



# Diversität und Chancengleichheit

Grundlagen für erfolgreiches Handeln  
im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen

**Mit DVD Verstehen kann heilen**



**Peter Saladin, Herausgeber**

**Eine Publikation des Bundesamtes für Gesundheit BAG  
in Zusammenarbeit mit H+ Die Spitäler der Schweiz**

## **Diversität und Chancengleichheit**

### **Grundlagen für erfolgreiches Handeln**

### **im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen**

Ein Merkmal der schweizerischen Gesellschaft ist die seit Jahrhunderten typische Vielfalt an Sprachen und Kulturen. Ausserdem weist heute rund ein Viertel der Bevölkerung in der Schweiz einen Migrationshintergrund auf, vorwiegend als Folge der Einwanderung von Arbeitskräften. Menschen unterschiedlicher Herkunft, Religion und Sprache sowie mit verschiedenartigen Fähigkeiten, Lebensformen und sozialem Status haben zu einem starken kulturellen und sozialen Wandel sowie Veränderungen in den Wertesystemen geführt, wie dies in den meisten modernen Gesellschaften beobachtet werden kann.

Nicht alle Gesellschaftsbereiche tragen dieser Diversität genügend Rechnung: Ein selbstkritischer Blick in den Spiegel zeigt, dass etwa das schweizerische Gesundheitssystem nur unzureichend auf die Versorgung der Migrationsbevölkerung vorbereitet ist; ein Teil der Migrationsbevölkerung ist erhöhten gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sowie gegenüber anderen Bevölkerungsgruppen benachteiligt.

Das vorliegende Handbuch gibt den Führungsverantwortlichen von schweizerischen Gesundheitsinstitutionen – Spitätern, Kliniken und Institutionen der Langzeitpflege – praktische Unterstützung im Umgang mit den gesellschaftlichen Phänomenen von Diversität und Migration. Das Handbuch geht ein auf die Hintergründe von Diversität und Migration, beschreibt die Chancen transkultureller Kompetenzen und macht auf die unternehmerischen Herausforderungen im Spannungsfeld von Diversität und Chancengleichheit aufmerksam. Es bietet zudem umsetzungsorientierte Empfehlungen, um erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen zu ermöglichen. Das Management von Diversität hilft, das eigene Unternehmen zu positionieren, die Ressourcen der Mitarbeitenden gezielt zu nutzen und dadurch die Zufriedenheit der Kundinnen und Kunden sowie der Mitarbeitenden zu steigern.

Unter der hinteren Umschlagklappe finden Sie eine DVD. Auf der DVD «Verstehen kann heilen. Globale Migration – lokale Lösungen im Gesundheitswesen» ist der gesamte Text des Handbuchs abgespeichert, einschliesslich der Listen mit den konkreten Empfehlungen, die in diesem Handbuch präsentiert werden. Sie stehen zu Ihrer Verfügung und können mit PC sowie Mac bearbeitet werden.

Im Zentrum der DVD steht jedoch der Dokumentarfilm «Verstehen kann heilen», der beispielhaft den konkreten Umgang von drei Kliniken des Berner Inselspitals mit der Diversität von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden zeigt. Dieser Dokumentarfilm kann zur Lancierung von Diskussionen genutzt werden über die Probleme der Chancengleichheit angesichts von Diversität und Migration, wie sie auch im Handbuch zum Ausdruck kommen.

## **Diversität und Chancengleichheit**

**Grundlagen für erfolgreiches Handeln  
im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen**

**Mit DVD: Verstehen kann heilen. Globale Migration –  
lokale Lösungen im Gesundheitswesen**

Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos  
der Gesundheitsinstitutionen

Peter Saladin (Herausgeber) unter Mitarbeit von Renate Bühlmann, Janine Dahinden,

Rahel Gall Azmat, Gerhard Ebner und Joachim Wohnhas

Eine Publikation des Bundesamtes für Gesundheit BAG in Zusammenarbeit mit H+ Die Spitäler der Schweiz

© 2006, Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern

© 2006, H+ Die Spitäler der Schweiz, Bern

ISBN 978-3-033-00864-9

Die Publikation erscheint in deutscher, französischer und italienischer Sprache.

