

**Kontextanalyse Strategie Migration und Gesundheit 2007-2013**

# **KONTEXTANALYSE - SYNTHESEBERICHT**

Christian Rüefli, Büro Vatter

Eveline Huegli, Büro Vatter

Mitarbeit (empirische Erhebungen):

Maud Krafft, MaudKrafft Consulting

Claudine Morier, Büro Vatter

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Bern, 2. Mai 2012

## Impressum

<i>Vertragsnummer:</i>	09.005147 / 704.0001 / -378
<i>Laufzeit:</i>	September 2009 – April 2012
<i>Datenerhebungsperiode:</i>	September 2009 – Januar 2012
<i>Leitung Evaluationsprojekt im BAG:</i>	Petra Zeyen, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)
<i>Bezug:</i>	Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F) Bundesamt für Gesundheit CH-3003 Bern <a href="mailto:evaluation@bag.admin.ch">evaluation@bag.admin.ch</a> <a href="http://www.health-evaluation.admin.ch">www.health-evaluation.admin.ch</a>
<i>Zitiervorschlag:</i>	Rüefli, Christian und Huegeli, Eveline (2012): Kontextanalyse Strategie Migration und Gesundheit 2007-2013 – Synthesebericht. Bern: Büro Vatter, Politikforschung & -beratung.

---

# Zusammenfassung

---

## 1 Hintergrund der Kontextanalyse

Im Rahmen der Evaluation der zweiten Phase der Strategie Migration und Gesundheit (2008-2013) erfolgte eine Kontextanalyse. Diese diente im Wesentlichen dazu, wichtige Veränderungen der Rahmenbedingungen der Strategie M+G seit 2008 zu erfassen, ihren Einfluss auf die Konzeption, Umsetzung und Wirksamkeit der Strategie zu analysieren und Perspektiven für die zukünftige Bearbeitung des Themas M+G aufzuzeigen.

Die Kontextanalyse fokussierte auf die drei Politikfelder **Gesundheit** (Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention), **Migrations- und Integrationspolitik** sowie allgemeine **gesellschaftspolitische Bemühungen zur Förderung von Chancengleichheit** (Gleichstellung, Armutsbekämpfung etc.). Im Vordergrund der Analyse stand der inländische Kontext und damit die Aktivitäten politischer, behördlicher und nicht-staatlicher Akteurinnen und Akteuren der oben genannten Themenfelder auf unterschiedlichen Ebenen (national, Bund, Kantone, Gemeinden). Ergänzend wurde auch die Entwicklung seitens internationaler Organisationen und Institutionen (WHO, EU, Europarat, IOM), die sich mit den Themen Migration und Gesundheit bzw. gesundheitliche Chancengleichheit befassen, betrachtet.

## 2 Vorgehen

Die Kontextanalyse beruht auf zwei Teilstudien. Im Jahr 2010 wurde die Kontextentwicklung in den Themenfeldern Gesundheit (Gesundheitsversorgung, -förderung und Prävention), Integrationsförderung und Armutsbekämpfung untersucht. Dies erfolgte anhand einer Analyse der Grundlagendokumente, teilstandardisierten Leitfadenterviews mit 18 Schlüsselpersonen sowie einer Auswertung der parlamentarischen Vorstösse zu diesen Themenfeldern. Die Dokumentenanalyse und die Auswertung der parlamentarischen Vorstösse wurden im Winter 2012 aktualisiert. Im Jahr 2011 wurde eine umfassende standardisierte Befragung von 431 Personen vorgenommen, die aufgrund ihrer Tätigkeit bzw. Funktion als relevante Stakeholder im Themenfeld „Migration und Gesundheit“ bezeichnet werden können. 199 dieser Stakeholder beteiligten sich an dieser Befragung.

## 3 Wichtigste Kontextentwicklungen

Die für die Strategie M+G wichtigsten Kontextentwicklungen können wie folgt zusammengefasst werden:

Auf **internationaler Ebene** bestehen seitens der Weltgesundheitsorganisation WHO, der Europäischen Union, des Europarats und der Internationalen Organisation für Migration IOM bestehen zahlreiche Prozesse, Deklarationen und Handbücher, die sich mit gesundheitlichen Chancenungleichheiten allgemein und dem Thema Migration und Gesundheit spezifisch befassen. Daraus resultierten diverse Handlungsappelle und Empfehlungen. Die Strategie M+G enthält zahlreiche dieser empfohlenen Elemente; ihre Stossrichtungen entsprechen vielen dieser Empfehlungen auf internationaler Ebene. Abgesehen vom Projekt Migrant Friendly Hospitals hatte

die internationale Entwicklung allerdings bisher kaum direkte Auswirkungen auf den nationalen Kontext.

Im **gesellschaftlich-politischen Diskurs** in der Schweiz ist das Thema Migration tendenziell und zunehmend negativ konnotiert. Die Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Aspekten der Migration und der daraus resultierenden gesellschaftlichen Diversität erfolgt primär problemfokussiert. Dies kann die Bereitschaft von Behörden und nicht-staatlichen Akteuren, sich sichtbar für die Chancengleichheit von MigrantInnen zu engagieren, beeinträchtigen und dadurch die Strategie M+G indirekt negativ beeinflussen. Entsprechend ist das Thema M+G für das Bundesparlament von äusserst marginaler Bedeutung: Nur 25 der knapp 4000 Vorstösse der Jahre 2003-2011 beziehen sich direkt darauf, und nur 2 davon wurden überwiesen. In der Bundespolitik sind die Themen Chancengleichheit bzw. Migration und Gesundheit kaum von Bedeutung. Es ist weder eine politische Lobby, die sich offen für diese Anliegen einsetzt, erkennbar, noch eine explizite Gegnerschaft. Da sich die Strategie M+G vor allem ausserhalb der öffentlichen und politischen Sphäre entfaltet und sich an die Fachwelt in den Bereichen Gesundheit, Migration und Sozialpolitik richtet, ist dies jedoch von untergeordneter Bedeutung. Allerdings kann die teilweise fehlende politische und gesellschaftliche Unterstützung für Projekte zugunsten von Personen mit Migrationshintergrund die Motivation nicht-staatlicher Akteure dämpfen, solche Projekte zu lancieren.

Im **Themenfeld Gesundheit** dominieren auf allen Ebenen allgemeine System-, Finanzierungs- und Versorgungsfragen. Während sich das Thema M+G im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention bis zu einem gewissen Grad etablieren konnte, hat es für die Akteure in der Gesundheitsversorgung in aller Regel keine Priorität. M+G ist gelegentlich ein Thema in Zusammenhang mit spezifischen Fragen. Dabei stehen vor allem die Sprache bzw. Verständigung und die Erreichbarkeit von Zielgruppen im Fokus. Insbesondere auf Bundes-, teilweise auch auf Kantons-ebene finden sich dagegen verschiedene gesundheitspolitische Entwicklungen (Bund: geplantes Präventionsgesetz, Qualitätsstrategie; Kantone: Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention auf gesetzlicher Ebene), welche die Stossrichtungen und Anliegen der Strategie M+G unterstützen und ihrer Umsetzung förderlich sind. Hier bestehen günstige Voraussetzungen und mögliche Anknüpfungspunkte für weitere Bemühungen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit.

Die **Zusammensetzung der Migrationsbevölkerung** ist einem laufenden Veränderungsprozess unterworfen: Zum einen stammen immer mehr Zuwanderer aus den Nachbarstaaten der Schweiz, zum anderen hat die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit den Familiennachzug als Haupt-einwanderungsgrund abgelöst. Zudem werden zunehmend hoch qualifizierte Personen aus dem Ausland rekrutiert. Als Folge des besseren Bildungsniveaus und der besseren sozialen Lage der neu eingewanderten Erwerbstätigen kann in Zukunft eine Angleichung deren Gesundheitszustand an den der schweizerischen Wohnbevölkerung erwartet werden. Hingegen ist zu erwarten, dass sich bei Migrantinnen und Migranten, die seit längerer Zeit in der Schweiz leben und demnächst das Rentenalter erreichen, grössere gesundheitliche Defizite bemerkbar machen werden, was entsprechenden Handlungsbedarf mit sich bringt.

Im Themenfeld **Migration/Integration** findet sich eine dynamische und für die Strategie M+G relevante Entwicklung. Seit 2008 steht die Integrationsförderung auf neuen gesetzlichen Grund-

lagen, die explizit auch die Gesundheit als Schwerpunktthema erwähnen. Die Strategie M+G ist ein entsprechender Teil des Massnahmenpakets des Bundes zur Integration von Ausländerinnen und Ausländern. Dies verleiht ihr eine zusätzliche strategische Verankerung und Legitimation und schafft günstige Voraussetzungen für die Thematisierung von Gesundheitsfragen (Gesundheitsmainstreaming) im Rahmen von Massnahmen der Integrationsförderung. Die 2010 begonnene Weiterentwicklung der schweizerischen Integrationspolitik bietet diverse Chancen und Anknüpfungspunkte für die Strategie M+G, indem sie vom Regelstrukturansatz ausgeht und damit eine Grundlage für Migrationsmainstreaming im Gesundheitswesen schafft. Zudem zielt sie darauf ab, direkt und indirekt die allgemeinen Rahmenbedingungen für die Schaffung von Chancengleichheit für Migrantinnen und Migranten zu verbessern, auch in gesundheitlicher Hinsicht. Vorgesehen ist auch die verbindlichere gesetzliche Abstützung des interkulturellen Übersetzens (ikÜ) und die Förderung ihres Einsatzes in weiteren Einsatzgebieten (Sozialversicherungen, Berufsbildung). In der konkreten Praxis ist hingegen die Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund für die Akteure im Bereich Migration/Integration höchstens ein Nebenthema, weshalb kaum Ressourcen aufgewendet werden, um dem Thema Rechnung zu tragen oder die Strategie M+G durch verstärkte Aktivitäten im Gesundheitsbereich zu unterstützen.

In der allgemeinen **Gesellschaftspolitik** (Sozialpolitik, Gleichstellung) ist der Kontext für die Strategie M+G positiv zu beurteilen. Obwohl sie weder explizit die Migrationsbevölkerung als Zielgruppe definieren noch unmittelbar gesundheitliche Aspekte aufgreifen, haben die verstärkten Bestrebungen im Bereich der Armutsbekämpfung (Bund, nationale Ebene) das Potenzial, die Vision der Strategie M+G zu unterstützen, weil sie an den sozialen Determinanten der Gesundheit ansetzen. Zudem sind auf kantonaler Ebene erste Ansätze einer Entwicklung in Richtung multisektoraler Vorgehensweisen zur Förderung von Chancengleichheit beobachtbar. In diversen Kantonen werden verschiedene gesellschaftspolitische Themen wie Prävention, Integrationsförderung oder Gleichstellung nicht mehr von jeweils spezifischen Fachstellen bearbeitet, sondern von themenübergreifenden Einrichtungen. Diese Entwicklung findet vor allem auf institutioneller Ebene statt und ist noch kaum auf strategische und konzeptionelle Fundamente abgestützt. Die dazu befragten Experten sehen in dieser Entwicklung Chancen, aber auch diverse Risiken. Chancengleichheit ist zunehmend ein Thema in verschiedenen gesellschaftspolitischen Bereichen, der allgemeine Chancengleichheitsdiskurs steckt noch in den Anfängen und beschränkt sich vorläufig auf die Fachebene. Der Begriff gilt als zu abstrakt, zu wenig greifbar und schwer zu vermitteln.

Auf einer allgemeinen Ebene wirkt sich bei zahlreichen Akteuren, v.a. bei Kantonen und Gemeinden der verbreitete Spardruck negativ auf die Bereitschaft und die Möglichkeit aus, sich Themen anzunehmen, die nicht als Schwerpunkte des Bundes wahrgenommen werden. Dies betrifft insbesondere auch Projekte und Bestrebungen zugunsten der Migrationsbevölkerung. Die teilweise fehlende politische Unterstützung für Projekte für Personen mit Migrationshintergrund verstärkt diese Entwicklung.

Die Kontextanalyse ging auch der Frage nach allfälligen **(sprach-)regionalen Unterschieden im Umgang mit gesundheitlichen Ungleichheiten** nach. Diesbezüglich wurden vor allem Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen hervorgehoben: In städtischen Regionen wird der Problemdruck in Bezug auf den Themenkomplex M+G als grösser wahrgenommen.

nommen, aber auch die Offenheit und die Sensibilisierung von Behörden und nicht-staatlichen Akteuren, sich diesem Problemdruck anzunehmen. Des Weiteren zeigen sich diverse politisch-kulturelle Unterschiede zwischen den Sprachregionen. Diese betreffen z.B. den Stellenwert der individuellen Eigenverantwortung und entsprechender, auf das Individuum bezogener Politikansätze (v.a. in der Deutschschweiz vorherrschend) im Vergleich mit dem Stellenwert des Kollektivs und strukturorientierter Problemlösungsansätze (v.a. in der Westschweiz verbreitet). Diese Unterschiede prägen u.a. die in Bereichen wie der Prävention oder der Integrationsförderung verfolgten Handlungsansätze. Die unterschiedlichen Aktivitätsniveaus in den verschiedenen Kantonen bzw. Regionen im Bereich M+G erklären sich mit dem wahrgenommenen Problemdruck sowie mit der Sensibilisierung und dem (politischen) Engagement der jeweils relevanten Entscheidungsträger. Die Verfügbarkeit von finanziellen Ressourcen ist ebenfalls ein wichtiger Faktor.

#### **4 Wechselwirkungen zwischen dem Kontext und der Strategie M+G**

Gemäss den Erhebungen der Kontextanalyse besteht die **hauptsächliche bisherige Wirkung der Strategie M+G 2008-2013** in der Sensibilisierung von Akteurinnen und Akteuren aus verschiedenen Politikbereichen – insbesondere aber im Gesundheitswesen und dort vor allem im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention – für das Thema Migration und Gesundheit. Die Strategie M+G war nur selten direkter Auslöser von Aktivitäten in diesem Bereich. Solche gehen meistens auf konkreten Handlungsdruck oder einen expliziten entsprechenden Auftrag zurück. Die Strategie M+G allgemein sowie spezifisch die daraus resultierenden Forschungsarbeiten und Datengrundlagen dienen jedoch vielen Akteuren als Legitimations- und Argumentationsgrundlage für die Lancierung von Aktivitäten zugunsten der Gesundheit der Migrationsbevölkerung. Insofern hat die Strategie M+G auch eine symbolische Bedeutung: sie gilt als ein Zeichen für die Bedeutung des Themas, sorgt für entsprechende Visibilität und stellt damit einen „Leuchtturm“ für die in diesem Bereich engagierten Akteure dar. Indem sie das Thema M+G pflegt und auf der Agenda hält, bereitet sie den Boden für erfolgreiches Mainstreaming von Migrations- bzw. Gesundheitsthemen im jeweils anderen Themenfeld. Sie leistet damit einen indirekten, aber bedeutenden Beitrag an die Förderung von (gesundheitlicher) Chancengleichheit für die Migrationsbevölkerung.

Das **Programmkonzept der Strategie M+G** ist aus Sicht der Kontextanalyse dem Kontext **zu einem grossen Teil nach wie vor angepasst**. Die Vision der Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit ist weiterhin relevant, ebenso die bestehenden Handlungsfelder. In der Wahrnehmung der meisten Stakeholder bilden Probleme des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und der Erreichbarkeit mit Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Sicherstellung der sprachlichen Verständigung die drei Bereiche mit dem grössten Handlungsdruck im Bereich M+G. In Bezug auf den verfolgten Ansatz des Migrationsmainstreaming bestehen in der Praxis gewisse Hindernisse bezüglich der Empfänglichkeit der Adressaten des Mainstreamings. Angesichts des beschränkten Handlungsspielraums der Strategie M+G (BAG-interne Stellung, beschränkte Ressourcen, eingeschränkte Palette an verfügbaren Steuerungsinstrumenten) bieten sich jedoch kaum sinnvolle Alternativen zum Mainstreaming als zentraler Interventionsansatz an.

## **5 Folgerungen für die künftige Bearbeitung des Themas M+G**

### ***Bisherige Ausrichtung pragmatisch weiterverführen***

Die Vision und Zielsetzungen der Strategie M+G sind weiterhin relevant. Handlungsbedarf im Bereich M+G besteht weiterhin in Bezug auf die Erreichbarkeit der Migrantinnen und Migranten sowie auf die Verbesserung der Interaktion zwischen ihnen und Akteuren des Gesundheitssystems. Eine inhaltliche Ausweitung in Richtung einer allgemeinen Strategie Inequalities in Health, welche auch weitere Dimensionen gesundheitlicher Chancengleichheit (sozioökonomische Stellung, Bildung, Alter, Gender etc.) berücksichtigt, wäre zwar fachlich sinnvoll und mit der Entwicklung des internationalen Kontexts konform. In der Schweiz scheinen jedoch die institutionellen und BAG-internen Voraussetzungen aktuell für eine solche Ausweitung noch nicht günstig. Die Kontextentwicklung legt keine Notwendigkeit zur Anpassung der Ausrichtung der Strategie M+G nahe.

### ***„Leuchtturmfunktion“ aufrechterhalten und stärken***

Mit seinem Engagement für die Strategie M+G nimmt des BAG für zahlreiche Stakeholder eine wichtige Vorbildfunktion mit hoher symbolischer Bedeutung ein. Es verleiht dem Thema M+G Visibilität und trägt dazu bei, dass es bei diversen Akteuren im Gesundheits- und im Integrationsbereich auf die Agenda gesetzt wurde. Dies ist eine wichtige Grundvoraussetzung für erfolgreiches Mainstreaming von Migrations- bzw. Gesundheitsthemen in den jeweils anderen Themenfeldern. Deshalb ist diese „Leuchtturmfunktion“ aufrecht zu erhalten und wenn möglich zu intensivieren. Eine hohe Visibilität ist vor allem in Behörden- und Fachkreisen wichtig, in der politischen und öffentlichen Sphäre ist sie nicht erfolgsrelevant und entsprechend nicht erstrebenswert.

### ***Synergiepotenzial mit förderlichen Kontextentwicklungen nutzen – M+G-Anliegen in andere laufende Prozesse einbringen***

Die Strategie M+G ist explizit Teil des vom BFM koordinierten Massnahmenpakets des Bundes in der Integrationsförderung. Verschiedene laufende Prozesse auf nationaler bzw. Bundesebene verfolgen zudem ähnliche inhaltliche Stossrichtungen und/oder richten sich an dieselben Adressaten wie die Strategie M+G. Damit bieten sich dem BAG günstige Gelegenheiten, diese Dynamik zu nutzen und die Anliegen der Strategie M+G in diese Prozesse einzubringen, ohne diese Prozesse selbst auszulösen oder steuern zu müssen. Voraussetzung dafür ist eine intensive Vernetzung mit den verschiedenen relevanten Stellen, die durch ein hohes BAG-internes Commitment erleichtert und unterstützt werden kann.

### ***Themenführerschaft anstreben, Unterstützung interessierter Akteure mit M+G-Expertise aktiv anbieten***

In Bezug auf die konkreten Aktivitäten des BAG im Rahmen der Strategie M+G legt es die Kontextanalyse nahe, stimulierende und unterstützende Tätigkeiten wie Grundlagenarbeit, Informations- und Wissenstransfer sowie Vernetzung und Koordination in den Vordergrund zu rücken. Das BAG sollte im Bereich M+G die nationale Themenführerschaft haben und diese Rolle im Rahmen des Möglichen ausbauen. Das BAG sollte seine ausgeprägte Kompetenz im Bereich M+G weiterhin aktiv verbreiten und weiteren Kreisen zugänglich machen, um so das angestrebte

Mainstreaming voranzutreiben und zu unterstützen. Auch die gezielte Unterstützung von Projekten interessierter Partner bleibt weiterhin sinnvoll. Dabei wäre zu prüfen, inwiefern das BAG trotz ungünstiger Kontextbedingungen bei bislang uninteressierten, aber relevanten Akteuren Interesse an derartiger Unterstützung stimulieren kann. Die Umsetzung der Qualitätsstrategie des Bundes oder der Regelstrukturansatz in der Integrationsförderung liefern mögliche Anknüpfungspunkte hierfür.

# Überblick über die wichtigsten Kontextveränderungen zwischen 2007 und 2011

- Auswahlkriterien:**
- Thematische Eingrenzung auf Politik- bzw. Handlungsbereiche Gesundheit, Migration/Integration und Chancengleichheit
  - Veränderungen ausserhalb der Strategie und Handlungsfelder sowie ausserhalb des BAG
  - Relevanz und Konsequenzen für Strategie M+G bezüglich Handlungsbedarf, Umsetzung und Wirksamkeit

**Basis:** Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) I und II, Expertengespräche 2010, ergänzende Recherchen dazu und Stakeholderbefragung 2011

## 1. Gesundheitliche Situation der Migrationsbevölkerung

Veränderungen	Relevanz für Strategie M+G
<i><b>Keine wesentlichen Veränderungen:</b></i> Soweit vergleichbar, kommen die beiden GMM (2006 und 2011) zu ähnlichen grundlegenden Ergebnissen bezüglich der wichtigsten Unterschiede in Gesundheitszustand und -verhalten sowie bezüglich der Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Merkmalen und Gesundheitszustand. Inwieweit dies auf der Ebene einzelner Indikatoren der Fall ist, wurde allerdings nicht überprüft.	Handlungsbedarf ist nach wie vor gegeben, v.a. in Bezug auf sozioökonomisch (d.h. bzgl. Bildung und Arbeitssituation) benachteiligte Personen und Gruppen (→ betrifft Personen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich). Spezifische Zielgruppe: (ältere) Personen, die sich schon längere Zeit in der Schweiz aufhalten

## 2. Gesundheitspolitik

### 2.1 Allgemeines

#### Veränderungen

Der **Bundesrat** hat 2011 eine **gesundheitpolitische Strategie** im Sinne einer Auslegeordnung formuliert.

#### Relevanz für Strategie M+G

- Aufwertung von Gesundheitsförderung und Prävention angestrebt
- Umsetzung der 2009 formulierten Qualitätsstrategie (s.u.) angestrebt

M+G ist **für die GDK punktuell ein Thema** (→ Empfehlung 2010, iKÜV zu fördern), aber nach wie vor von geringer Bedeutung.

Potenzieller Ansatzpunkt für Einbezug der Kantone auf strategischer Ebene

### 2.2 Gesundheitsversorgung

#### Veränderungen

**Bund:** Das BAG hat 2009 eine **Qualitätsstrategie** für das Gesundheitswesen vorgelegt. Deren Umsetzung ist angelaufen.

#### Relevanz für Strategie M+G

Der **chancengleiche Zugang zu Leistungen der Gesundheitsversorgung** ist explizit als Zieldimension der Qualitätssicherung erwähnt.

Das Umsetzungskonzept und die vorgesehenen Aktionsfelder verfolgen ähnliche Ansätze, um Qualitätssicherung und ihre Zieldimensionen im Versorgungssystem zu verankern, wie die Strategie M+G (Unterstützung von Eigeninitiativen, Forschung, Aus-, Weiter und Fortbildung) (→ Mainstreaming). Der angestrebte Einbezug von Patienten und Bevölkerung betrifft auch die Migrationsbevölkerung, was Fragen der Erreichbarkeit und der zielgruppenspezifischen Ausrichtung von Massnahmen aufwirft. Damit besteht ein Bezug zur Strategie M+G; eine Verknüpfung mit ihr ist angezeigt.

**Kantone/Leistungserbringer: keine wesentlichen Veränderungen:** Andere sind Fragen dominant: v.a. Organisation, Finanzierung und Sicherstellung der Versorgung (Spitalfinanzierung, Managed Care, Grundversorgung, Personalrekrutierung, Qualität)

Die zentralen Akteure und Verbände in der Gesundheitsversorgung haben andere Prioritäten und sind nur beschränkt am Thema M+G interessiert bzw. darin aktiv → wenig Aufnahmebereitschaft und Ressourcen für eher als marginal empfundenes Thema

### 2.3 Gesundheitsförderung und Prävention

#### Veränderungen

**Bund: Präventionsgesetz in Diskussion** (im NR behandelt, SR ist vorerst nicht eingetreten)

- Konzept zur Formulierung von Gesundheitszielen und für die Steuerung und Organisation der Umsetzung
- Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten, Förderung der Berücksichtigung der Gesundheitsdeterminanten und Schaffung spezifischer Massnahmen für Gruppen mit besonderem Handlungsbedarf als Ziele
- Gender, Migrations- und Disability-Mainstreaming als Leitprinzipien

#### Relevanz für Strategie M+G

Ähnliche Ziele und Stossrichtungen wie Strategie M+G

Bei Annahme des Gesetzes:

- Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention auf Bundesebene
- Stärkere gesetzliche und strategische Verankerung für Aktivitäten im Bereich M+G
- Grundlage für stärkere transversale Thematisierung der Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund und für die Lancierung entsprechender Massnahmen

**Aufwertung des Themas auf kantonaler Ebene,** M+G wird in VBGF diskutiert, hat sich dort als Thema etabliert. Die Kantone sind zunehmend sensibilisiert.

Gute Voraussetzungen für Aktivitäten im Bereich M+G

Bei **nicht-staatlichen Akteuren** im Bereich Gesundheitsförderung/Prävention ist das **Thema M+G relativ gut strategisch verankert** und wird im Rahmen von konkreten Aktivitäten bearbeitet.

Gute Voraussetzungen für Aktivitäten im Bereich M+G

### 3. Migrationspolitik

#### 3.1 Struktur der Migrationsbevölkerung

##### Veränderungen

**Verschiebungen hinsichtlich der Zuwanderungsgründe** (vorher v.a. Familiennachzug, heute v.a. Erwerbsarbeit), der **Herkunftsregionen** (heute v.a. Nachbarstaaten) und des **Qualifikationsniveaus** (höher) der Zuwanderer.

##### Relevanz für Strategie M+G

Mittel- bis längerfristig veränderte Zusammensetzung der Migrationsbevölkerung zu erwarten → Veränderungen des Problemdrucks, der Problemlagen und des Handlungsbedarfs

#### 3.2 Allgemeines gesellschaftliches Klima

##### Veränderungen

Die Zuwanderung ist **zunehmend Thema der öffentlichen und v.a. politischen Diskussion**, das **gesellschaftliche Klima** in Bezug auf den Umgang mit Migration/Diversität ist **tendenziell abweisender** geworden.

##### Relevanz für Strategie M+G

Indirekte Relevanz: Möglicherweise Beeinträchtigung der Bereitschaft, Projekte zugunsten der Migrationsbevölkerung mit hoher öffentlicher Visibilität zu lancieren und zu unterstützen (betrifft die politische Ebene, aber auch die zivilgesellschaftliche Sphäre)

#### 3.3 Integrationspolitik

##### Veränderungen

**Inkrafttreten des Ausländergesetzes 2008** → gesetzliche Grundlage für Integrationsförderung

##### Relevanz für Strategie M+G

Gesundheit ist explizit als Schwerpunktthema der Integrationsförderung genannt  
→ Legitimation und strategische Verankerung auch ausserhalb des Gesundheitsbereichs

**Weiterentwicklung der Integrationsförderung** (BFM; TAK; Kantone/Gemeinden) → **starke Entwicklungsdynamik auf allen Ebenen**

*Bund:*

- **Gesetzliche und konzeptionelle Weiterentwicklung (AuG-Revision: Anhörung Ende März 2012 abgeschlossen):** Integration über Regelstrukturen, Neuausrichtung und strategische Harmonisierung der Integrationsförderung (→ kantonale Programme) als Stossrichtungen. Gesundheit ist allerdings nicht spezifisch als Schwerpunkt erwähnt.
- **Institutionelle Stärkung** im BFM sowie durch IAM/IAI, es wird eine stärkere Steuerung der Integrationsförderung durch den Bund angestrebt (Einbezug des BFM in strategisch relevanten Fragen anderer Ämter)
- **Massnahmenpaket Integration** (→ Migrationsmainstreaming in versch. Politikbereichen)

*Kantone/Gemeinden:*

Entwicklung von **kantonalen Integrationsförderungsprogrammen**, Bildung bzw. Stärkung von KZI und ikÜ-Vermittlungsstellen (→ Gesundheit als wichtigster Einsatzbereich)

Z.T. vorbehältlich Annahme der Gesetzesrevision:

- Bedeutungszuwachs, Institutionalisierung und höhere Verbindlichkeit der Integrationsförderung auf politischer und administrativer Ebene
- Institutionelle Vernetzung auf Bundesebene: Strategie M+G ist Teil des Massnahmenpakets Integration
- Integrationsförderung folgt dem Mainstreaming-Prinzip und bereitet so den Boden für eine verstärkte Sensibilisierung der Regelstrukturen für migrationsbezogene Fragestellungen (auf allen Ebenen)
- Gesundheit ist explizit als Themenbereich der Integrationsförderung via Regelstrukturen erwähnt
- Die konzeptionellen Voraussetzungen für die Thematisierung von Gesundheitsfragen im Rahmen von Massnahmen der Integrationsförderung werden geschaffen
- Chancengleichheit soll als explizites Ziel in verschiedenen Bundesgesetzen (IVG, ATSG, ALVG, BBG) verankert werden
- Statistik: Auftrag an BFS, kohärentes Indikatorensystem aufzubauen (umfasst explizit auch Gesundheit als Themenbereich)
- Die Bedeutung der ikÜ wird gestärkt, es sind mehr potenzielle Einsatzgebiete bezeichnet: Sozialversicherungen, Berufsbildung
- Es sind sozialpolitische Massnahmen (z.B. in der ALV) vorgesehen, die an Gesundheitsdeterminanten ansetzen

Die Vollzuvoraussetzungen scheinen weniger günstig:

- Ressourcenknappheit: Die Kantone dürften nur beschränkte Eigeninitiative zeigen, bei der inhaltlichen Schwerpunktsetzung ihrer Integrationsförderungsprogramme über die Minimalvorgaben des Bundes hinaus zu gehen
- Die Integrationsförderung wird inhaltlich nicht zentral gesteuert, deshalb muss Gesundheitsmainstreaming über mehrere Ebenen erfolgen (Bund → kantonale Integrationsförderungsstellen → Regelstrukturen), was aufwändig ist.

## 4. Sozialpolitik allgemein

Veränderungen	Relevanz für Strategie M+G
Es finden sich zunehmend gebündelte, vorwiegend sozialpolitische <b>Aktivitäten mit der Schaffung von gesellschaftlicher (sozioökonomischer) Chancengleichheit als Stossrichtung</b> : Bund (Strategie 2010), Kantone und Gemeinden (SODK und SKOS) haben die Armutsbekämpfung als Thema aufgegriffen.	Gesundheit und Migration sind nicht spezifische Themen dieser Aktivitäten. Diese setzen <b>allgemein an den sozialen Gesundheitsdeterminanten an</b> und unterstützen so die spezifischer ausgerichtete Strategie M+G auf einer anderen, allgemeineren Ebene – sofern die Migrationsbevölkerung von den Aktivitäten im Rahmen der Armutsbekämpfung profitiert.

## 5. Chancengleichheit als übergeordnetes Thema

Veränderungen	Relevanz für Strategie M+G
Chancengleichheit (bzw. Gleichstellung) im weiteren Sinn (bezogen auf Gender, Behinderung, Migration etc.) ist <b>zunehmend ein Thema in verschiedenen Bereichen</b> . Verschiedentlich wurde die Schaffung von themenübergreifenden Fachstellen zumindest angestrebt. Das Thema gilt aber noch als eher abstrakt und schwer zu vermitteln. Der allgemeine Chancengleichheitsdiskurs steckt noch in den Anfängen und beschränkt sich vorwiegend auf die Fachebene.	Das Bewusstsein für das allgemeine Thema Chancengleichheit wächst in der Fachwelt, wenn auch langsam. Es sind – vor allem auf organisatorischer Ebene – erste Anfänge einer Entwicklung in Richtung multisektoraler Handlungsansätze beobachtbar.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>13</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>15</b>
1.1 Ziel und Fragestellungen.....	15
1.2 Politikfelder und Kontextebenen.....	16
1.3 Vorgehen .....	16
1.3.1 Vertiefte Analyse der Themenfelder Gesundheit, Integrationsförderung und Armutsbekämpfung (2010).....	17
1.3.2 Breit angelegte standardisierte Stakeholderbefragung (2011).....	18
1.4 Aufbau des Berichts .....	19
<b>2 Entwicklung des Kontexts des Themas „Migration und Gesundheit“ .....</b>	<b>20</b>
2.1 Kontextentwicklung auf internationaler Ebene – politische Diskussionen mit Fokus auf Migration und Gesundheit .....	20
2.1.1 Wichtigste Aktivitäten auf internationaler Ebene .....	20
2.1.2 Bedeutung für Strategie Migration und Gesundheit.....	26
2.2 Kontextentwicklungen in der Schweiz.....	27
2.2.1 Gesellschaftlich-politischer Diskurs .....	27
2.2.2 Personen mit Migrationshintergrund .....	30
2.2.3 Politische Schwerpunkte des Bundesparlaments.....	31
2.2.4 Kontextentwicklung im Themenfeld Gesundheit .....	33
2.2.5 Kontextentwicklung im Themenfeld Migration/Integration .....	41
2.2.6 Gesellschaftspolitische Ansätze zur Förderung von Chancengleichheit .....	49
2.2.7 Allgemein relevante Kontextfaktoren auf kantonaler und kommunaler Ebene.....	52
2.3 Sprachregionale und kantonale Unterschiede der Kontextentwicklung .....	53
2.3.1 Grundsätzliche Unterschiede zwischen den Sprachregionen .....	53
2.3.2 Erklärungsansätze für sprachregionale und kantonale Unterschiede.....	55
<b>3 Wechselwirkungen zwischen der Kontextentwicklung und der Strategie „Migration und Gesundheit 2008-2013“ .....</b>	<b>57</b>
3.1 Einfluss der Strategie auf die Ausrichtung und Aktivitäten von Schlüsselakteuren im Gesundheitswesen (Frage 3) .....	57
3.2 Beitrag der Strategie „Migration und Gesundheit 2008-2013“ zur Verbesserung der Chancengleichheit (Frage 4) .....	60
3.3 Förderliche und hinderliche Kontextfaktoren für die Umsetzung der Strategie „Migration und Gesundheit 2008-2013“ (Frage 2) .....	62
3.3.1 Förderliche Kontextelemente und -entwicklungen.....	63

3.3.2	Hinderliche Kontextelemente und –entwicklungen .....	67
3.4	Auswirkungen der Rahmenbedingungen auf das Programmkonzept (Frage 1) .....	69
3.4.1	Das aktuelle Programmkonzept im Hinblick auf den Kontext .....	69
3.4.2	Eignung der Programmziele vor dem Hintergrund der Kontextentwicklung .....	74
3.4.3	Auswirkungen des Kontexts auf die Weiterentwicklung des Themas M+G .....	78
3.4.4	Zukünftige Bearbeitung des Themas unter Berücksichtigung des Kontexts .....	81
	<b>Literatur .....</b>	<b>84</b>
	<b>Anhang 1: Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner .....</b>	<b>89</b>
	<b>Anhang 2: Adressaten der Stakeholderbefragung .....</b>	<b>90</b>
	<b>Anhang 3: Berücksichtigte Leitbilder .....</b>	<b>92</b>

## Abkürzungsverzeichnis

AVIG	Bundesgesetz über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzschädigung
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
AuG	Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBG	Bundesgesetz über die Berufsbildung
BFM	Bundesamt für Migration
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BV	Bundesverfassung
CHF	Schweizer Franken
DRG	Diagnosis Related Groups/Diagnosebezogene Fallgruppen
EDA	Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EKA	Eidgenössische Ausländerkommission
EPSCO	Rat Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz (EU)
EU	Europäische Union
FGM	Female Genital Mutilation (Genitalverstümmelung bei Frauen)
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GEF	Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
H+	Die Spitäler der Schweiz
IAI	Interdepartementaler Ausschuss Integration
IAM	Interdepartementale Arbeitsgruppe Migration
ikÜ	Interkulturelles Übersetzen
IOM	International Organization for Migration
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die obligatorische Krankenversicherung
KZI	Kompetenzzentrum/-zentren Integration
LU	Kanton Luzern
M+G	Migration und Gesundheit
MFH	Migrant Friendly Hospitals
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen
NGO	Non-Governmental Organization/Nichtregierungsorganisation

NW	Kanton Nidwalden
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
OW	Kanton Obwalden
SKOS	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe
SODK	Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren
SVP	Schweizerische Volkspartei
TAK	Tripartite Agglomerationskonferenz
VIIntA	Verordnung über die Integration von Ausländerinnen und Ausländern
WHO	World Health Organization

# 1 Einleitung

## 1.1 Ziel und Fragestellungen

2002 lancierte der Bund die erste Phase der Strategie „Migration und Gesundheit“ (2002-2007). Die Strategie soll einen wichtigen Beitrag zur Integrationspolitik leisten, indem sie Voraussetzungen schafft, dass Personen mit Migrationshintergrund dieselbe Chance wie Einheimische erhalten, ihr Gesundheitspotenzial zu entfalten. Die Nachfolgestrategie „Migration und Gesundheit 2008-2013“ (BAG 2007; im Folgenden „Strategie M+G“) soll die in der ersten Phase initiierten Aktivitäten in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung, interkulturelles Übersetzen, Bildung und Versorgung im Gesundheitswesen sowie in der Forschung weiterführen und verankern.

Die Evaluation der zweiten Phase der Strategie Migration und Gesundheit dient einerseits der laufenden Verbesserung und Anpassung der zweiten Phase der Strategie M+G (2008-2013). Andererseits stellt die Evaluation Entscheidungsgrundlagen für übergeordnete Strategieprozesse und den Entscheid über die Zukunft der Strategie M+G nach 2013 bereit.

