrategie *Migration & Gesundheit*.

Am Ende wurden 112 Einträge für die Analyse bzw. die Erarbeitung der Literaturübersicht zur Thematik Migration und Gesundheit 2006-2008 berücksichtigt.

*Abbildung 1: Kriterien bei der Endauswahl*



## **Schwierigkeiten**

Mit der Online-Dokumentenrecherche waren gewisse nennenswerte Schwierigkeiten verbunden: Die fehlende vertiefte Kenntnis und Erfahrung in Sachen Online-Recherche (ein relativ neues Gebiet) hatte zur Folge, dass wir bei der Erarbeitung unseres Recherche-Instrumentariums und bei der Recherche selbst viel Zeit verloren.

Eine weitere wichtige Hürde hing mit unserer Absicht zusammen, die gesamte Literatur aus dem Bereich Migration und Gesundheit möglichst lückenlos zu erfassen. Dies hatte zur Folge, dass wir bei der Konzeptualisierung keine maximale Begrenzung der Literaturnachweise vornahmen (geografische Abdeckung, Publikationstyp, Zeitschriften, Sprache usw.). Im Laufe der Recherche mussten wir daher wiederholt Entscheide treffen, um den Korpus zu redimensionieren.

Die Auswahlentscheide fielen dem Review-Team nicht leicht. Sie hätten denn auch mit dem Auftraggeber vor Beginn der Online-Recherche abgesprochen werden können oder sollen, wodurch sich mögliche Fehler bei der Festlegung der Kriterien für den Ausschluss von Publikationen hätten vermeiden lassen (z. B. ungeeignetes Kriterium).