Zum Buch gehört die DVD «Verstehen kann heilen. Globale Migration – lokale Lösungen im Gesundheitswesen». Der Film «Verstehen kann heilen» kann wahlweise mit deutschen, französischen oder italienischen Untertiteln abgespielt werden.

Bezug von Gratisexemplaren: H+ Die Spitäler der Schweiz, Geschäftsstelle  
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern, geschaefsstelle@hplus.ch

Substantive (sowie dazugehörende Worte oder Satzteile) werden in dieser Publikation mit männlicher und weiblicher Endung geschrieben, sofern keine neutralen Endungen (z.B. Mitarbeitende) gefunden werden können.

Lektorat: Peter Frehner, AbisZ Kommunikation, Basel

Gestaltung und Satz: Esther Schreier, Basel

Videostills: artefakt wort+bild, Bern

Druck: Stämpfli Publikationen AG, Bern

Bindung: Schumacher AG, Buchbinderei, Schmitten

Schrift: Frutiger

Auflage: 3500 Expl. (deutsch), 1000 Expl. (französisch), 500 Expl. (italienisch)

Papier: Arctic the Volume 150 g/m<sup>2</sup> (FSC-zertifiziert), Opalin Premium 335 g/m<sup>2</sup>



© Mix

Produktgruppen aus vorbildlich  
bewirtschafteten Wäldern, kontrollierten  
Herkünften und Recyclingholz oder -fasern.  
[www.fsc.org](http://www.fsc.org) Cert. No. SQS-COC-23903  
© 1996 Forest Stewardship Council

# **Diversität und Chancengleichheit**

## **Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen**

Herausgeber

Peter Saladin

Unter Mitarbeit von

Renate Bühlmann

Janine Dahinden

Rahel Gall Azmat

Gerhard Ebner

Joachim Wohnhas

Eine Publikation des Bundesamtes für Gesundheit BAG

in Zusammenarbeit mit H+ Die Spitäler der Schweiz

**Inhalt****6\_Dank****7\_Vorwort****9\_Für die eilige Leserin  
und den eiligen Leser****Einführung**

- 15\_Warum dieses Handbuch?**
- 17\_Gesundheitsinstitutionen – ein vielfältiger Mikrokosmos**
- 18\_Strategie des Bundes 2002–2007: Migration und Gesundheit**
- 19\_Projekt Migrant Friendly Hospitals – Spitalnetzwerk für die Migrationsbevölkerung (MFH)**

**Migration  
und transkulturelle Kompetenz**

- 23\_Migration und Diversität**
- 26\_Transkulturelle Kompetenz**
- 28\_Kommunikation: Fremde Sprachen im Spital**
- 31\_Forschung im Bereich Migration und Gesundheit**

**Unternehmerische Herausforderungen  
durch Diversität und Migration**

- 35\_Management der Diversität**
- 37\_Qualität – ein Widerspruch zu Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit?**
- 38\_Finanzierungsfragen**

## Empfehlungen

- [44\\_Unternehmensstrategie](#)
- [46\\_Erhebung von diversitätspolitisch relevanten Informationen](#)
- [47\\_Qualität](#)
- [49\\_Hintergrundinformation: Messung der Zufriedenheit von Spitalpatientinnen und -patienten mit Migrationshintergrund](#)
- [52\\_Mitarbeitende als Träger und Vermittler transkultureller Kompetenz](#)
- [55\\_Medizinisch-pflegerische Prozesse](#)
- [61\\_Hintergrundinformation: Gesundheitsversorgung für Sans Papiers: Unité mobile de soins communautaires an der Universitäts-Poliklinik in Genf](#)
- [63\\_Dolmetschen und Übersetzen](#)
- [65\\_Hintergrundinformation: Dolmetschen im Spital: Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen](#)
- [67\\_Hintergrundinformation: Telefondolmetschen im Spital](#)
- [68\\_Hintergrundinformation: Möglichkeiten der Verwendung von Piktogrammen in der Verständigung mit Patientinnen und Patienten der Migrationsbevölkerung in Schweizer Spitätern](#)
- [71\\_Fortbildung der Mitarbeitenden](#)
- [73\\_Hintergrundinformation: Beispiel eines Rahmenprogramms für die interdisziplinäre Fortbildung über Diversität, Migration und Gesundheit in den Bereichen Geburtshilfe, Krankenpflege, Medizin, Management](#)
- [76\\_Zentrale Dienste](#)