Gleichzeitig testet die Fachstelle E+F im Rahmen der Evaluation der Strategie M+G ein neues „Joint Evaluation“ genanntes Evaluationsmodell. Ziel des neuen Modells ist es, Evaluationswissen vermehrt innerhalb des Amtes zu generieren und so besser zu nutzen. Durch eine Kombination von Selbstevaluation, interner und externer Evaluation soll das Lernen innerhalb der Programme und Geschäftsfelder verbessert und gleichzeitig die unabhängige Prüfung von aussen gewährleistet werden. Geleitet wird die Evaluation BAG-intern durch die Fachstelle E+F. Sie ist auch federführend für die Berichterstattung und Synthese der verschiedenen Datenquellen im Hinblick auf die programmübergreifenden Fragestellungen.

In der Kontextanalyse zum Thema Migration und Gesundheit standen die folgenden Fragen im Vordergrund:

1. Wie haben sich die Rahmenbedingungen des Programms verändert? Ist das aktuelle Programmkonzept dem aktuellen Kontext noch angepasst?
  - Sind die Programmziele in einem sich wandelnden Kontext noch geeignet, um zur angestrebten Vision der Chancengleichheit beizutragen?
  - Wie entwickeln sich verschiedene Bereiche des Kontexts und was hat dies für Auswirkungen für die Weiterentwicklung des Themas M+G (Prozess „Inequalities in Health“)?
  - Wie muss das Thema aufgrund des Kontexts in Zukunft bearbeitet werden?
2. Wie förderlich bzw. hinderlich wirkt sich der Kontext auf die Leistungserbringung aus?

3. Inwiefern hat die Strategie die Ausrichtung und Aktivitäten von Schlüsselakteuren im Gesundheitswesen beeinflusst? Welchen Hindernissen ist die Strategie begegnet? Was hat die Strategie gefördert?
4. Wie ist der Beitrag der Strategie M+G II zur Verbesserung der Chancengleichheit vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Kontextes zu beurteilen?

## 1.2 Politikfelder und Kontextebenen

Der Kontext, in dem sich die Bundesstrategie „Migration und Gesundheit 2008-2013“ bewegt, kann in thematischer Hinsicht anhand von drei verschiedenen Politikfeldern abgegrenzt werden. Zunächst über das Politikfeld **Gesundheit**, welches die Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention umfasst, und in dem die gesundheitliche Chancengleichheit von Personen mit Migrationshintergrund im Zentrum der Bemühungen der Strategie M+G steht. Ein zweites Feld bildet die **Migrations- und Integrationspolitik**, welche einerseits eine wichtige Determinante für die Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund bildet und in der andererseits die Gesundheit ein wichtiges Handlungsfeld darstellt. Auch die Integrationsförderung orientiert sich am Ziel der Chancengleichheit. Drittens können sich allgemeine **gesellschaftspolitische Bemühungen zur Förderung von Chancengleichheit** in den Bereichen Gleichstellung, Armutsbekämpfung etc. ebenfalls indirekt auf die gesundheitliche Chancengleichheit von Personen mit Migrationshintergrund auswirken, weil sie an relevanten Gesundheitsdeterminanten<sup>1</sup> ansetzen. Sie verfolgen zudem ähnliche Stossrichtungen wie die Strategie M+G, wenn auch teilweise auf andere Zielgruppen bezogen oder in anderen Handlungskontexten.

Migration und Gesundheit kann zudem auf verschiedenen (über)staatlichen Kontextebenen thematisiert werden. Im Vordergrund der Analyse steht der inländische Kontext, der aus politischen, behördlichen und nicht-staatlichen Akteurinnen und Akteuren der oben genannten Themenfelder auf unterschiedlichen Ebenen (national, Bund, Kantone, Gemeinden) gebildet wird. Den internationalen Kontext bilden die Organisationen und Institutionen (EU, WHO, IOM etc.), die sich mit den Themen Migration und Gesundheit bzw. gesundheitliche Chancengleichheit befassen.

## 1.3 Vorgehen

Der vorliegende Bericht beruht auf zwei Teilstudien, die sich weitgehend denselben Fragen widmeten, sich jedoch hinsichtlich des Fokus, der Detailfragen und der Untersuchungstiefe, der empirischen Vorgehensweise, und der befragten Akteure unterscheiden.

---

<sup>1</sup> Vgl. für eine Auslegeordnung zu den Gesundheitsdeterminanten Kickbusch (2009).

### 1.3.1 Vertiefte Analyse der Themenfelder Gesundheit, Integrationsförderung und Armutsbekämpfung (2010)

Die erste Teilstudie der Kontextanalyse legte den Schwerpunkt auf die Kontextentwicklung in den Themenfeldern Gesundheit (Gesundheitsversorgung, -förderung und Prävention), Integrationsförderung und Armutsbekämpfung und beruht auf einer Analyse der Grundlagendokumente, einer persönlichen Befragung von 18 Schlüsselpersonen sowie einer Auswertung der parlamentarischen Vorstösse zu diesen Themenfeldern.

In einem ersten Schritt wurde eine breite Voranalyse durchgeführt. Diese beinhaltete eine **Analyse der Grundlagendokumente** zur Strategie M+G und der Planungsunterlagen der einzelnen Handlungsfelder, **Gespräche mit den Handlungsfeldverantwortlichen** sowie umfassende **Desk Research-Arbeiten** (Sichtung von Gesetzesbotschaften, Strategieberichten, wissenschaftlichen Studien und themenspezifischer Fachliteratur sowie Beobachtung der Tagespresse. Aufgrund dieser Arbeiten wurden die drei zu vertiefenden thematischen Schwerpunkte **Gesundheit** (Gesundheitsversorgung, -förderung und Prävention), **Integrationsförderung** und **Armutsbekämpfung** definiert. Während sich die zwei ersten Schwerpunkte aus der Themensetzung Migration und Gesundheit ergeben, zeigte die Voranalyse zum Politikfeld Schaffung von Chancengleichheit, dass gegenwärtig sowohl auf internationaler wie auch auf nationaler Ebene ein Fokus auf die Armutsbekämpfung besteht und in diesem Bereich daher zahlreiche Initiativen und Strategien erarbeitet werden (Europäisches Jahr zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung<sup>2</sup>; Bundesrat 2010a, SKOS 2010, SODK 2010, Städteinitiative Sozialpolitik 2007). Die Armutsbekämpfung weist sowohl zum Thema Gesundheit als auch zum Themenbereich Migration und Integrationsförderung Bezugspunkte auf (vgl. z.B. Siegrist/Marmot 2008, Villiger/Knöpfel 2009, GEF 2010, Lehmann 2010). Die Desk Research mündete in einer spezifischen **Dokumentenanalyse**, anhand der die Entwicklung in den drei zentralen Politikfeldern erfasst wurde.

Als zweiter Schritt erfolgte die Vertiefung der drei Themenbereiche im Rahmen von **18 persönlichen Interviews** mit Expertinnen und Experten aus verschiedenen Politikbereichen und verschiedenen staatlichen und nicht-staatlichen Ebenen (vgl. Anhang 1). Dabei handelt es sich um Schlüsselpersonen aus verschiedenen Verbänden (Leistungserbringer des Gesundheitswesens), interkantonalen Konferenzen und Vereinigungen (Gesundheitsförderung, Integrationsförderung), Hilfswerken und Bundesstellen, die sich aus einer übergeordneten, idealerweise nationalen Optik zu ihrem spezifischen Fachbereich und ihrer Wahrnehmung der Kontextentwicklung äusseren. Um der Vielfalt der befragten Akteurinnen und Akteure Rechnung zu tragen, wurden die Gespräche mittels eines Gesprächsleitfadens geführt, der nur die Hauptfragen beinhaltete. Diese wurden in den Gesprächen durch spezifisch auf die befragten Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner ausgerichtete Fragen ergänzt.

Der dritte Schritt bestand in einer summarischen inhaltlichen **Auswertung** der zwischen dem 1.1.2003 und dem 31.12.2011 eingereichten **parlamentarischen Vorstösse** zu den Themenbereichen *Gesundheit, Migration/Asyl* und *Soziale Fragen* anhand der Geschäftsdatenbank Curia Vista

---

<sup>2</sup> [http://ec.europa.eu/employment\\_social/2010againstpoverty/](http://ec.europa.eu/employment_social/2010againstpoverty/) (16. Januar 2012)

der Parlamentsdienste ([www.parlament.ch](http://www.parlament.ch)). Zunächst wurde anhand der Entwicklung der Anzahl Vorstösse in den drei Themen und ihres Anteils am Total die politische Dynamik im Parlament erfasst. Zweitens wurden 3923 Vorstösse thematisch codiert, um die Relevanz und Konjunktur spezifischer Themen abbilden zu können. Schliesslich wurden diejenigen Vorstösse identifiziert, die einen direkten oder indirekten inhaltlichen Bezug zur Strategie M+G aufweisen, um so die politische Bedeutung und den Rückhalt des Themas im Parlament abzuschätzen.

### **1.3.2 Breit angelegte standardisierte Stakeholderbefragung (2011)**

Als zweite Teilstudie der Kontextanalyse wurde im Juni 2011 eine umfassende standardisierte Befragung von 431 Personen vorgenommen, die aufgrund ihrer Tätigkeit bzw. Funktion als relevante Stakeholder im Themenfeld „Migration und Gesundheit“ bezeichnet werden können (vgl. Anhang 2). Es handelt sich dabei um Vertreterinnen und Vertreter von verschiedenen Bundesstellen, Kantons- und teilweise Gemeindebehörden in den Bereichen Gesundheit, Soziales und Migration, von Leistungserbringern des Gesundheitswesens und ihren Verbänden, von Akteuren und Dachorganisationen aus dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, von Bildungseinrichtungen des Gesundheitswesens, von Akteuren und Einrichtungen der Integrationsförderung, von sozialen Organisationen, von Forschungsinstituten und von Organisationen der Migrationsbevölkerung. Diese Akteure bewegen sich vor allem auf nationaler und kantonaler Ebene oder vertreten eine spezifische Institution; die kommunale Ebene ist in der Auswahl schwächer vertreten.

Die breit und eher oberflächlich angelegte Stakeholderbefragung hatte zum Ziel, zu folgenden Frageblöcken Einschätzungen abzuholen:

- Relevanz des Themas „Migration und Gesundheit“ in den jeweiligen Arbeitsbereichen
- Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung und in der Gesundheitsförderung und Prävention
- Relevanz des Themas „Gesundheit“ in der Integrationsförderung
- Verbreitung von Strategien und Massnahmen zu Chancengleichheit und Gesundheit bzw. Migration und Gesundheit
- Zielgrössen und Wirksamkeit der Strategie M+G
- Zukünftige Handlungsoptionen (themenübergreifende Strategie Chancengleichheit vs. spezifische Strategie M+G)

Insgesamt gingen 199 ausgefüllte Fragebögen ein, was unter Berücksichtigung nicht zustellbarer Fragebögen eine Rücklaufquote von 49% ergibt.

## **1.4 Aufbau des Berichts**

Der vorliegende Bericht basiert im Wesentlichen auf dem Arbeitsdokument zur ersten Teilstudie. Die Dokumentenanalyse und die Auswertung der parlamentarischen Vorstösse wurden aktualisiert (Stand: Mitte Januar 2012). Zusätzlich fliessen, wo angezeigt, die wichtigsten Ergebnisse der Stakeholderbefragung in den Bericht ein. Diese ist in einem eigenständigen Bericht (Huegli/Rüefli 2011) ausführlich dokumentiert.

Der Aufbau gestaltet sich wie folgt: Kapitel 2 enthält die Beschreibung der wesentlichen Entwicklungen des internationalen und nationalen Kontexts. Anschliessend werden in Kapitel 3 die Untersuchungsfragen diskutiert, d.h. die Auswirkungen der Kontextentwicklung auf die Strategie M+G sowie umgekehrt die Wirkungen der Strategie auf die Kontextentwicklung.

## **2 Entwicklung des Kontexts des Themas „Migration und Gesundheit“**

### **2.1 Kontextentwicklung auf internationaler Ebene – politische Diskussionen mit Fokus auf Migration und Gesundheit**

#### **2.1.1 Wichtigste Aktivitäten auf internationaler Ebene<sup>3</sup>**

Auf der internationalen Ebene spielen gesundheitliche Ungleichheiten insbesondere in Europa politisch eine zunehmend wichtigere Rolle. So haben sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Europäische Union (EU) und auch der Europarat im letzten Jahrzehnt verschiedentlich der Thematik der gesundheitlichen Ungleichheiten angenommen. Dies im Wissen darum, dass die Einflussfaktoren, die letztendlich zu den Ungleichheiten führen, ausserhalb des eigentlichen Gesundheitsbereichs liegen. Die Ungleichheiten sind bedingt durch die sozialen Determinanten der Gesundheit (vgl. Kickbusch 2009): Je niedriger der soziale Status, desto schlechter die Gesundheit. Migrantinnen und Migranten gelten dabei als speziell vulnerable Gruppe, weil sich bei ihnen die Gesundheit negativ beeinflussende Determinanten verbunden mit der Determinante „Migration“ (negative Erfahrungen während der Migration selbst, Integrationsprobleme, Diskriminierungserfahrungen, Unsicherheit des Aufenthaltsstatus, Stress etc.) kumulieren können.

Auf internationaler Ebene bestehen verschiedene Empfehlungen und Aufrufe an die Staaten, einen chancengleichen Zugang zum Gesundheitssystem zu verwirklichen. Auf der Basis des BAG-intern erstellten Readers „Abbau Gesundheitliche Ungleichheit“ wurden mittels Internetrecherche die wichtigsten Deklarationen, Initiativen und Programme zum Thema „Migration und Gesundheit“ auf internationaler Ebene, d.h. innerhalb der WHO, der EU, des Europarats und der Internationalen Organisation für Migration (IOM) seit 2005 erfasst. Tabelle 1 enthält eine Übersicht darüber und hält zugleich fest, ob die Prozesse bzw. Berichte das Thema M+G spezifisch oder im Rahmen des allgemeinen Themas der gesundheitlichen Chancengleichheit behandeln.

---

<sup>3</sup> Dieser Abschnitt baut auf den Ausführungen zur internationalen Ebene im BAG-internen „Reader“ Abbau Gesundheitliche Ungleichheit auf, die von Regula Rička und Thomas Spang verfasst wurden, und verwendet Teile davon.

**Tabelle 1:** Prozesse und Deklarationen zu den Themen M+G und Chancengleichheit auf internationaler Ebene

Jahr	Prozess/Produkt	Fokus
<b>Weltgesundheitsorganisation (WHO)</b>		
2005	Einsetzung der Kommission „Soziale Gesundheitsdeterminanten“	Soziale Ungleichheiten
2007	Bericht „Health of migrants“	Migration spezifisch
2008	Kommission „Soziale Gesundheitsdeterminanten“: Bericht „Closing the gap in a generation“	Soziale Ungleichheiten
2009	Resolution WHA62.14: „Reducing health inequities through action on the social determinants of health“	Chancengleichheit allgemein, Migration als eine von mehreren Dimensionen
2010	Bericht „Health of Migrants – The Way Forward“	Migration spezifisch
2011	Konferenz und Deklaration „Social Determinants of Health“ (Rio)	Chancengleichheit allgemein
<b>Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Regionalaussschuss Europa</b>		
2010	Bericht „How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity“	Migration spezifisch
2011	Entwicklung einer neuen europäischen Gesundheitspolitik (Health 2020), im Gang	Chancengleichheit allgemein
<b>Europäische Union (EU)</b>		
2007	Konferenz „Health and Migration in the EU“ → Empfehlungen zu nationalen und transnationalen Good Practice-Beispielen → Ergebnisse zuhanden des EPSCO-Rates	Migration spezifisch
	Council Conclusions on Health and Migration in the EU	Migration spezifisch
	Weissbuch „Together for Health, A Strategic Approach for the EU 2008-2012“	Chancengleichheit allgemein
	Einsetzung einer EU-Beratergruppe zum Thema M+G (Mitglieder: WHO, Europarat, Europäisches Zentrum für Prävention und Kontrolle von Krankheiten und IOM)	Migration spezifisch
	Bratislava-Erklärung zu Migration, Gesundheit und Menschenrechte	Migration spezifisch
	Bildung einer Expertengruppe für soziale Determinanten und gesundheitliche Ungleichheiten	Migration spezifisch
2008	Bildung eines Expertenausschusses zum Thema Mobilität, Migration und Zugang zur Gesundheitsversorgung	Migration spezifisch
	Lancierung des Projekts AMAC (Assisting Migrants and Communities) mit Unterstützung des EU-Gesundheitsprogramms	Migration spezifisch
2009	Papier „Solidarity in Health: Reducing Health Inequalities in the EU“ der EU-Kommission und Konsultation dazu	Chancengleichheit allgemein, Migration als eine von mehreren Dimensionen
2010	Mitteilung „Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten in der EU“	Chancengleichheit allgemein
<b>Europarat</b>		
2006	Papier „Health in a multicultural society“	Migration spezifisch
2011	Papier „Mobility, Migration and Access to Health Care“ mit Empfehlungen	Migration spezifisch
2011	Expert Review and Proposals for measurement of health inequalities in the EU	Migration spezifisch
2011	Recommendation CM/Rec(2011)13 of the Committee of Ministers to member states on mobility, migration and access to health care	Migration spezifisch
<b>International Organization for Migration (IOM)</b>		
2006	Background Paper „Migration, a social determinant of the health of migrants“	Migration spezifisch
2009	Bericht „Migration health: Better health for all in Europe“ (Schlussbericht des AMAC-Projekts)	Migration spezifisch

### ***Weltgesundheitsorganisation (WHO)***

2005 setzte die WHO die Kommission „Soziale Gesundheitsdeterminanten“ ein, die 2008 den Bericht „Closing the gap in a generation“ vorlegte. In diesem Bericht werden politische Entscheidungsträger dazu aufgerufen, die Determinanten der Gesundheit, d.h. die strukturellen gesellschaftlichen Bedingungen und die täglichen Lebensbedingungen, zu beeinflussen.

Ende 2007 publizierte die WHO den Bericht „Health of migrants“. Dieser Bericht ist dem Primat der Chancengleichheit verpflichtet und ruft die Mitgliederländer dazu auf, Public-Health-Strategien für den Migrationsbereich zu entwickeln und umzusetzen. Auch der Determinantenansatz findet Eingang, insbesondere der Bereich der Arbeit. Der Bericht formuliert die folgenden grundlegenden Prinzipien für eine staatliche Strategie zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Personen mit Migrationshintergrund:

- Ungleichheiten in Gesundheitsstatus und Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen vermeiden
- Gesundheitsrechte von Migranten gewährleisten, indem Diskriminierung und Stigmatisierung begrenzt werden
- Lebensrettende Massnahmen einsetzen, um übermäßige Morbidität und Mortalität zu vermindern.
- Negative Auswirkungen des Migrationsprozesses auf die Gesundheit von Migranten minimieren.

Im Bericht schlägt die WHO verschiedene strategische Ansätze vor, um die Gesundheit von MigrantInnen zu verbessern: Anwaltschaft und Politikentwicklung (*advocacy and policy development*); Monitoring, Forschung und Informationsverbreitung (*assessment, research and information dissemination*); Personal- und Organisationsentwicklung (*capacity building*); Verbesserung der Leistungserbringung des Gesundheitssystems (*service delivery*).

Im Mai 2009 verabschiedete die WHO die Resolution „Reducing health inequities through action on the social determinants of health“ (WHA62.14), in welcher die Mitgliedstaaten dazu aufgerufen werden, gesundheitliche Ungleichheiten über Massnahmen im Bereich der sozialen Determinanten anzugehen. Die zur Zielerreichung beschriebene Strategie lässt sich mit dem Ansatz „Health in all Policies“ umschreiben. Das Thema Migration wird dabei nur am Rande erwähnt. Die Resolution appelliert an die Mitgliedstaaten, die gesundheitlichen Ungleichheiten innerhalb und zwischen den Ländern durch politisches Engagement entlang der im „Closing the gap“-Bericht festgehaltenen Grundsätze anzugehen.

Das Thema Migration wurde im 2010 von der WHO federführend herausgegebenen Bericht „Health of migrants – the way forward“ spezifisch behandelt. Der Bericht ruft die einzelnen Länder zu einem verstärkten Engagement im Bereich Migration und Gesundheit auf, einerseits im Gesundheitsbereich selbst (Schaffung von auf die Zielgruppe angepassten Gesundheitsstrukturen, Abbau von Zugangshürden, Einsatz von Dolmetschern etc.), andererseits aber auch in anderen Politikbereichen wie z.B. Arbeitssicherheit, Aufenthaltsbewilligungen. Ebenso wird zu einer vermehrten zwischenstaatlichen Zusammenarbeit aufgerufen.

Im Herbst 2011 wurde anlässlich der World Conference on Social Determinants of Health in Rio die Rio Political Declaration on Social Determinants of Health verabschiedet. Diese Erklärung zielt darauf ab, weltweite politische Unterstützung für die Umsetzung eines Determinantenansatz-

zes zur Verminderung von gesundheitlichen Ungleichheiten zu fördern und in den Staaten ein Momentum für die Entwicklung von entsprechenden nationalen Aktionsplänen und Strategien zu schaffen.

### ***Europäische Union (EU)***

Initiativen verschiedener EU-Präsidentschaften setzten das Thema der gesundheitlichen Ungleichheiten auf die EU-Agenda. 2007 wurde unter der Portugiesischen EU-Präsidentschaft eine grosse Konferenz zum Thema „Health and Migration in the EU“ durchgeführt. Die Konferenz thematisierte verschiedenste Aspekte des Themas und schloss mit Empfehlungen zu nationalen und transnationalen good practice-Beispielen. Die Resultate der Konferenz flossen in die Arbeiten des Rates Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz (EPSCO) ein und wurden 2007 von diesem verabschiedet („Council conclusions on Health and Migration in the EU“).

2007 legte die Europäische Kommission das Weissbuch „Together for Health, a strategic approach for the EU 2008-2013“ vor. Dieses betont den Bedarf, gesundheitliche Ungleichheiten zwischen und innerhalb der Mitgliedstaaten zu reduzieren und schlägt politische Massnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten vor. Das Weissbuch stellt eine Grundlage der Bratislava-Erklärung zu Migration, Gesundheit und Menschenrechte dar.

Ebenfalls 2007 wurde eine Expertengruppe für soziale Determinanten und gesundheitliche Ungleichheiten gebildet, die auch Fragen zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten behandelte (IOM 2009: 10).

2008 wurde ein Expertenausschuss zum Thema Mobilität, Migration und Zugang zur Gesundheitsversorgung gegründet und mit der Erarbeitung von Empfehlungen für Massnahmen der Mitgliedstaaten beauftragt. Mit Unterstützung des EU-Gesundheitsprogramms und des portugiesischen Hohen Kommissars für Gesundheit wurde zudem das AMAC-Projekt (Assisting Migrants and Communities) umgesetzt. Sein Ziel war es, eine Plattform für den Dialog zwischen Experten und den wichtigsten Akteuren im Bereich Migration und Gesundheit anzubieten und das Engagement der Politik auf allen Ebenen zu fördern. Das AMAC-Projekt widmete sich gesundheitlichen Kernanliegen der migrierenden und mobilen Bevölkerung. Über ein Dutzend *background papers* zu Themen wie Gesetzgebung und Politik, Ausbildung von Gesundheitspersonal, Forschung, psychische Gesundheit und Mütter- und Kindergesundheit wurden erarbeitet.

2009 gelang der Europäischen Kommission im Rahmen der Mitteilung „Solidarität im Gesundheitswesen: Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU“<sup>4</sup> ein grosser Schritt in Richtung Commitment der Mitgliedsstaaten für dieses Thema. Dabei wurde die Rolle des Gesundheitssektors so verstanden, dass dieser andere Politikbereiche auf ihren Einfluss auf die Gesundheit sensibilisieren sollte.

---

<sup>4</sup> [http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/policy/commission\\_communication/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm) (12.1.2012)

## ***Europarat***

Eine Expertengruppe des Europarates erarbeitete ein Papier mit Empfehlungen zum Thema „Mobility, Migration and Access to Health Care“. In dieser Arbeitsgruppe war auch der Leiter der Strategie M+G vertreten. Der Fokus lag auf der Entwicklung von Vorschlägen und/oder Empfehlungen zum Monitoring der gesundheitlichen Ungleichheiten und deren Trends innerhalb des EU-Raums als Ganzes, sowie zwischen EU-Regionen, Städten, sozialen Gruppen usw. auf der Basis von bereits erhobenen oder von Eurostat veröffentlichten Daten. Im November 2011 verabschiedete der Europarat die daraus resultierenden Empfehlungen (Recommendation CM/Rec(2011)13 of the Committee of Ministers to member states on mobility, migration and access to health care). Die Mitgliedsländer werden darin aufgerufen, die wissenschaftlichen Informationen im Bereich M+G zu verbessern und Systeme für das Monitoring der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten aufzubauen. Die Gesundheitskompetenz der Zielgruppen sowie der Fachpersonen, die mit den Zielgruppen zusammenarbeiten, soll verbessert werden. Weiter sollen die Verantwortlichen für das Gesundheitssystem insgesamt besser auf die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten eingehen. Die Empfehlungen schliessen an das vom Europarat bereits 2006 verabschiedete Papier „Health in a multicultural society“ an. Im Detail enthalten sie die folgenden Punkte (Europarat 2011):

„[The Committee of Ministers] [r]ecommends that governments of member states, having due regard to their specific national, regional or local structures and respective responsibilities, and in partnership with all other relevant organisations involved in improving, maintaining and restoring health:

- **collect information** on the demographic, social, educational and economic characteristics of migrants and their legal situation in the host country;
- systematically monitor migrants' state of health and **investigate the causes of discrepancies**;
- **review all policies** and practices affecting migrants' living and working conditions in order to **minimise risks to their health**;
- provide all categories of migrants with adequate entitlements to use health services and ensure that these entitlements are known and respected;
- **promote knowledge** among migrants about health and the health system, and take measures to increase the accessibility of health services;
- overcome language barriers by **providing interpreter** services and translated information materials wherever necessary;
- improve the matching of health service delivery to the needs, culture and social situation of migrants;
- improve the integration of health services with other social services for migrants;
- set up appropriate **training and education programmes**;
- stimulate high-quality **research** on all aspects of health services for migrants;
- **harmonise efforts** to promote the health of migrants at a European level;
- support the widest possible dissemination of the recommendation and its explanatory memorandum, where appropriate accompanied by a translation;

- foster a closer relationship between migrants and health services, involving them in all activities concerned with their health;
- take necessary steps to **implement the guidelines** contained in the Appendix to this recommendation, in collaboration with caregivers, professional bodies, and all governmental and non-governmental agencies concerned with migrant health.”

### ***Internationale Organisation für Migration (IOM)***

Die IOM publizierte 2006 das Papier „Migration, a social determinant of the health of migrants“, in welchem sie Migration als eine wichtige Gesundheitsdeterminante definierte und deren möglichen Auswirkungen auf die Gesundheit der Zielgruppe aufzeigte. Das Papier behandelt Fragen rund um das Recht von Migrantinnen und Migranten auf Gesundheit, auf Zugang zu einem sozial, kulturell und sprachlich angemessenen Gesundheits- und Sozialwesen und zu ihrem Rechtsstatus.

Der Bericht betont auch die Bedeutung des sozialen Zusammenhalts und der gesellschaftlichen Integration als soziale Gesundheitsdeterminanten, neben den Lebens- und Arbeitsbedingungen, der physischen und sozialen Umwelt, der Bildung und dem Geschlecht. Migrantinnen und Migranten begegnen besonderen Schwierigkeiten im Hinblick auf die Beanspruchung ihres Rechts auf Gesundheit. Der Bericht hält fest, dass Gesundheitsversorgung nur unzureichend durch staatliche Gesundheitssysteme und – für Migrantinnen und Migranten oft unerschwingliche – Krankenversicherung abgedeckt werden kann. Es existieren auch kulturelle Barrieren, Schwierigkeiten beim Zugang zu Informationen über gesundheitsbezogene Fragen und Dienstleistungen, besonders für Sans Papiers.

Die IOM betont die Notwendigkeit eines multisektoralen Vorgehens um

- Stigmatisierung, sozialen Ausschluss, Diskriminierung und Marginalisierung von Migrantinnen und Migranten zu reduzieren, sprach-, kultur- und gendersensible Dienstleistungen anzubieten und die Migrationsbevölkerung partizipativ in die Gesundheitsversorgung und Politikentwicklung einzubeziehen,
- sicherzustellen, dass die Rechte von Migrantinnen und Migranten auf Gesundheit beachtet werden und ihr Zugang zu Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung gewährleistet ist,
- Forschung zu betreiben, um die Zusammenhänge zwischen Migration und den sozialen Gesundheitsdeterminanten zu beurteilen und zu dokumentieren sowie um differenzierte Informationen und Daten für Monitoringzwecken zu generieren.

2009 erschien der Schlussbericht des AMAC-Projekts „Migration health: Better health for all in Europe“ (IOM 2009), der Schlussfolgerungen und Empfehlungen in den Bereichen soziale Gesundheitsdeterminanten, gesetzlicher und politischer Rahmen, Forschung, *capacity building* und Gesundheit von Müttern, Kindern und Jugendlichen formuliert.

### 2.1.2 Bedeutung für Strategie Migration und Gesundheit

Gemäss den im Jahr 2010 befragten Expertinnen und Experten scheint der internationale Kontext für die Aktivitäten im Bereich Migration und Gesundheit in der Schweiz nur bedingt von Bedeutung zu sein. In den Interviews kamen drei Aspekte auf internationaler Ebene zur Sprache, die für die Kontextentwicklung in der Schweiz als bedeutsam betrachtet wurden:

Die Zunahme der **Migration von Gesundheitsfachpersonen** von Ländern mit tieferem Einkommen in Länder mit höherem Einkommen schwächt aus Sicht der WHO-Mitgliedsstaaten Gesundheitssysteme, die bereits fragil sind<sup>5</sup>. Die Weltgesundheitsversammlung hat daher bereits 2004 beschlossen, einen Verhaltenscodex über die internationale Rekrutierung von Gesundheitsfachpersonen zu erarbeiten, der 2010 durch die in der Weltgesundheitsversammlung vertretenen WHO-Mitgliedstaaten angenommen wurde. Der Verhaltenskodex ist zwar freiwilliger Natur, bietet aber den Mitgliedstaaten eine ethische Richtlinie in der Rekrutierung von Gesundheitspersonal aus anderen Ländern. Der Einfluss auf den nationalen Kontext besteht insbesondere durch den dadurch lancierten Diskurs zum Thema Rekrutierung von ausländischen Fachkräften im Gesundheitswesen. So beschäftigte sich eine interdepartementale Arbeitsgruppe des EDA, BFM und BAG mit diesem Thema und war die 12. Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik im November 2010 dem Thema Personalrekrutierung und Personalmigration im Gesundheitswesen gewidmet.<sup>6</sup> In Zusammenhang mit dieser Tagung wurden auch drei Studien zum Thema ausländisches Gesundheitspersonal in der Schweiz publiziert (Huber/Mariéthoz 2010, Jaccard Ruedin/Widmer 2010, Wyss/Weiss 2010).

**Migrant Friendly Hospitals:** Die Amsterdamer Erklärung für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa (MFH Project Group 2004) postuliert, dass eine verbesserte Behandlungsqualität für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund oder einer ethnischen Minderheit durch eine stärker individualisierte Dienstleistung allen Patientinnen und Patienten zugutekommt. Die Deklaration mit Empfehlungen, wie die Behandlungsqualität durch die Spitalleitung, das Spitalpersonal, Gesundheitspolitik, Patientenorganisationen und Gesundheitswissenschaften verbessert werden kann, wurde von der Europäischen Kommission und verschiedenen europäischen und internationalen Akteurinnen und Akteuren begrüsst. Damit war das Projekt auf europäischer Ebene abgeschlossen.<sup>7</sup> Das Thema MFH ging anschliessend an das „Health Promoting Hospitals“-Netzwerk der WHO über, wo es durch eine Task-Force bearbeitet wird.<sup>8</sup> Das im Rahmen der Strategie M+G vom BAG getragene und von H+ Die Spitäler der Schweiz unterstützte Projekt „Migrant Friendly Hospitals“<sup>9</sup> lehnt sich an das europäische Projekt an.

---

<sup>5</sup> <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-058578/en/> (16. Januar 2012)

<sup>6</sup> <http://www.nationalegesundheit.ch/de/agenda/arbeitstagung/archiv/12-arbeitstagung-nationale-gesundheitspolitik-2010/index.html> (19. Januar 2012)

<sup>7</sup> <http://www.mfh-eu.net/public/home.htm> (16. Januar 2012)

<sup>8</sup> <http://www.whocc.dk> (16. Januar 2012)

<sup>9</sup> <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12522/13113/index.html?lang=de> (16. Januar 2012)

Insbesondere auf Ebene der EU sind vielfältige Bestrebungen im Bereich der Beeinflussung **sozialer Determinanten der Gesundheit** im Gang (vgl. Abschnitt 2.1.1). In der Einschätzung der wenigen unter den befragten Expertinnen und Experten, die sich im Sommer 2010 zu diesem Aspekt äusserten, hatte diese Entwicklung allerdings noch kaum Auswirkungen auf den nationalen Kontext.

## **2.2 Kontextentwicklungen in der Schweiz**

Die Darstellung der Kontextentwicklung in der Schweiz beginnt mit einem Blick auf den allgemeinen gesellschaftlich-politischen Diskurs, befasst sich anschliessend mit der Perspektive der Migrationsbevölkerung und beschreibt danach die politischen Schwerpunkte des Bundesparlaments. Schliesslich werden die in Abschnitt 1.2 umrissenen Politikfelder näher betrachtet, wobei innerhalb der einzelnen Themenfelder jeweils zwischen den verschiedenen Kontextebenen (Bund, Kantone und Gemeinden, nicht-staatliche Akteure) unterschieden wird. Themenübergreifende Kontextentwicklungen, die vor allem für die kantonale und kommunale Ebene relevant sind, werden in einem abschliessenden Abschnitt kurz behandelt.

### **2.2.1 Gesellschaftlich-politischer Diskurs**

Das gesellschaftliche Klima und erfahrene Diskriminierung sind wesentliche Rahmenbedingungen für die Integration der Migrationsbevölkerung und wirken sich auf das gesundheitliche Wohlbefinden der entsprechenden Personen aus. Zudem ist davon auszugehen, dass der gesellschaftlich-politische Diskurs sich zu einem gewissen Grad auch auf die Aktivitäten von Behörden und gesellschaftlichen Akteuren im Bereich Migration und Gesundheit auswirkt.

Der für das Thema Migration und Gesundheit relevante gesellschaftlich-politische Diskurs dreht sich vor allem um das Thema Migration. Die im Jahr 2010 befragten Expertinnen und Experten nahmen die entsprechende Berichterstattung in den Medien als problemorientiert und tendenziell negativ wahr.<sup>10</sup> 2007-2011 stand das Thema Migration vor allem in Zusammenhang mit den eidgenössischen Volksabstimmungen über die Initiativen „Gegen den Bau von Minaretten“ (29.11.2009)<sup>11</sup> und „Für die Ausschaffung krimineller Ausländer“ (28.11.2010)<sup>12</sup>, die beide von Volk und Ständen angenommen wurden. Im Zuge dieser Debatten wurde auch die Integrations-thematik diskutiert. Die Chance, im Rahmen des Gegenvorschlags zur Ausschaffungsinitiative, der u.a. einen Integrationsartikel auf Verfassungsstufe vorsah, auch eine gesellschaftliche Auseinandersetzung über Definition, Möglichkeiten und Bedingungen von Integration zu führen, wurde jedoch kaum genutzt. Auch die Minarettinitiative wurde im gesellschaftlichen und medialen Diskurs vor allem unter dem Stichwort der „Islamisierung“ und mehrheitlich aus einer Perspektive der Abwehr diskutiert. Das Potenzial zu einer kollektiven konstruktiven Auseinandersetzung mit der Frage des Umgangs mit gesellschaftlicher und religiöser Diversität und mit Minderheiten wurde kaum ausgeschöpft.

---

<sup>10</sup> Auch eine Analyse der Wahlkampfkommunikation 2007 zeigte, dass Migration in den Medien viel öfter problemorientiert und in einem Distanz erzeugenden Kontext thematisiert wird als in einem empathieförderndem Kontext (Udris et al. 2007).