## Das Netzwerk – Adressen von Fach- und Beratungsstellen

- [81\\_Eidgenössische Behörden](#)
- [82\\_Kantonale und kommunale Behörden](#)
- [83\\_Nationale Nicht-Regierungsorganisationen \(NGO\)](#)
- [85\\_Regionale Nicht-Regierungsorganisationen und weitere Fachstellen](#)
- [86\\_Forschung](#)
- [88\\_Internationale Kontakte](#)

## Anhänge

- [91\\_Begriffsdefinitionen im Bereich Migration und Gesundheit](#)
- [96\\_Die Amsterdamer Erklärung für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa](#)
- [102\\_Qualitätsfragebogen aus dem EU-Pilotprojekt Migrant Friendly Hospitals](#)
- [107\\_Nationale Standards für kulturell und sprachlich angemessene Dienstleistungen im Gesundheitswesen der USA](#)

## Literatur | Hilfsmittel | Mitwirkende

- [111\\_Literatur](#)
- [114\\_Hilfsmittel](#)
- [116\\_Mitwirkende](#)

## Dank

Die vertiefte Beschäftigung mit den Themen Diversität, Migration und Chancengleichheit eröffnet neue Sichtweisen auf das schweizerische Gesundheitswesen und seine Institutionen. Sind sie wirklich für alle Menschen in diesem Lande so exzellent, wie wir dies oft anzunehmen geneigt sind? Wenn wir unvoreingenommen in den Spiegel schauen, zeigen sich neben allen hervorragenden Eigenschaften auch die Schattenseiten, die insbesondere jene oft zu spüren bekommen, die als Unkundige, als Fremde, als Angehörige der Migrationsbevölkerung oder einer Minderheit die Dienste unseres Gesundheitswesens in Anspruch nehmen müssen.

Um diese Situation im Interesse Aller zu verbessern, wurde die vorliegende Publikation verfasst. Sie ist im Rahmen des Projektes Migrant Friendly Hospitals – Ein Netzwerk für die Migrationsbevölkerung (MFH) entstanden. Das Bundesamt für Gesundheit hat es als Teil der Strategie des Bundes Migration und Gesundheit 2002–2007 lanciert. Die Realisierung erfolgte durch H+ Die Spitäler der Schweiz.

An dieser Stelle danke ich allen Personen, die mit ihrem Wissen, ihren Erfahrungen und ihrem persönlichen Engagement zur Realisierung dieser Publikation beigetragen haben. In erster Linie sind es die Mitglieder des Herausgeberteams und die übrigen Autorinnen und Autoren (siehe Verzeichnis der Mitwirkenden Seite 116).

Besonderer Dank gebührt auch den zuständigen Mitarbeitenden des Bundesamtes für Gesundheit BAG, insbesondere P. Aemmer, R. Gall Azmat und Th. Spang, für die Steuerung und Begleitung des Projektes. Den Mitarbeitenden der Geschäftsstelle H+ Die Spitäler der Schweiz danke ich für ihre Unterstützung, insbesondere M. Zweiacker für ihre fachkundige administrative Mitarbeit.

Wesentliche Beiträge haben auch die Vertreterinnen und Vertreter der Spitäler, Kliniken und Institutionen der Langzeitpflege sowie zahlreiche weitere Fachpersonen geleistet, die aktiv, ideenreich und praxisorientiert mitgewirkt haben im Beirat, in der Kerngruppe und insbesondere in den Arbeitsgruppen des Projektes Migrant Friendly Hospitals – Ein Netzwerk für die Migrationsbevölkerung (MFH). Ihnen allen spreche ich meinen herzlichen Dank aus. Die Vorsitzenden der Arbeitsgruppen haben die oft kontroversen Diskussionen sachkundig geleitet und besonders intensiv an der Formulierung der Empfehlungen mitgearbeitet. Es sind dies: G. Ebner (Medizinische Prozesse), Ch. Aeschlimann/W. Brunner (Strategie), R. Simon/M. Wettlisbach (Sprache, Kommunikation, Information), H. Rennhard-Hollenweger (Empowerment des Spitalpersonals). Ihnen gebührt meine besondere Anerkennung.

Die Verbindungen zum analogen EU-Projekt ermöglichen den Austausch wertvoller Erfahrungen mit Vertreterinnen und Vertretern ausländischer Gesundheits- und Forschungsinstitutionen. Dem Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie in Wien sei an dieser Stelle für den Zugang zu den Arbeiten am EU-Projekt und für die Erlaubnis zum Abdruck des Qualitätsfragebogens (Seite 102) bestens gedankt.

P. Saladin



Präsident H+  
Projektleiter

## Vorwort

Migration gewinnt im Zeitalter der Globalisierung stark an Bedeutung. Auf der Suche nach besseren Lebensbedingungen oder gezwungen durch Armut, Kriege, Verfolgung und Umweltkatastrophen verlassen Menschen ihre Heimat und versuchen, sich in der Fremde eine neue Existenz aufzubauen. Ob ihnen dies gelingt, hängt wesentlich von ihrer körperlichen und psychischen Verfassung ab. Wer gesund ist, kann sich in ungewohnter Umgebung besser zurechtfinden. Integrationsschwierigkeiten wirken sich dagegen oft negativ auf die Gesundheit aus.

In der Schweiz haben wissenschaftliche Untersuchungen ergeben, dass der Gesundheitszustand von Angehörigen der Migrationsbevölkerung in verschiedenen Bereichen schlechter ist als jener der Einheimischen. Migrantinnen und Migranten sind grösseren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt und finden weniger leicht Zugang zu unserem Gesundheitssystem. Dies ist umso bedenklicher, als sie gut einen Fünftel der Gesamtbevölkerung ausmachen. Sie tragen zu unserem Wohlstand bei, finanzieren unser Gesundheitswesen mit und möchten es bei Bedarf beanspruchen können. Auch ein beachtlicher Teil der im Gesundheitswesen Beschäftigten sind Migrantinnen und Migranten oder deren Nachkommen. Mit ihren vielfältigen Sprachen, Wertvorstellungen und Verhaltensweisen prägen sie den Arbeitsalltag. Ohne ihre Mithilfe könnten unsere Gesundheitseinrichtungen ihre Aufgaben nicht erfüllen.

Welche Kompetenzen sind erforderlich, um Angehörige der Migrationsbevölkerung zu betreuen? Und wie lässt sich trotz vielgestaltiger Bedürfnisse eine befriedigende Qualität der Gesundheitsversorgung erzielen? Fragen wie diesen widmet sich das vorliegende Handbuch. Es basiert auf Erfahrungen, die im Projekt Migrant-Friendly Hospitals – Ein Netzwerk für die Migrationsbevölkerung gesammelt worden sind, und liefert praktische Hinweise, wie Gesundheitseinrichtungen besser auf Migrantinnen und Migranten eingehen können. Als erstrebenswert gilt eine Betriebskultur, die Menschen beiderlei Geschlechts, unterschiedlichster Herkunft und aller sozialer Schichten den Zugang zu angemessenen Leistungen erleichtert.

Die Voraussetzungen zur Realisierung dieses Ziels sind zurzeit nicht ideal: Spitäler und andere Gesundheitseinrichtungen sind unter Spandruck bei gleichzeitig wachsenden Ansprüchen an ihre Qualität und Leistungsbereitschaft. Ein kompetenter Umgang mit Migrantinnen und Migranten vermag aber nicht nur die Qualität und die Effizienz zu steigern, sondern senkt mittelfristig auch die Kosten der Gesundheitsversorgung. Daher legen wir Ihnen ans Herz, die in diesem Handbuch skizzierten Strategien zu prüfen und die Verwirklichung der gesundheitlichen Chancengleichheit weit oben auf Ihre Agenda zu setzen.