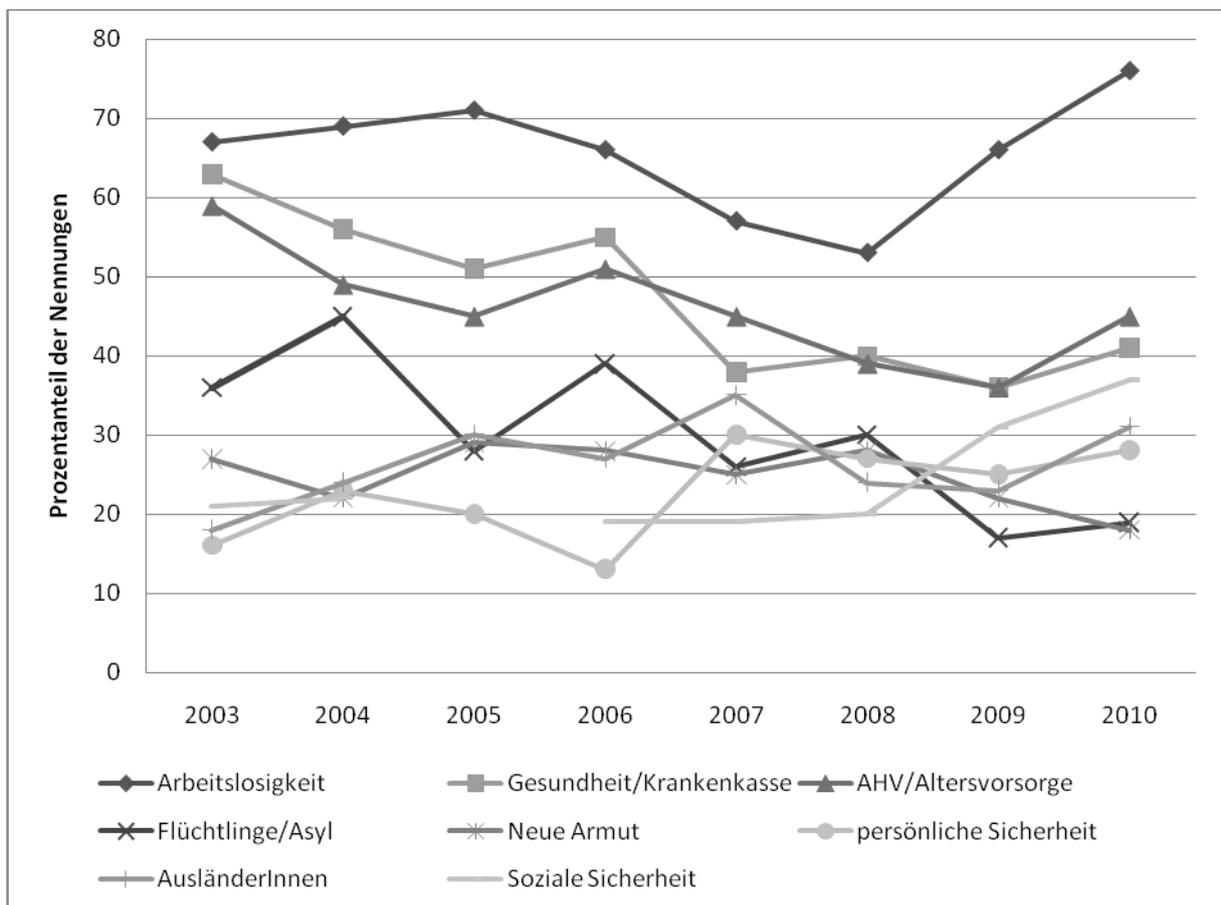
<sup>11</sup> <http://www.admin.ch/ch/d/pore/vi/vis353.html> (10.1.2012)

<sup>12</sup> <http://www.admin.ch/ch/d/pore/vi/vis357.html> (10.1.2012)

Neben diesen beiden dominierenden Debatten wurde das Thema Migration in den Medien vor allem in Zusammenhang mit der Diskussion über Missbräuche in den Bereichen Invalidenversicherung und Sozialhilfe, mit Verkehrssicherheit („Raser“) oder Kriminalität abgehandelt. Diese Themen wurden abgelöst von einer allgemeineren Debatte über die Zuwanderung, namentlich in Zusammenhang mit der Personenfreizügigkeit, deren Auswirkungen von verschiedener Seite als problematisch betrachtet werden (Lohndruck, Überbevölkerung, Zunahme von Verkehr und Zersiedelung etc.), und die im Fokus der 2011 von der SVP lancierten Volksinitiative „Gegen Masseneinwanderung“ steht. Auch die Umweltorganisation Ecopop lancierte 2011 eine Volksinitiative („Stopp der Überbevölkerung - zur Sicherung der natürlichen Lebensgrundlagen“), die u.a. die Begrenzung der Einwanderung vorsieht. Ab 2010 fand zunehmend auch die neue Migration gut ausgebildeter Personen ihren Niederschlag in den Medien, indem etwa die Besetzung hoher Kaderstellen in der Wirtschaft, von Chefarztstellen in Spitälern oder von Professuren an Schweizer Universitäten emotional diskutiert wurde.

Die politischen Umwälzungen im arabischen Raum seit Februar 2011 liessen ausserdem neue grösserer Flüchtlingswellen erwarten und intensivierten die seit längerem anhaltenden Diskussionen über die schweizerische Asylpolitik. Neben den laufenden Reformen in diesem Bereich bot insbesondere die Frage der Unterbringung von Asylsuchenden Anlass zu teilweise heftigen Debatten.

**Abbildung 1:** Die „fünf wichtigsten Probleme der Schweiz“ gemäss Credit Suisse-Sorgenbarometer



Quelle: gfs.bern (Credit Suisse-Sorgenbarometer 2003-2010). Die Bezeichnung und Inhalte der abgefragten Problemkomplexe sind nicht immer von Jahr zu Jahr identisch.

Der im Auftrag der Credit Suisse von gfs.bern jährlich erstellte Sorgenbarometer zeigt zwischen 2003 und 2010 eine tendenzielle Abnahme der Bedeutung des Problemkomplexes „Flüchtlinge/Asyl“ von 36% bzw. Rang 4 der Nennungen in 2003 auf 19% bzw. Rang 7 in 2010 (2009: Rang 10). Demgegenüber nahm die perzipierte Bedeutung des Problemkomplexes „AusländerInnen“ zwischen 2003 und 2010 bei schwankendem Verlauf tendenziell etwas zu. 2003 lag dieses Thema bei 18% bzw. Rang 9 der Nennungen, 2010 bei 31% und auf Rang 5. In jedem Jahr erwiesen sich die Themenkomplexe „Arbeitslosigkeit“, „Gesundheit/Krankenkasse“ und „AHV/Altersvorsorge“ als die drei meistgenannten Probleme. Seit 2008 ist auch die Bedeutung des Themas „soziale Sicherheit“ stark gestiegen (2009 und 2010: Rang 4). Abbildung 1 illustriert diese Entwicklung.

Bis heute existieren in der Schweiz keine systematischen und langfristigen Erhebungen mit Zeitreihencharakter zu rassistischen und fremdenfeindlichen Diskriminierungen bzw. Einstellungen<sup>13</sup>, weshalb die diesbezügliche Entwicklung des Kontextes nicht beurteilt werden kann.

Dass Migration und damit verbundene Diversität im gesellschaftlichen Diskurs tendenziell aus einer problemorientierten Sichtweise betrachtet werden, hat gemäss den im Jahr 2010 befragten Expertinnen und Experten mittelbare Auswirkungen auf alle untersuchten Politikbereiche:

- In der Gesundheitsversorgung kann der problemorientierte Diskurs Unsicherheiten und Vorurteile im Umgang mit kultureller Diversität verstärken. So kann beispielsweise der mit dem Thema Migration verknüpfte Diskurs über Missbrauch in den Sozialversicherungen die Wahrnehmung von Ärztinnen und Ärzten über Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund beeinflussen und eine vorurteilsfreie Behandlung insbesondere von Beschwerden, die im Zusammenhang mit einer IV-Anmeldung stehen könnten, erschweren.
- In der Integrationsförderung, die zwar als Bedarf gesehen und nicht grundsätzlich in Frage gestellt wird, entsteht einerseits ein Druck auf Fachleute, sich zu erklären und Aktivitäten zu reduzieren oder einzustellen, die über die unmittelbaren Schwerpunkte (Sprachförderung, Pflichten von Personen mit Migrationshintergrund) hinausgehen und von aussen als „nice to have“ betrachtet werden. Andererseits können die Darstellung von Integration als persönliches Anforderungskriterium bzw. als vom Willen der Migrationsbevölkerung abhängig und der gleichzeitige negativ konnotierte Migrationsdiskurs, der der Vielfalt der Migrationsbevölkerung kaum Rechnung trägt, Personen mit Migrationshintergrund psychisch belasten und dadurch zusätzliche Integrationshindernisse aufbauen.
- Der Bereich der Sozialwerke und Sozialversicherungen ist in Zusammenhang mit Migration oft Gegenstand eines allgemeinen Missbrauchsdiskurses, der sich mit dem Migrationsdiskurs bzw. mit negativen Einstellungen gegenüber Personen mit Migrationshinter-

---

<sup>13</sup> Im Rahmen des Dokumentations- und Monitoringsystems DoSyRa werden seit 2008 die Rassismussvorfälle dokumentiert, welche in den bestehenden Beratungsstellen bearbeitet werden. ([http://d102352.u28.netvs.ch/bfr/bfr\\_index.asp?lang=d](http://d102352.u28.netvs.ch/bfr/bfr_index.asp?lang=d)). 2008 wurden 158 Fälle erfasst, 2009 162 und 2010 178. Diese Zahlen sind jedoch für Trendaussagen nur von beschränktem Nutzen, da sie erstens vom Meldeverhalten betroffener Personen abhängig sind und zweitens sich zwischen 2008 und 2010 die Zahl der Beratungsstellen von fünf auf sieben erhöht hat.

grund vermischt. Dadurch erhöht sich der politische und der Rechtfertigungsdruck auf die Sozialwerke, insbesondere die Invalidenversicherung<sup>14</sup> und deren Instrumente.

Der vorherrschende Diskurs über Personen mit Migrationshintergrund kann ausserdem dazu führen, dass behördliche oder zivilgesellschaftliche Organisationen bei der Konzeption von Strategien, Programme und Projekte zur Förderung von Chancengleichheit Faktoren wie z.B. den sozialen Status, die Bildung, die Lebensumstände etc. stärker gewichten, weil diese nicht nur spezifisch die Migrationsbevölkerung betreffen, sondern breitere Bevölkerungskreise, und damit weniger Angriffsfläche für Stigmatisierung oder für Kritik an der Ausrichtung der betreffenden Strategien, Programme und Projekte bieten. Der mit diesem Faktor möglicherweise stark korrelierende Migrationshintergrund wird schliesslich erst zum Thema, wenn es darum geht, die Zielgruppen von konkreten Massnahmen zu erreichen. Im Hinblick darauf, dass der Migrationshintergrund häufig ein nicht oder nur schwach determinierender Faktor für soziale Ungleichheiten ist (vgl. z.B. Armutsbekämpfung in Abschnitt 2.2.6), erhöhen diese Vermeidungsstrategien aus Sicht der befragten Personen möglicherweise sogar die Wirksamkeit der entsprechenden Massnahmen.

### **2.2.2 Personen mit Migrationshintergrund<sup>15</sup>**

Aus Sicht der 2010 befragten Expertinnen und Experten besteht seitens der Personen mit Migrationshintergrund ein Interesse am Thema Gesundheit, allerdings ist dieses nicht einheitlich: Während bei Neuzuzügerinnen und Neuzuzüger aus Sicht der Befragten tendenziell die grössten Wissenslücken bestehen und Themen wie der Umgang mit der Krankenkasse und dem Gesundheitssystem allgemein im Vordergrund stehen, stellen sich bei Angehörigen der ersten Einwanderergeneration bezüglich dem Themenfeld M+G tendenziell eher Fragen in direktem Zusammenhang mit gesundheitlichen Problemen (bzw. finanzielle Konsequenzen einer Alkoholabhängigkeit) oder der Frauen- und Kindergesundheit. Bei Angehörigen der zweiten Generation bestehen andere Voraussetzungen. In Bezug auf die hier interessierenden Fragestellungen befassen sie sich vorwiegend mit Themen wie Chancengleichheit (z.B. in der Bildung), politische Partizipation oder gesellschaftliche Integration. Häufig treten gesundheitliche Fragen eher akut auf, z.B. während der Schwangerschaft das Thema Gesundheit von Kleinkindern.

Vereinen und Organisationen von Personen mit Migrationshintergrund sind wichtige Bindeglieder zwischen diesen Personen und den Regelstrukturen und dienen als Kommunikationskanäle und Multiplikatoren. Gemäss den Einschätzungen der befragten Expertinnen und Experten steht jedoch oft nicht die Informationsvermittlung im Vordergrund der Aktivitäten solcher Vereine und Organisationen, sondern der Zusammenhalt und gegenseitige Austausch, die Bewahrung der Kultur etc. Hinzu kommt, dass Vereine häufig – auch aus Zeitgründen – mit den Anforderungen

---

<sup>14</sup> Vgl. hierzu beispielsweise die 2010 im Rahmen des Forschungsprogramms IV vom Bundesamts für Sozialversicherungen publizierten Studien zu Personen mit Migrationshintergrund in der IV (Bolliger et al. 2010, Guggisberg et al. 2010).

<sup>15</sup> Die hier präsentierten Aussagen beruhen auf den Erhebungen im Rahmen der Kontextanalyse, d.h. auf den Einschätzungen der befragten Stakeholder. Eine vertiefte und ausführliche Analyse auf der Basis von direkten Befragungen bietet das Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (Guggisberg et al. 2011).

an Projektanträge tendenziell überfordert sind, was ihre Bereitschaft und Möglichkeit zur Beteiligung an Integrations- oder Gesundheitsförderungsprogrammen entsprechend einschränkt.

### 2.2.3 Politische Schwerpunkte des Bundesparlaments

Eine themenspezifische Auswertung der parlamentarischen Vorstösse 2003-2011 anhand der Geschäftsdatenbank Curia Vista liefert Hinweise auf die Schwerpunktsetzung der politischen Diskussion auf Bundesebene und auf die Bedeutung der Themen Migration und Gesundheit bzw. Chancengleichheit. Trotz einer Zunahme der Gesamtzahl vom Parlament behandelter Geschäfte bleibt der summierte Anteil der drei Themengebiete „Gesundheit“, „Migration/Asyl“ und „soziale Fragen“ am Total zwischen 2003-2011 jedes Jahr mehr oder weniger konstant bei rund 24%. Der Anteil der Vorstösse zum Thema Gesundheit schwankte und entwickelte sich nicht eindeutig, Migrations- und Asylfragen gewannen leicht an Bedeutung, der Anteil der Vorstösse zu sozialen Fragen nahm leicht ab (vgl. Tabelle 2).

**Tabelle 2:** Parlamentarische Vorstösse in den Themen Gesundheit, Migration/Asyl und Soziale Fragen 2003-2011

Jahr		Total Anzahl Geschäfte	Gesundheit	Migration/Asyl	Soziale Fragen	Summe der drei Themen
2003	N	1318	118	57	150	325
	% am Total		8.95	4.32	11.38	24.66
2004	N	1512	128	61	143	332
	% am Total		8.47	4.03	9.46	21.96
2005	N	1616	164	59	147	370
	% am Total		10.15	3.65	9.10	22.90
2006	N	1642	149	84	151	384
	% am Total		9.07	5.12	9.20	23.39
2007	N	1689	191	46	179	416
	% am Total		11.31	2.72	10.60	24.63
2008	N	1952	190	92	178	460
	% am Total		9.73	4.71	9.12	23.57
2009	N	2475	285	124	219	628
	% am Total		11.52	5.01	8.85	25.37
2010	N	2262	230	129	210	569
	% am Total		10.17	5.70	9.28	25.15
2011	N	2110	177	140	146	463
	% am Total		8.39	6.64	6.92	21.94

Quelle: [www.parlament.ch](http://www.parlament.ch) (Curia Vista Geschäftsdatenbank)

Die im Parlament dominierenden Gesundheitsthemen sind die Krankenversicherung, Medikamente und die Krankenkassen, seitens der sozialen Fragen sind es die IV, die berufliche Vorsorge, die Familienpolitik und die Arbeitslosenversicherung, und im Bereich Migration stehen allgemeine Asylfragen deutlich im Zentrum, gefolgt von Fragen zur Rückführung bzw. Ausschaffung von Asylsuchenden, zur Einbürgerung und zur Integration.

Inhaltlich finden sich unter den insgesamt 3923 näher betrachteten Vorstössen in diesen drei Themenfeldern nur 25, die sich direkt auf den Themenkomplex M+G beziehen. Davon konnten 9 Vorstösse potenziell weiterführende direkte Konsequenzen im Sinne von Verwaltungsaktivitäten oder Gesetzgebungsprozessen auslösen (Motionen, Postulate, Initiativen), während 16 primär

deklaratorischer Art waren (Interpellationen, Fragen, Fragestunde). Die 25 Vorstösse mit direktem M+G-Bezug betreffen die folgenden Themen:

- Zugang zu Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung für Asylsuchende und Sans Papiers (8) (5 pro, 3 contra)
- Grenzsanitarische Untersuchungen bei Asylsuchenden, epidemiologische Fragen (AIDS, Tuberkulose), Vorgehen und Konsequenzen des Abbaus, Kosten (6)
- Förderung von ikÜ, Kosten (3)
- Aktivitäten des Bundes im Bereich Chancengleichheit/Inequalities in Health (3)
- Verbot von sexuellen Verstümmelungen (FGM; 1)
- Sexuelle und reproduktive Gesundheit bei Migrantinnen (1)
- Migration und Suchtverhalten/Drogenkonsum (1)
- Berücksichtigung psychischer Traumata bei Asylverfahren (1)
- Umsetzung der Strategie M+G (1)

Nur zwei der Vorstösse wurden überwiesen: die Parlamentarische Initiative Roth-Bernasconi (05.404) „Verbot von sexuellen Verstümmelungen“ führte zu einer entsprechenden Anpassung des Strafgesetzbuches (BBl 2011 7409). Künftig steht gemäss Art. 124 und Art. 260<sup>bis</sup> Abs. 1 Bst. c<sup>bis</sup> StGB die Verstümmelung weiblicher Genitalien unter Strafe. National- und Ständerat verabschiedeten die entsprechende Vorlage am 30. September 2011, der Bundesrat setzte sie per 1. Juli 2012 in Kraft.<sup>16</sup> Als Reaktion auf den zweiten überwiesenen Vorstoss (Postulat Heim 09.3484: Sans-Papiers. Krankenversicherung und Zugang zur Gesundheitsversorgung) liess das BAG eine Studie erarbeiten, welche eine Situationsanalyse vornahm und die aufgeworfenen Fragen beantwortete. Die Antwort des Bundesrats ist zurzeit (Januar 2012) noch hängig. Die übrigen Vorstösse mit direktem Bezug zum Thema M+G wurden abgelehnt oder noch nicht behandelt.

Zahlreiche weitere Vorstösse weisen einen indirekten Bezug zum Themenkomplex M+G auf, insbesondere in den Bereichen IV, Armut, Integration und Asyl, sowie z.B. Gleichstellung, Diskriminierung, häusliche Gewalt oder Gesundheitskompetenz. Diese wurden nicht detailliert untersucht bzw. systematisch ausgewertet. Summarisch lässt sich festhalten, dass Vorstösse zum Thema Migration bzw. zu Migrantinnen und Migranten in der Schweiz grösstenteils negativ konnotiert sind (z.B. Missbrauchsverdacht in der IV, Forderungen nach einer restriktiveren Ausländer- und Asylpolitik). Mehrfach wird auch das von der Strategie M+G angestrebte Statistik-Mainstreaming (Migrationshintergrund bzw. Nationalität ausweisen) thematisiert, aber meist in negativem Zusammenhang: die Forderung, Statistiken sollen nach Nationalitäten bzw. Migrationshintergrund differenzieren, zielt in der Regel darauf ab, Migrantinnen und Migranten stigmatisieren zu können (Kriminalitätsrate, IV-Bezug etc.). Vorstösse, welche verstärkte Integrationsbemühungen oder noch direktere Anliegen in der Stossrichtung der Strategie M+G vorbringen, sind dagegen deutlich in der Minderheit. Der politische Kontext im Bundesparlament ist somit der Strategie M+G kaum förderlich: Die Strategie ist in der politischen Arena praktisch bedeutungslos und ihre Anliegen haben dort kaum Rückhalt. Am ehesten finden allgemeine sozialpoli-

---

<sup>16</sup> Medienmitteilung des Bundesamts für Justiz vom 26. April 2012 ([http://www.bj.admin.ch/content/bj/de/home/dokumentation/medieninformationen/2012/ref\\_2012-04-26.html](http://www.bj.admin.ch/content/bj/de/home/dokumentation/medieninformationen/2012/ref_2012-04-26.html)).

tische Anliegen Beachtung, die indirekt und ohne Bezug auf das Thema Migration auf eine Stärkung der Chancengleichheit abzielen, z.B. die Armutsbekämpfung.

Insgesamt ist zu bilanzieren, dass auf der Ebene der Bundespolitik das Thema Chancengleichheit bzw. Migration und Gesundheit kaum von Bedeutung ist. Eine politische Lobby, die sich offen für diese Anliegen einsetzt, ist kaum erkennbar – eine explizite Gegnerschaft allerdings auch nicht. Es handelt sich somit um eine Politik mit geringer öffentlicher Visibilität, die vor allem in Fachkreisen von Interesse ist und dort durchaus auf Akzeptanz stösst (vgl. Abschnitte 2.2.4 und 2.2.5).

## 2.2.4 Kontextentwicklung im Themenfeld Gesundheit

### *Kontextentwicklung auf Bundesebene*

Im Zentrum der gesundheitspolitischen Diskussion auf Bundesebene standen in der Untersuchungsperiode (2007-2011) Themen wie die verschiedenen Vorlagen zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) (v.a. Spital- und Pflegefinanzierung, Einführung von SwissDRG, Managed Care, Medikamentenpreise), die ärztliche Grundversorgung, die Komplementärmedizin, Pandemien und Impfungen, der sich abzeichnende Mangel an Pflegepersonal sowie das sich in Behandlung befindende Präventionsgesetz. Im Vergleich mit diesen System- und Versorgungsfragen sind der Umgang mit Diversität im Gesundheitswesen bzw. die Frage gesundheitlicher Ungleichheiten auf politischer Ebene Marginalien. Dies zeigt auch die inhaltliche Analyse der parlamentarischen Vorstösse zum Thema Gesundheit (vgl. Abschnitt 2.2.3). Auch die im Jahr 2010 befragten Fachpersonen sind der Auffassung, dass die Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund von den politischen Gremien auf allen Staatsebenen grundsätzlich nicht als vorrangig erachtet werde.

Auf Bundesebene sind drei zentrale Kontextentwicklungen auszumachen, die für die Strategie M+G von grösserer Relevanz sind. Es handelt sich um die 2009 vorgelegte Qualitätsstrategie des Bundes für das Gesundheitswesen, das vom Bundesrat vorgeschlagene Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (PrävG) und die Diskussion über die Stellung des interkulturellen Übersetzens (ikÜ). Diese drei Entwicklungen werden nachfolgend kurz diskutiert.

2009 verabschiedete der Bundesrat die vom BAG erarbeitete **Qualitätsstrategie des Bundes im schweizerischen Gesundheitswesen** (BAG 2009). Darin wird der chancengleiche Zugang für alle zu Leistungen der Gesundheitsversorgung explizit als eine Zieldimension der Qualität bezeichnet, an der die Qualität der Gesundheitsversorgung auch gemessen werden soll.<sup>17</sup> Das Kriterium der Chancengleichheit wird nicht näher erläutert. Es bezieht sich nicht explizit auf spezifische Gruppen, sondern gilt „für alle“. Die Verankerung des Kriteriums der Chancengleichheit als Zieldimension für das Gesundheitswesen ist zunächst auf einer deklaratorischen Ebene wichtig für die Strategie M+G: Aktivitäten, die den Zugang von Personen mit Migrationshintergrund zu Leistungen des Gesundheitssystems verbessern sollen, haben so sowohl BAG-

---

<sup>17</sup> Bei den weiteren Zieldimensionen handelt es sich um Sicherheit, Wirksamkeit, Patientenzentriertheit, Rechtzeitigkeit und Effizienz der Leistungserbringung (BAG 2009: 48).

intern als auch gegen aussen eine zusätzliche Legitimationsgrundlage und einen wichtigen Anknüpfungspunkt auf strategischer Ebene erhalten.

Für die Strategie M+G ist die Qualitätsstrategie zudem von Bedeutung, weil ihr Umsetzungskonzept und die vorgesehenen Aktionsfelder (vgl. BAG 2009) ähnliche Ansätze verfolgen, um die Qualitätssicherung und ihre Zieldimensionen im Versorgungssystem zu verankern, wie die Strategie M+G. Im Vordergrund stehen die Unterstützung von Eigeninitiativen, Forschung, sowie Aus-, Weiter und Fortbildung. Der in der Qualitätsstrategie angestrebte Einbezug von Patienten und Bevölkerung betrifft auch die Migrationsbevölkerung. Dabei können sich unter Umständen Fragen der zielgruppenspezifischen Ausrichtung von Massnahmen und der Erreichbarkeit der Zielgruppen stellen. Diesbezüglich besteht ein gewisses Potenzial, einzelne Aktivitäten der Qualitätsstrategie und der Strategie M+G miteinander zu verknüpfen. Eine weitere Parallele zwischen den beiden Strategien besteht darin, dass sie sich beide u.a. direkt an die Leistungserbringer des Gesundheitswesens richten.

Obwohl die Qualitätsstrategie des Bundes die Strategie M+G auf deklaratorischer, strategischer und konzeptioneller Ebene unterstützt – was im Vergleich mit 2007 als positive Kontextentwicklung zu beurteilen ist –, dürfte sich das konkrete Wirkungspotenzial bis auf Weiteres noch in Grenzen halten. Zum einen ist die Qualitätsstrategie des Bundes für die Zielgruppen nicht bindend, zum anderen ist ihre Umsetzung erst angelaufen und weisen die bisher definierten Aktivitäten und Schwerpunkte (BAG 2011) kaum unmittelbare Berührungspunkte mit der Strategie M+G auf.

Der Bundesrat legte im September 2009 seinen Entwurf für ein **Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (PrävG)** vor (Bundesrat 2009). Mit der Schaffung einer gesetzlichen Grundlage soll die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention auf Bundesebene gestärkt werden. Der Gesetzesentwurf skizziert auch ein Konzept zur Formulierung von Gesundheitszielen und für die Steuerung und Organisation der Umsetzung. Das Gesetz zielt u.a. auf die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten, die Förderung der Berücksichtigung der Gesundheitsdeterminanten und die Schaffung spezifischer Massnahmen für Gruppen mit besonderem Handlungsbedarf. Als Leitprinzipien sollen dazu Gender-, Migrations- und Disability-Mainstreaming dienen. Damit setzt der Bund beim Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Chancengleichheit und sozialen Gesundheitsdeterminanten an. Der Gesetzesentwurf nimmt verschiedene Anliegen und Ansätze auf, die auch für die Strategie M+G zentral sind, und würde diesen eine gesetzliche und damit strategische Verankerung sowie eine breitere Abstützung verleihen.

Mit dem Gesetz würde eine Grundlage für die stärkere transversale Thematisierung der Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund und für die Lancierung entsprechender Massnahmen geschaffen, was die Umsetzung der Strategie M+G fördern dürfte. Der Bundesrat hat im Rahmen seines Berichts zur Weiterentwicklung der Integrationspolitik zudem angekündigt zu prüfen, wie in der Erarbeitung des Ausführungsrechts des vorgesehenen Präventionsgesetzes das Thema Integration einbezogen werden kann (Bundesrat 2010b: 38). Noch unklar sind die möglichen institutionellen Folgen des Gesetzes. Gemäss dem aktuellen Stand der parlamentarischen

Beratung<sup>18</sup> würde die Zuständigkeit für die Durchführung nationaler Präventionsprogramme vom BAG an die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz übergehen. Je nach künftiger Ansiedlung der Zuständigkeit für die Strategie M+G könnten sich dadurch die Rahmenbedingungen für deren Steuerung und Umsetzung verändern.

Auch einige der im Jahr 2010 befragten Expertinnen und Experten sahen das PräVG als mögliche Chance für die stärkere Thematisierung der Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund. Allerdings war für sie noch schwierig abzuschätzen, welche Auswirkungen das Gesetz tatsächlich haben könnte. Aus Sicht einzelner Befragten ist zudem zu berücksichtigen, dass in Zeiten finanziellen Spardrucks bestehende Präventionsprogramme politisch tendenziell unter Druck geraten und die Bereitschaft, zusätzlich in Präventionsbemühungen zu investieren, eher gering ist, weil ihre Wirkungen allgemein schwer messbar sind und ihre Notwendigkeit oft in Frage gestellt wird.

Diese Einschätzung bestätigte sich anlässlich der Behandlung des PräVG im Parlament. Die Vorlage wurde im April 2011 vom erstbehandelnden Nationalrat mit 97:71 Stimmen verabschiedet, der Ständerat hingegen lehnte es in der Wintersession 2011 mit 20:19 Stimmen vorläufig ab, auf das Geschäft einzutreten. Die nationalrätliche Sozial- und Gesundheitskommission empfahl hingegen dem Nationalrat am 13. Januar 2012, am bestehenden Entwurf festzuhalten. Das PräVG wird somit 2012 erneut in den eidgenössischen Räten behandelt. Die weitere Entwicklung und damit auch die möglichen Konsequenzen für die Strategie M+G sind schwierig abzuschätzen.

Die in Politik und Medien geführte Debatte über das PräVG illustriert, dass neben finanziellen Gesichtspunkten in verschiedenen Kreisen auch eine grundsätzliche Opposition gegenüber staatlichen Präventionsbemühungen auszumachen ist. Die betreffenden Akteure lehnen staatlich initiierte und koordinierte Gesundheitsförderung und Prävention ab, weil dadurch das Prinzip der individuellen Eigenverantwortung verletzt werde.

Eine Kontextentwicklung mit direkter Relevanz für die Strategie M+G betrifft die **Diskussion des interkulturellen Übersetzens (ikÜ)** im Bundesparlament und innerhalb der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Die verschiedenen auf parlamentarischem Weg unternommenen Bemühungen, die ikÜ im Gesundheitswesen zu stärken, sind auf Bundesebene jedoch gescheitert: Die parlamentarische Initiative „Anspruch auf Pflegeleistungen für fremdsprachige Patientinnen und Patienten“ (06.428) von Nationalrätin Menétrey-Savary, welche die Finanzierung von ikÜ durch eine Änderung des KVG vorschlug, wurde ebenso abgelehnt wie die Motion „Dolmetscherinnen und Dolmetscher im Gesundheitsbereich“ (08.3642) von Ständerat Recordon, die vom Bundesrat die Regelung der Finanzierung von interkulturellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern verlangte. Der Bundesrat berief sich in seiner Antwort darauf, dass eine Finanzierung über das KVG ausgeschlossen sei und der Bund keine anderweitige Kompetenz habe, die Finanzierung dieser Dienste zu regeln. Diese Aufgabe falle in die Verantwortung der Kantone. In einer Antwort auf die Interpellation „Ausbildung der interkulturellen Übersetzerinnen und Übersetzer“ (09.4235) von Nationalrätin Schenker bekräftigte der Bundes-

---

<sup>18</sup> Eine Zusammenfassung der Verhandlungen im Nationalrat findet sich auf: [http://www.parlament.ch/D/Suche/Seiten/legislaturrueckblick.aspx?rb\\_id=20090076](http://www.parlament.ch/D/Suche/Seiten/legislaturrueckblick.aspx?rb_id=20090076) (23.1.2012)

rat seine Absicht, die Qualitätssicherung der Ausbildung und ein entsprechendes zukünftiges Kompetenzzentrum via Bundesamt für Migration (BFM) und BAG finanziell zu unterstützen.

Das interkulturelle Übersetzen wurde überdies auch im Kontext der Integrationsförderung thematisiert und soll nach dem Willen des Bundesrats in verschiedenen Bereichen (Berufsbildung, Sozialversicherungen) gestärkt werden (Bundesrat 2011: 52; 55f.; vgl. Abschnitt 2.2.5).

Für die Strategie M+G nicht unmittelbar von Bedeutung, aber dennoch erwähnenswert ist zudem, dass der Bundesrat im Juni 2011 eine **gesundheitspolitische Strategie** präsentierte. Diese formuliert im Sinne einer Auslegeordnung ein Ziel („Die Gesundheit der Menschen in der Schweiz noch besser zu fördern und zu schützen“), diverse Leitlinien und drei Pfeiler mit spezifischen Massnahmen (EDI 2011). Im Rahmen des dritten Pfeilers, der mittel- und langfristige Reformen skizziert, strebt der Bundesrat die Aufwertung von Gesundheitsförderung und Prävention (über den Erlass des PräVG) sowie die Umsetzung der 2009 formulierten Qualitätsstrategie an. Insofern sind diese für die Strategie M+G relevanten Kontextentwicklungen auch auf einer übergeordneten strategischen Ebene im Sinne von Orientierungspunkten verankert, was zumindest symbolisch und deklaratorisch bedeutsam ist und eine gewisse Verbindlichkeit unterstreicht.

### ***BAG-interner Kontext***

Da die Kontextanalyse primär auf Entwicklungen ausserhalb des BAG fokussierte, wurde der BAG-interne Kontext nicht systematisch und vertieft untersucht. Die Gespräche mit den Handlungsfeldverantwortlichen liefern jedoch verschiedene Hinweise auf BAG-interne Kontextfaktoren, welche für die Konzeption und insbesondere die Umsetzung der Strategie M+G von Bedeutung sind.

In der Wahrnehmung des Programteams erschwert die amtsintern eher niedrige hierarchische Stellung der Strategie M+G die Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit mit anderen Amtseinheiten und Ämtern. Oft würden direkte Kontakte in andere Ämter fehlen, weil das BAG in gewissen Bereichen nicht in formalisierte Zusammenarbeitsstrukturen involviert sei. Wo Kontakte bestehen, funktioniere die Zusammenarbeit unter Sachbearbeitern gut und pragmatisch, bleibe aber auf diese Ebene beschränkt. Sobald Sektions- oder Abteilungsleitungen involviert sind oder aus formellen Gründen involviert sein sollten, werde die Zusammenarbeit schwieriger, weil auf dieser hierarchischen Ebene institutionelle Zuständigkeitsgrenzen geltend gemacht würden oder die Sensibilisierung für das Thema Migration und Gesundheit weniger ausgeprägt bzw. gar nicht vorhanden sei. Das Commitment der BAG-Geschäftsleitung für die Strategie wird M+G als eher schwach wahrgenommen, die Unterstützung dieser Ebene gegen aussen fehle, wird vom Programteam aber als wichtige Ressource (Symbolwirkung, Gewicht bei Kontaktaufnahme und Verhandlungen mit anderen Ämtern und externen Partnern) bei der Lancierung von Mainstreaming-Aktivitäten bei anderen Ämtern und externen Partnern betrachtet.

Seitens des Programteams wird bedauert, dass die verschiedenen Aktivitäten auf internationaler Ebene (vgl. Abschnitt 2.1.1), die für die Konzeption und Ausrichtung der Strategie M+G von gewisser Bedeutung sind, von der BAG-Geschäftsleitung kaum wahrgenommen würden. Auf dieser Ebene bestünden andere strategische Prioritäten.

Das Programmteam beurteilt das BAG insgesamt als wenig dynamisch bzw. in den Abläufen als eher träge und auf die bestehenden Strategiegrundlagen fixiert. Auf Entwicklungen der Tagesaktualität werde kaum reagiert. Auch die allgemeine Kommunikationstätigkeit des BAG wird als zurückhaltend und defensiv wahrgenommen. Diese teaminterne Wahrnehmung korrespondiert weitgehend mit der Aussenwahrnehmung diverser Schlüsselakteure des Gesundheitswesens, die in anderem Kontext befragt wurden (Rüefli/Krafft 2010). Eine Mehrheit von ihnen vermisst eine klare Positionierung und Führungsrolle des BAG in der schweizerischen Gesundheitspolitik und wünscht sich vom BAG mehr gestaltendes Agieren.

Nach Einschätzung verschiedener 2010 im Rahmen der Kontextanalyse befragter Personen fehlt dem BAG eine gemeinsame Strategie bzw. eine Koordination der Aktivitäten zwischen den verschiedenen Abteilungen. Ein Beispiel, das in diesem Zusammenhang genannt wurde, ist die Projektförderung des Tabakpräventionsfonds im Bereich Tabak und Migration, die nicht dem Mainstreaming-Ansatz der Strategie M+G entspricht (z.B. Projekt Tiryaki Kukla: Tabakprävention bei Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei<sup>19</sup>).

### ***Kontextentwicklung auf Ebene der Kantone***

Unter den im Jahr 2010 befragten Expertinnen und Experten besteht zu einem grossen Teil Konsens darüber, **welche einzelnen Kantone im Bereich M+G besonders aktiv sind**.<sup>20</sup> In den Gesprächen wurden einzelne Kantone und Gemeinden erwähnt, in denen ein starkes Bewusstsein für das Thema Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund vorhanden ist, und die Aktivitäten in diesem Bereich fördern oder selbst durchführen. So wurde der Kanton Basel-Stadt hervorgehoben, der ein eigenes Programm „Migration und Gesundheit“ lanciert hat (Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt 2009). Allerdings zielt dieses aus Sicht einzelner Befragter zu stark auf Verhaltensänderungen ab, anstatt auf strukturelle Veränderungen. Von einzelnen Personen wurde zudem negativ vermerkt, dass das Programm vom Kanton autonom und ohne Einbezug von Akteurinnen und Akteuren, die bereits lange im Bereich tätig sind, umgesetzt werde. Ebenfalls als aktiver Kanton gilt St. Gallen, dies vor allem aufgrund der hohen Zahl an Aktivitäten, die dort im Rahmen der Strategie „Migration und Gesundheit 2003-2007“ aufgebaut wurden. Aufgrund der operativen Neuausrichtung der Bundesstrategie ab 2007 fiel jedoch ein Teil der finanziellen und der wahrgenommenen ideellen Projektunterstützung weg. Die Kantone St. Gallen und Luzern wurden darüber hinaus als aktiver als andere wahrgenommen, weil dort eine enge Zusammenarbeit zwischen den Integrationsdelegierten und dem Gesundheitsbereich besteht. Der Kanton Bern, vor allem die Stadt Bern, wurde von den Befragten ebenfalls als ein Kanton wahrgenommen, der sich im Bereich Migration und Gesundheit und im Bereich „Inequalities in Health“ insgesamt stark engagiert. Über den Kanton Zürich gehen die Meinungen darüber auseinander, ob sich der vorhandene Diskurs zum Thema Migration und Gesundheit auch in konkreten Aktivitäten manifestiert. In der französischsprachigen Schweiz nehmen die Stakeholder die Kantone Genf und Waadt als besonders aktiv wahr.

---

<sup>19</sup> [http://www.bag.admin.ch/tabak\\_praevension/00879/00889/07671/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/tabak_praevension/00879/00889/07671/index.html?lang=de)

<sup>20</sup> In einer bisher unveröffentlichten Studie im Auftrag des BAG beschreibt Lehmann (2010) die Ansätze und Massnahmen der Kantone Basel Stadt, Bern, Freiburg, St. Gallen und Waadt zur Verringerung *sozialer* gesundheitlicher Ungleichheiten.

Auf kantonaler Ebene ist insgesamt eine gewisse **Dynamik im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention** festzustellen. In den letzten Jahren wurde dieses Thema in den kantonalen Gesundheitsgesetzen aufgewertet. 2011 war der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention in 18 Kantonen hoch. Zwei Kantone planen eine Aufwertung im Rahmen einer Revision des Gesundheitsgesetzes. In drei Kantonen wird der Stellenwert des Themas als gering eingestuft. Zu den übrigen drei Kantonen liegen keine klaren Angaben vor (Rielle et al. 2011). Stand 2009 verfügte eine Mehrheit der Kantone, darunter alle Kantone der lateinischen Schweiz, über einen kantonalen Plan für Prävention und Gesundheitsförderung (Lehmann 2009). Dabei ist das Thema M+G durchaus präsent. Ein Überblick über die veröffentlichten kantonalen Leitbilder zur Gesundheitsförderung und Prävention allgemein oder zu einzelnen Themenbereichen (vgl. Liste in Anhang 3) zeigt, dass in der Mehrzahl der Leitbilder (17 von 20) das Prinzip der Chancengleichheit direkt oder indirekt bzw. allgemein oder bezogen auf spezifische Gruppen erwähnt wird, oft unter Bezugnahme auf die Ottawa-Charta der WHO. Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten wird dagegen jeweils nur in einzelnen Leitbildern in einzelnen Teilbereichen der Gesundheitsförderung und Prävention spezifisch erwähnt. Dabei handelt es sich insbesondere um die Bereiche psychische Gesundheit, Sucht bzw. Drogen-, Tabak- und Alkoholkonsum sowie Ernährung, Bewegung und Körpergewicht.

Das Thema M+G hat sich gemäss den im Jahr 2010 befragten Fachpersonen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention festsetzen können. Es wurde es beispielsweise an der Jahresversammlung 2010 der Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung (VBGF) diskutiert. Besonders in Bezug auf einzelne Themen, wie beispielsweise gesundes Körpergewicht oder sexuelle und reproduktive Gesundheit, ist das Bewusstsein für das Thema Migration und Gesundheit stark entwickelt. Gemäss der Einschätzung der Befragten gehen vielerorts spezifische Migrationsprojekte in die Regelstrukturen und -projekte ein. Ein Hauptthema der Fachdiskussion stellt die Erreichbarkeit der Zielgruppen, insbesondere der Personen mit Migrationshintergrund, dar. In der Stakeholderbefragung 2011 gaben 82% der Antwortenden an, dass sich in ihrer Einschätzung bei Präventions- und Gesundheitsförderungsbemühungen diesbezügliche Probleme stellen (Huegli/Rüefli 2011: 25ff.).

Im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ist somit auf kantonaler Ebene eine Aufwertung des Themas M+G festzustellen. Die Kantone sind zunehmend sensibilisiert, was auch die Durchführung von – durch die Strategie M+G finanzierten – Bedarfsanalysen der Angebote von 10 Kantonen<sup>21</sup> illustriert. Diese Befunde weisen darauf hin, dass sich die Voraussetzungen für Aktivitäten der Kantone im Bereich M+G in den letzten Jahren verbessert haben.

Im Bereich der **Gesundheitsversorgung** ist das **Thema M+G in den Kantonen von untergeordneter Bedeutung**; die Diskussionen werden von anderen versorgungspolitischen Diskussionen, namentlich der Spitalfinanzierung oder der Sicherstellung der Grundversorgung dominiert. Erwähnenswert sind allerdings die Positionsbezüge zweier kantonalen Fachkonferenzen im Bereich des interkulturellen Übersetzens: Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen

---

<sup>21</sup> <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12512/12517/index.html?lang=de> (24.1.2012)

und –direktoren (GDK) verabschiedete 2010 eine Empfehlung zuhanden der Kantone, qualifizierte Übersetzungsdienstleistungen als Dienstleistungen von öffentlichem Interesse in die Leistungsverträge mit dem Spitälern aufzunehmen und Lösungen zu fördern, die den Zugang zum interkulturellen Übersetzen im Gesundheitsbereich erleichtern (GDK 2010). Auch der Vorstand der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) empfahl im Juli 2010 den Kantonen, Verfahren zum Einbezug von interkulturellen Übersetzenden und Vermittelnden im Sozialbereich festzulegen, die interkulturellen Kompetenzen der Mitarbeitenden der Sozialdienste weiterzuentwickeln und Vermittlungsstellen für interkulturelle Übersetzerinnen und Übersetzer so weit möglich in Anspruch zu nehmen (SODK 2010).

Gemäss der 2011 durchgeführten Stakeholderbefragung besteht im Bereich der Gesundheitsversorgung nach wie vor Handlungsbedarf: 85% der 2011 befragten Stakeholder sind der Ansicht, dass Migrantinnen und Migranten bei der Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsversorgung im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung mit spezifischen Problemen konfrontiert sind („trifft zu“: 50.8%, „trifft eher zu“: 34.2%; Huegli/Rüefli 2011: 20ff.).

### ***Kontextentwicklung auf der Ebene nicht-staatlicher Akteure des Gesundheitswesens***

Die 2010 erfolgte Befragung von Schlüsselpersonen der verschiedenen Leistungserbringerverbände im Gesundheitswesen (Ärzeschaft, Spitäler, Pflege) ergab, dass Themen wie Migration, Gender, Alter etc. für diese kaum von Relevanz ist. Die Agenda der Verbände wird von den oben erwähnten gesundheitspolitischen Entwicklungen und Problemstellungen dominiert. Nach Einschätzung der befragten Personen ist ein Teil der Fachleute im Gesundheitsbereich für das Thema Migration und Gesundheit sensibilisiert, eine Mehrheit interessiert sich jedoch nicht dafür. Insgesamt gilt das Thema als kaum in die Strukturen und in bestehende Projekte integriert, die Aktivitäten in diesem Bereich seien meist personenabhängig und damit fragil. Trotzdem finde eine zunehmende transkulturelle Öffnung der Institutionen statt, und die Nachfrage von Kursen zu transkultureller Kompetenz steige, jedoch nicht in allen Berufsgruppen. Eine zentrale Entwicklung ist nach Einschätzung der im Jahr 2010 befragten Expertinnen und Experten der starke Ausbau des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitsbereich in den letzten Jahren.

Die breiter angelegte Stakeholderbefragung, bei der mehr Akteure des Gesundheitswesens befragt wurden, zeigt hingegen ein etwas anderes Bild. 60.3% der Antwortenden aus dem Gesundheitsbereich gaben an, dass die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten dort ein Thema sei, und 51.9% gaben an, das Thema werde als wichtig erachtet. Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten ist in den Strategien oder Leitbildern von 52.7% der antwortenden Stakeholder aus dem Gesundheitsbereich thematisiert. 75.6% gaben an, Massnahmen zum Thema Gesundheit von Migrantinnen und Migranten durchzuführen, in Auftrag zu geben oder finanziell zu unterstützen (Huegli/Rüefli 2011).

Im **Spitalwesen** hat aus Sicht einzelner der im Jahr 2010 befragten Expertinnen und Experten das Projekt „Migrant Friendly Hospitals“ (MFH) des BAG und H+ Die Spitäler der Schweiz zu einer gewissen Sensibilisierung für das Thema M+G geführt. Nach der Einschätzung einzelner Befragter ist das Projekt MFH allerdings im Spitalbereich nicht sehr zentral.

Die **Ärztenschaft** ist aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten eher schwierig zu erreichen, Fragen zum Umgang mit Personen mit Migrationshintergrund stünden bei ihr nicht im Vordergrund. Aus Sicht der Befragten ist es zudem schwierig, sogenannte „weiche“ Themen wie transkulturelle Kompetenz in die Ausbildung einzubringen. Die Berücksichtigung solcher Themen sei von den Interessen einzelner Personen in den Ausbildungsinstitutionen abhängig.

Eine wichtige Kontextentwicklung ist jedoch, dass Bildungsangebote im Bereich transkulturelle Kompetenz von den Fachgesellschaften als Fortbildung anerkannt werden. Zudem gibt es seitens der Anbietenden von Workshops zum Thema transkulturelle Kompetenz für Ärztinnen und Ärzte Hinweise darauf, dass das Interesse am Thema zunimmt, sofern dieses im Rahmen bestehender Gefässe (Jahreskongresse, Qualitätszirkel etc.) eingebracht wird. Eine zweite Entwicklung ist die Zunahme von Ärztinnen und Ärzten mit Migrationshintergrund, die die Patientinnen und Patienten in ihrer Muttersprache behandeln können. Allerdings ist damit das Problem verbunden, dass in vielen Migrationsgemeinschaften auch die – politische – Herkunft bzw. Neutralität der Ärztin oder des Arztes eine entscheidende Rolle spielt und daher medizinischen Fachpersonen gleicher Herkunft häufig Misstrauen entgegengebracht wird und viele Personen mit Migrationshintergrund Ärztinnen und Ärzte anderer Herkunft bevorzugen.

Ein Hauptanliegen der Ärzteschaft in Zusammenhang mit dem Thema Migration ist die Sprache bzw. Verständigung mit Personen mit Migrationshintergrund. Vielfach geht nach Einschätzung der Befragten die wahrgenommene Relevanz von Migrationshintergrund nicht über diesen Aspekt hinaus. Die Lösungsansätze für Verständigungsprobleme bestehen zumeist in ad hoc organisierten Übersetzungen durch Verwandte oder Bekannte. Weitere Themen im Zusammenhang mit der Behandlung von Personen mit Migrationshintergrund sind unterschiedliche Wahrnehmungen der Dringlichkeit des Arztbesuchs und der Umgang mit sozialversicherungsrechtlichen Fragen bzw. Vorurteilen und tatsächlichem versuchtem Sozialversicherungsmissbrauch. Neben Verständigungsschwierigkeiten nehmen die Befragten das Thema Sozialversicherungen daher als zweiten grossen Störfaktor der Arzt-Patient-Beziehung wahr.<sup>22</sup>

In der **Pflege** sind gemäss Einschätzung der 2010 Befragten die Arbeitsbedingungen (Lohn, Ansehen der Tätigkeit) und Veränderung derselben (z.B. durch die Einführung der DRG) die vorrangigsten Themen. Die Herausforderungen in der Pflege von Personen mit Migrationshintergrund betreffen aus Sicht der Befragten hauptsächlich die sprachliche Verständigung und das Verständnis für kulturelle und religiöse Unterschiede sowie die Bedeutung von Bezugspersonen (z.B. Besuchs- und Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige im stationären Bereich). Das Thema transkulturelle Pflege ist gemäss den befragten Personen bereits Teil der Ausbildung und teilweise internen Weiterbildung von Pflegefachpersonen. Gleichzeitig ist die Nachfrage für Kurse der NGOs zu diesem Thema gesunken und es gibt aus Sicht einzelner Befragter Hinweise darauf, dass das Interesse am Thema bei den Pflegefachpersonen insgesamt gesunken ist.

Generell kann festgehalten werden, dass – von punktuellen Aktivitäten abgesehen – die zentralen Akteure und Verbände in der Gesundheitsversorgung nur beschränkt am Thema M+G interessiert bzw. darin aktiv sind. Sie verfolgen in der Regel andere Prioritäten und empfinden M+G eher als marginales Thema. Die Aufnahmebereitschaft dafür und die Bereitschaft, Ressourcen für

---

<sup>22</sup> Vgl. für eine differenziertere Analyse die Ergebnisse der im Auftrag des BAG durchgeführten Fokusgruppengespräche (Rüefli 2008).

Aktivitäten im Bereich M+G einsetzen, sind allgemein eher tief und abhängig vom subjektiv wahrgenommenen Problemdruck bzw. Handlungsbedarf.

Im Gegensatz zur Gesundheitsversorgung konnte sich das Thema M+G gemäss den im Jahr 2010 befragten Fachpersonen im Bereich der **Gesundheitsförderung und Prävention** festsetzen. Besonders in Bezug auf einzelne Themen, wie beispielsweise gesundes Körpergewicht oder sexuelle und reproduktive Gesundheit, ist das Bewusstsein für das Thema Migration und Gesundheit stark entwickelt. Im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention gehen gemäss der Einschätzung der Befragten spezifische Migrationsprojekte zunehmend in die Regelstrukturen und -projekte über. Das Hauptdiskussionsthema stellt die Erreichbarkeit der Zielgruppen, insbesondere der Personen mit Migrationshintergrund, dar.

Aufgrund der verschiedenen Elemente der Kontextanalyse kann festgehalten werden, dass das Thema M+G bei nicht-staatlichen Akteuren im Bereich Gesundheitsförderung/Prävention relativ gut strategisch verankert ist und im Rahmen von konkreten Aktivitäten bearbeitet wird. Damit bestehen in diesem Teilbereich gute Voraussetzungen für Aktivitäten im Bereich M+G.

Gemäss den geführten Expertengesprächen waren 2010 **im Gesundheitsbereich die Hauptdiskussionspunkte in Zusammenhang mit dem Thema Migration** die Erreichbarkeit von Personen mit Migrationshintergrund (sprachliche Barrieren, soziale Schicht), der Einsatz von Schlüsselpersonen und deren übermässige Beanspruchung sowie der Einsatz von Migrationsvereinen. Ein weiterer Diskussionspunkt ist die Frage nach der Fokussierung auf spezifische Projekte versus Mainstreaming. In der Tendenz werden spezifische Projekte nach wie vor bevorzugt, weil das Merkmal „Migrationshintergrund“ vergleichsweise einfach zu erfassen ist und bereits Erfahrungen mit migrationsspezifischen Projekten bestehen. Gegen die Durchführung spezifischer Projekte spricht aus Sicht der Expertinnen und Experten jedoch, dass der Faktor Migrationshintergrund im Vergleich mit anderen (z.B. sozialer Status, Bildung) als nicht oder nur schwach determinierender Faktor für gesundheitliche Ungleichheiten gilt. Das Migrationsmainstreaming bestehender Projekte wird ausserdem als schwierig erachtet, da es die Komplexität von Projekten erhöht und voraussetzt, dass Projektverantwortliche ausreichende Kenntnisse zum Thema aufweisen. Der Einbezug von Querschnittsthemen in Projekte kann aus Sicht der Befragten Projektverantwortliche überfordern und dadurch Projekte lähmen.

Die breiter angelegte Stakeholderbefragung 2011 bestätigt die Relevanz der erwähnten Themen. Besonders häufig diskutiert werden demnach der Zugang zur Gesundheitsversorgung bzw. die Inanspruchnahme von Angeboten, das Thema der Sprachkenntnisse, Verständigung und Übersetzung sowie die Prävention und Gesundheitsförderung bei Migrantinnen und Migranten bzw. deren Erreichbarkeit (Huegli/Rüefli 2011: 18).

## **2.2.5 Kontextentwicklung im Themenfeld Migration/Integration**

Zu Beginn der zweiten Phase der Strategie M+G wurde festgestellt, dass die bis dahin praktizierte Migrationspolitik eine systematische sozioökonomische Benachteiligung der Migrationsbevölkerung zur Folge hatte und für viele Migrantinnen und Migranten einen unsicheren Aufenthaltsstatus bewirkte, was ursächlich zu gesundheitlichen Defiziten der Migrationsbevölkerung beitragen

kann. Des Weiteren wurden die Rahmenbedingungen für die Integration der Zugewanderten als wichtiger Einflussfaktor auf deren gesundheitliche Situation identifiziert.<sup>23</sup>

### ***Allgemeine Entwicklung der Migrations- und Asylpolitik***

Mit über 21% weist die Schweiz innerhalb Europas einen der höchsten Ausländeranteile der Gesamtbevölkerung auf. Die schweizerische Migrationspolitik steht im Spannungsfeld der Nachfrage des Arbeitsmarktes, Überfremdungsängsten der Bevölkerung und der humanitären Tradition der Schweiz. Im Rahmen der ersten bilateralen Verträge mit der EU wurde Ende der 1990er Jahre ein duales Zulassungssystem eingeführt. Einerseits wurden die Aufenthaltsregelungen für Angehörige aus den EU/EFTA-Staaten stark erleichtert. Seit Inkrafttreten des Personenfreizügigkeitsabkommen am 1.6.2002 verfügen EU/EFTA-Bürgerinnen und Bürger über einen verbesserten Aufenthaltsstatus in der Schweiz und sind nun Schweizerinnen und Schweizern rechtlich fast gleich gestellt.<sup>24</sup> Auch bei der Anerkennung von ausländischen Berufsdiplomen wurden die Bestimmungen zum Teil geändert. Andererseits werden für Bürger ausserhalb Europas, den sogenannten Drittstaaten, restriktive Bestimmungen angewendet. Die Zulassung von Arbeitskräften aus solchen Staaten ist nur für Personen mit hoher beruflicher Qualifikation vorgesehen.

Neben der Einwanderung von Arbeitskräften kommen jährlich zahlreiche Asylsuchende in die Schweiz. Nachdem 1999 die Zahl neuer Asylgesuchen mit 46'000 einen Höchststand erreichte, lag sie 2007 bei 10'844. In den Jahren 2008-2010 betrug sie jeweils ca. 16'000 und stieg 2011 markant auf 22'551 an.<sup>25</sup> Die Anzahl Asylgewährungen bewegte sich zwischen 1999 und 2008 zwischen ca. 1500 und 2200 pro Jahr. Seit 2009 werden markant mehr Asylgesuche anerkannt (2009: 2622; 2010: 3449; 2011: 3711). Trotz des geringen Anteils der Asylsuchenden von rund 2.5% an der ausländischen Bevölkerung, löst die Asylfrage kontroverse gesellschaftliche und politische Diskussionen aus (vgl. Abschnitt 2.2.1). Entsprechend wurde die Asylpolitik des Bundes in den letzten beiden Legislaturperioden stetig revidiert und in der Grundtendenz restriktiver gestaltet. Seit dem 1. April 2004 gelten Asylsuchende mit Nichteintretensentscheid als illegal anwesend. Sie haben kein Anrecht auf Sozialhilfe mehr, sondern können lediglich Nothilfe gemäss Art. 12 BV beanspruchen. 2008 wurde diese Praxis auch auf abgewiesene Asylsuchende mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid ausgedehnt.<sup>26</sup> Auch das Asylverfahren erfuhr diverse Anpassungen, die eine Beschleunigung des Verfahrens und eine restriktivere Aufnahmepraxis zur Folge hatten. Weitere Revisionen sind geplant.

Neben dieser allgemeinen Entwicklung im Asylbereich sind zwei gesundheitspezifische Problemstellungen zu erwähnen. Zum einen stellte 2006 das BFM aus Spargründen die grenzsantitari-

---

<sup>23</sup> Vgl. das im Rahmen der Evaluation der ersten Phase der Strategie Migration und Gesundheit erstellten Wirkungsmodell und die dazugehörigen Kausalhypothesen (Leder mann et al. 2006: 20ff.).

<sup>24</sup> Namentlich fiel der so genannte Inländervorrang weg, der neu zuziehenden Erwerbstätigen nur eine Arbeitsbewilligung ermöglichte, wenn auf dem einheimischen Arbeitsmarkt keine Arbeitskraft zu finden war. Mit der Ausdehnung der Personenfreizügigkeit auf die neuen EU-Mitglieder Rumänien und Bulgarien per 1. Juni 2009 gelten als Übergangsregelung während sieben Jahren arbeitsmarktliche Zuwanderungsbeschränkungen für Angehörige dieser Staaten.

<sup>25</sup> Angaben gemäss Asylstatistik des BFM (<http://www.bfm.admin.ch/content/dam/data/migration/statistik/asylstatistik/uebersichten/asyl-jahre-total-d.pdf>, 25.1.2012)

<sup>26</sup> Vgl. für eine Analyse dieser Massnahme Bolliger/Féraud (2010b).

schen Tuberkulose-Screeninguntersuchungen in den Empfangszentren des Bundes ein, was von den Kantonen kritisiert wird, weil dadurch das Risiko unentdeckter Tuberkulose- oder HIV-Fälle und damit von Ansteckungen bei Betreuungspersonen in den kantonalen Asylzentren oder der Bevölkerung allgemein steigt (Interviewaussagen aus Expertengesprächen 2010). Zum anderen zeigen mehrere Untersuchungen (Rüefli/Huegli 2011; Trummer 2008), dass die Kantone die Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung ausreisepflichtiger Asylsuchender unterschiedlich handhaben. Während einzelne Kantone die vollumfängliche Versorgung im Rahmen des OKP-Grundleistungskatalogs sicherstellen, sind in anderen Kantonen der Zugang zur Gesundheitsversorgung und deren Leistungsumfang für spezifische Gruppen oder gar für alle Ausreisepflichtigen eingeschränkt. Sowohl das BFM als auch die SODK (2007) gewichten in dieser Frage die Ziele der Asylpolitik höher als die an sich allgemein gültigen Vorgaben des KVG. Angesichts dieser verschiedenen Entwicklungen ist auch in Zukunft davon auszugehen, dass bestimmte Gruppen, insbesondere Asylsuchende und Sans Papiers, durch unsicheren Aufenthaltsstatus, belastende Migrationserfahrungen und verbreitet prekäre Lebenslagen und Diskriminierung gesundheitlich besonders gefährdet sind.

### ***Migrationsbedingte demographische Veränderungen***

Als Folge der veränderten Migrationspolitik hat sich die Zusammensetzung der Migrationsbevölkerung in der Schweiz stark verändert. Zum einen sind bezüglich der Herkunft Verschiebungen zu verzeichnen: Während bis Mitte der 1990er Jahre die meisten Einwanderer aus Ex-Jugoslawien und Portugal stammten, immigrieren seit dem Jahr 2000 am meisten deutsche Staatsangehörige. Deren Zahl hat sich zwischen 1998 und 2008 mehr als verfünffacht. Die Zuwanderung aus Nachbarstaaten dürfte gemäss Szenarien des Bundesamtes für Statistik (2010) in Zukunft weiter zunehmen. Zum anderen haben sich die Einwanderungsgründe gewandelt. Bis 2005 verzeichnete das BFS den Familiennachzug als Haupteinwanderungsgrund, seit 2006 jedoch Erwerbstätigkeit. Zu beobachten ist auch, dass in jüngerer Zeit nicht mehr hauptsächlich Arbeitskräfte für wenig qualifizierte Tätigkeiten rekrutiert werden, sondern zunehmend auch solche für hoch qualifizierte Tätigkeiten, für welche innerhalb der Schweiz zu wenig qualifiziertes Personal zur Verfügung steht (vgl. auch Moser 2011). Entsprechend ist das Bildungsniveau der neu in die Schweiz Zugewanderten überdurchschnittlich hoch. Ebenso dürfte das Bildungsniveau der Migrationsbevölkerung insbesondere durch die Einwanderung von Arbeitsmigrantinnen und -migranten mit Tertiärabschluss in Zukunft weiter ansteigen (BFS 2010: 22f. und 44f.). Als Folge des besseren Bildungsniveaus und der besseren sozialen Lage der neu eingewanderten Erwerbstätigen kann in Zukunft eine Angleichung deren Gesundheitszustand an den der schweizerischen Wohnbevölkerung erwartet werden. Als weitere demographische Veränderung ist zu erwähnen, dass die in der Schweiz verbliebenen Migrantinnen und Migranten, die während der Hochkonjunktur in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts als Arbeitskräfte für die Industrie einwanderten, demnächst das Rentenalter erreichen. Diese Personen weisen aufgrund ihrer Lebens- und Arbeitsbedingungen grössere gesundheitliche Defizite auf, wobei sich die Defizite zur schweizerischen Bevölkerung im Alter noch verstärken (vgl. Guggisberg et al. 2011).

### ***Integrationspolitik - Kontextentwicklung auf Bundesebene***

Die für die Strategie M+G wichtigste Kontextveränderung im Bereich der Migrationspolitik betrifft die Integrationspolitik. In diesem Bereich ist seit 2006 eine starke Entwicklungsdynamik festzustellen, die mehrere miteinander zusammenhängende Elemente umfasst. Diese Elemente und ihre Bedeutung für die Strategie M+G werden nachfolgend erläutert.

Erstens wurde mit **Inkrafttreten des neuen Bundesgesetzes über die Ausländerinnen und Ausländer (AuG)** am 1.1.2008 die Integrationsförderung als Aufgabe von Bund, Kantonen und Gemeinden auf Gesetzesstufe verankert und neu konzipiert. Als Ziel der Integrationsförderung steht die Schaffung günstiger Rahmenbedingungen für die Chancengleichheit und die Teilhabe der ausländischen Bevölkerung am öffentlichen Leben im Vordergrund. Die Gesundheit ist dabei eines von mehreren Schwerpunktthemen:

- Die Gesundheitsvorsorge von Ausländerinnen und Ausländern ist in Art. 53 Abs. 3 AuG als einer von vier explizit zu fördernden Bereichen definiert.
- Das Gesundheitswesen ist einer der drei explizit in Art. 57 Abs. 2 AuG aufgeführten Bereiche, in dem das BFM auf Bundesebene über eine Koordinationskompetenz verfügt.
- Projekte, die einen chancengleichen Zugang zu den Regelstrukturen des Gesundheitswesens sicherstellen, können im Rahmen der spezifischen Integrationsförderung vom Bund ausdrücklich mit finanziellen Beiträgen gemäss Art. 55 AuG unterstützt werden (Art. 13 Abs. 1 VIntA).

Zweitens erarbeitete die Interdepartementale Arbeitsgruppe Migration (IAM) im Anschluss an den Bericht „Probleme der Integration von Ausländerinnen und Ausländern in der Schweiz“ des BFM (2006)<sup>27</sup> ein **Massnahmenpaket zur Integration** von Ausländerinnen und Ausländern (BFM 2007a). Dieses enthält integrationsrelevante Massnahmen in diversen Feldern der Bundespolitik sowie eine jährliche Berichterstattung über die Umsetzung (BFM 2008, 2009a und 2010). Aus gesundheitspolitischer Perspektive sind die folgenden spezifischen Massnahmen relevant:

- BAG: Umsetzung der Strategie M+G (einzige BAG-Massnahme)
- BFM: Unterstützung von Vermittlungsstellen für ikÜ im Rahmen des Schwerpunkteprogramms des BFM zur Integrationsförderung; Unterstützung von Massnahmen zur Förderung der Integration von traumatisierten, d.h. psychisch belasteten Flüchtlingen und vorläufig aufgenommenen Personen im Asylbereich (in Abstimmung mit der Strategie M+G)
- BSV: Systematische Berücksichtigung migrations- bzw. integrationsspezifischer Aspekte im Rahmen des Forschungsprogramms IV; Durchführung mehrerer konkreter Studien zu den Hintergründen des höheren Invalidisierungsrisikos für Migrantinnen und Migranten aus gewissen Ländern; Aufnahme von Kursen zu Migration und Integration in das Ausbildungsprogramm der Invalidenversicherung.

---

<sup>27</sup> In gesundheitlicher Hinsicht ortete der BFM-Bericht von 2006 Defizite von Personen mit Migrationshintergrund unter anderem bezüglich des Gesundheitszustands und im Zugang zum Gesundheitssystem.

Die Bedeutung dieses Massnahmenpakets ist einerseits darin zu sehen, dass der Bund sein Engagement zur Schaffung von Chancengleichheit und zur Verbesserung der Integration verstärkte, andererseits dass er über die IAM eine Bündelung und Koordination der Massnahmen anstrebt. Die Arbeiten der Umsetzungsorganisation (IAM und interdepartementale Fachgremien) fördern den Austausch und die Vernetzung verschiedener Bundesämter sowie weiterer Partner und damit deren Sensibilisierung und Bewusstsein für integrationsbezogene Fragestellungen. Das Massnahmenpaket des Bundes entspricht somit dem Prinzip des Migrationsmainstreaming und trägt über den Gesundheitsbereich hinaus zu dessen Förderung bei.

Drittens ist eine **konzeptionelle Weiterentwicklung der schweizerischen Integrationspolitik** im Gang. Gestützt auf einen Bericht der Tripartiten Agglomerationskonferenz (TAK 2009) hat der Bundesrat im Mai 2010 die Weiterentwicklung der schweizerischen Integrationspolitik beschlossen. Er betrachtet Integrationsförderung als staatliche und gesellschaftliche Querschnittsaufgabe, die vom Bund, den Kantonen sowie Städten und Gemeinden gemeinsam und in Zusammenarbeit mit den Sozialpartnern, den Nichtregierungsorganisationen und Ausländerorganisationen im Rahmen ihres Grundauftrags wahrzunehmen ist. Dabei soll Integrationsförderung primär über die Regelstrukturen erfolgen; spezifisch auf die Migrationsbevölkerung ausgerichtete Angebote bzw. Dienstleistungen sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen ergänzend zum Zug kommen. Damit verfolgt Integrationsförderung – wie die Strategie M+G – das Prinzip des Migrationsmainstreaming (TAK 2008). Im TAK-Bericht (2009) wird den drei staatlichen Ebenen empfohlen, den Auftrag zur Förderung der Integration in den rechtlichen Grundlagen der Regelstrukturen aus den Bereichen Bildung, Arbeit, Soziales, Gesundheit u.a. stärker zu verankern. Die Integrationsbemühungen der Regelstrukturen werden ergänzt durch die spezifische Integrationsförderung. Diese beinhaltet zum einen die Unterstützung der Qualitätssicherung der Integrationsförderung in den Regelstrukturen durch fachliche Beratung, Expertise und Projektbegleitung (z.B. ikÜ, Weiterbildung von Fachpersonen im Umgang mit bestimmten Zielgruppen), zum anderen die Schliessung von Lücken im Zugang zu den Regelstrukturen oder zu deren Ergänzung durch Angebote für eine kleine Gruppe mit spezifischen Anforderungen (Bundesrat 2010b).

Im November 2011 gab der Bundesrat eine entsprechende Vorlage zur Änderung des AuG und anderer Bundesgesetze in Vernehmlassung (Bundesrat 2011). Von den diversen Elementen der vorgeschlagenen Vorlage sind die folgenden für die Strategie M+G von Bedeutung:

- Revision der allgemeinen integrationsbezogenen Bestimmungen im AuG: Stärkung der Bedeutung und Verbindlichkeit der Integration und Integrationsförderung auf politischer, gesetzlicher und administrativer Ebene
- Verankerung der Chancengleichheit als explizites Ziel in verschiedenen Bundesgesetzen<sup>28</sup> vorgesehen

---

<sup>28</sup> Berufsbildungsgesetz (Förderung von Chancengleichheit für MigrantInnen, spezifische Massnahmen für MigrantInnen bei spezifischen Bedürfnissen, Schulung der transkulturellen Kompetenzen von BeraterInnen, Einsatz von ikÜ), Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (spezifische Massnahmen für Personen mit spezifischen Bedürfnissen, Sicherstellung der Verständigung (ikÜ), Invalidenversicherungsgesetz (Einbezug von Integrationsfachpersonen in Verfahren möglich, bedarfsabhängige spezifische Massnahmen für MigrantInnen), Arbeitslosenversicherungsgesetz (besondere Förderung von Eingliederung ausländischer Versicherter mit erhöhtem Arbeitslosigkeitsrisiko, Zusammenarbeit mit Integrationsfachstellen) und das Raumplanungsgesetz (Ergänzung des Zweckartikels und der Förderbereiche mit Integration und Förderung des gesellschaftlichen Zusam-

- Der Regelstrukturansatz soll verbindlich in einem eigenen Gesetzesartikel festgehalten werden. Darin ist das Gesundheitswesen einer der explizit erwähnten Bereiche, in dem der Ansatz zum Tragen kommen soll.
- Der Bundesrat will den Regelstrukturansatz auch durch die Fortführung und den Ausbau des Massnahmenpakets Integration des Bundes stärken. Dies impliziert die Intensivierung des Migrationsmainstreamings in den verschiedenen betroffenen Politikbereichen. Dabei ist die Weiterführung der Strategie M+G explizit als Absicht erwähnt (Bundesrat 2011: 7). Der Bundesrat hat zudem das BFM beauftragt, ein kohärentes Beobachtungssystem mit Integrationsindikatoren aufzubauen, welches auch Gesundheitsindikatoren enthält (BFM 2010).
- Neuausrichtung der spezifischen Integrationsförderung per 2014. Die Mittelvergabe soll über Programmvereinbarungen auf der Basis bedarfsorientierter kantonaler Integrationsprogramme erfolgen. Die Kantone haben solche Programme zu erarbeiten und umzusetzen und sich finanziell daran zu beteiligen. Der Bund fördert künftig Massnahmen in den Schwerpunkten Information und Beratung (sowie Diskriminierungsschutz), Bildung und Arbeit (Sprache, Frühförderung und Arbeitsmarktfähigkeit) sowie Verständigung und gesellschaftliche Integration (ikÜ und soziale Integration). Den Kantonen wird es offen stehen, darüber hinaus eigene zusätzliche Schwerpunkte zu setzen, namentlich in den Bereichen soziale Integration und ikÜ. Der Bund will zudem ausserhalb der kantonalen Programme die Entwicklung von Qualitätssicherungsinstrumenten und Modellvorhaben finanzieren.
- Aufstockung der finanziellen Mittel des Bundes für Integrationsförderung von bisher 16 auf neu 20 Mio. CHF pro Jahr. Die Sicherstellung des chancengleichen Zugangs zu den Regelstrukturen ist eine der vorgesehenen Zieldimensionen der finanziellen Förderung. Die Förderbereiche sollen von Verordnungs- auf Gesetzesstufe angehoben werden.
- Verstärkte und verbindlichere Steuerung der Integrationsförderung durch den Bundesrat bzw. des BFM: Der Bundesrat (2011: 22) hat eine Gesamtüberprüfung und allenfalls Neuausrichtung der aktuell bestehenden Koordinationsstrukturen angekündigt. Im Rahmen des Massnahmenpakets des Bundes soll das BFM künftig stärker in die strategische Steuerung integrationsrelevanter Aktivitäten anderer Bundesstellen einbezogen werden. Zusätzlich ist auch ein stärkerer Erfahrungsaustausch mit nicht-staatlichen Akteuren vorgesehen.
- Einführung von systematischer Erstinformation an neu einreisende Personen, bei welcher auch Informationen über das schweizerische Gesundheitssystem vermittelt werden sollen (Teil der kantonalen Integrationsprogramme).
- ikÜ soll in diversen Bundesgesetzen (Berufsbildung, Sozialversicherungen) explizite Erwähnung finden. Dies dürfte die Bedeutung der ikÜ zumindest deklaratorisch stärken und die Erschliessung weiterer Einsatzgebiete erleichtern.

Die Anhörung zu dieser Gesetzesrevision wurde am 23. März 2012 abgeschlossen.

### ***BFM-interner Kontext***

Aus Sicht der meisten im Jahr 2010 befragten Personen kommt dem **Thema Gesundheit** von Personen mit Migrationshintergrund in der Integrationspolitik auf Bundesebene auf einer allgemeinen Ebene **gegenwärtig nur eine geringe Bedeutung** zu, es gebe keine breite Diskussion darüber. Für die befragten Personen aus dem BFM ist das Thema Migration und Gesundheit insbesondere in Zusammenhang mit dem Massnahmenpaket des Bundes wichtig, dessen Umsetzung auch Massnahmen im Gesundheitsbereich enthält (s.o.), und von der Interdepartementalen Arbeitsgruppe Migration (IAM) und dem darin enthaltenen Ausschuss Integration (IAI) begleitet wird. Das BAG ist in beiden Gremien vertreten, und der Gesundheitsbereich wird gemäss Interviewaussagen regelmässig thematisiert.

Zusätzliche Schnittstellen zwischen den Themenbereichen M+G bestehen dadurch, dass das BFM mit den Ambulatorien für traumatisierte Folter- und Kriegsopfer spezifische Versorgungsangebote im Asylbereich finanziert und im Rahmen der Modellvorhaben gesundheitsrelevante Projekte zu Themen wie Genitalverstümmelung, Zwangsheirat oder berufliche Eingliederung von traumatisierten Personen des Asylbereichs initiiert oder anregt.

Das Thema Gesundheit wird vom BFM selbst zwar als wichtig erachtet, zählt jedoch insgesamt gemäss Interviewaussagen nicht zu dessen Schwerpunkten. Die Gesundheit war im Schwerpunktprogramm 2008-2011 für die Förderung der Integration von Ausländerinnen und Ausländern (BFM 2007b), das Grundlage für die Ausgestaltung der Rahmenverträge mit den Kompetenzzentren Integration (KZI) ist, im Zusammenhang mit der Sprachförderung und den Vermittlungsstellen für interkulturelle Übersetzerinnen und Übersetzer enthalten. Im Rahmen der spezifischen Integrationsförderung trugen 2009 und 2010 jeweils 6 der insgesamt 1670 (2009) bzw. 2901 (2010) vom BFM mitfinanzierten Kursprojekte den Begriff „Gesundheit“ im Titel (BFM 2010b und 2011). Im Rahmen der Neuausrichtung der spezifischen Integrationsförderung ist gemäss Interviewaussagen aus dem BFM die Erwartung verknüpft, dass der Gesundheitsbereich von den Kantonen als ein Bereich mit Handlungsbedarf identifiziert und entsprechend auf kantonaler Ebene (Integrationsprogramme) stärker mit der Integrationsförderung verknüpft wird.

In der Wahrnehmung eines Grossteils der 2010 befragten Expertinnen und Experten besteht in der Zusammenarbeit zwischen BAG und BFM keine gemeinsame Vision des Themas Migration und Gesundheit. Dies illustrierten mehrere Befragte am Beispiel der Neuausrichtung der grenzsanitätsdienstlichen Massnahmen von 2006, in dessen Rahmen die Tuberkulose-Screeninguntersuchungen in den Empfangszentren des Bundes an der Grenze eingestellt wurden, worauf es gemäss den Befragten zu Tuberkulosefällen in den kantonalen Asylzentren kam.