Prof. Dr. Thomas Zeltner



Direktor  
Bundesamt für Gesundheit BAG

Dr. Markus Dürr



Vorsteher des Gesundheits- und Sozialdepartementes des Kantons Luzern,  
Präsident der Schweizerischen Konferenz  
der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen  
und -direktoren GDK



## Für die eilige Leserin und den eiligen Leser

Das vorliegende Handbuch will die schweizerischen Gesundheitsinstitutionen<sup>1</sup> – Spitäler, Kliniken und Institutionen der Langzeitpflege – in ihren Bestrebungen unterstützen, für die unübersehbaren gesellschaftlichen Phänomene von Diversität und Migration eine glaubwürdige und erfolgreiche Antwort zu finden. Es richtet sich in erster Linie an die für die Unternehmenspolitik verantwortlichen Leitungsorgane. Ihr bewusster und kluger Umgang mit Fragestellungen im Zusammenhang mit Diversität und Migration sowie die sorgfältige Abwägung von Chancen und Risiken bei der Planung und Umsetzung entsprechender Massnahmen bilden die Voraussetzungen für erfolgreiches Handeln. Die konsequente Orientierung am Wohl von Hilfe suchenden Menschen steht dabei im Zentrum.

Der Einführungsteil dieses Handbuchs (Seiten 15 bis 19) ist der Strategie des Bundes im Bereich Migration und Gesundheit sowie dem Projekt Migrant Friendly Hospitals gewidmet. Wichtige Begriffe werden auf den Seiten 91 bis 95 definiert. Das Kapitel Migration und transkulturelle Kompetenz (Seiten 23 bis 32) behandelt soziologische und ethnologische Fragestellungen sowie Forschungsanliegen im Zusammenhang mit Diversität, Migration und Gesundheit. Die Bedeutung der Kommunikation in einem von fremden Sprachen geprägten Umfeld wird an Hand klinischer Praxisbeispiele herausgearbeitet. Die Ausführungen zu den unternehmerischen Herausforderungen durch Diversität und Migration (Seiten 35 bis 39) befassen sich mit dem Management der Diversität, mit der Qualität der Leistungen, den Grundsätzen von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie mit Finanzierungsfragen.

Der Hauptteil des Handbuchs (Seiten 43 bis 78) formuliert Empfehlungen zuhanden der Leitungsorgane. Sie dienen dazu, die eigene Unternehmenspolitik im Lichte von Diversität und Migration kritisch zu hinterfragen und praktische Hinweise zu liefern für notwendige Massnahmen.

Diversität beschreibt hier – wertneutral – das Vorhandensein von persönlichen und gesellschaftlichen Unterschieden, unter anderem auf Grund von Herkunft, Geschlecht, Sprache, Fähigkeiten, Alter, Lebensformen und sozialem Status als konstitutives Element von modernen Gesellschaften. Migration, verstanden als Bewegung einer Person oder einer Gruppe von Personen über administrative, politische und geographische Grenzen hinweg mit dem Wunsch, sich definitiv oder vorübergehend an einem anderen als dem Herkunftsland niederzulassen, bewirkt gesellschaftliche Diversität. Das Management von Diversität strebt einen positiven, selbstkritischen Umgang mit diesen Differenzen an, um daraus erfolgreiches Handeln für ein Unternehmen, seine Kundinnen und Kunden und seine Mitarbeitenden zu gestalten. Allgemeine Grundlagen dafür bilden die Prinzipien von Menschenwürde und Chancengleichheit, deren Beachtung in der täglichen Arbeit von Gesundheitsinstitutionen besondere Aufmerksamkeit erfordert. Transkulturelle Kompetenz auf allen Stufen bedeutet «die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten» (Seite 26).

Die Empfehlungen sind nach Tätigkeitsgebieten geordnet: Strategie, Datenerfassung, Qualität, Personalpolitik, medizinisch-pflegerische Prozesse, Dolmetschen und Übersetzen, Fortbildung der Mitarbeitenden und zentrale Dienstleistungen. Hintergrundinformationen zu einzelnen Sachgebieten beleuchten einzelne Aspekte.