### ***Kontextentwicklung auf Ebene der Kantone***

Auf (inter-)kantonaler Ebene ist gemäss den 2010 geführten Expertengesprächen Gesundheit im Migrationsbereich vor allem in Zusammenhang mit der Betreuung von Asylsuchenden und Personen mit angesetzter oder abgelaufener Ausreisefrist ein Thema. Dabei geht es vor allem um übertragbare Krankheiten, den Informationsfluss zwischen verschiedenen Behörden in solchen Fällen, die Krankenversicherung und die gesundheitlichen Folgen des Langzeitbezugs von Nothilfe (vgl. oben, Abschnitt Migrationspolitik). Aus der Sicht der befragten Fachpersonen ist die **Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund in der Integrationsförderung kein**

**Kernthema.** Sie gehen davon aus, dass die Kantone ihre Integrationsförderungsprogramme und die dafür eingesetzten (knappen) Ressourcen auf die vom Bund gesetzten Schwerpunkte konzentrieren werden. Auf Fachebene wird zwar der Interventionslogik des Migrationsmainstreaming für die Integrationsförderung eine grosse Bedeutung zugeschrieben, gleichzeitig wird jedoch der Gesundheitsbereich erst punktuell als möglicher Bereich für verstärktes Migrationsmainstreaming wahrgenommen. Gemäss den Expertengesprächen wird der Einbezug des Themas Gesundheit in die Integrationsförderung im Sinne von „Health in all Policies“ noch kaum diskutiert. Eine kursorische Übersicht über die von den Kantonen publizierten **Integrationsleitbilder** bzw. Dokumente mit ähnlichem Charakter (vgl. Anhang 3) zeigt, dass das Thema Gesundheit in den Leitbildern von 16 der 26 Kantone in der einen oder anderen Form thematisiert wird (vgl. Anhang 3; Huegeli/Rüefli 2011). Dabei stehen die Informationsvermittlung und der Grundsatz, dass Integration vor allem über die Regelstrukturen, darunter auch das Gesundheitswesen, erfolgen soll, im Vordergrund. In der Wahrnehmung der im Rahmen der Kontextanalyse interviewten Personen tragen hingegen nur einzelne Kantone diesem Thema effektiv Rechnung. Als besonders aktiv im Bereich Integration/Migration gelten die Kantone Basel-Stadt, Freiburg, Luzern, Neuenburg, St. Gallen und Waadt.

Gemäss den interviewten Fachpersonen sind die Themen Integration und Gesundheit auf kantonaler Ebene institutionell noch kaum miteinander verknüpft. Ausnahmen bilden bereichsübergreifende Fachstellen, wie sie sich vor allem in der Zentralschweiz finden (vgl. Abschnitt 2.2.6). Schlüsselakteure für die Förderung einer derartigen thematischen Verknüpfung sind die kantonalen Integrationsdelegierten, die allerdings gemäss den im Jahr 2010 geäusserten Expertenmeinungen nur vereinzelt für Gesundheitsfragen sensibilisiert sind und kaum über die Ressourcen verfügen, neben ihren verwaltungsinternen Kernaufgaben weitere Themen wie z.B. Gesundheit zu bearbeiten. In diesen Kreisen herrscht die Ansicht vor, dass die Verknüpfung der beiden Themen über ein Migrationsmainstreaming der Gesundheitsregelstrukturen und somit über die Akteure des Gesundheitswesens und der Gesundheitsförderung zu erfolgen habe, und nicht über ein Gesundheitsmainstreaming der Integrationsförderung.

Auch die Kompetenzzentren Integration (KZI) verfügen in der Regel nur über beschränkte Ressourcen, die es ihnen lediglich erlauben, diejenigen Aufgaben und Themenbereiche zu bearbeiten, die in ihrem Leistungsvertrag im Rahmen des Schwerpunkteprogramms der spezifischen Integrationsförderung des Bundes festgehalten sind (vgl. auch Rüefli/Egger 2010). Gemäss den 2010 befragten Fachpersonen ist die Gesundheit deshalb bisher kaum ein Thema für die KZI. Zudem wird der Gesundheitsbereich von vielen Fachpersonen als komplex wahrgenommen, und scheint es für die KZI schwierig zu sein, abzuschätzen, welche Gesundheitsinformationen wichtig sind und in Beratungen abgegeben werden sollen.

## 2.2.6 Gesellschaftspolitische Ansätze zur Förderung von Chancengleichheit

Ausserhalb des migrations- und gesundheitspolitisch geprägten Themenkomplexes M+G finden sich weitere gesellschaftspolitische Bestrebungen, die auf die Förderung von Chancengleichheit und die Verbesserung der Lebenssituation benachteiligter Gruppen abzielen.<sup>29</sup> Wegen ihrer teilweisen Zielkongruenz mit der Strategie M+G wird die Entwicklung der letzten Jahre in diesen Bereichen kurz skizziert.

### *Armutsbekämpfung*

Armut kann gesundheitliche Auswirkungen haben, und umgekehrt kann Armut in gewissen Fällen gesundheitlich bedingt sein. Armutsbekämpfung zielt auf die Verbesserung der sozialen Lage der davon betroffenen Bevölkerung ab und verbessert damit gleichzeitig deren gesundheitliche Voraussetzungen. Sie setzt damit bei den sozialen Gesundheitsdeterminanten an und kann dadurch die Wirksamkeit der Strategie M+G unterstützen. Das Jahr 2010 wurde von der Europäischen Union (EU) zum Jahr der Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung bezeichnet.

Seit Beginn der zweiten Phase der Strategie M+G sind diesbezüglich auch auf gesamtschweizerischer Ebene neue Initiativen entstanden: Zum einen ist festzustellen, dass Armutsbekämpfung als Thema in den parlamentarischen Vorstössen 2003-2011 relativ oft angesprochen wurde, insbesondere in den Jahren 2008-2010 – allerdings oft lediglich im Rahmen der Fragestunde. 2006 wurde jedoch im Parlament eine Motion der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit überwiesen, die eine gesamtschweizerische Strategie zur Armutsbekämpfung forderte. 2010 legte der Bundesrat eine solche vor (Bundesrat 2010a). Im November 2010 fand die erste schweizerische Armutskonferenz statt. Im Fokus der künftig vorgesehenen Massnahmen stehen die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt und Ergänzungsleistungen für Familien. Ebenfalls 2010 präsentierten auch die Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK 2010) und die Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (SKOS 2010) Elemente für eine nationale Strategie zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung. Die Städteinitiative Sozialpolitik arbeitet bereits seit 2007 mit einer Strategie zur Öffnung der Sozialpolitik und zu vernetztem Handeln (Städteinitiative Sozialpolitik 2007).

Im Bereich Armutsbekämpfung ist fachlich unbestritten, dass Armut gesundheitliche Auswirkungen haben kann („Armut macht krank“) und Armut in gewissen Fällen gesundheitlich bedingt sein kann. Dennoch sind die Bereiche Armutsbekämpfung und Gesundheit kaum miteinander verknüpft. So war z.B. das BAG nicht an der Erarbeitung der Gesamtschweizerischen Strategie zur Armutsbekämpfung beteiligt.<sup>30</sup> Der Konsens zwischen einem Grossteil der in der Armutsbekämpfung aktiven Akteure besteht darin, dass sich durch die Verbesserung der sozialen Lage der von Armut betroffenen Bevölkerung auch deren gesundheitlichen Voraussetzungen verbessern. Der Schwerpunkt der Aktivitäten in der Armutsbekämpfung liegt daher auf Bildungsmassnah-

---

<sup>29</sup> Vgl. hierzu auch den unveröffentlichten, im Auftrag des BAG erstellten Bericht von Lehmann (2010).

<sup>30</sup> Gleichwohl finden sich beispielsweise auf der interkantonalen Ebene thematische Verknüpfungen zwischen den Bereichen Armut und Gesundheit: So hat die SODK an ihrer Jahresversammlung 2010 im Rahmen der Diskussion über die Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung auch die Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit diskutiert (Einfluss psychischer Krankheiten auf den sozialen Abstieg, Wirkungsweise der Prämienverbilligungen in den Kantonen, Gesundheit bzw. deren Förderung als Schutzfaktor etc.).

men, Massnahmen im Bereich Arbeit/Arbeitslosigkeit sowie Verhindern von Schwelleneffekten der Sozialversicherungen. Da der Migrationshintergrund aus fachlicher Sicht nicht zu den determinierenden Faktoren für Armut gehört, ist auch Migration in der Armutsbekämpfung gemäss den 2010 befragten Expertinnen und Experten nicht per se ein Thema. Gemäss BFM (2006) ist jedoch das Armutsrisiko bei Ausländerinnen und Ausländern doppelt so hoch wie bei Schweizerinnen und Schweizern, weshalb sie eine relevante Zielgruppe von Massnahmen zur Armutsbekämpfung darstellen. Entsprechend ist in der Armutsbekämpfung Migration ein Thema in Zusammenhang mit der Frage, wie Personen mit Migrationshintergrund erreicht werden können und bestehen hier konzeptionelle Parallelen zur Gesundheitsförderung. Aufgrund des hohen Anteils von Migrantinnen und Migranten in den von Armut betroffenen Kreisen kann zudem davon ausgegangen werden, dass Massnahmen zur Armutsbekämpfung auch einen indirekten positiven Beitrag an die Gesundheit der entsprechenden Teile der Migrationsbevölkerung leisten.

### ***Chancengleichheit allgemein***

Auf internationaler Ebene hat das Thema der Chancengleichheit an Bedeutung gewonnen und in zahlreiche Deklarationen und Empfehlung Eingang gefunden (vgl. Abschnitt 2.1.1). Auch in der Schweiz fordern viele der im Rahmen der Kontextanalyse befragten nationalen Fachorganisationen, Politiken und Programme stärker auf den Aspekt der Chancengleichheit auszurichten. In der Stakeholderbefragung 2011 fand der Vorschlag, eine allgemeine, thematisch breiter gefasste Strategie zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit zu formulieren, die Unterstützung von etwas mehr als der Hälfte der Befragten (54.3%; Huegli/Rüefli 2011: 52).

Auf einer allgemeinen Ebene ist die Chancengleichheit als Oberbegriff für verschiedene Handlungsfelder wie die Gleichstellung, die Armutsbekämpfung oder die Integrationsförderung, aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten vorwiegend auf Fachebene ein Thema. Chancengleichheit wird als abstrakter, diffuser Begriff wahrgenommen, der ausserhalb der Fachdiskussion schwierig zu vermitteln ist. Das Konzept der Chancengleichheit ist weniger fassbar als die einzelnen zielgruppenspezifischen Dimensionen wie Migrationshintergrund, Geschlecht, Alter etc. und ist daher aus Sicht der Befragten auch im gesellschaftlich-politischen Diskurs schwierig vermittelbar.

Dennoch stellen Expertinnen und Experten fest, dass die Chancengleichheit in kantonalen Programmen zunehmend explizit Erwähnung findet (vgl. auch Lehmann 2010). Auch auf organisatorischer Ebene finden sich Bestrebungen, das Thema Chancengleichheit aus übergeordneter Perspektive anzugehen. Dies schlägt sich darin nieder, dass in zahlreichen Kantonen Fachstellen, die sich verschiedenen gesellschaftspolitischen Handlungsfeldern (Gleichstellung von Frau und Mann oder von Behinderten, Integrationsförderung, Diskriminierungsbekämpfung, Gesundheitsförderung, Suchtprävention etc.) annehmen, – je nach Kanton in unterschiedlicher Konfiguration – zu themenübergreifenden Organisationseinheiten zusammengefasst wurden bzw. werden sollten. Dies ist insbesondere in der Zentralschweiz verbreitet. So besteht in Luzern die Fachstelle Gesellschaftsfragen<sup>31</sup>, die sich um die Themen Kind-Jugend-Familie, Gleichstellung von Frau und Mann, Integration sowie Alter kümmert und sich für Chancengerechtigkeit und Integration

---

<sup>31</sup> <http://www.disg.lu.ch/freiCss/abteilungen/gesellschaftsfragen> (25.1.2012)

einsetzt. Die von der Kantonsregierung vorgesehene Schaffung eines Gesetzes zur Förderung des gesellschaftlichen Zusammenhalts (Regierungsrat Luzern 2009) wurde vom Volk in einer Referendumsabstimmung im September 2009 allerdings verworfen. In den Kantonen Ob- und Nidwalden erfolgte zwischen 2009 und 2011 eine Reorganisation der bisherigen Fachstellen:<sup>32</sup> Im Kanton Nidwalden wurde die Fachstelle Gesundheitsförderung und Integration<sup>33</sup> geschaffen, die diese beiden Bereiche seit 2009 gemeinsam bearbeitet. Seit 2011 betreut im Kanton Obwalden<sup>34</sup> die Fachstelle Gesellschaftsfragen die Bereiche Familienförderung, Jugendförderung, Gesundheitsförderung und Prävention, Integration, Gleichstellung von Frau und Mann sowie die Jugend-, Familien- und Suchtberatung. Im Kanton Zug hingegen wurde ein Vorstoss zur Schaffung einer solchen Stelle abgelehnt.<sup>35</sup> In St. Gallen besteht seit 2007 das Kompetenzzentrum Integration, Gleichstellung und Projekte, das sich mit dem gesellschaftlichen Umgang mit Vielfalt unter den Aspekten Gleichstellung und Integration befasst und sich für die Belange der Chancengleichheit und den Umgang mit Diversität einsetzt.<sup>36</sup>

Die Gründe für die Zusammenfassung verschiedener Themen und Fachstellen unter das gemeinsame Dach „Chancengleichheit“ sind vielfältig. Einerseits finden sich fachliche Überlegungen, andererseits organisatorische bzw. finanzielle Beweggründe. Aus fachlicher Sicht besteht gemäss den dazu befragten Fachpersonen der Vorteil des Konzepts der Chancengleichheit darin, dass es bei den effektiven Determinanten eines unerwünschten Phänomens ansetzt, z.B. bei sozioökonomischen Faktoren, während themenspezifische Massnahmen, d.h. migrations- oder genderspezifische Projekte bei leichter zu erfassenden, abzugrenzenden und zu vermittelnden Merkmalen ansetzen, die aber aus fachlicher Perspektive nur bedingt von determinierender Bedeutung für bestimmte Phänomene wie Ungleichheiten sind. Die Verwendung von Chancengleichheit als Oberbegriff erlaubt es zudem, die konkrete Projektarbeit auf rhetorischer Ebene vom politisch eher negativ konnotierten Migrationsthema wegzurücken und damit – bei prinzipiell gleich bleibenden Zielgruppen – den Diskurs anders zu prägen. Aus organisatorischer Sicht ermöglicht eine themenübergreifende Zusammenführung und stärkere Verknüpfung von Einrichtungen und Aktivitäten Effizienzsteigerungen und die Nutzung von Synergien, sowohl in fachlicher als auch in finanzieller Hinsicht.

Aus Sicht der Befragten sind durch die organisatorische Zusammenlegung verschiedener Themenfelder allerdings auch verschiedene Nachteile denkbar. Genannt wurden dabei die Gefahr der Verzettelung der Aktivitäten und der Überforderung durch höhere Komplexität, die Neuorganisation etablierter Zusammenarbeitsstrukturen oder der ungenügende Einbezug einzelner Themen wie z.B. Gesundheitsförderung. In der praktischen Umsetzung stellt sich insbesondere das Problem der Komplexität. Die Verknüpfung verschiedener Handlungsfelder unter dem Oberbegriff Chancengleichheit erhöht diese. Gemäss den befragten Fachpersonen birgt der Ansatz der Chancengleichheit daher in der Praxis ein Risiko der Überforderung von Projekt- bzw. Programmver-

---

<sup>32</sup> Medienmitteilung der Kantone Obwalden und Nidwalden vom 4. November 2009 (<http://www.nw.ch/dl.php/de/4af1363e8f4ba/OWNW-Gesellschaftsfragen.pdf>, 25.1.2012)

<sup>33</sup> [http://www.nw.ch/de/verwaltung/aemter/?amt\\_id=657](http://www.nw.ch/de/verwaltung/aemter/?amt_id=657) (25.1.2012)

<sup>34</sup> [http://www.ow.ch/de/verwaltung/aemter/?amt\\_id=416](http://www.ow.ch/de/verwaltung/aemter/?amt_id=416) (25.1.2012)

<sup>35</sup> Motion von Bettina Egler, Eusebius Spescha, Markus Jans und Hubert Schuler betreffend Fachstelle für Gesellschaftsfragen (Vorlage Nr. 1727.1 - 12871), Bericht und Antrag des Regierungsrates, Kanton Zug (2009).

<sup>36</sup> [http://www.sg.ch/home/staat\\_recht/recht/gleichstellung.html](http://www.sg.ch/home/staat_recht/recht/gleichstellung.html) (25.1.2012)

antwortlichen und damit der Lähmung von Projekten. Ein exemplarisches Beispiel hierfür findet sich im Kanton Basel-Stadt, wo 2009 die bisherigen Fachstellen Integration und Antidiskriminierung, Gleichstellung von Menschen mit einer Behinderung und Gleichstellung von Frauen und Männern zur Abteilung Gleichstellung und Integration fusioniert wurden. Aufgrund von organisatorischen und funktionalen Schwierigkeiten wurde diese Abteilung jedoch im April 2011 wieder aufgeteilt.<sup>37</sup>

Insgesamt ist anhand der vorliegenden Informationen zu vermuten, dass die in einigen Kantonen festgestellte Tendenz zur Themenkonvergenz unter dem Oberbegriff der Chancengleichheit hauptsächlich durch organisatorische und finanzielle Beweggründe getrieben wird und weniger durch inhaltliche/fachliche Überlegungen auf politisch-strategischer Ebene.<sup>38</sup> Dort herrscht die bisherige „dossierspezifische“ Politik vor; die konzeptionellen und institutionellen Grundlagen für eine bereichsübergreifende Chancengleichheits-Politik mit Querschnittcharakter fehlen bisher weitgehend. Dasselbe gilt prinzipiell für die Bundesebene, wobei sich die Integrationsförderung und die Armutsbekämpfung tendenziell in die Richtung departementsübergreifender Querschnittspolitiken entwickeln.

### ***Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)***

Im BSV, welches sich auf Bundesebene allgemeiner gesellschaftspolitischer Themen annimmt, wird das Thema Migration in verschiedenen Bereichen (Armutsbekämpfung, Jugendgewalt etc.) diskutiert, wobei gemäss Interviews vor allem die Erreichbarkeit der Zielgruppen im Zentrum steht. Migration und Gesundheit ist auch in der Invalidenversicherung ein Thema und wurde im Rahmen verschiedener Forschungsprojekte des Forschungsprogramms IV untersucht. Dabei standen namentlich der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund in der IV sowie die dafür ausschlaggebenden Faktoren im Mittelpunkt des Interesses (vgl. Bolliger et al. 2010 und Guggisberg et al. 2010).

### **2.2.7 Allgemein relevante Kontextfaktoren auf kantonaler und kommunaler Ebene**

Neben den politikfeldspezifischen Kontextentwicklungen lieferten die Expertengespräche auch Hinweise auf allgemeine Kontextfaktoren, die insbesondere für die Behörden auf Kantons- und Gemeindeebene von Bedeutung sind, weil sie deren Handlungsspielraum und Bereitschaft zur Lancierung von Projekten und Aktivitäten im Sinne der Strategie M+G beeinflussen.

### ***Kantone***

Gemäss der Expertenbefragung 2010 sind Aktivitäten der Kantone in den Bereichen Migration und Gesundheit bzw. Integrationsförderung von zwei wesentlichen Faktoren beeinflusst:

Erstens stellt in der Einschätzung der Befragten die seit 2008 laufende Umsetzung der **Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen**

---

<sup>37</sup> Medienmitteilung des Präsidialdepartements des Kantons Basel-Stadt vom 5. April 2011.

<sup>38</sup> Eine Ausnahme hierzu dürften namentlich die Kantone Bern und St. Gallen bilden, in denen Lehmann (2010) einen ausgeprägten politischen Willen zur Förderung von sozialer (und gesundheitlicher) Chancengleichheit identifiziert.

(NFA) eine Belastung dar, da dadurch den Kantonen neue sozialpolitische Aufgaben übertragen wurden, z.B. im Bereich der Invalidenversicherung. Deren Aufbau bindet finanzielle und zeitliche Ressourcen auf Kantonsebene und schränkt dadurch die Bereitschaft und Möglichkeit ein, sich Themen anzunehmen, die nicht als Schwerpunkte des Bundes wahrgenommen werden. Aus Sicht der Befragten dürfte dies auch Aktivitäten im Bereich Migration und Gesundheit erschweren.

Ein zweiter wichtiger Faktor ist der grosse und zunehmende **Spardruck auf Kantonsebene**: Dieser führt aus Sicht der Expertinnen und Experten einerseits zu einem eingeschränkten Handlungsspielraum allgemein und setzt andererseits Projekte und Bestrebungen unter Druck, die als „nice to have“ beurteilt werden. Dies betrifft insbesondere auch Projekte und Bestrebungen zugunsten der Migrationsbevölkerung. Die teilweise fehlende politische Unterstützung für Projekte für Personen mit Migrationshintergrund verstärkt diese Entwicklung.

### ***Städte/Gemeinden***

Für viele der im Jahr 2010 befragten Expertinnen und Experten gelten insbesondere die grossen Städte als treibende Kräfte sowohl im Bereich M+G als in der Integrationsförderung. Gleichzeitig sind aus Sicht der Befragten viele Gemeinden überfordert: Einerseits durch die Vielzahl an Aufgaben, die sie erfüllen müssen, andererseits durch die Anforderung, verschiedene Querschnittsthemen in den Regelstrukturen einzubeziehen. Die Unterschiede in Bezug auf das Ausmass der Bestrebungen zum Thema Migration und Gesundheit sind nach Einschätzung mehrerer Befragter zwischen Stadt und Land grösser als zwischen den Kantonen. In der Einschätzung einzelner Befragter ist jedoch die Versorgungsqualität von Personen mit Migrationshintergrund auf dem Land nicht unbedingt schlechter als in den Städten.

## **2.3 Sprachregionale und kantonale Unterschiede der Kontextentwicklung**

In der Teilstudie 2010 wurde die Frage nach allfälligen sprachregionalen und kantonalen Unterschieden in der Kontextentwicklung thematisiert und in den Interviews angesprochen. Dabei standen verschiedene Aspekte zur Diskussion, wie z.B. der gesellschaftliche und politische Umgang mit gesellschaftlicher Diversität, die Bedeutung und Wahrnehmung des Ziels der Chancengleichheit, die gesellschaftlichen und politischen Präferenzen für verschiedene Handlungsansätze oder die Bedeutung staatlicher und verbandlicher Aktivitäten generell und spezifisch in den Themenfeldern Gesundheit, Migration und Gesellschaftspolitik. Zunächst werden die aus Literatur und Interviews gewonnenen Befunde kurz beschrieben, anschliessend die von den befragten Fachpersonen angeführten Erklärungsansätze dargelegt.

### **2.3.1 Grundsätzliche Unterschiede zwischen den Sprachregionen**

Die konsultierte allgemeine und themenspezifische Fachliteratur zu sprachregionalen und kantonalen Unterschieden mit Bezug auf den Themenkomplex M+G (Abel et al. 2005; Battaglini/Giraud 2003; Hermann/Leuthold 2003; Knapfer 2008; Manatschal 2011; Schenker 2002; Wichmann et al. 2011) verweist zusammenfassend auf folgende regionale Unterschiede, die für die Strategie M+G von Bedeutung sein können. Dabei stehen zumeist Unterschiede zwischen den beiden grössten Sprachregionen, der Deutsch- und der Westschweiz, im Vordergrund.

Gemessen am Abstimmungsverhalten erweist sich die Westschweizer Stimmbevölkerung z.B. in gesellschaftspolitischen Fragen zur Ausländerintegration, zur Gleichstellung oder zur aussenpolitischen Öffnung tendenziell als offener als die Deutschschweizer Bevölkerung (Hermann/Leuthold 2003). Dies zeigt sich auch in der grösseren Offenheit der Westschweizer Kantone bezüglich des Ausländerstimmrechts (EKA 2007).

Ein grundsätzlicher politisch-kultureller Unterschied besteht darin, dass in der französischsprachigen Schweiz das Kollektiv einen grösseren Stellenwert einnimmt und dem Staat tendenziell mehr Aufgaben übertragen werden als in der Deutschschweiz, wo eine stärker individualisierte Sichtweise vorherrscht und private Akteure, die Eigenverantwortung des Individuums sowie Markt/Wettbewerb als Steuerungsmechanismen eine grössere Bedeutung haben (Schenker 2003; Knupfer 2008). Dies manifestiert sich z.B. anhand der folgenden Aspekte:

- Die Rolle der öffentlichen Hand bei der Steuerung/Organisation der Gesundheitsversorgung ist in der Westschweiz stärker als in der Deutschschweiz (Schenker 2003)
- Ausprägung des Sozialstaats: In der Westschweiz sind die Leistungen des Sozialwesens tendenziell grosszügiger ausgestaltet und es besteht ein enger geknüpftes soziales Auffangnetz als in der Deutschschweiz. Es besteht eine stärker ausgeprägte Erwartungshaltung gegenüber dem Staat, Bürgerinnen und Bürger in schwierigen Situationen zu unterstützen (Knupfer 2008).
- Prioritätensetzung im Gesundheitswesen: In der Deutschschweiz gilt die Pflege bzw. Versorgung von Kranken klar als wichtigste Aufgabe des Gesundheitswesens, während in der französischen Schweiz die gesundheitliche Aufklärung und Information knapp vor der Pflege/Versorgung eingestuft wird (Abel et al. 2005).
- In der Westschweiz findet sich tendenziell eine stärkere Befürwortung von Chancengleichheit und Solidarität in Gesundheitsfragen und eine schwächere Sanktionsbereitschaft gegenüber Personen mit Risikoverhalten als in der Deutschschweiz (Abel et al. 2005).
- In der Westschweiz werden z.B. Armut und Ausgeschlossenheit tendenziell eher als strukturelles und weniger als individuelles Problem. Entsprechend sind dort strukturorientierte Problemlösungsansätze (z.B. Verhältnisprävention) weiter verbreitet und besser akzeptiert als in der Deutschschweiz, wo die individuelle Eigenverantwortung stärker im Vordergrund steht und eher individualistischere Ansätze vorherrschen (Verhaltensprävention). Dasselbe gilt auch für die Integrationsförderung: (vgl. auch EKA 2007 und Manatschal 2011): Während die Integrationsbestrebungen in der Deutschschweiz stark auf das Individuum fokussieren (Sprachförderung, Rechte und Pflichten), zielt die Integrationsförderung in der französischsprachigen Schweiz stärker auf den Abbau struktureller Hindernisse ab. Gemäss den befragten Expertinnen und Experten haben strukturelle Massnahmen in der Deutschschweiz einen vergleichsweise schweren Stand. Die auf Bundesebene vorherrschende Tendenz, Integration als persönliches Anforderungskriterium zu konzipieren (vgl. auch Bundesrat 2011), entspricht eher dem deutschschweizerischen Diskurs. In der französischsprachigen Schweiz steht im Vergleich dazu das Thema Chancengleichheit viel stärker im Zentrum und wird Integration weniger als persönliches Anforderungskriterium definiert, sondern als gesellschaftlicher Zustand. Entsprechend ver-

folgen deutschsprachige Kantone tendenziell restriktivere Integrationspolitiken als lateinischsprachige Kantone (Manatschal 2011).

- In Bezug auf konkrete Aktivitäten im Bereich M+G wird die französischsprachige Schweiz von den befragten Fachpersonen insgesamt als engagierter wahrgenommen als die Deutschschweiz. Insbesondere das Engagement zugunsten von vulnerablen Personengruppen wie Sans Papiers und Asylsuchenden scheint in der Westschweiz auch unter Berufung auf die humanitäre Tradition der Schweiz stärker ausgeprägt zu sein. Das Engagement betrifft sowohl die Ebene der Kantone wie auch nicht-staatliche Akteure und die Gesundheitsversorgung, insbesondere die Universitätsspitäler Genf und Lausanne.
- Die Deutschschweiz wird hingegen von den im Jahr 2010 befragten Fachpersonen bezüglich ihres Engagements im Themenbereich Migration und Gesundheit allgemein als heterogener wahrgenommen. Im Vergleich zur französischsprachigen Schweiz gilt sie bezüglich Aktivitäten im Bereich der transkulturellen Kompetenz als fortgeschrittener.

### **2.3.2 Erklärungsansätze für sprachregionale und kantonale Unterschiede**

Die unterschiedlichen Aktivitätsniveaus in den verschiedenen Kantonen bzw. Regionen erklären sich die befragten Fachpersonen sowie Lehmann (2010) anhand von zwei Faktoren: zum einen werden staatliche oder private Akteure erst tätig, wenn ein gewisser Problemdruck besteht. Die Existenz von Interessengruppen (NGOs) kann dazu beitragen, die öffentliche Visibilität des Problems zu erhöhen. Ob sich die Thematisierung von Migrations- und Integrationsfragen in konkrete Aktivitäten im Bereich M+G übersetzt, hängt zum zweiten davon ab, ob die relevanten Entscheidungsträger – meistens Einzelpersonen (z.B. Regierungsräte, Departementschefs, Kantonsärztinnen und Kantonsärzte, Integrationsdelegierte) ausreichend für die Problematik – sei es Integration allgemein, sei es gesundheitliche Chancengleichheit – sensibilisiert sind und sich politisch entsprechend engagieren. Die Verfügbarkeit von Ressourcen, d.h. die (kantonale) Finanzkraft ist dabei ebenfalls ein wichtiger Faktor (vgl. auch Rüefli/Egger 2010).

Zur Erklärung der Unterschiede zwischen den Sprachregionen verweist ein Grossteil der im Jahr 2010 Befragten auf die oben dargelegten politischen und kulturellen Unterschiede in Bezug auf den Umgang mit gesellschaftlicher Diversität.

Hinweise zur Erklärung der Unterschiede zwischen den Kantonen sind aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten insbesondere die Zentrumslast von städtischen Kantonen wie Basel-Stadt, Genf oder Zürich, die gleichzeitig einen grossen Anteil an Personen mit Migrationshintergrund aufweisen. Diese Tendenz wird verstärkt dadurch, dass einige dieser Kantone gleichzeitig Grenzkantone sind. Der Handlungsbedarf und die Sensibilisiertheit sind in diesen Kantonen daher nach Einschätzung der Befragten offensichtlicher als in ländlich geprägten Kantonen, und diese stehen tendenziell auch vor anderen Problemen im Zusammenhang mit Migration/Integration. Ein wichtiger Faktor, der zur Erklärung kantonaler Unterschiede herangezogen werden kann, ist die Finanzkraft des Kantons: So haben kleine Kantone häufig nicht ausreichend Ressourcen für Aktivitäten im Bereich Migration/Integration und für den Aufbau von Strukturen, die den Aspekt Migration berücksichtigen.

Der Urbanitätsgrad ist gemäss der Einschätzung der befragten Expertinnen und Experten der wichtigste Faktor zur Erklärung regionaler Unterschiede (vgl. auch Wichmann et al. 2011: 98). So

ist insbesondere in Städten der Problemdruck durch die grössere Anzahl an Personen mit Migrationshintergrund höher, gleichzeitig werden Städte von den Befragten als tendenziell offener gegenüber Ideen und Aktivitäten im Bereich Migration/Integration (oder Gesundheit) wahrgenommen. Dazu kommt, dass nicht-staatliche Akteure die sich im Bereich Migration/Integration und/oder Gesundheit engagieren, vor allem in den Städten Druck auf die Behörden ausüben, das Thema Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund anzugehen.

Daraus kann jedoch nicht der Schluss gezogen werden, dass die Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten für Personen mit Migrationshintergrund schlechter ist als in städtischen. Aus Sicht der Befragten werden Personen mit Migrationshintergrund aufgrund ihrer kleineren Zahl in ländlichen Gebieten weniger problematisiert und können besser betreut werden.

### **3 Wechselwirkungen zwischen der Kontextentwicklung und der Strategie „Migration und Gesundheit 2008-2013“**

In der Kontextanalyse zur Strategie M+G standen die folgenden Fragen im Vordergrund:

1. Wie haben sich die Rahmenbedingungen des Programms verändert? Ist das aktuelle Programmkonzept dem aktuellen Kontext noch angepasst?
  - Sind die Programmziele in einem sich wandelnden Kontext noch geeignet, um zur angestrebten Vision der Chancengleichheit beizutragen?
  - Wie entwickeln sich verschiedene Bereiche des Kontexts und was hat dies für Auswirkungen für die Weiterentwicklung des Themas M+G (Prozess „Inequalities in Health“)?
  - Wie muss das Thema aufgrund des Kontexts in Zukunft bearbeitet werden?
2. Wie förderlich bzw. hinderlich wirkt sich der Kontext auf die Leistungserbringung aus?
3. Inwiefern hat die Strategie die Ausrichtung und Aktivitäten von Schlüsselakteuren im Gesundheitswesen beeinflusst? Welchen Hindernissen ist die Strategie begegnet? Was hat die Strategie gefördert?
4. Wie ist der Beitrag der Strategie M+G II zur Verbesserung der Chancengleichheit vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Kontextes zu beurteilen?

Die Fragen 1 und 2 betreffen die Auswirkungen der Kontextentwicklung auf die verschiedenen Ebenen der Strategie M+G (Handlungsbedarf, Konzeption, Umsetzung), während sich die Fragen 3 und 4 mit dem Einfluss der Strategie M+G auf die Entwicklung des Kontexts, d.h. mit ihrer Wirksamkeit befassen. Es sind somit die Wechselwirkungen zwischen der Kontextentwicklung und der Strategie M+G in beiden Richtungen zu betrachten. Im Folgenden werden diese Untersuchungsfragen anhand der in Kapitel 2 präsentierten empirischen Grundlagen diskutiert.

Dabei werden zunächst die auf die Wirksamkeit bezogenen Fragen 3 und 4 behandelt (Abschnitte 3.1 und 3.2), danach Frage 2 zu den förderlichen und hinderlichen Kontextfaktoren, und schliesslich – teilweise auf den vorangehenden Ausführungen aufbauend – Frage 1, die sich auf die Situierung der Strategie M+G im Kontext und Möglichkeiten zu ihrer Weiterentwicklung bezieht.

#### **3.1 Einfluss der Strategie auf die Ausrichtung und Aktivitäten von Schlüsselakteuren im Gesundheitswesen (Frage 3)**

Die Wirksamkeit der Strategie M+G ist davon abhängig, ob die von ihr angesprochenen Zielgruppen die im Rahmen der Strategie explizit oder implizit erwarteten Verhaltensänderungen vornehmen. Dabei stehen die Schlüsselakteure im Gesundheitswesen (Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung und im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sowie deren Verbände, Ausbildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden) im Zentrum des Interesses. Im vorliegenden Abschnitt geht es deshalb um die Frage, inwiefern die Strategie M+G einen Einfluss auf die Ausrichtung und Aktivitäten dieser Akteure ausgeübt hat.

Nach Einschätzung der im Jahr 2010 befragten Expertinnen und Experten haben sowohl die erste als auch die zweite Phase der Strategie M+G einen vielfältigen Einfluss auf die Akteurinnen

und Akteure im Gesundheitswesen und darüber hinaus ausgeübt. Aus Sicht der befragten Personen hat die Strategie M+G zu einer **Sensibilisierung von Akteurinnen und Akteuren aus verschiedenen Politikbereichen für das Thema Migration und Gesundheit** geführt. Insbesondere für den Gesundheitsbereich wird die Strategie M+G und deren inhaltliche Schwerpunktsetzung von verschiedenen der im Jahr 2010 Befragten als wegweisend erachtet. So hat die Strategie das Thema bei verschiedenen Akteurinnen und Akteuren **auf die Agenda gesetzt** und dazu geführt, dass das Thema Migration bei Aktivitäten dieser Akteurinnen und Akteure vermehrt einbezogen wird. Damit hat die Strategie auch einen gewissen Druck auf die Kantone und andere Akteurinnen und Akteure ausgeübt, in diesem Bereich aktiv zu werden. Gleichzeitig bestand 2010 verschiedentlich der Eindruck, dass die Strategie insbesondere bei den Kantonen nur wenig verankert sei.

Die vom BAG geförderten und finanzierten **wissenschaftlichen Grundlagen** im Bereich Migration und Gesundheit werden gemäss den befragten Expertinnen und Experten über den Gesundheitsbereich hinaus rezipiert und als fachliche Unterstützung geschätzt. Die im Bereich M+G bestehenden breiten wissenschaftlichen Grundlagen und die zur Verfügung stehenden Daten haben aus Sicht der Befragten einen Vorbildcharakter. Sie haben zur Schaffung eines Bewusstseins für das Thema beigetragen und damit auch den Handlungsdruck erhöht. Gleichzeitig dienen die vorhanden Daten aus Studien, Evaluationen und Monitorings gemäss den befragten Personen auch als Argumentationshilfen zur Rechtfertigung von Projekten im Bereich M+G. Die positiven Erfahrungen aus solchen Projekten führen wiederum dazu, dass das Thema stärker im Bewusstsein der Fachpersonen verankert wird. Zudem profitieren verschiedene Politikbereiche, so beispielsweise die Integrationsförderung und die Armutsbekämpfung, von Grundlagen über die Erreichung von Zielgruppen mit Personen mit Migrationshintergrund.

Die **Förderung der ikÜ** durch das BAG kommt aus Sicht der Befragten überdies dem Bildungsbereich und dem Sozialbereich zugute. Dies zeigen auch die Zahlen zu den geleisteten Einsatzstunden gemäss den BFM-Jahresberichten zur Integrationsförderung. 2008 entfielen 57'519 Stunden (60.6%) auf das Gesundheitswesen, 22'605 Stunden (23.8%) auf das Sozialwesen und 11'592 Stunden (12.2%) auf die Bildung; 2010 wurden im Gesundheitswesen 72'044 ikÜ-Stunden geleistet (56.3%), im Sozialwesen 34'327 Stunden (26.8%) und im Bildungsbereich 17'059 Stunden (13.3%) (BFM 2009b: 19 und 2011: 29).

Über diese konkreten Wirkungen hinaus wird die Strategie M+G von vielen in diesem Bereich tätigen Akteurinnen und Akteuren als unterstützend wahrgenommen. Sie wird als **Legitimationsgrundlage und Argumentationshilfe** für Projekte und Anträge um Projektfinanzierung geschätzt. Auch für die Integrationsförderung bietet die Strategie M+G aus Sicht der Befragten insbesondere ein Mittel zur Rechtfertigung verschiedener Aktivitäten – so sind die gut dokumentierten Chancenungleichheiten von Personen mit Migrationshintergrund im Gesundheitsbereich und in der Bildung (z.B. bei Bewerbungen auf Lehrstellen) gemäss Interviewaussagen häufig verwendete Argumente für eine stärker ausgebauten Integrationsförderung.

In der Stakeholderbefragung 2011 wurde untersucht, inwiefern das Thema „Gesundheit von Migrantinnen und Migranten“ in Strategien und konkreten Aktivitäten der verschiedenen Stakeholder von Bedeutung ist. Die Ergebnisse zeigen, dass gemäss Selbstdeklaration die **Gesundheit von Migrantinnen und Migranten in Strategien und Leitbildern** von knapp der Hälfte der

antwortenden Stakeholder thematisiert wird. Der Anteil ist allem unter Vereinen und gemeinnützigen Organisationen im Gesundheitsbereich, Leistungserbringern im Gesundheitswesen und (inter-)kantonalen Akteuren überdurchschnittlich hoch. Im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ist das Thema am stärksten verbreitet. Die geringste Verbreitung findet sich in Bildungsinstitutionen bzw. in der Forschung im Gesundheitswesen. Anders präsentiert sich die Situation auf der Ebene **konkreter Massnahmen**. Insgesamt gaben drei Viertel der Stakeholder im Gesundheitswesen und die Hälfte der Stakeholder im Bereich Migration/Integration an, – nicht näher erfragte – Massnahmen zum Thema Gesundheit von Migrantinnen und Migranten durchzuführen, in Auftrag zu geben oder zu finanzieren. Am häufigsten finden sich solche bei Vereinen und gemeinnützigen Organisationen, bei (inter-)kantonalen und kommunalen Stellen sowie bei Leistungserbringern der Gesundheitsversorgung. Bildungsinstitutionen im Gesundheitswesen und Leistungserbringerverbände setzen vergleichsweise seltener Massnahmen um. Wie die Strategien und Leitbilder beziehen sich auch die meisten Massnahmen auf den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention.

Gemäss der Stakeholderbefragung<sup>39</sup> können Massnahmen und/oder Strategien oder Leitbilder, die sich spezifisch dem Thema Gesundheit von Migrantinnen und Migranten annehmen, auf **drei zentrale Auslöser** zurückgeführt werden. Am wichtigsten erscheint dabei Handlungsdruck aufgrund konkreter Probleme wie z.B. Verständigungsschwierigkeiten oder Krankheitslast (28 Nennungen), am zweitwichtigsten ein verpflichtender übergeordneter Auftrag, z.B. in Form einer strategischen Vorgabe, einer gesetzlichen Grundlage, oder von formalen Anforderungen (17 Nennungen). Ebenfalls relevant sind die Ergebnisse von Forschungen und Analysen (13 Nennungen). Das BAG – konkret das Projekt MFH – wurde von 4 Stakeholdern als Auslöser bezeichnet (Huegli/Rüefli 2011: 36f.). Die wesentlichen **Hinderungsgründe** für die Realisierung von oder den Ausbau bestehender Aktivitäten sind aus der Sicht der antwortenden Stakeholder fehlende Ressourcen und andere Prioritäten (53 Nennungen), das Fehlen eines expliziten entsprechenden Auftrags (38 Nennungen), mangelnde Problemwahrnehmung bzw. Sensibilisiertheit, fehlender politischer Wille oder fehlender Handlungsdruck (15 Nennungen). Insbesondere im Gesundheitsbereich spielt auch eine Rolle, dass Strategien und Massnahmen bzw. Angebote oft auf die **Gesamtbevölkerung** bzw. eine grössere Bevölkerungsgruppe ausgerichtet sind und keine migrationsspezifische Differenzierung erfolgt oder eine solche nicht als notwendig erachtet wird (Huegli/Rüefli 2011: 36f.).

Diese Rückmeldungen deuten zunächst darauf hin, dass die Strategie M+G keinen wesentlichen direkten Einfluss auf die Strategien und Aktivitäten von Akteuren im Gesundheitswesen und anderen Themenfeldern hat. Allerdings wurden auch die konkreten Wirkungen der Strategie M+G in der jeweiligen Behörde oder Institution der antwortenden Stakeholder erfragt. Diesbezüglich werden der Strategie vor allem positive Wirkungen zugeschrieben<sup>40</sup>: Die weitaus am häufigsten genannte Wirkung besteht in der **Sensibilisierung** des Stakeholders bzw. in Agenda Setting für die Themen M+G bzw. Diversität (29 Nennungen). Die Strategie führte zudem dazu, dass die Stakeholder **Massnahmen und Projekte** im Bereich M+G durchführten oder finanzierten (15 Nennungen) und untereinander stärker **zusammenarbeiten** (8

---

<sup>39</sup> Insgesamt beteiligten sich 199 Stakeholder an der Befragung.

<sup>40</sup> Diese Rückmeldungen stammen nicht nur von Stakeholdern aus dem Gesundheitsbereich, sondern von der Gesamtheit der Antwortenden.

Nennungen). Weitere nennenswerte Wirkungen sind **Schulungen und Weiterbildungen** oder die Anerkennung von Weiterbildungen zum Thema M+G (6 Nennungen), die bereits angesprochene Argumentationshilfe und Legitimation (5 Nennungen) oder Datenerhebungen und Bestandesaufnahmen (3 Nennungen). Diese Rückmeldungen zeigen, dass die Strategie M+G durchaus gewisse Wirkungen zeigt. Einzelne Stakeholder hatten den Eindruck, dass die Strategie **negative Auswirkungen** hatte, d.h. dass sie Ratlosigkeit über die Umsetzung der Ziele, Hyperaktivismus und eine Papierflut hervorrief (4 Nennungen). Die Stakeholder konnten sich auch zur Frage äussern, welche weiteren Wirkungen die Strategie M+G allgemein bzw. bei anderen Akteuren hatte. Wiederum mit Abstand am häufigsten (14 Nennungen) wurde die **Sensibilisierung** bzw. das Agenda Setting für das Thema Gesundheit von Migrantinnen und Migranten angegeben (Huegli/Rüefli 2011: 45).

### **3.2 Beitrag der Strategie „Migration und Gesundheit 2008-2013“ zur Verbesserung der Chancengleichheit (Frage 4)**

Wie in Abschnitt 3.1 ausgeführt, zeigt die Strategie M+G auf der Ebene der Akteure des Gesundheitswesens sowie bei Akteuren in anderen Themenfeldern punktuell gewisse Wirkungen, die sich in konkreten Aktivitäten zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Personen mit Migrationshintergrund manifestieren. Gemäss den 2010 geführten Interviews hat die Strategie M+G aber auch eine **symbolische Bedeutung**. Sie dient nicht nur als Argumentationshilfe und zur Rechtfertigung spezifischer Aktivitäten, sondern ist für die Akteurinnen und Akteure insbesondere in der Gesundheitsversorgung, aber auch in anderen Politikbereichen ein Zeichen dafür, dass der Bund das **Thema Migration und Gesundheit als wichtig erachtet**.

Die Strategie M+G verfolgt sechs Wirkungsziele, mit denen zur angestrebten Vision der Chancengleichheit beigetragen werden soll (BAG 2007):

1. Angebote der Gesundheitsförderung und der Prävention sowie der gesundheitsbezogenen Information sind migrationsgerecht ausgestaltet.
2. Personen mit Migrationshintergrund verfügen über ausreichende Gesundheitskompetenz und gesundheitsbezogene Informationen, um sich gesundheitsförderlich verhalten zu können.
3. Führungsverantwortliche und Leistungserbringende des Versorgungssystems (z.B. Spitäler) setzen sich mit konkreten Massnahmen dafür ein, dass die Gesundheitsversorgung für alle Bevölkerungsgruppen zugänglich und adäquat ausgestaltet ist.
4. Das Gesundheitspersonal verfügt über transkulturelle Kompetenz im Umgang mit einer von Diversität geprägten Klientel.
5. Professionelles interkulturelles Übersetzen kommt im Gesundheitswesen verstärkt und dem Bedarf entsprechend zum Einsatz.
6. Es ist zusätzliches und differenziertes Wissen über die gesundheitliche Situation von Personen mit Migrationshintergrund sowie über die Zusammenhänge und Wechselwirkungen von Migration und gesundheitlicher Chancengleichheit vorhanden und für interessierte Kreise verfügbar.

Aus der Stakeholderbefragung 2011 ergeben sich Hinweise auf direkte Beiträge der Strategie M+G an die Verbesserung der Chancengleichheit. In den oben aufgeführten Zieldimensionen sehen die antwortenden Stakeholder den grössten Einfluss der Strategie M+G im Bereich der **Sensibilisierung diverser Akteure** für das Thema M+G, hinsichtlich der **Berücksichtigung des Migrationsaspekts in Aktivitäten** (v.a. bei Bundesbehörden und Integrationsfachstellen), bezüglich der **Vermittlung von transkultureller Kompetenz an das Gesundheitspersonal** und der **Erarbeitung von zusätzlichem Wissen** zum Thema. Eher wenig Einfluss attestieren die Stakeholder der Strategie auf die migrationsgerechte Ausgestaltung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten und auf die Information von Migrantinnen und Migranten über gesundheitsrelevante Themen.

Unabhängig von einem allfälligen Einfluss der Strategie M+G halten die antwortenden Stakeholder Integrationsfachstellen und Bundesstellen am stärksten für das Thema M+G sensibilisiert, gefolgt von Vereinen und Stiftungen im Gesundheitsbereich, Leistungserbringern der Gesundheitsversorgung und Kantonsbehörden. In der Einschätzung der antwortenden Stakeholder hat das Thema „Gesundheit von Migrantinnen und Migranten“ vor allem auf Bundesebene und bei Integrationsfachstellen Eingang in Strategien, Programme und Aktivitäten gefunden. Kantonsbehörden, Vereine und Stiftungen sowie Bildungseinrichtungen im Gesundheitsbereich und Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung werden ebenfalls als mehrheitlich aktiv wahrgenommen.

Weitere direkte Beiträge der Strategie M+G an die Förderung der Chancengleichheit ergeben sich aus den konkreten Programmaktivitäten, wie z.B. dem **Auf- und Ausbau von Dienstleistungsangeboten im Bereich ikÜ**, welche vor allem in den Regelstrukturen des Gesundheitswesens, aber auch des Sozial- und Bildungswesens zum Einsatz kommen und dort zu einer höheren (Versorgungs-)Qualität und einem besseren Zugang beitragen, und den verschiedenen Aktivitäten in einzelnen Spitälern im Rahmen des Projekts **Migrant Friendly Hospitals**.

Indirekt leistet die Strategie M+G einen Beitrag an die Förderung der Chancengleichheit, indem sie vor allem im Rahmen des Massnahmenpakets Integration des Bundes das Thema Gesundheit auf die Agenda setzt. Es liegen bisher keine empirischen Hinweise darauf vor, dass die Präsenz des BAG in der IAM konkrete Auswirkungen auf die Aktivitäten anderer Bundesämter hatte. Dass das Thema Gesundheit in diesem Gremium zur Sprache kommt, dürfte jedoch zumindest das Bewusstsein für die gesundheitliche Relevanz von verschiedenen integrationsrelevanten Aktivitäten in den Bereichen Bildung, Arbeitsmarkt, Sozialpolitik, Wohnen etc., die auch an wichtigen Gesundheitsdeterminanten ansetzen, erhöhen. Damit wäre eine wichtige Grundvoraussetzung für erste Schritte in Richtung eines Health-in-all-Policies-Ansatzes gegeben.

### 3.3 Förderliche und hinderliche Kontextfaktoren für die Umsetzung der Strategie „Migration und Gesundheit 2008-2013“ (Frage 2)

Im vorliegenden Abschnitt soll der Frage nachgegangen werden, welche Kontextelemente und Kontextentwicklungen sich eher förderlich (Abschnitt 3.2.1), welche sich eher hinderlich (Abschnitt 3.2.2) auf die Leistungserbringung im Rahmen der Strategie M+G auswirken. Zunächst kann anhand der Ausführungen in Kapitel 2 eine summarische Gesamtbilanz gezogen werden. Dabei ist festzustellen, dass die Strategie M+G in verschiedener Hinsicht mit tendenziell eher schwierigen Kontextbedingungen konfrontiert ist.

Im **Gesundheitsbereich** findet die Strategie einen Kontext vor, in dem die Fachpersonen unterschiedlich stark sensibilisiert sind und unterschiedliche politische Unterstützung und Ressourcen zur Verfügung haben, um Aktivitäten im Bereich Migration und Gesundheit umzusetzen. Während sich das Thema M+G im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention bis zu einem gewissen Grad etablieren konnte, hat es für die Akteure in der Gesundheitsversorgung in aller Regel keine Priorität; es ist für sie insgesamt von marginaler Bedeutung. M+G ist gelegentlich ein Thema in Zusammenhang mit spezifischen Fragen. Dabei stehen vor allem die Sprache bzw. Verständigung und die Erreichbarkeit von Zielgruppen im Fokus. Auf fachlicher und wissenschaftlicher Ebene wird der Faktor Migrationshintergrund nur in spezifischen Zusammenhängen (Sprache/Verständigung, Traumata, FGM etc.) als determinierend für die gesundheitliche Chancengleichheit erachtet. Insbesondere auf Bundes-, teilweise auch auf Kantonsebene finden sich dagegen verschiedene gesundheitspolitische Entwicklungen (Bund: Präventionsgesetz, Qualitätsstrategie; Kantone: Bedarfsanalysen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention), welche die Stossrichtungen und Anliegen der Strategie M+G unterstützen und ihrer Umsetzung förderlich sind. Hier bestehen günstige Voraussetzungen und gewisse Anknüpfungspunkte für weitere Bemühungen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit.

Im Bereich **Migration/Integration** ist der gesellschaftlich-politische Hauptdiskurs in Bezug auf den Umgang mit Diversität tendenziell negativ konnotiert und problemorientiert. Vor diesem Hintergrund dürfte die Vision der Schaffung von Chancengleichheit auf wenig politischen Rückhalt stossen, was sich auch an der geringen Bedeutung und dem ausbleibenden Erfolg von parlamentarischen Vorstössen zu diesem Thema zeigt. Da sich die Strategie M+G vor allem ausserhalb der öffentlichen und politischen Sphäre entfaltet und sich an die Fachwelt in den Bereichen Gesundheit, Migration und Sozialpolitik richtet, ist dieser Kontextfaktor von untergeordneter Bedeutung.

Auf strategischer und institutioneller Ebene bietet die 2010 begonnene Weiterentwicklung der schweizerischen Integrationspolitik diverse Chancen und Anknüpfungspunkte für die Strategie M+G. Sie bringt generell einen Bedeutungszuwachs, eine Institutionalisierung und eine höhere Verbindlichkeit der Integrationsförderung auf politischer und administrativer Ebene mit sich. Die Gesundheit ist auf strategischer Ebene als wichtiger Bereich der Integrationsförderung anerkannt. Indem in erster Linie die Regelstrukturen angesprochen werden, folgt die Integrationsförderung dem Mainstreaming-Prinzip und bereitet so den Boden für eine verstärkte Sensibilisierung der Regelstrukturen für migrationsbezogene Fragestellungen. Zugleich wurden die konzeptionellen Voraussetzungen geschaffen, um Gesundheitsfragen in Massnahmen der Integrationsförderung einzubringen. Die Vollzugsvoraussetzungen erscheinen allerdings weniger günstig: Die Verant-

wortung für die inhaltlichen Schwerpunkte der Integrationsförderung liegt bei den Kantonen, die tendenziell mit Ressourcenknappheit konfrontiert sind und vermutlich nur beschränkte Eigeninitiative zeigen werden, bei ihrer Schwerpunktsetzung über die Minimalvorgaben des Bundes hinaus zu gehen. Entsprechend ist diesbezüglich weiterhin Heterogenität in der Sensibilisierung und im Aktivitätsniveau im Bereich M+G zu erwarten. Ähnlich wie in der Gesundheitsversorgung ist die Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund für die Akteure im Bereich Migration/Integration höchstens ein Nebenthema, weshalb kaum Ressourcen aufgewendet werden, um dem Thema Rechnung zu tragen oder die Strategie M+G durch verstärkte Aktivitäten der Integrationsförderung im Gesundheitsbereich zu unterstützen.

In der allgemeinen **Gesellschaftspolitik** (Sozialpolitik, Gleichstellung) ist der Kontext für die Strategie M+G als durchaus positiv zu beurteilen. Obwohl sie weder explizit die Migrationsbevölkerung als Zielgruppe definiert noch unmittelbar gesundheitliche Aspekte aufgreift, haben die verstärkten Bestrebungen im Bereich der Armutsbekämpfung (Bund, nationale Ebene) das Potenzial, die Vision der Strategie M+G zu unterstützen. Sie setzen an den sozialen Determinanten der Gesundheit an, was sich potenziell förderlich auf die Gesundheitschancen der von den Massnahmen betroffenen Zielgruppen auswirkt. Auf institutioneller Ebene (Fachstellen) findet sich in diversen Kantonen ein gewisser Trend zur gemeinsamen Bearbeitung verschiedener Themen, die sich hinsichtlich ihrer Zielgruppen und Stossrichtungen ähneln und auf die Förderung von Chancengleichheit abzielen (Prävention, Integrationsförderung, Gleichstellung). Somit sind erste Ansätze einer Entwicklung in Richtung multisektoraler Vorgehensweisen beobachtbar, die allerdings noch mit Umsetzungsschwierigkeiten konfrontiert sind, und auf einem noch schwachen strategischen und konzeptionellen Fundament abgestützt sind. Der allgemeine Chancengleichheitsdiskurs steckt noch in den Anfängen und beschränkt sich vorläufig auf die Fachebene. Der Begriff gilt als zu abstrakt, zu wenig greifbar und schwer zu vermitteln.

### **3.3.1 Förderliche Kontextelemente und -entwicklungen**

Im Folgenden werden die Kontextelemente und -entwicklungen, die sich in verschiedener Hinsicht positiv auf die Umsetzung der Strategie M+G auswirken oder potenziell positiv auswirken können, und ihre Bedeutung für die Strategie M+G überblicksmässig zusammengefasst. Im Vordergrund stehen Faktoren, die sich positiv auf die Bereitschaft und Möglichkeit von externen Schlüsselakteuren auswirken, Aktivitäten im Sinne der Strategie M+G zu lancieren und umzusetzen, oder die auf strategischer und/oder konzeptioneller Ebene Anknüpfungspunkte für Mainstreaming-Aktivitäten im Sinne der Strategie M+G bieten. Dabei kann es sich um Aktivitäten handeln, die das Thema Gesundheit in der Integrationsförderung stärken („Gesundheitsmainstreaming“), oder die auf eine bessere Berücksichtigung des Themenkomplexes Migration/Diversität/Chancengleichheit im Gesundheitswesen abzielen („Migrationsmainstreaming“).

Es ist zu unterscheiden zwischen Kontextfaktoren und -entwicklungen, die gegeben sind und sich unter gewissen Voraussetzungen positiv auf die Strategieumsetzung auswirken können („potenziell förderliche Kontextentwicklungen“) und Faktoren, die sich positiv auf die Strategie auswirken, jedoch nicht notwendigerweise von vornherein gegeben sind („förderliche Kontextbedingungen“).

### ***Potenziell förderliche Kontextentwicklungen***

Die nachfolgenden Kontextfaktoren können sich unter bestimmten Umständen positiv auf die Strategie M+G auswirken und deren Umsetzung unterstützen:

#### Qualitätsstrategie für das schweizerische Gesundheitswesen

Die vom Bund 2009 verabschiedete Qualitätsstrategie für das schweizerische Gesundheitswesen erwähnt explizit das Kriterium des chancengleichen Zugangs für alle als Zieldimension der Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung. Ähnlich wie in der Strategie M+G beruhen das Umsetzungskonzept und die vorgesehenen Aktionsfelder auf dem Mainstreaming-Ansatz, um die Qualitätssicherung und ihre Zieldimensionen im Versorgungssystem zu verankern. Insofern stellt die Qualitätsstrategie ein zusätzliches Gefäss dar, um die Anliegen der Strategie M+G an die Akteure der Gesundheitsversorgung zu vermitteln. Dies bedingt ein gezieltes Migrationsmainstreaming der Aktivitäten zur Umsetzung der Qualitätsstrategie. So bildet beispielsweise der angestrebte Einbezug von Patienten und der Bevölkerung einen potenziellen Anknüpfungspunkt für die Strategie M+G. Dieser Aspekt betrifft auch die Migrationsbevölkerung und wirft die damit verbundene Frage der Erreichbarkeit und der zielgruppenspezifische Ausrichtung von Massnahmen auf.

#### Tendenzieller Bedeutungszuwachs der Gesundheitsförderung und Prävention auf Bundes- und Kantonebene

Das vom Bundesrat vorgeschlagene und vom Parlament zu behandelnde Präventionsgesetz enthält zahlreiche Elemente, welche die Rahmenbedingungen für die Strategie M+G verbessern würden – sofern das Gesetz vom Parlament effektiv verabschiedet wird. Das Präventionsgesetz strebt u.a. explizit die Förderung der Chancengleichheit als Ziel an, setzt bei der Beeinflussung der Gesundheitsdeterminanten an und orientiert sich am Mainstreaming als Leitprinzip (Gender-, Migrations- und Disability-Mainstreaming). Für Gruppen mit besonderem Handlungsbedarf sieht das Gesetz die Schaffung spezifischer Massnahmen vor. Es verfolgt somit dieselbe Stossrichtung wie die Strategie M+G und würde diese unterstützen. Die Verabschiedung des Gesetzes hätte auf Bundesebene eine institutionelle und politische Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention allgemein zur Folge, böte eine stärkere gesetzliche und strategische Verankerung von Aktivitäten im Bereich M+G und würde eine Grundlage für transversale Massnahmen zugunsten der Migrationsbevölkerung und anderen spezifischen Zielgruppen schaffen.

Dass die Gesundheitsförderung und Prävention und der Stellenwert des Themas M+G in diesem Bereich auf kantonaler Ebene in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen haben, ist eine weitere Kontextentwicklung, die sich förderlich auf die Strategie M+G auswirkt.

## Entwicklungsdynamik in der Integrationsförderung auf Bundes- und teilweise auf Kantonebene

Die laufende Entwicklung auf Bundesebene führt zu einem Bedeutungszuwachs, einer Institutionalisierung und einer höheren Verbindlichkeit der Integrationsförderung auf politischer und administrativer Ebene. Für die Strategie M+G stellt dies in verschiedener Hinsicht eine günstige Rahmenbedingung dar (vgl. Abschnitt 2.2.5):

- Die Integrationsförderung folgt dem Mainstreaming-Prinzip (Regelstrukturansatz) und bereitet so den Boden für eine verstärkte Sensibilisierung der Regelstrukturen für migrationsbezogene Fragestellungen auf allen Ebenen.
- Die Gesundheit ist explizit als ein Schwerpunktbereich für Integrationsförderungsmaßnahmen in den Regelstrukturen erwähnt. Damit bestehen günstige konzeptionelle Voraussetzungen für die Thematisierung von Gesundheitsfragen (Gesundheitsmainstreaming) im Rahmen von Massnahmen der Integrationsförderung.
- Integrationsförderung setzt an wichtigen Gesundheitsdeterminanten an und verbessert dadurch direkt und indirekt die allgemeinen Rahmenbedingungen für Chancengleichheit, auch in gesundheitlicher Hinsicht.
- Die Chancengleichheit soll als explizites Ziel in verschiedenen Bundesgesetzen (u.a. IVG, ATSG, AVIG, BBG) verankert werden, was die Verbreitung des entsprechenden Konzepts stärkt.
- Die spezifische Integrationsförderung enthält auch die Stärkung der ikÜ (Vermittlungsstellen). Die vorgesehene explizite gesetzliche Verankerung würde eine verbindlichere Abstützung der ikÜ bedeuten und ihre Verbreitung in weiteren Einsatzgebieten (Sozialversicherungen, Berufsbildung) fördern. Dies dürfte eine institutionelle und finanzielle Konsolidierung des bestehenden ikÜ-Angebots zur Folge haben, was den Handlungsbedarf seitens des Bundes senken würde.
- Das Massnahmenpaket des Bundes zur Integration von Ausländerinnen und Ausländern bietet auf Bundesebene einen institutionellen Rahmen und inhaltliche Ansätze zur Verknüpfung der Themen Migration und Gesundheit und deren Berücksichtigung in anderen Themenfeldern (Gesundheitsmainstreaming). Die Strategie M+G ist Teil dieses Massnahmenpakets, welches damit eine zusätzliche strategische Verankerung und Legitimationsgrundlage für die Strategie bildet.

## Anerkennung der Bedeutung und Empfehlung zur Stärkung der ikÜ (auch im Sozialwesen) durch GDK und SODK

Indem sich die interkantonalen Konferenzen des Sozial- und Gesundheitswesens zugunsten der ikÜ aussprechen und ihren Einsatz empfehlen, stärken sie deren politischen Rückhalt. Dies unterstützt die entsprechenden Bemühungen im Rahmen der Strategie M+G auf einer symbolischen Ebene.

### Entwicklungsdynamik im Bereich Armutsbekämpfung (u.a. gesamtschweizerische Strategie)

Obwohl sie weder explizit die Migrationsbevölkerung als Zielgruppe definiert noch unmittelbar gesundheitliche Aspekte aufgreift, haben die verstärkten Bestrebungen im Bereich der Armutsbekämpfung (Bund, nationale Ebene) das Potenzial, die Vision der Strategie M+G zu unterstützen. Sie setzen an den sozialen Determinanten der Gesundheit an, was sich potenziell förderlich auf die Gesundheitschancen der von den Massnahmen betroffenen Zielgruppen auswirkt. Sofern die Migrationsbevölkerung davon profitiert, unterstützt dies die Wirksamkeit der Strategie M+G auf einer zusätzlichen, allgemeineren Ebene.

### Erste Ansätze bereichsübergreifenden multisektoralen Handelns im Bereich Chancengleichheit auf kantonaler Ebene

Die Zusammenführung verschiedener Fachstellen bzw. die gemeinsame Bearbeitung verschiedener Themen, die sich hinsichtlich ihrer Zielgruppen und Stossrichtungen ähneln (Prävention, Integrationsförderung, Gleichstellung) stellen erste Ansätze einer Entwicklung in Richtung multi-sektoraler Vorgehensweisen dar. Für die Strategie M+G ist dies insofern eine günstige Entwicklung, als dass sie mögliche Ansatzpunkte für Gesundheits- bzw. Migrationsmainstreaming in den Aktivitäten dieser Fachstellen bietet. Sie kann auch als Tendenz zur Herausbildung eines allgemeinen, nicht auf das Thema Migration fokussierten Chancengleichheits-Diskurses auf Fachebene interpretiert werden, was im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Strategie M+G von Bedeutung ist (s.u.).

### ***Förderliche Kontextbedingungen***

Nachfolgende Kontextfaktoren sind der Umsetzung von Aktivitäten im Sinne der Strategie M+G förderlich. Im Gegensatz zu den oben diskutierten Kontextentwicklungen sind sie jedoch nicht überall gegeben.

### Anerkannter Handlungsbedarf: Handlungsdruck und konkrete Probleme in Praxis, hohe Sensibilisierung für M+G- bzw. Chancengleichheit-Anliegen

Ein wichtiger Auslöser dafür, dass Organisationen konkrete Massnahmen im Bereich M+G ergreifen oder die Themen Migration bzw. Chancengleichheit und Gesundheit in Strategien oder Leitbildern ansprechen, ist die Anerkennung von diesbezüglichem Handlungsbedarf. Das Thema M+G erhält dann Priorität, wenn eine hohe Sensibilisierung gegeben ist oder wenn ein hoher Handlungsdruck erkannt wird. Die empirischen Befunde zeigen, dass die Verbreitung von Forschungsergebnissen die Sensibilisierung und die Handlungsbereitschaft von Akteuren unterstützen kann.

Gemäss der Kontextanalyse ist das Thema M+G insbesondere im Handlungsfeld der Gesundheitsförderung und Prävention gut verankert und bestehen deshalb dort günstige Voraussetzungen für die Umsetzung der Strategie M+G. In anderen Handlungsfeldern ist das weniger ausgeprägt der Fall. Mit Blick auf die festgestellten regionalen Unterschiede (tendenziell grössere Offenheit gegenüber Personen mit Migrationshintergrund, höhere Akzeptanz von Bestrebungen zum Abbau struktureller Hindernisse zur Schaffung von Chancengleichheit) ist auch davon aus-

zugehen, dass die Strategie M+G in der französischsprachigen Schweiz günstigere Voraussetzungen antrifft als in der Deutschschweiz.

Auftrag einer übergeordneten Stelle, Gesetzesgrundlage oder reglementarische Anforderungen

Gemäss der Stakeholderbefragung stellt ein formeller Auftrag zur Berücksichtigung von migrationsbezogenen Aspekten im Gesundheitswesen (bzw. von gesundheitsbezogenen Aspekten in der Integrationsförderung) ebenfalls einen Faktor dar, der die Lancierung und Umsetzung von Aktivitäten im Sinne der Strategie M+G unterstützt.

### 3.3.2 Hinderliche Kontextelemente und -entwicklungen

Analog zu Abschnitt 3.3.2 werden im Folgenden die verschiedenen Kontextfaktoren und -entwicklungen zusammengefasst, die sich – effektiv oder potenziell – hinderlich auf die Umsetzung der Strategie M+G auswirken.

Tendenziell negativ geprägter gesellschaftlicher und politischer Diskurs gegenüber Migrantinnen und Migranten und Massnahmen zugunsten der Migrationsbevölkerung

Seitens der Öffentlichkeit und auf der politischen Ebene besteht wenig Rückhalt und Unterstützung für Massnahmen zugunsten der Migrationsbevölkerung und für das Konzept der Chancengleichheit. Dieser Umstand ist für die Strategie M+G nicht direkt relevant, da sie vorwiegend verwaltungsintern und in spezifischen Fachkreisen (Integrationsförderung, Gesundheitsförderung/Prävention, Armutsbekämpfung) bearbeitet und vorangetrieben wird und sich ihre Aktivitäten meist ausserhalb der öffentlichen und politischen Sphäre abspielen. Der öffentliche Diskurs kann sich aber ungünstig auf die Strategie M+G auswirken, indem er die Sensibilisierung, das Engagement, die Ressourcenverfügbarkeit und die Bereitschaft von Schlüsselakteuren, sich im Sinne der Strategie M+G zu exponieren und Projekte zugunsten der Migrationsbevölkerung zu lancieren und zu unterstützen, beeinträchtigen kann.

Schwacher politischer Rückhalt auf Bundesebene für Gesundheitsförderung und Prävention allgemein, Strategie M+G und Förderung der Chancengleichheit sind keine relevanten Themen in der politischen Arena.

Die seitens des Bundesrates vorgesehene Stärkung und bessere Koordination der Gesundheitsförderung und Prävention stösst im Parlament auf politischen Widerstand. Die Bereitschaft, Aktivitäten in diesem Bereich zu fördern, ist auf bundespolitischer Ebene gering. Dasselbe gilt für die Vision der Chancengleichheit. Dieser Umstand tangiert die Strategie M+G nicht unmittelbar (s.o.) und hat im Vergleich zu bisher vorerst keine negativen Konsequenzen, stellt aber einen potenziell hinderlichen Kontextfaktor dar, falls die Strategie M+G oder andere vergleichbare Vorhaben jemals Gegenstand parlamentarischer Entscheide werden sollten.

Auf fast allen Ebenen und in den meisten Teilbereichen des Gesundheitswesens und der Praxis der Integrationsförderung sind die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten und Chancengleichheit keine prioritäre Themen.

Generell kann festgehalten werden, dass – von punktuellen Aktivitäten abgesehen – die zentralen Akteure und Verbände in der Gesundheitsversorgung nur beschränkt an Thema M+G interessiert bzw. darin aktiv sind. Sie verfolgen in der Regel andere Prioritäten und empfinden M+G eher als marginales Thema. Die Aufnahmebereitschaft dafür und die Bereitschaft, Ressourcen für Aktivitäten im Bereich M+G einzusetzen, sind allgemein eher tief und abhängig vom subjektiv wahrgenommenen Problemdruck bzw. Handlungsbedarf. Das Engagement ist grösstenteils von Einzelpersonen abhängig, die zum Thema sensibilisiert sind, und nicht in den Strukturen verankert. Auch innerhalb des BAG geniesst das Thema M+G keine hohe Priorität, fehlt die explizite Unterstützung der Strategie gegen aussen und ist die institutionelle Abstützung der Strategie M+G eher schwach. Dies erschwert den Umsetzungsverantwortlichen den Zugang zu und die Zusammenarbeit mit anderen Bundesämtern, was von ihnen als Hemmnis empfunden wird. Auch in der Praxis der Integrationsförderung ist das Thema Gesundheit nur von untergeordneter Bedeutung und fehlt bei Schlüsselakteuren teilweise die Sensibilisierung dafür. Die tiefe Priorisierung des Themas Gesundheit (in der Integrationsförderung) bzw. Migration (im Gesundheitswesen) ist teilweise auch auf das Fehlen eines expliziten Auftrags, diese Aspekte in den jeweiligen Tätigkeiten zu berücksichtigen, zurückzuführen. Insbesondere im Gesundheitsbereich spielt auch eine Rolle, dass Strategien und Massnahmen oft auf die Gesamtbevölkerung bzw. eine grössere Bevölkerungsgruppe ausgerichtet sind und keine migrationsspezifische Differenzierung erfolgt oder eine solche nicht als notwendig erachtet wird.

Spardruck (Kantone) bzw. beschränkte finanzielle Möglichkeiten (Verbände, NGOs)

Fehlende finanzielle Ressourcen sind ein Hauptgrund für ausbleibendes Engagement im Bereich M+G. Bei Ressourcenknappheit sind Behörden und Organisationen in der Regel kaum bereit, Projekte zu finanzieren, die nicht als unverzichtbar oder als Teil des Kernauftrags wahrgenommen werden. Auf kantonaler Ebene bestehen diesbezüglich eher ungünstige Voraussetzungen: der permanente Spardruck, die Übernahme zusätzlicher Aufgaben als Folge der NFA, Mehrausgaben in der Spitalfinanzierung etc. schränken ihren finanziellen Handlungsspielraum ein. So ist z.B. davon auszugehen, dass im Bereich der Integrationsförderung die Kantone nur beschränkte Eigeninitiative zeigen, bei der Ausarbeitung der vom Bund geforderten kantonalen Integrationsprogramme über die inhaltlichen Minimalvorgaben des Bundes hinaus zu gehen und auch Massnahmen im Bereich Gesundheit vorzusehen.

Überforderung mit Einbezug von Querschnittsthemen im Rahmen von Migrations- oder Gesundheitsmainstreaming

Der Einbezug von Querschnittsthemen wie Migration in gesundheitsbezogene Aktivitäten oder die Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten in Massnahmen der Integrationsförderung, wie es Migrations- bzw. Gesundheitsmainstreaming anstrebt, erhöht die Komplexität dieser Aktivitäten und kann Projektträgerschaften und Institutionen überfordern, insbesondere wenn sie durch ih-

ren Kernauftrag bereits stark ausgelastet sind. Aufgrund der Kontextanalyse ist z.B. anzunehmen, dass die Strukturen der Integrationsförderung wenig empfänglich für Gesundheitsmainstreaming sind und nicht dafür eingerichtet sind (fehlende Sensibilisierung, knappe finanzielle und personelle Ressourcen, fehlendes spezifisches Fachwissen, fehlende Vernetzung). Auch seitens von Schlüsselpersonen der Migrationsbevölkerung wird teilweise übermäßige Beanspruchung geltend gemacht, insbesondere wenn sie für diverse Projekte und Programme in verschiedenen Politikbereichen als Multiplikatoren bzw. Intermediäre fungieren. Bei einzelnen Fachpersonen kann sich auch Themenmüdigkeit negativ auf die Bereitschaft, sich für die Anliegen der Strategie M+G einzusetzen, auswirken.

#### Zurückhaltung in Fachkreisen, migrationsspezifische Projekte zu realisieren

Zwei weitere Faktoren können dazu führen, dass Projekte, die spezifisch der Migrationsbevölkerung zugutekommen, nur zurückhaltend realisiert werden: Einerseits ist der Migrationshintergrund bzw. die Herkunft einer Person aus fachlicher Sicht nicht die zentrale Determinante gesundheitlicher Ungleichheiten, sondern ein – teilweise durchaus relevanter – intervenierender Faktor. Andererseits besteht insbesondere im Zusammenhang mit dem vorherrschenden gesellschaftlich-politischen Diskurs über Migration ein gewisses Risiko der Stigmatisierung oder Diskriminierung der entsprechenden Projekte oder deren Zielgruppen.