## Für die eilige Leserin und den eiligen Leser

| Peter Saladin

Einführung

Migration und transkulturelle Kompetenz

Unternehmerische Herausforderung

Empfehlungen

<sup>1</sup> Im Folgenden werden diese Begriffe gelegentlich mit «Institution(en) der Gesundheitsversorgung», «Gesundheitsinstitution(en)», «Institution(en)», «Unternehmen» oder «Betrieb(e)» zusammengefasst, wo es sich nicht ausdrücklich um ein Spital, eine Spezialklinik (wie Rehabilitation, Psychiatrie) oder um eine Institution der Langzeitpflege handelt.

Unternehmerische Grundlagen

Die **Handlungsempfehlungen** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

→ Die unternehmerischen Grundlagen wie Auftrag, Mission, Strategie, Angebotsportfolio und Ressourcenplanung sollen sich ausdrücklich auf die Verwirklichung einer diversitäts- und migrationsgerechten Unternehmenspolitik beziehen. Durch geeignete Organisationsentwicklungsprojekte werden das selbstkritische Hinterfragen bestehender Grundlagen sowie handlungsorientierte Neuorientierungen gefördert. Persönliche Überzeugung und Handlungsweise der Leitungsorgane sind Voraussetzung für den Erfolg.

Spezifische Daten

→ Der vielfältige Mikrokosmos von Gesundheitsinstitutionen ist durch spezifische Daten über die eigene Institution und ihre Leistungen erkennbar, in seinen Dimensionen erfassbar und deren Bedeutung für den Erfolg der Institution beurteilbar zu machen. Diese Daten dienen nicht der Abgrenzung, sondern der Integration. Der Datenschutz ist zu beachten.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

→ Massnahmen zur Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität schliessen ausdrücklich auch die diversitäts- und migrationspezifischen Aspekte mit ein. Ihre Berücksichtigung ist eigentlicher Prüfstein für eine patientinnen- und kundenorientierte Leistungserbringung. Wer Unterschiede in den jeweiligen Ausgangslagen beachtet, kann effiziente Strukturen und Prozesse gestalten, die massgeschneiderte Resultate ermöglichen.

Kompetenzen von Mitarbeitenden

→ Die vielfältigen Kompetenzen von Mitarbeitenden aufgrund ihrer Herkunft, Sprache, Religionszugehörigkeit und ihres sozialen Status sollen erkannt, genutzt und gefördert werden. Sie stellen eine Chance dar für die Verwirklichung transkultureller Kompetenz in der Organisation. Die personalpolitischen Grundlagen, die Personaldienste, die Anstellungs- und Beförderungsrichtlinien sowie die Informations- und Kommunikationspraxis haben dieser Situation Rechnung zu tragen.

Medizinisch-pflegerische Prozesse

→ Die medizinisch-pflegerischen Prozesse sind von einem personenzentrierten, die mündige Patientin und den mündigen Patienten respektierenden Ansatz her zu gestalten. Die Prozesse für den regulären Eintritt, den Notfalleintritt, die Diagnose, die Behandlung und den Austritt richten sich danach. Werden Informationen zwischen Menschen mit unterschiedlichen Sprachen und Sprachverständnissen ausgetauscht, kommt dem gegenseitigen Verstehen grösste Bedeutung zu, insbesondere beim Informed Consent. Der Bezug von sprachkundigen Personen in unterschiedlichen Situationen ist schriftlich geregelt und in der Institution bekannt. Die individuellen Ressourcen von Patientinnen und Patienten, von Bewohnerinnen und Bewohnern<sup>2</sup> sowie ihres Umfeldes werden bewusst genutzt und gefördert.