### **3.4 Auswirkungen der Rahmenbedingungen auf das Programmkonzept (Frage 1)**

Die verschiedenen Unterfragen zu Frage 1 werden in jeweils separaten Abschnitten behandelt. In Abschnitt 3.4.1 wird diskutiert, inwiefern das Programmkonzept der Strategie M+G dem Kontext noch angepasst ist, Abschnitt 3.4.2 thematisiert die Eignung der Programmziele, um vor dem Hintergrund der festgestellten Kontextveränderungen zur angestrebten Vision der Chancengleichheit beizutragen. In Abschnitt 3.4.3 stehen die Konsequenzen der Kontextentwicklung für die Weiterentwicklung des Themas M+G zur Diskussion, und Abschnitt 3.4.4 geht es um die Frage der zukünftigen Bearbeitung des Themas M+G vor dem Hintergrund der Kontextentwicklung.

#### **3.4.1 Das aktuelle Programmkonzept im Hinblick auf den Kontext**

Das Programmkonzept der Strategie „Migration und Gesundheit 2008-2013“ (BAG 2007) umfasst die Vision der gesundheitlichen Chancengleichheit, sechs Wirkungsziele, Mainstreaming-Massnahmen in den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitsversorgung, Aus- und Weiterbildung für Gesundheitsberufe, interkulturelles Übersetzen sowie Forschung und Wissensmanagement.

### ***Vision der Strategie „Migration und Gesundheit 2008-2013“***

In der **gesellschaftlichen und politischen Debatte** ist die **Chancengleichheit als Begriff und Ziel kaum von Bedeutung**. Der gesellschaftliche und politische Diskurs über Migration und Integration folgt tendenziell einer anderen Richtung (Problematisierung und Stigmatisierung von Migrantinnen und Migranten). Integration soll gemäss dem vorherrschenden Diskurs nicht primär durch den Abbau von Hindernissen und die Schaffung von Chancengleichheit gefördert werden, sondern über Anforderungen an den Integrationswillen von Individuen und über die Stärkung individueller Fähigkeiten (Sprache, Bildung). Die Pflichten werden gegenüber den Rechten stärker betont. Dieser vor allem in der Deutschschweiz vorherrschende Diskurs steht im Gegensatz zur Stossrichtung der Integrationsförderung des Bundes, aber auch der Strategie M+G, welche vor allem strukturelle Massnahmen zur Schaffung von Chancengleichheit vorsieht. Aktivitäten zugunsten der Migrationsbevölkerung finden entsprechend nur beschränkt Unterstützung. Die Vision der Strategie – Schaffung von gesundheitlicher Chancengleichheit für die Migrationsbevölkerung – trifft somit auf gesellschaftlich-politischer Ebene auf einen schwierigen Kontext.

Auf **fachlicher Ebene** hingegen besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass die Vision der Strategie M+G relevant ist. Gemäss den Einschätzungen der meisten im Jahr 2011 befragten Stakeholder aus den Bereichen Gesundheit, Migration/Integration und Sozialpolitik stellen sich bei Migrantinnen und Migranten nach wie vor **Probleme des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und der Erreichbarkeit mit Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention**. Diese beiden Aspekte sowie die **Sicherstellung der sprachlichen Verständigung** bilden in der Wahrnehmung der Stakeholder die drei Bereiche mit dem grössten Handlungsdruck im Bereich M+G. Die antwortenden Stakeholder führen die bestehenden Probleme eher auf verschiedene Faktoren seitens der Migrantinnen und Migranten (v.a. Sprache und Schichtproblematik) zurück als auf eine ungenügende Offenheit des Gesundheitssystems. Neben sprachlichen und kulturgebundenen Aspekten werden vor allem ein tiefer sozioökonomischer Status und ein tiefes Bildungsniveau, teilweise auch hohes Alter als weitere wichtige Ursachen von Chancenungleichheiten bezüglich Inanspruchnahme und Erreichbarkeit betrachtet (Huegli/Rüefli 2011: 20ff.).

Die Kontextanalyse (vgl. die Ausführungen in Kapitel 2) zeigt, dass auch bezüglich Veränderungen in den Strukturen des Gesundheitswesens (Migrations- bzw. Diversitätsmainstreaming) und der Integrationsförderung (Gesundheitsmainstreaming) weiterhin Handlungsbedarf besteht. Im Gesundheitswesen ist die Sensibilisierung für die Themen Migration, Diversität und Chancengleichheit ausser in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention sowie Pflege nicht allzu stark ausgeprägt. Der Handlungsbedarf für M+G-Massnahmen ist im Wesentlichen anerkannt. Ebenfalls auf fachlicher Ebene findet sich sowohl in der Integrationsförderung als auch im Sozialbereich (Armutsbekämpfung) eine relativ ausgeprägte Entwicklungsdynamik, welche auf die Förderung von Chancengleichheit abzielt und bei vorgelagerten (sozialen) Gesundheitsdeterminanten ansetzt. Gesundheit ist in beiden Bereichen jedoch wenn überhaupt nur punktuell bzw. auf rhetorischer Ebene Gegenstand dieser Entwicklung. Es werden kaum Ressourcen aufgewendet, z.B. um durch Mainstreaming-Aktivitäten im Gesundheitsbereich die Strategie M+G zu unterstützen. Diese Feststellungen implizieren, dass die Strategie M+G nach wie vor relevant ist, um eine Brückenfunktion zwischen Integrationsförderung und Gesundheitswesen wahrzunehmen.

## ***Handlungsfelder der Strategie „Migration und Gesundheit 2008-2013“***

Auf die einzelnen Handlungsfelder wirken sich die verschiedenen thematisierten Kontextentwicklungen wie folgt aus:

- ***Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention:*** Die Sensibilisierung der Akteure im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention für das Thema Migration und Gesundheit kann aufgrund der verschiedenen Erhebungen grundsätzlich als hoch bezeichnet werden. Allerdings schränken begrenzte finanzielle und personelle Ressourcen, die potenziell hohe Zahl an relevanten Querschnittsthemen, hohe Komplexität von Projekten und Programmen sowie die Gefahr der Überforderung von Projektverantwortlichen die Möglichkeiten zum Einbezug des Themas Migration in die Gesundheitsförderung und Prävention ein. Der gesellschaftlich-politische Migrationsdiskurs führt zudem teilweise dazu, dass Aktivitäten für Personen mit Migrationshintergrund vermieden oder unspezifisch, im Rahmen von an die Gesamtbevölkerung gerichteten Massnahmen umgesetzt werden. Migrationsmainstreaming ist für Projektverantwortliche und für die Regelstrukturen aufgrund knapper Ressourcen und vieler potenzieller zu berücksichtigender Querschnittsthemen (Migration, Gender, Alter etc.) tendenziell schwierig umzusetzen.
- ***Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen:*** Der Kontext ist für die Integration der Themen Migration und Diversität in die Aus- und Weiterbildung für Gesundheitsberufe unterschiedlich günstig. Während gemäss den interviewten Fachpersonen die transkulturelle Pflege in der Aus- und Weiterbildung des Pflegeberufs verankert ist und transkulturelle Kompetenz als ärztliche Fortbildung von den Fachgesellschaften anerkannt wird, wirken strukturelle Aspekte (geringe Bundeskompetenzen und primär medizinisch-fachliche Ausrichtung der Ausbildung) und einstellungsbezogene Aspekte (geringe Bedeutung „weicher“ Themen wie transkulturelle Kompetenz) einem Einbezug des Themas in die ärztliche Ausbildung entgegen.
- ***Gesundheitsversorgung:*** Im Bereich der Gesundheitsversorgung ist die Gesundheit von MigrantInnen kein sehr präsent Thema. Der (politische) Wille, das Interesse am Thema und die notwendige Sensibilisiertheit, um Migrationsmainstreaming zu betreiben, bestehen noch nicht auf breiter Ebene, sondern vorerst bei Einzelpersonen. In der Agenda der Leistungserbringer und ihrer Verbände dominieren die diversen Diskussionen und Auseinandersetzungen über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitssystems, „weiche“ Themen wie M+G sind von untergeordneter Bedeutung. Mit der Qualitätssicherungsstrategie hat der Bund allerdings ein Projekt im Bereich der Gesundheitsversorgung lanciert, das auf einer höheren Ebene ähnliche Ziele und Stossrichtungen verfolgt, wie die Strategie M+G. Hier besteht deshalb ein Anknüpfungspunkt für Aktivitäten in diesem Handlungsfeld.
- ***Interkulturelles Übersetzen:*** Die auf parlamentarischem Weg unternommenen Bemühungen, die Finanzierung der ikÜ im Gesundheitswesen auf gesetzlicher Ebene zu regeln, sind vorläufig gescheitert. Der systematische Einsatz professioneller ikÜ ist somit weiterhin von ad-hoc-Regelungen abhängig. Hingegen erfährt das Handlungsfeld Unterstützung durch Empfehlungen der GDK und der SODK, ikÜ einzusetzen und die im Rahmen der

Weiterentwicklung der Integrationsförderung vorgesehene gesetzliche Abstützung der ikÜ in den Bereichen Sozialversicherungen und Berufsbildung.

- **Forschung und Wissensmanagement:** Die Rezeption der Forschung im Bereich Migration und Gesundheit über den Gesundheitsbereich hinaus (vgl. Abschnitt 3.1) zeigt die Relevanz dieses Handlungsfelds der Strategie „Migration und Gesundheit 2008-2013“.

In der Stakeholderbefragung 2011 wurden die Stakeholder gebeten, die drei aus ihrer Sicht wichtigsten zukünftigen Themen im Bereich Gesundheit von MigrantInnen anzugeben (vgl. Huegli/Rüefli 2011: 50). Gemäss den Rückmeldungen muss in Zukunft insbesondere das Thema der **Informationen** über Migration und Gesundheit bzw. über das Gesundheitssystem angegangen werden und müssen sowohl den Fachpersonen als auch den Migrantinnen und Migranten angemessene Informationen vermittelt werden (Total 36 Nennungen). Fast ebenso oft (33 Nennungen) wurde die Notwendigkeit aufgeführt, die **Institutionen zu öffnen**, beispielsweise durch Mainstreaming oder Diversity Management, sowie bei Gesundheitsfachpersonen die Aneignung von **transkulturellen Kompetenzen** zu fördern. Ein wichtiges Thema sind zudem **Übersetzungsleistungen** (Dolmetschen oder ikÜ) bzw. Lösungen zur Finanzierung des Angebots (28 Nennungen). Ebenfalls häufig wurden der **Zugang zur Gesundheitsversorgung** sowie **Prävention und Gesundheitsförderung** allgemein und in der Schule genannt (je 26 Nennungen). Dabei sind nach Ansicht der Stakeholder insbesondere die **psychische Gesundheit** und das Thema **Ernährung und Bewegung** wichtig. Ebenfalls wichtig erachten die Stakeholder die Förderung der Gesundheitskompetenz von Migrantinnen und Migranten sowie die PatientInnenrechte (21 Nennungen).<sup>41</sup>

Die von den Stakeholdern allgemein als vordringlich bezeichneten Schwerpunkte decken sich inhaltlich weitgehend mit den aktuellen Handlungsfeldern der Strategie M+G des Bundes. Dies kann als Bestätigung der Relevanz dieser Handlungsfelder interpretiert werden.

### ***Interventionslogik der Strategie „Migration und Gesundheit 2008-2013“***

Die vorherrschende Interventionslogik der Strategie M+G besteht im **Migrationsmainstreaming**. Die Kontextanalyse zeigt, dass in verschiedenen Bereichen (Gesundheitsförderung und Prävention, Integrationsförderung, Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Armutsbekämpfung) **konzeptionelle Anknüpfungspunkte für Migrations- bzw. Gesundheitsmainstreaming** bestehen. Die dort vorgesehenen Aktivitäten weisen bezüglich der Inhalte, der Zielgruppen (z.B. Akteure der Gesundheitsversorgung) oder der Adressaten (Migrationsbevölkerung) Parallelen zur Strategie M+G auf. Zugleich ist jedoch festzustellen, dass in den meisten Bereichen bei den umsetzenden Akteuren – mit Ausnahme im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention – die **Voraussetzungen für ein derartiges Mainstreaming noch nicht systematisch gegeben** sind. Wie in Abschnitt 3.1 erläutert, sind fehlende Ressourcen und andere Prioritäten, das Fehlen eines expliziten entsprechenden Auftrags, mangelnde Problemwahrnehmung bzw. Sensibilisiertheit, fehlender politischer Wille oder fehlender Handlungsdruck häufige Gründe dafür, weshalb Akteure in den Regelstrukturen den Migrationsaspekt in ihren Aktivitäten wenig oder gar nicht spezifisch berücksichtigen (Huegli/Rüefli 2011: 36f.).

---

<sup>41</sup> Total beteiligten sich 199 Stakeholder an der Befragung.

Die 2010 geführten Expertengespräche liefern konkrete Hinweise auf die verschiedenen **Schwierigkeiten, auf die Migrationsmainstreaming in der Praxis trifft**. So ist Migration nur eines von mehreren möglichen Querschnittsthemen, die in einer Ausbildung, einer Strategie, einem Leitbild, in Projekten oder anderen Aktivitäten berücksichtigt werden sollten, wie z.B. Gender, Alter, sozialer Status. Es steht daher mit diesen gewissermassen in Konkurrenz, was die Sensibilisierung, die Prioritätensetzung und die Finanzierungsbereitschaft betrifft. Das Mainstreaming bestehender Programme und Projekte wird insbesondere als schwierig erachtet, weil diese oft bereits sehr komplex sind und der Einbezug eines weiteren Querschnittsthemas nicht nur entsprechende thematische Kompetenzen erfordert, sondern die Komplexität des Programms/Projekts weiter erhöht. Die Forderung nach zusätzlicher Berücksichtigung des Migrationsaspekts in Programmen und Projekten birgt daher ein gewisses Risiko der Lähmung oder Überforderung der umsetzenden Akteure.

In Zusammenhang mit der Interventionslogik stellt sich auch die Frage nach der grundsätzlichen Rolle des Bundes im Bereich M+G. In der Stakeholderbefragung 2011 wurde erfragt, wie die Stakeholder diese wahrnehmen und welche Aufgaben er übernehmen soll (Huegli/Rüefli 2011: 46ff.). Gemäss den Rückmeldungen ist ein **künftiges Engagement des Bundes im Bereich M+G weitgehend unbestritten**. Lediglich die Leistungserbringerverbände im Bereich Gesundheit stehen einem solchen tendenziell etwas skeptischer gegenüber. Begründet wird die Befürwortung des Engagements mit der Notwendigkeit von Koordination auf nationaler Ebene und der Vorbildfunktion des Bundes sowie mit dem anhaltenden Handlungsdruck. Als wichtigste Akteure im Bereich „Gesundheit von MigrantInnen“ werden die Akteure der Gesundheitsversorgung, der Bund und die Kantone eingestuft. Vereinen und Stiftungen im Gesundheitsbereich sowie Integrationsfachstellen kommt ebenfalls eine wichtige Rolle zu. Im Quervergleich dazu weniger wichtig werden Gemeinden wahrgenommen.

Die antwortenden Stakeholder sehen die **Rolle des Bundes** primär in der Ausübung der folgenden Aufgaben: Information bereitstellen und verbreiten, Öffentlichkeitsarbeit, Sensibilisierung und Vernetzung von Akteuren. Vom Bund wird somit vor allem erwartet, dass er dem Thema „Gesundheit von MigrantInnen“ Visibilität und Legitimation verleiht und eine Koordinationsplattform zur Verfügung stellt. Die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die finanzielle Unterstützung von Projekten und die Ausübung einer strategischen Führungsrolle werden als etwas weniger relevant beurteilt. Aktive Interventionen des Bundes in Form der Lancierung von Projektaufträgen und -ideen, der Koordination von Aktivitäten anderer Akteure oder Beratung/Unterstützung werden zwar ebenfalls mehrheitlich unterstützt, stossen aber auch bei mehreren Stakeholdern auf Ablehnung. Damit unterscheiden sich die Präferenzen und Erwartungen der Stakeholder bezüglich der Aktivitäten des Bundes zu einem gewissen Grad von der aktuellen Rolle, die der Bund im Bereich Migration und Gesundheit einnimmt. Dies betrifft insbesondere die Öffentlichkeitsarbeit, bei sich der Bund sich an ein Fachpublikum wendet, nicht aber an die breite Bevölkerung.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das **Programmkonzept der Strategie M+G** aus Sicht der Kontextanalyse dem Kontext **zu einem grossen Teil nach wie vor angepasst** ist. Die Vision der Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit ist weiterhin relevant, ebenso die bestehenden Handlungsfelder. In Bezug auf die Interventionslogik des Migrationsmainstreaming be-

stehen in der Praxis gewisse Hindernisse bezüglich der Empfänglichkeit der Adressaten des Mainstreamings. Angesichts des beschränkten Handlungsspielraums der Strategie M+G (BAG-interne Stellung, beschränkte Ressourcen, eingeschränkte Palette an verfügbaren Steuerungsinstrumenten) bieten sich jedoch kaum sinnvolle Alternativen zum Mainstreaming als zentraler Interventionsansatz an.

### **3.4.2 Eignung der Programmziele vor dem Hintergrund der Kontextentwicklung**

Vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Kontexts ist zu hinterfragen, ob die Ziele der 2007 konzipierten Strategie M+G (vgl. Abschnitt 3.2) nach wie vor geeignet sind, um zur angestrebten Vision der gesundheitlichen Chancengleichheit beizutragen.

Die Einschätzungen der 2011 befragten Stakeholder zum Handlungsbedarf im Bereich M+G (Nennung der drei wichtigsten zukünftigen Themen im Bereich Gesundheit von Migrantinnen und Migranten, vgl. oben, S. 72) legen nahe, dass die Ziele der Strategie M+G in ihrer Gesamtheit grundsätzlich nach wie vor aktuell und relevant sind.

In einer differenzierteren Betrachtung hat die Kontextentwicklung unterschiedliche Konsequenzen für die einzelnen Ziele.

*Angebote der Gesundheitsförderung und der Prävention sowie der gesundheitsbezogenen Information sind migrationsgerecht ausgestaltet (1. Ziel)*

Gemäss den in der Kontextanalyse gewonnenen Einschätzungen ist im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention die Sensibilisiertheit der Akteure für das Thema M+G überdurchschnittlich hoch und dient die Strategie M+G als wichtige Argumentationsgrundlage für die Lancierung entsprechender Massnahmen. Gemäss Stakeholderbefragung (Huegli/Rüefli 2011: 41f.) sind 10.6% aller befragten Stakeholder der Ansicht, dass die Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote der Bundesstellen migrationsgerecht ausgestaltet sind. Davon sind 3.5% der Ansicht, dass die Strategie M+G einen Einfluss darauf hatte. Lediglich 6.0% bzw. 5.5% sind der Auffassung, dass die Angebote der Kantonsbehörden sowie von Vereinen und Stiftungen im Gesundheitsbereich migrationsgerecht ausgestaltet sind. Wird der Wert durch diejenigen Antworten ergänzt, die der Auffassung sind, die Angebote seien eher migrationsgerecht, erhöht sich der Wert für die Bundesstellen auf 44.7%, für die Kantonsbehörden auf 35.7% und für die Vereine und Stiftungen im Gesundheitsbereich auf 36.2%. Zu beachten ist, dass nur 53% der Befragten eine Einschätzung abgaben.

Gemäss den geführten Expertengesprächen sind fehlende politische Unterstützung und fehlende Ressourcen für Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention allgemein wichtige Kontextfaktoren, die trotz hoher Grundsensibilisierung einem stärkeren Einbezug des Migrationsaspekts in Programme und Projekte hinderlich sein können. Aus Sicht der Praxis sind auch die mit der Berücksichtigung von Querschnittsthemen verbundene Komplexität sowie die Erreichbarkeit von Zielgruppen mit Personen mit Migrationshintergrund wichtige Fragen in Zusammenhang mit dem Thema M+G.

Wie in Abschnitt 2.2.4 ausgeführt, beabsichtigt der Bundesrat mit dem vorgeschlagenen Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (PrävG) eine institutionelle Stärkung dieses

Bereichs auf Bundesebene. Sollte das Gesetz vom Parlament effektiv verabschiedet werden, bestünde eine bessere Grundlage für die Steuerung und Koordination der Gesundheitsförderung und Prävention insgesamt. Das Gesetz wäre auch eine explizite Basis für die stärkere transversale Thematisierung der Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund und für die Lancierung entsprechender Massnahmen, was die Verwirklichung dieses Ziels der Strategie M+G unterstützen dürfte. Der Nichteintretensentscheid des Ständerats vom Dezember 2011 stellt allerdings die Verabschiedung des PräVG stark in Frage.

*Personen mit Migrationshintergrund verfügen über ausreichende Gesundheitskompetenz und gesundheitsbezogene Informationen, um sich gesundheitsförderlich verhalten zu können (2. Ziel)*

In der Stakeholderbefragung gaben 82.4% der befragten Stakeholder eine Einschätzung darüber ab, ob Migrantinnen und Migranten über ausreichende Informationen verfügen, um sich gesundheitsförderlich verhalten zu können. Lediglich 1% von ihnen ist der Ansicht, dass Migrantinnen und Migranten über ausreichende gesundheitsbezogene Informationen verfügen, für 16.1% ist das eher der Fall. Der Einfluss der Strategie M+G darauf wird ebenfalls als gering erachtet. Hingegen ist die grosse Mehrheit der Stakeholder der Meinung, dass Migrantinnen und Migranten eher nicht (50.8%) oder nicht (14.6%) über ausreichende diesbezügliche Informationen verfügen (Huegli/Rüefli 2011: 43).

Die geführten Expertengespräche lassen vermuten, dass für Personen mit Migrationshintergrund die Gesundheit im Vergleich mit anderen Fragen kein vordringliches Thema darstellt, solange sie nicht unmittelbar von gesundheitlichen Problemen betroffen sind (vgl. Abschnitt 2.2.2). Damit dürften sie sich nicht massgeblich von Schweizerinnen und Schweizern unterscheiden (vgl. Gugisberg et al. 2011: 36). Das Ziel der besseren Information und der höheren Gesundheitskompetenz ist vor diesem Hintergrund jedoch nach wie vor relevant. Hinsichtlich der Möglichkeiten, die Erreichung dieses Ziels zu fördern, ergeben sich in Verbindung mit den obigen Ausführungen zu Ziel 1 gewisse Einschränkungen: Die Zielerreichung wird tendenziell beeinträchtigt durch bestehende Hemmnisse bei der Umsetzung von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention und durch das Fehlen von Strategien, um Personen mit Migrationshintergrund mit solchen Massnahmen zu erreichen. Gleichzeitig ist jedoch die Sensibilisierung für migrationsspezifische Belange bei Akteuren im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention relativ hoch. Indirekt unterstützt wird die Zielerreichung durch die verstärkten Bestrebungen im Bereich der Integrationsförderung (Sprache, Frühförderung), indem sie Personen mit Migrationshintergrund befähigen, Informationen in einer Landessprache lesen und verstehen zu können und sich in einer Landessprache zu verständigen. Auch die künftig vorgesehene systematische Erstinformation an Neuzuzügerinnen und Neuzuzüger bietet eine Möglichkeit, gesundheitsrelevante Informationen abzugeben und unterstützt dadurch die Erreichung dieses Ziels der Strategie M+G.

*Führungsverantwortliche und Leistungserbringende des Versorgungssystems (z.B. Spitäler) setzen sich mit konkreten Massnahmen dafür ein, dass die Gesundheitsversorgung für alle Bevölkerungsgruppen zugänglich und adäquat ausgestaltet ist (3. Ziel) und das Gesundheitspersonal verfügt über transkulturelle Kompetenz im Umgang mit einer von Diversität geprägten Klientel (4. Ziel)*

Die Stakeholderbefragung zeigt, dass in der Einschätzung der Antwortenden bezüglich dieser beiden Ziele nach wie vor Handlungsbedarf besteht. 12.6% der Stakeholder sind der Ansicht, dass das Thema „Gesundheit von Migrantinnen und Migranten“ Eingang gefunden hat in die Strategien, Programme und Aktivitäten von Leistungserbringern der Gesundheitsversorgung. Weitere rund 40% denken, dass das eher der Fall sei. In der Ansicht von 16% der antwortenden Stakeholder ist dies auf die Strategie M+G zurückzuführen (Huegli/Rüefli 2011: 40f.).

Zur Frage, ob das Gesundheitspersonal (Ärzte, Pflegefachpersonen etc.) für den Umgang mit einer heterogenen Klientel gerüstet ist, äusserten sich 78.9% der Stakeholder. Gemäss 4.0% von ihnen ist das Gesundheitspersonal für eine heterogene Klientel gerüstet, gemäss weiteren 35.2% ist es eher gerüstet. Hingegen sind 37.2% bzw. 2.5% der Meinung, dass das Gesundheitspersonal eher nicht bzw. nicht für den Umgang mit einer heterogenen Klientel gerüstet ist. Von den antwortenden Stakeholdern sind 11.6% der Ansicht, dass die Strategie M+G einen Einfluss auf die transkulturelle Kompetenz des Gesundheitspersonals hatte (Huegli/Rüefli 2011: 42).

Für die Zielerreichung hat sich als förderlich erwiesen, dass das Thema der transkulturellen Kompetenz in der Pflegeausbildung verankert und von ärztlichen Fachgesellschaften als Fortbildung anerkannt wurde. Hinderlich wirkt sich jedoch aus, dass das Thema noch nicht in die ärztliche Grundausbildung integriert werden konnte und auf Spitalebene – mit Ausnahme einzelner aktiver „Migrant Friendly Hospitals“ – trotz relativ hoher Grundsensibilisierung (vgl. Huegli/Rüefli 2011: 39) noch kaum Fuss fassen konnte. Weiterer Handlungsbedarf besteht daher insbesondere hinsichtlich der Sensibilisierung auf der Ebene von Führungsverantwortlichen und teilweise in Bezug auf die Leistungserbringenden. Hier wirkt sich der hemmende Umstand aus, dass die Akteure des Gesundheitswesens durch andere systemrelevante Themen und Entwicklungen absorbiert sind und dem Thema M+G kaum Priorität zumessen. Gemäss den Einschätzungen einiger befragter Fachpersonen sind konkrete Aktivitäten stark von individueller Initiative in einzelnen Institutionen abhängig.

Eine unterstützende Kontextentwicklung stellt die Qualitätsstrategie des Bundes dar, welche den chancengleichen Zugang als Zieldimension von Qualität verankert und damit implizit dieselbe Zielsetzung verfolgt, wie die Strategie M+G, wenn auch auf einer allgemeinen, nicht migrationsspezifischen Ebene. Auch bezüglich der vorgesehenen Handlungsfelder und der angesprochenen Zielgruppen (Akteure der Gesundheitsversorgung) weist die Qualitätsstrategie Parallelen zur Strategie M+G auf. Ebenfalls implizit und vorläufig auf konzeptioneller Ebene werden die beiden Wirkungsziele durch die vorgesehene Verankerung des Regelstrukturansatzes in der schweizerischen Integrationspolitik unterstützt.

#### *Professionelles interkulturelles Übersetzen kommt im Gesundheitswesen verstärkt und dem Bedarf entsprechend zum Einsatz (5. Ziel)*

In Bezug auf das interkulturelle Übersetzen und Vermitteln lassen sich sowohl förderliche wie auch hinderliche Kontextentwicklungen feststellen: Hinderlich ist, dass die verschiedenen auf parlamentarischem Weg unternommenen Bemühungen, die Finanzierung der ikÜ im Gesundheitswesen auf gesetzlicher Ebene zu regeln, auf Bundesebene gescheitert sind (vgl. Abschnitt 2.2.4). Ob professionelle ikÜ systematisch zum Einsatz kommt, ist somit weiterhin davon abhän-

gig, ob sich im individuellen Fall eine Lösung für die Kostenübernahme findet. Das Fehlen verbindlicher Regelungen begünstigt den Einsatz improvisierter ad-hoc Lösungen.

Das Bedürfnis nach und der Bedarf an ikÜ scheinen sowohl auf Bundes- wie auch auf kantonaler Ebene unbestritten zu sein. Dass sowohl die GDK als auch die SODK den Kantonen den Einsatz der ikÜ empfehlen, ist ein förderlicher Kontextfaktor. Das im Rahmen der Strategie M+G formulierte Ziel steht im Einklang mit der Zieldimension der Chancengleichheit als Qualitätsmerkmal der Gesundheitsversorgung (Qualitätssicherungsstrategie des Bundes, vgl. Abschnitt 2.2.4) und mit der im Rahmen der Weiterentwicklung der Integrationsförderung vorgesehenen Stärkung und gesetzlichen Erwähnung der ikÜ (vgl. Abschnitt 2.2.5). Letztere zielt darauf ab, den Einsatz der ikÜ in weiteren Einsatzgebieten (Sozialversicherungen, Berufsbildung) zu fördern. Dies dürfte eine institutionelle und finanzielle Konsolidierung des bestehenden ikÜ-Angebots zur Folge haben. Diese Entwicklungen unterstützen die Zielerreichung der Strategie M+G und stellen einen Weg dar, um das Problem der auf Bundesebene bisher unregelmässigen Finanzierung des Einsatzes der ikÜ im Gesundheitswesen zu lindern. Tendenziell dürfte die Kontextentwicklung die Realisierung dieses Ziels somit längerfristig erleichtern.

*Es ist zusätzliches und differenziertes Wissen über die gesundheitliche Situation von Personen mit Migrationshintergrund sowie über die Zusammenhänge und Wechselwirkungen von Migration und gesundheitlicher Chancengleichheit vorhanden und für interessierte Kreise verfügbar (6. Ziel)*

In der Stakeholderbefragung 2011 äusserten sich 81.9% der befragten Stakeholder zur Frage, ob zusätzliches Wissen über die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten, über die Einflussfaktoren darauf und über allfällige Zugangsprobleme vorhanden sind. Davon sind 5.5% der Ansicht dies sei der Fall, 41.7% denken, dies sei eher der Fall. 28.1% bzw. 6.5% der Stakeholder sind der Meinung, dass eher kein zusätzliches oder gar kein zusätzliches Wissen vorhanden ist (Huegli/Rüefli 2011: 44). 15.6% der antwortenden Stakeholder attestieren der Strategie M+G einen Einfluss auf diesen wahrgenommenen Wissenszuwachs.

Gemäss den 2010 geführten Interviews wird die Forschungstätigkeit im Bereich M+G von Akteuren sowohl im Gesundheitsbereich als auch in anderen Politikbereichen wahrgenommen. Besondere Aufmerksamkeit kommt einerseits den Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung zu, da die daraus abgeleiteten Chancenungleichheiten zur Rechtfertigung von Aktivitäten im Bereich M+G herangezogen werden können. Andererseits werden Grundlagen zur Zielgruppen-erreichung über den Gesundheitsbereich hinaus auch von Akteuren der Integrationsförderung und der Armutsbekämpfung rezipiert, da diese Frage die Umsetzenden von Strategien und Projekten insbesondere bei Personen mit Migrationshintergrund vor grosse Herausforderungen stellt. Bezüglich der Erreichbarkeit der Zielgruppen scheint aus Sicht mehrerer Akteure verschiedener Politikbereiche noch weiterer Forschungsbedarf zu bestehen.

Aus der Kontextanalyse lassen sich keine unmittelbaren Konsequenzen für dieses Wirkungsziel der Strategie M+G ableiten. Es bleibt nach wie vor relevant. Aus dem von den Stakeholdern identifizierten Handlungsbedarf lassen sich allenfalls gewisse Schwerpunktthemen für spezifische Forschung ableiten, z.B. zur Frage der Erreichbarkeit.

### 3.4.3 Auswirkungen des Kontexts auf die Weiterentwicklung des Themas M+G

Die Frage der konzeptionellen Weiterentwicklung der Strategie M+G stellt sich vor dem Hintergrund der Diskussion über eine breitere, nicht nur auf den Aspekt der Migration ausgerichtete, allgemeiner gefasste Strategie zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten. Sowohl auf internationaler Ebene (vgl. Abschnitt 2.1) als auch in mehreren Kantonen (vgl. Lehmann 2010; Abschnitt 2.2.6) ist die Tendenz zu beobachten, dass Programme/Projekte sowie Fachstellen gesundheitliche Ungleichheiten („inequalities in health“) aus einer sozioökonomischen bzw. gesamtgesellschaftlichen Perspektive thematisieren und nicht, wie es bei der Strategie M+G der Fall ist, hauptsächlich auf Personen mit Migrationshintergrund fokussieren. Dies wird aus fachlicher Sicht damit begründet, dass der Migrationshintergrund von Personen nicht als entscheidende Determinante für Beeinträchtigungen der Chancengleichheit gilt. Diese Einschätzung besteht insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch im Sozialbereich bzw. in der Armutsbekämpfung. Soziostrukturelle Faktoren – die sozialen Gesundheitsdeterminanten – wie Bildung, Einkommen und die allgemeinen Lebensumstände werden als weitaus bedeutender betrachtet. Wie aus den im Jahr 2010 geführten Expertengesprächen hervorgeht, wird dem Migrationshintergrund nur in bestimmten Zusammenhängen eine stark determinierende Funktion zugesprochen (Sprache und Verständigungsprobleme, Traumata in Zusammenhang mit dem Migrationsereignis, gewisse lebensweltliche Vorstellungen).

Neben diesen fachlichen Überlegungen zeigen Aussagen aus den 2010 geführten Expertengesprächen, dass auch praxisnahe Projektmanagementüberlegungen hinter dieser Entwicklung stehen. Zum einen erhoffen sich die zuständigen Entscheidungsträger bei der Zusammenlegung von Fachstellen und Aktivitäten mit ähnlicher Ausrichtung bezüglich der Inhalte und/oder der Zielgruppen organisatorische Synergieeffekte, zum anderen handelt es sich auch um eine Reaktion auf die Entwicklung im gesellschaftlichen und politischen Kontext, der gegenüber spezifischen Aktivitäten zugunsten der Migrationsbevölkerung zunehmend als ablehnend empfunden wird. Dieser Diskurs hat gemäss Interviewaussagen zur Folge, dass Organisationen teilweise darauf verzichten, Projekte spezifisch auf Migrantinnen und Migranten auszurichten, um die Gefahr von Stigmatisierung und Diskriminierung dieser Projekte bzw. der davon profitierenden Zielgruppen zu vermeiden.

Eine Ausweitung der Bemühungen der bisherigen Strategie M+G auf weitere Zielgruppen liesse sich auch mit entsprechendem Handlungsbedarf rechtfertigen. In der Stakeholderbefragung 2011 hatten die antwortenden Stakeholder die Möglichkeit, neben Personen mit Migrationshintergrund weitere Bevölkerungsgruppen zu benennen, bei denen spezifische Problemen bei der Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsversorgung oder bei der Erreichbarkeit mit Präventions- und Gesundheitsförderungsbotschaften bestehen. Dabei wurden bei beiden Problemdimensionen Personengruppen mit einem tiefen sozioökonomischen Status (48 bzw. 41 Nennungen), Personen mit einem tiefen Bildungsniveau (je 19 Nennungen) sowie ältere/betagte Personen (14 bzw. 11 Nennungen) angeführt (Huegli/Rüefli 2011: 23 und 28).<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Insgesamt beteiligten sich 199 Stakeholder an der Befragung.

Angesichts dieser Umstände stellt sich die Frage, ob die doppelte Fokussierung der Strategie M+G – sie setzt bei *gesundheitlichen* Chancengleichheiten an, von denen *Migrantinnen und Migranten* betroffen sind – noch adäquat ist, oder ob sie entweder thematisch oder bezüglich der Zielgruppen erweitert werden sollte. Die Kontextanalyse liefert keine abschliessende Antwort auf die Frage, ob die Strategie M+G thematisch zu einer Strategie „Inequalities in health“ weiterentwickelt werden soll. Hingegen finden sich verschiedene Argumente und zu erwägende Aspekte für die Diskussion:

Argumente für eine thematische Weiterentwicklung der Strategie M+G:

- Vor allem auf Bundesebene wird die **Chancengleichheit zunehmend explizit als Zieldimension von Bundesgesetzen und Aktionsprogrammen angeführt**. Im Gesundheitsbereich streben die verabschiedete Qualitätsstrategie und das vom Parlament noch zu behandelnde Präventionsgesetz die Verbesserung der Chancengleichheit für alle an. Bereits seit längerem ist die Chancengleichheit ausdrücklich als Zieldimension der – explizit auf die Migrationsbevölkerung bezogenen – Integrationsförderung verankert. Im Zuge der Weiterentwicklung der Integrationspolitik ist zudem die Verankerung der Chancengleichheit als Zieldimension auch in weiteren Bundesgesetzen vorgesehen (vgl. Abschnitt 2.2.5). Damit wird die Bedeutung des Begriffs zumindest auf einer rhetorischen und formellen Ebene gestärkt.
- Der **tendenziell negativ besetzte gesellschaftliche und politische Diskurs gegenüber Migration und gesellschaftlicher Diversität** steht einer stärkeren Sensibilisierung von Entscheidungsträgern für das Thema M+G eher entgegen. Nach Einschätzung verschiedener befragter Fachpersonen ist es für interessierte Organisationen zudem **teilweise schwierig, finanzielle Unterstützung für spezifisch auf die Migrationsbevölkerung ausgerichtete Projekte zu erhalten**. Dies liegt aus Sicht der Befragten vor allem auch daran, dass im Bereich Migration eine starke Lobby fehlt, die die Bereitstellung solcher Gelder fordern könnte und verhindern würde, dass vorhandene Gelder in diesem Bereich gestrichen werden. Für Organisationen, die ihre Aktivitäten auf die Gesamtbevölkerung ausrichten, ergeben sich gemäss den befragten Personen zudem Rechtfertigungsprobleme, wenn die finanziellen Mittel auf spezifische Zielgruppen, beispielsweise Personen mit Migrationshintergrund, konzentriert werden. Zudem fehlen aus Sicht der Befragten auch im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention häufig die finanziellen und zeitlichen Ressourcen um dem Migrationsaspekt in Projekten spezifisch Rechnung zu tragen. Diese negativen Effekte könnten unter Umständen abgeschwächt werden, wenn das Thema M+G unter einem übergeordneten Dach gemeinsam mit anderen Querschnittsthemen verfolgt würde, welche eine Erhöhung der allgemeinen gesundheitlichen Chancengleichheit anstreben.
- Die in verschiedenen Kantonen erfolgte Zusammenführung **ähnlicher Aktivitäten verschiedener Bereiche unter einem Dach** (z.B. Fachstellen für Gesellschaftsfragen) hat sich bisher (gemäss den 2010 geführten Gesprächen) aus Sicht der Beteiligten positiv auf die Bearbeitung der einzelnen Themen und der Zusammenhänge zwischen den Themen

ausgewirkt.<sup>43</sup> Die Integration des Themas M+G unter ein gemeinsames Dach mit anderen Querschnittsthemen könnte aus fachlicher Sicht demnach diverse Vorteile mit sich bringen.

Argumente gegen eine thematische Weiterentwicklung der Strategie M+G:

- In der **gesellschaftlichen und politischen Debatte** ist die **Chancengleichheit als Begriff und Ziel kaum von Bedeutung**. Das **allgemeine Thema** (gesundheitliche) **Chancengleichheit** gilt als **eher abstrakt und gegen aussen schwer vermittelbar**. Die Strategie M+G ist dagegen thematisch klar abgrenz- und fassbar.
- Verschiedene befragte Fachpersonen verwiesen auf die **vielen positiven Erfahrungen**, die **im Rahmen von fokussierten Projekten im Bereich M+G** gesammelt wurden und die dazu führten, dass sich das Thema zumindest im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention verfestigt hat. Ein Vorteil an spezifisch auf Migrantinnen und Migranten ausgerichteten Projekten ist, dass das Merkmal „Migrationshintergrund“ einfach zu erfassen und in Projekten anzuwenden ist. Dieser Umstand fördert wiederum die Fokussierung von Projekten auf das Thema Migration, selbst wenn der Faktor Migrationshintergrund im entsprechenden Bereich keine entscheidende Determinante darstellt oder nur eine unter verschiedenen.
- In der Einschätzung der 2011 befragten Stakeholder bestehen die spezifischen migrationsbezogenen Probleme, denen die Strategie M+G zugrundeliegt, und der daraus abgeleitete spezifische Handlungsbedarf weiterhin. Aus Sicht der Mehrheit der Stakeholder ist somit die **Relevanz der Strategie M+G nach wie vor gegeben**, und ist bei künftigen Aktivitäten im Bereich gesundheitliche Chancengleichheit ein **Fokus auf die Migrationsbevölkerung nach wie vor gerechtfertigt**.
- Das Thema M+G ist vor allem auf der politisch-behördlichen Ebene **erst schwach institutionell verankert**. Das Thema wird aus Sicht mehrerer der 2010 befragten Fachpersonen vom Bund nicht als vordringlich erachtet. Die Strategie M+G verleiht ihm jedoch eine gewisse Visibilität und ist von entsprechender symbolischer Bedeutung über die Bundesebene hinaus. Verschiedene befragte Fachpersonen gaben zu bedenken, dass ein Auslaufen der Strategie M+G oder deren Weiterführung unter einem anderen, weniger spezifischen Titel ein negatives Signal aussenden und die Verankerung des Themas M+G schwächen würde.
- In den Expertengesprächen wurden **Fragen zur Praktikabilität einer Integration** des Themas M+G unter ein gemeinsames Dach mit anderen Querschnittsthemen aufgeworfen. Zu grosse inhaltliche Komplexität infolge der Bearbeitung mehrerer verschiedener Querschnittsthemen birgt Risiken bei der Programmsteuerung und beim operativen Management. Angesprochen wurde insbesondere die Gefahr der Überforderung von Projek-

---

<sup>43</sup> Diese Fachstellen befanden sich zum Zeitpunkt der Gespräche jedoch entweder erst im Aufbau (NW, OW) oder existierten noch nicht lange in dieser Form (LU). Aussagen über die Wirkungen auf die Themenbearbeitung entsprechen daher vorerst nur ersten Eindrücken der Befragten. Das Beispiel von Basel Stadt, wo die zusammengeführte Fachstelle nach zwei Jahren wieder aufgeteilt wurde (vgl. Abschnitt 2.2.6), verweist auf die damit verbundenen möglichen Schwierigkeiten.

ten und Projektverantwortlichen, Verzettelungsgefahr, die Gefahr der Verwässerung einzelner Themen etc. Wie die Befragung diverser Fachpersonen 2010 zeigt, sind die institutionellen Voraussetzungen (Ressourcen, Vernetzungen) für die Umsetzung eines thematisch breiten „mehrdimensionalen“ Mainstreamings auf der Ebene der Multiplikatoren eines solchen Mainstreamings (Fachstellen, Verbände, Behörden) erst punktuell gegeben.

In der Stakeholderbefragung 2011 wurden Fragen zur thematischen **Weiterentwicklung der Strategie M+G** gestellt (Huegli/Rüefli 2011: 52f.). Dabei bezeichnete eine knappe Mehrheit der antwortenden Stakeholder (54.3%) eine übergeordnete Strategie zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit als sinnvoll. Als wichtigste Unterthemen einer solchen Strategie kristallisierten sich der sozioökonomische Status und die Migration heraus, das Thema Gender wurde im Vergleich dazu weniger wichtig eingestuft. Als klare Hauptargumente für eine themenübergreifende Strategie wurde angegeben, dass die Gesundheitsdeterminanten allgemein von Bedeutung seien und nicht nur Migrantinnen und Migranten von Ungleichheiten betroffen sind bzw. dass sozioökonomische Faktoren von grösserer Bedeutung für Ungleichheiten seien als migrationspezifische Faktoren. Unter den weniger zahlreichen Gegenargumenten sticht die Befürchtung, dass eine themenübergreifende Strategie die Verwässerung bzw. Vernachlässigung des spezifischen Themas Migration zur Folge habe, heraus.

#### **3.4.4 Zukünftige Bearbeitung des Themas unter Berücksichtigung des Kontexts**

Hinsichtlich der zukünftigen Bearbeitung des Themas Migration und Gesundheit ergeben sich aus der Kontextanalyse die folgenden grundsätzlichen Folgerungen:

##### ***Bisherige Ausrichtung pragmatisch weiterverführen, Möglichkeit zur Weiterentwicklung in Richtung Strategie „Inequalities in Health“ prüfen***

Faktoren wie eine schwache sozioökonomische Stellung oder ein tiefes Bildungsniveau haben eine grössere Bedeutung für die Entstehung gesundheitlicher Chancenungleichheit als der Migrationshintergrund. Entsprechend werden auf internationaler Ebene gesundheitliche Chancenungleichheiten zunehmend aus einer sozioökonomischen Optik angegangen. Somit wäre es fachlich gerechtfertigt, die aktuell vorwiegend auf den Aspekt der Migration fokussierten Aktivitäten des BAG im Bereich Chancengleichheit inhaltlich in Richtung einer allgemeinen Strategie Inequalities in Health auszuweiten, welche auch weitere Dimensionen gesundheitlicher Chancengleichheit (sozioökonomische Stellung, Bildung, Alter, Gender etc.) berücksichtigt.

Eine derartige Weiterentwicklung, die auch von der Mehrheit der Stakeholder begrüsst würde, bedingt BAG-intern einen strategischen Grundsatzentscheid und die Bereitschaft, entsprechende Ressourcen einzusetzen. Ihre erfolgreiche Umsetzung setzt zudem voraus, dass Akteure des Gesundheitswesens, des Sozialwesens und der Integrationsförderung sowie allenfalls weiterer Bereiche auf allen Stufen untereinander vernetzt sind und einen gemeinsamen Chancengleichheits-Diskurs pflegen. Diese Voraussetzungen scheinen mit Blick auf die BAG-interne Situation sowie auf den externen Kontext aktuell noch nicht gegeben.

Es liegt somit aus pragmatischen Gründen nahe, vorläufig die bisherige Ausrichtung der Strategie M+G weiterzuführen. Die Kontextanalyse zeigt, dass eine fokussierte Ausrichtung der BAG-

Aktivitäten auf die Migrationsbevölkerung nach wie vor gerechtfertigt ist. Die erfolgten Kontextentwicklungen legen keine Notwendigkeit zur Anpassung der Vision und Zielsetzungen der Strategie M+G nahe. Handlungsbedarf im Bereich M+G ist auch aus Sicht zahlreicher Stakeholder weiterhin durchaus gegeben – namentlich in Bezug auf die Verbesserung der Interaktion zwischen Migrantinnen und Migranten und Akteuren des Gesundheitssystems sowie in Bezug auf die Erreichbarkeit der Migrantinnen und Migranten. Auch die aktuellen Handlungsfelder sind aus Sicht der Kontextanalyse weiterhin relevant.

### ***„Leuchtturmfunktion“ aufrechterhalten und stärken***

Mit der Strategie M+G und dem damit verbundenen Engagement nimmt des BAG für zahlreiche Stakeholder eine wichtige Vorbildfunktion ein. Die symbolische Bedeutung der Aktivitäten des BAG im Bereich M+G ist hoch und wird von vielen Stakeholdern als relevant eingestuft, weil sie dem Thema M+G Visibilität verleihen, die Bewusstseinsbildung in diesem Bereich fördern und dazu beitragen, dass das Thema M+G bei diversen Bundesstellen, bei kantonalen Behörden und bei nichtstaatlichen Akteuren im Gesundheits- und im Integrationsbereich auf die Agenda gesetzt wurde. Dies ist eine wichtige Grundvoraussetzung für erfolgreiches Mainstreaming von Migrations- bzw. Gesundheitsthemen in den jeweils anderen Themenfeldern.

Soll die Vision der gesundheitlichen Chancengleichheit weiterhin verfolgt werden, ist diese „Leuchtturmfunktion“ bzw. Signalwirkung der Bundesaktivitäten im Bereich M+G somit aufrecht zu erhalten und wenn möglich zu intensivieren. Dabei ist vor allem zentral, die Visibilität gegenüber Verwaltungsstellen und Fachkreisen sicherzustellen; in der politischen und öffentlichen Sphäre erscheint eine hohe Visibilität demgegenüber nicht als erstrebenswert und nicht als erfolgsrelevant.

### ***Synergiepotenzial mit förderlichen Kontextentwicklungen nutzen – M+G-Anliegen in andere laufende Prozesse einbringen***

Auf nationaler bzw. Bundesebene finden sich verschiedene Entwicklungen bzw. Aktivitätsströme („policy streams“), die ähnliche inhaltliche Stossrichtungen verfolgen und/oder sich an dieselben Adressaten richten, wie die Strategie M+G (Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen, Weiterentwicklung der Integrationsförderung auf Bundesebene, Entwicklung kantonaler Integrationsförderungsprogramme, Strategie Armutsbekämpfung, ev. Umsetzung Präventionsgesetz<sup>44</sup>). Diese Aktivitätsströme, die nur teilweise vom BAG getrieben werden, unterstützen – meistens implizit – die Bemühungen der Strategie M+G auf verschiedenen Ebenen. Damit bestehen sogenannte Opportunitätsfenster („windows of opportunity“), die es den Programmakteuren ermöglichen, die Anliegen der Strategie M+G in diese Prozesse einzubringen (Migrationsmainstreaming in gesundheitsrelevanten Prozessen, Gesundheitsmainstreaming in integrationsrelevanten Prozessen) und damit die bestehende Dynamik zu nutzen, ohne diese Prozesse selbst auszulösen oder steuern zu müssen. Voraussetzung dafür ist eine intensive Vernetzung mit den verschiedenen relevanten Stellen, die durch ein hohes BAG-internes Commitment für die Anliegen der Strategie M+G erleichtert und unterstützt werden kann. Eine zusätzliche strategische Verankerung und

---

<sup>44</sup> Sofern das Parlament das PräVG tatsächlich verabschiedet.

Legitimation für M+G-Mainstreaming auf Bundesebene – und für entsprechendes Commitment des BAG – bildet der Umstand, dass die Strategie M+G explizit Teil des vom BFM koordinierten Massnahmenpakets des Bundes in der Integrationsförderung bildet.

Aufgrund der bestehenden bundesstaatlichen Zuständigkeitsregelungen sind Bundesstellen die Hauptadressaten solcher Mainstreaming-, Agenda-setting- oder „advocacy“-Massnahmen. Hingegen finden sich auch auf kantonaler Ebene relevante Prozesse (Bedarfsanalysen kantonaler Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, Entwicklung kantonaler Integrationsprogramme), an denen das BAG mit der Strategie M+G möglicherweise anknüpfen kann.

### ***Themenführerschaft anstreben, Unterstützung interessierter Akteure mit M+G-Expertise aktiv anbieten***

In Bezug auf die konkreten Aktivitäten des BAG im Rahmen der Strategie M+G legt es die Kontextanalyse nahe, stimulierende und unterstützende Tätigkeiten in den Vordergrund zu rücken. Dies beinhaltet vor allem Grundlagenarbeit, Informations- und Wissenstransfer sowie Vernetzung und Koordination. Die kontinuierliche Bearbeitung und Promotion des Themas M+G, die Sicherstellung und Erhöhung der Visibilität der Strategie M+G sowie die aktive Verbreitung von handlungsrelevantem Grundlagenwissen und Fachinformationen im Bereich M+G sind Aufgaben für das BAG, für die gemäss Kontextanalyse ein Bedarf besteht, die idealerweise auf nationaler Ebene bearbeitet werden und die bei den Stakeholdern grossmehrheitlich auf hohe Akzeptanz stossen. Das BAG sollte deshalb die Themenführerschaft im Bereich M+G innehaben und diese Rolle im Rahmen des Möglichen ausbauen. Aufgrund der über die Jahre hinweg aufgebauten Erfahrungen mit dem Thema M+G verfügt das BAG über eine ausgeprägte Kompetenz in diesem Bereich, die es weiterhin aktiv verbreiten und weiteren (Fach-)Kreisen zugänglich machen sollte, um so das angestrebte Mainstreaming voranzutreiben und zu unterstützen. Dabei bietet sich an, vor allem auf Akteure in Bereichen zu fokussieren, die bisher noch wenig für die Thematik und den bestehenden Handlungsbedarf sensibilisiert sind. Auch die gezielte Unterstützung von Projekten interessierter Partner bleibt weiterhin sinnvoll. Dabei wäre zu prüfen, inwiefern das BAG bei bislang uninteressierten, aber relevanten Akteuren das Interesse an derartiger Unterstützung stimulieren kann.

Das Ziel der aktiven Stimulation von spezifischen Aktivitäten von Leistungserbringern im Gesundheitswesen trifft allerdings auf ein schwieriges Umfeld. Die Erfolgsaussichten, motivierte und geeignete Partner für die Umsetzung von Projekten zu finden, sind angesichts der Kontextsituation als relativ gering einzuschätzen. Die Erhöhung der Sensibilisierung von Akteuren des Gesundheitswesens für das Thema M+G stellt zwar weiterhin ein verfolgenswertes und relevantes Ziel dar, birgt jedoch angesichts der ungünstigen Rahmenbedingungen auch das Risiko von Ermüdungserscheinungen bei den Adressaten. Mit der Umsetzung der Qualitätsstrategie des Bundes oder der Stärkung des Regelstrukturansatzes in der Integrationsförderung, der auch das Gesundheitswesen umfasst, eröffnen sich neue Möglichkeiten, um die Anliegen der Strategie M+G auf indirektem Weg stärker ins Gesundheitswesen einzubringen. Allerdings sind in diesen beiden Prozessen aktuell andere Schwerpunkte vorgesehen und verlängern sich im Vergleich mit direkt unterstützten Projekten die Wirkungsketten zwischen auslösendem Impuls und Wirkungsentfaltung. Es ist deshalb nicht davon auszugehen, dass die Zielerreichung auf diesem Weg beschleunigt werden kann.

## Literatur

- Abel, Thomas et al. (2005): Gesundheitskulturen in der Schweiz: Vergleichende Analysen gesundheitsbezogener Werte und Normen und ihre Bedeutung für soziale Integrations- und Ausschlussprozesse in der West- und Deutschschweiz. Schlussbericht. NFP 51 „Ein- und Ausschluss“. Bern: ISPM.
- Battaglini, Monica und Giraud, Olivier (2003): „Policy Styles and the Swiss Executive Federalism: Comparing Divergent Styles of Policy Implementation of the Federal Law on Unemployment“, in Swiss Political Science Review 1/9; 285-308.
- Bolliger, Christian et al. (2010): Migrantinnen und Migranten in der Invalidenversicherung, Verfahrensverläufe und vorgelagerte Faktoren. Bern: BSV.
- Bolliger, Christian und Féraud, Marius (2010): Langzeitbezug von Nothilfe durch weggewiesene Asylsuchende. Bern: Bundesamt für Migration.
- Bundesamt für Gesundheit (2007): Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013). Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit (2009): Qualitätsstrategie des Bundes im schweizerischen Gesundheitswesen. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit (2011): Bericht an den Bundesrat zur Konkretisierung der Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen.
- Bundesamt für Migration (2006): Probleme der Integration von Ausländerinnen und Ausländern in der Schweiz. Bestandesaufnahme der Fakten, Ursachen, Risikogruppen, Massnahmen und des integrationspolitischen Handlungsbedarfs. Bern: BFM.
- Bundesamt für Migration (2007a): Bericht Integrationsmassnahmen über den Handlungsbedarf und die Massnahmenvorschläge der zuständigen Bundesstellen im Bereich der Integration von Ausländerinnen und Ausländern per 30. Juni 2007. Bern: BFM.
- Bundesamt für Migration (2007b): Förderung der Integration von Ausländerinnen und Ausländern Schwerpunktprogramm für die Jahre 2008 bis 2011. Bern: BFM.
- Bundesamt für Migration (2008): Umsetzung Massnahmenpaket Integration 2008. Berichterstattung der Interdepartementalen Arbeitsgruppe Migration IAM an den Bundesrat per Dezember 2008. Bern: BFM.
- Bundesamt für Migration (2009a): Umsetzung Massnahmenpaket Integration 2009. Berichterstattung der Interdepartementalen Arbeitsgruppe Migration IAM an den Bundesrat per Dezember 2009. Bern: BFM.
- Bundesamt für Migration (2009b): Integrationsförderung des Bundes und ihre Auswirkungen in den Kantonen. Jahresbericht 2008. Bern: BFM.

- Bundesamt für Migration (2010a): Umsetzung Massnahmenpaket Integration 2010. Berichterstattung der Interdepartementalen Arbeitsgruppe Migration IAM an den Bundesrat (Dezember 2010). Bern: BFM.
- Bundesamt für Migration (2010b): Integrationsförderung des Bundes und ihre Auswirkungen in den Kantonen. Jahresbericht 2009. Bern: BFM.
- Bundesamt für Migration (2011): Integrationsförderung des Bundes und ihre Auswirkungen in den Kantonen. Jahresbericht 2010. Bern: BFM.
- Bundesamt für Statistik (2010): Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010-2060. Neuchâtel: BFS.
- Bundesrat (2009): Botschaft zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz, PräVG) vom 30. September 2009. BBl 2009 7071
- Bundesrat (2010a): Gesamtschweizerische Strategie zur Armutsbekämpfung. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Motion (06.3001) der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR (SGK-N) vom 13. Januar 2006.
- Bundesrat (2010b): Bericht zur Weiterentwicklung der Integrationspolitik des Bundes vom 5. März 2010.
- Bundesrat (2011): Erläuternder Bericht zur Vernehmlassung zur Änderung des Ausländergesetzes (Integration) vom 23. November 2011.
- Eidgenössische Ausländerkommission (2007): Mitreden und Mitgestalten. Strukturelle Partizipation in den Kantonen. Bern: EKA.
- Eidgenössisches Departement des Innern (2011): Die Strategie des Bundesrats in der Gesundheitspolitik. Bern: EDI.
- Europäische Kommission (2010). Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der Europäischen Union. Brüssel: Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit (Referat E4) und Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher (Referat C4).
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2010): Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern. Die Gesundheitschancen sind ungleich verteilt. Bern: GEF.
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (2009): Fachkonzept zu Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Basel-Stadt. Basel.
- Guggisberg, Jürg et al. (2010): Personen mit Migrationshintergrund in der Invalidenversicherung. Soziale Unterschichtung, gesundheitliche Lage und Invalidisierungsrisiko. Bern: BSV.
- Guggisberg, Jürg et al. (2011): Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Bern: Arbeitsgemeinschaft BASS, ZHAW, ISPM, M.I.S TREND.
- Hermann, Michael und Leuthold, Heiri (2003): Atlas der politischen Landschaften. Ein weltanschauliches Porträt der Schweiz. Zürich: vdf Hochschulverlag.

- Huber, Kathrin und Mariéthoz, Ewa (2010): Qualitative Untersuchung zum ausländischen Gesundheitspersonal in der Schweiz und über dessen Rekrutierung. Bern: GDK.
- Huegli, Eveline und Rüefli, Christian (2011). Kontextanalyse Strategie Migration und Gesundheit 2007-2013. Ergebnisse der Stakeholderbefragung 2011. Bern: Büro Vatter, Politikforschung & -beratung.
- International Organization for Migration (2006). Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants. Background Paper in the framework of the „Assisting Migrants and Communities (AMAC): Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities” project. Geneva: IOM Migration Health Department.
- International Organization for Migration (2009). Migration Health: Better Health for All in Europe. Final Report. Brüssel: IOM Regional Liaison and Co-ordination Office to the European Union.
- Jaccard Ruedin, Hélène und Widerm, Marcel (2010): Ausländisches Gesundheitspersonal in der Schweiz (Obsan Bericht 39). Neuchâtel: Obsan.
- Kickbusch, Ilona (2009). „Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten“, in Meyer, Katharina (Hrsg.). Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Hans Huber.
- Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (2007): Empfehlungen zur Nothilfe für ausreisepflichtige Personen (Ausreisepflichtige). <http://www.sodk.ch/aktuell/empfehlungen.html>
- Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (2010): Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung. Bern: SODK.
- Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (2010): Empfehlungen vom 24. Juni 2010 zur Förderung von Interkulturellem Übersetzen und Vermitteln. [www.sodk.ch/aktuell/empfehlungen.html](http://www.sodk.ch/aktuell/empfehlungen.html)
- Ledermann, Simone; Sager, Fritz; Rüefli, Christian und Zeyen Bernasconi, Petra (2006): Evaluation der Strategie „Migration und Gesundheit 2002-2006“. Beilagenband 1: Evaluation des Programmkonzepts. Bern: Büro Vatter/Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- Lehmann, Philippe (2009): Kantonaler Plan für Prävention und Gesundheitsförderung, Leitfaden. Lausanne: GFS.
- Lehmann, Philippe (2010): Inégalités sociales et santé en Suisse – Analyse des actions concrètes menées par et dans les cantons visant à diminuer les inégalités sociales face à la santé (unveröffentlicht).
- Manatschal, Anita (2011): „Taking cantonal variations of integration policy seriously – or how to validate international concepts at the subnational comparative level”, in Schweizerische Zeitschrift für Politikwissenschaft, Volume 17(3): 336-357.
- MFH Project Group (2004): Amsterdamer Erklärung für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa.

- Moser, Brigitte (2011): Die „Migration“ hoch qualifizierter Fachkräfte am Beispiel der deutschen Ärzteschaft in der Schweiz. Lizentiatsarbeit. Philosophische Fakultät der Universität Fribourg.
- Regierungsrat des Kantons Luzern (2009). Botschaft des Regierungsrates an den Kantonsrat zum Entwurf eines Gesetzes über die Förderung des gesellschaftlichen Zusammenhalts (B 102) vom 9. April 2009.
- Rielle, Yvan; Hanimann, Anina und Wiesli, Reto (2011): Gesundheitspolitisches Monitoring in Bund, Kantonen und Städten. Kurzbericht 2011. Bern: Fachstelle für Gesundheitspolitik.
- Rüefli, Christian (2008). Möglichkeiten zur Unterstützung von Hausärzt(inn)en bei der Betreuung von Patient(inn)en mit Migrationshintergrund. Ergebnisse aus zwei Fokusgruppen. Bern: Büro Vatter, Politikforschung & -beratung.
- Rüefli, Christian und Egger, Marcel (2010). Evaluation Schwerpunkt 2a des Schwerpunkteprogramms 2008-2011 des EJPD. Bern: Büro Vatter/Egger, Dreher & Partner.
- Rüefli, Christian und Huegli, Eveline (2011). Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers. Bericht zur Beantwortung des Postulats Heim (09.3484). Bern: Büro Vatter, Politikforschung & -beratung.
- Rüefli, Christian und Krafft, Maud (2010): Strategische Analyse des Bundesamts für Gesundheit 2010 – Trendanalyse. Bern: BAG.
- Schenker, Micheline (2002): „Worin unterscheiden wir uns und warum? Ein Erklärungsversuch?“, in *Managed Care* 2/2002: 28-29.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (2010): Interkulturelles Übersetzen im Gesundheitsbereich, 26.5.2010. Bern: GDK.
- Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (2010): Zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung: Elemente einer nationalen Strategie. Bern: SKOS.
- Siegrist, Johannes und Michael Marmot (Hrsg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Verlag Hans Huber.
- Sixty-Third World Health Assembly (2010): WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Genf: WHO.
- Städteinitiative Sozialpolitik (2007): Sozialpolitik öffnen und vernetzt handeln, Strategie 2015. Zürich: Städteinitiative Sozialpolitik.
- Tripartite Agglomerationskonferenz (2008): Umsetzung des Informationsauftrags gemäss Art. 56 AuG. Bericht der TTA vom 22. Mai 2008, Empfehlungen der TAK vom 30. Juni 2008. Bern: TAK.
- Tripartite Agglomerationskonferenz (2009): Weiterentwicklung der schweizerischen Integrationspolitik. Bern: TAK.
- Trummer, Muriel (2008): Nothilfe für abgewiesene Asylsuchende. Überblick zur Ausdehnung des Sozialhilfestopps. Bern: Schweizerische Flüchtlingshilfe.

- Udris, Linard et al. (2007): Ausländer und ethnische Minderheiten in der Wahlkampfkommunikation – Analyse der massenmedialen Berichterstattung zu den Eidgenössischen Wahlen 2007. Zürich: Forschungsbereich Öffentlichkeit und Gesellschaft, Universität Zürich.
- Villiger, Simone und Carlo Knöpfel (2009): Armut macht krank, Warum gesellschaftliche Verhältnisse die Gesundheit prägen. Luzern: Caritas.
- Wichmann, Nicole et al. (2011). Gestaltungsspielräume im Föderalismus: Die Migrationspolitik in den Kantonen. Bern: EKM.
- Wyss, Kaspar und Weiss, Svenja (2010): Swiss Contributions to Human Resources for Health Development in Low- and Middle-Income Countries. Basel: Schweizerisches Tropen- und Public-Health-Institut.
- „Die Westschweiz hat ein anderes Verständnis von Sozialstaat“, Interview mit Caroline Knupfer (SKOS), in Sozial aktuell 40(2008), Heft 4; 16-18.

## Anhang 1: Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner

Name	Funktion/Organisation
<b>Günter Ackermann</b>	Qualitätsentwicklung, Evaluationen und Monitoring, Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFS)
<b>Osman Besić</b>	Leiter Abteilung Gesundheit, Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK)
<b>Patrick Bodenmann</b>	Leiter der Unité des Populations Vulnérables, Policlinique médicale universitaire, Lausanne
<b>Barbara Dätwyler</b>	Präsidentin des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), Sektion Bern
<b>André Durrer</b>	Leiter Abteilung Zentralschweiz, Caritas Schweiz
<b>Ylfete Fanaj</b>	Präsidentin Second@s Plus, Integrationsbeauftragte Nidwalden
<b>Ludwig Gärtner</b>	Leiter des Geschäftsfeldes „Familie, Generationen und Gesellschaft“ des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV)
<b>Nicole Gysin</b>	stellvertretende Bereichsleiterin Innenpolitik der Konferenz der Kantonsregierungen (KdK), Geschäftsstelle der kantonalen und kommunalen Integrationsdelegierten (KID)
<b>Margrith Hanselmann</b>	Generalsekretärin der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK)
<b>Heinrich Kläui</b>	Spezialarzt für Innere Medizin FMH, Konsiliararzt am Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer des Schweizerischen Roten Kreuz (SRK)
<b>Philippe Lehmann</b>	Lehrbeauftragter an der Haute école cantonale vaudoise de la santé (HECV)
<b>Ewa Mariéthoz</b>	Projektleiterin Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung, Schweizerische Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
<b>Irène Renz</b>	Präsidentin der Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung (VBGF), Leiterin der Gesundheitsförderung Baselland
<b>Emine Sariaslan</b>	Präsidentin des Forums für die Integration der Personen mit Migrationshintergrund (FIMM)
<b>Hansjörg Vogel</b>	Abteilungsleiter Fachstelle Gesellschaftsfragen Luzern, Integrationsdelegierter Kanton Luzern
<b>Branka Vukmirović</b>	Sektion Integration, Bundesamt für Migration (BFM)
<b>Barbara Weil</b>	Fachstelle Prävention, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
<b>Verena Wicki</b>	Leiterin der Fachstelle Integration Luzern (FABIA)

## Anhang 2: Adressaten der Stakeholderbefragung

Angeschriebene Organisationen bzw. Einzelpersonen	Auswahl
Ausschuss Integration der Interdepartementalen Arbeitsgruppe Migration	Alle Mitglieder
Bildungseinrichtungen für Gesundheitsberufe	Auswahl gemäss BAG-Liste
Bundesamt für Gesundheit BAG	Ausgewählte Sektions- und Abteilungsleitende
Bundesamt für Migration BFM	Verantwortliche Sektion Integration
Bundesamt für Statistik BFS	Leitende von themenrelevanten Erhebungen
Caritas Schweiz	Direktion
Curaviva	Geschäftsstelle
Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM	Alle Mitglieder
Eidgenössische Kommission gegen Rassismus EKR	Sekretariat
Forschende im Bereich M+G	Auswahl gemäss BAG-Liste
Forum für die Integration von Migrantinnen und Migranten FIMM	Präsidium
Gesundheitsförderung Schweiz	Direktion, ausgewählte Dossierverantwortliche
H+ Die Spitäler der Schweiz	Direktion
Interpret	Präsidium, Direktion, Qualifizierungsstelle
Kantonale Beauftragte für Gesundheitsförderung	Alle
Kantonale Gesundheitsdirektionen	Alle Generalsekretariate
Kantonale, regionale und kommunale Integrationsdelegierte	Alle
Kantonsärzte/Kantonsärztinnen	Alle
Kollegium für Hausarztmedizin KHM	Geschäftsführer, Schlüsselperson
Kompetenzzentren für Integration KZI	Alle
Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren SODK	Zentralsekretariat
Konferenz der Kantonsregierungen KdK	Bereich Innenpolitik
Krebsliga Schweiz	Geschäftsstelle
Lungenliga Schweiz	Ausgewählte Bereichsleitende der Geschäftsstelle
PLANes	Direktion
Pro Migrante	Präsidium
Pro Senectute Schweiz	Geschäftsstelle
Public Health Schweiz	Zentralsekretariat
Regionale Caritas-Stellen	Alle Geschäftsstellen
Regionale Krebsligen	Alle Geschäftsstellen
Regionale Lungenligen	Alle Geschäftsstellen
Schulärztliche Dienste	Dienste der 30 grössten Städte
Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK	Ausgewählte Bereichsleitende, Sektionspräsidium
Schweizerische Flüchtlingshilfe SFH	Ausgewählte Schlüsselpersonen
Schweizerische Herztiftung	Geschäftsstelle
Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK	Zentralsekretariat, Dossierverantwortliche
Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe SKOS	Präsidium
Schweizerischer Verband der Brustkrebs-Früherkennungsprogramme VBKF	Generalsekretariat

Angeschriebene Organisationen bzw. Einzelpersonen	Auswahl
Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF	Alle Vorstandsmitglieder
Schweizerisches Rotes Kreuz SRK	Direktion, Leitung Abteilung Gesundheit
Seniorenrat	Geschäftsstelle
Spitäler	Direktionen der 10 grössten Spitäler, Direktionen der MFH- Spitäler, MFH-Verantwortliche
Spitex Schweiz	Zentralsekretariat, Geschäftsstel- le Regionalverband
SRK-Kantonalverbände	Alle
Stiftung SPO Patientenschutz	Präsidium
Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH	Präsidium, ausgewählte Dossier- verantwortliche
Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung VBGF	Geschäftsstelle

Zusammensetzung der antwortenden Stakeholder, aufgeschlüsselt nach Bereich, Art der Behörde bzw. Institution sowie nach Hauptaktivität:

	Anzahl (absolut)	Anteil am Total von N= 199
<b>Total</b>	<b>199</b>	<b>100%</b>
<b>Bereich</b>		
Gesundheitsbereich	131	65.8%
Migration/Integration	53	26.6%
Andere	15	7.6%
<b>Art der Behörde/Institution:</b>		
Kantonsstelle/Interkantonale Vereinigung	57	28.6%
Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung	38	19.1%
Bildungsinstitution	29	14.6%
Verband von Leistungserbringern der Gesundheitsversorgung	21	10.6%
Bundesstelle/Interdepartementales Gremium	20	10.1%
Kommunale Stelle	18	9.0%
Verein/gemeinnützige Organisation	16	8.0%
<b>Hauptaktivität:</b>		
Gesundheitsförderung und Prävention	34	17.1%
Gesundheitsversorgung	34	17.1%
Aus- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich	32	16.1%
Gesundheitspolitik	29	14.6%
Migrations-/ Integrationspolitik	25	12.6%
Integrationsfachstellen/ Integrationsförderung	20	10.1%
Leistungserbringung durch karitative Organisation	13	6.5%
Forschung	7	3.5%
Weitere Aktivitäten	5	2.5%

\* Rundungsbedingt weicht die Summe allenfalls leicht von 100% ab.

## Anhang 3: Berücksichtigte Leitbilder

### Kantonale Leitbilder (und ähnliche Dokumente): Gesundheitsförderung/Prävention

	Kantonale Leitbilder GF/Prävention (Jahr)
AG	Gesundheitspolitische Gesamtplanung 2010 (2010)
AR	5-jahres Aktionsplan 2009 – 2013: Für eine Präventionspolitik Alkohol/Tabak/Cannabis in Appenzell Ausserrhoden (2009)
BE	Kantonale Schwerpunkte 2010-2013 (nur online; 2011)
BL	Vorlage an den Landrat betreffend Rahmenkonzept 2006–2010 der Gesundheitsförderung Baselland (2006)
BS	Fachkonzept zu Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Basel-Stadt (2009)
FR	Kantonaler Plan für Gesundheitsförderung und Prävention 2007-2011: Prioritäten für den Kanton Freiburg (2006)
GE	Plan cantonal genevois de promotion de la santé et de prévention 2007-2010 (2007)
GL	Gesundheitsförderung und Prävention an den Schulen im Kanton Schwyz (2007)
JU	Programme pluriannuel de prévention et promotion de la santé (-)
LU	Leitbild der Kantonsärztlichen Dienste des Kantons Luzern (nur online; 2011)
NE	Plan Directeur Prévention et Promotion de la Santé (2009)
NW	Strategieplan 2011-2015 für Gesellschaftsfragen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Integration, Gleichstellung von Frau und Mann und Familien- und Jugendförderung (2010)
SG	Leitbild Gesundheit (2002)
SZ	Psychische Gesundheit im Kanton Schwyz 2010-2020 (2010)
TG	Konzept Gesundheitsförderung Thurgau (2009)
UR	Gesundheitsleitbild für den Kanton Uri (2003) Entwurf eines Rahmenkonzepts Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Uri (2011)
VD	Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008-2012 (-)
VS	Rahmenprogramm für die Gesundheitsförderung und Prävention Periode 2011-2014 (2011)
ZG	Leitbild des Gesundheitsamtes des Kantons Zug (2006)
ZH	Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich (2004)

### Kantonale Leitbilder (und ähnliche Dokumente): Integration

	Kantonale Integrationsleitbilder (Jahr)
AG	Integration der ausländischen Bevölkerung: Konzept zur Umsetzung im Kanton Aargau (2008)
AR	Gemeinsam leben in Appenzell Ausserrhoden: Konzept für die Integration von Migrantinnen und Migranten im Kanton Appenzell Ausserrhoden (2010)
BE	Leitbild zur Integrationspolitik des Kantons Bern (2007)
BS	Leitbild und Handlungskonzept des Regierungsrates zur Integrationspolitik des Kantons Basel-Stadt (1999); Aktionsplan 2004-07: Integrationsmassnahmen Basel-Stadt
FR	Integration der Migrantinnen und Migranten: Kantonales Leitbild und Aktionsplan 2008-2011 (2008)
GE	Vers une politique cantonale d'intégration (2007)
LU	Bericht und Leitbild des Regierungsrates über die Ausländer- und Integrationspolitik des Kantons Luzern (2001)

NE	Coexistence des populations et politique d'intégration des étrangers dans le canton de Neuchâtel (2006)
NW	Strategieplan 2011-2015 für Gesellschaftsfragen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Integration, Gleichstellung von Frau und Mann und Familien- und Jugendförderung (2010)
SG	Integration: Weiterentwicklung der Integrationspolitik des Kantons St.Gallen (2011)
SH	Leitlinien für eine kohärente Integrationspolitik (2003)
SO	Leitbild und Konzept: Integration Migrantinnen und Migranten (2009)
SZ	Handbuch Integrationsförderung Kanton Schwyz (2009)
UR	Integrationskonzept Uri (2008)
VD	Priorités 2009-2012 du Conseil d'Etat en matière d'intégration des étrangers et de prévention du racisme (2009)
VS	Integrationskonzept für Ausländer (2003)