Sprachvermittlung

→ Zur Überwindung von Sprachbarrieren sind die verschiedenen Möglichkeiten von Sprachvermittlung in der Institution zu verankern und zu regeln. Je nach Bedarf und unter definierten Voraussetzungen sollen externe Dolmetscherinnen und Dolmetscher hinzugezogen (allenfalls per Telefon), mehrsprachige Mitarbeitende als Ad-hoc-Dolmetschende eingesetzt, Bild- und Sprachhilfen (Piktogramme oder Wörterbücher) verwendet, Familienmitglieder und Bezugspersonen angefragt sowie schriftliche Übersetzungen abgegeben werden. Es ist Aufgabe der Leitungsorgane, die Einsatzmöglichkeiten zu regeln und die dafür nötigen Voraussetzungen zu schaffen. Die notwendigen personellen und finanziellen Mittel sind bereit zu stellen, so dass ein möglichst niederschwelliger, diskriminierungsfreier Zugang zu den einzelnen Instrumenten möglich ist.

Fortbildung der Mitarbeitenden

→ Die Mitarbeitenden sind kontinuierlich und systematisch fortzubilden, um die Behandlungsqualität in einem sich stets wandelnden Umfeld zu sichern. Damit erhalten die Mitarbeitenden Sicherheit im Umgang mit Angehörigen unterschiedlicher Herkunft, Sprache,

<sup>2</sup> Der Begriff «Patientin und Patient» bezieht sich auf «Kranke» und «Hilfesuchende» im Spital oder in der Klinik; mit dem Begriff «Bewohnerin und Bewohner» sind Menschen gemeint, die in Institutionen der Langzeitpflege leben.

Religion und sozialer Schicht. Dadurch werden Stress und Fehlverhalten reduziert, unnötige Kosten vermieden und die Effizienz gesteigert. Die Inhalte und Formen der Fortbildung sind den Bedürfnissen der Institution anzupassen. Ein Rahmenprogramm ist den Empfehlungen beigefügt.

- Die zentralen Dienste einer Institution wie die administrative Aufnahme und Entlassung, die Telefondienste, die Auskunfts-, Informations- und Dokumentationsdienste, die Dienste für Angelegenheiten von Patientinnen und Patienten (zum Beispiel: Besuchsregelungen), die Hotellerie, die religiösen Dienste sowie die Sozialdienste verfügen über die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten, mit den unterschiedlichen Bedürfnissen von Einzelnen und Anspruchsgruppen umzugehen. Zentrale Dienste
  - Die Gesundheitsinstitutionen nutzen das eng geflochtene, nationale und internationale Netzwerk (Seiten 81–88). Dieses ermöglicht Unterstützung und Hilfestellungen sowie einen Austausch über neue Erkenntnisse und Erfahrungen. Eine breit gefächerte, wissenschaftliche Literatur vertieft einzelne Themen (Seiten 111–113). Die «Amsterdamerklärung für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa» aus dem Jahre 2005 setzt Maßstäbe für die künftige Entwicklung (Seiten 96–101). Netzwerk
- Dieses Handbuch soll Ausgangspunkt für eine vertiefte Auseinandersetzung der Institutionen der Gesundheitsversorgung mit den Themen Diversität, Migration und Chancengleichheit sein, mit dem Ziel, optimale Dienstleistungen für alle Bevölkerungsgruppen zu erbringen. Die Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Praxis werden weitere Entwicklungen befruchten. Zielpublikum



# Einführung



# Einführung

## Warum dieses Handbuch?

Dieses Handbuch richtet sich an die Führungskräfte von Spitälern, Kliniken und Institutionen der Langzeitpflege.<sup>1</sup> Es setzt sich zum Ziel, durch praktische Hinweise und Empfehlungen die Führungsverantwortlichen in ihren Bemühungen zu unterstützen, für das unübersehbare Phänomen von Diversität und Migration eine glaubwürdige und erfolgreiche unternehmerische Antwort zu finden.

Drei Herausforderungen gewinnen offensichtlich an Bedeutung:

- Die Erwartungen von Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohnern<sup>2</sup> an die stationäre und ambulante Behandlung und den Aufenthalt in Gesundheitsinstitutionen werden auf Grund unterschiedlicher Herkunft, Kultur, Sprache, Wertvorstellungen, gesellschaftlicher und individueller Prägungen sowie des unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsverhaltens immer vielfältiger. Dabei geht es nicht allein um Menschen, die während der letzten Jahre und Jahrzehnte durch Migration in unser Land gekommen sind und hier leben; auch die innerschweizerische Migration von Nord nach Süd, von West nach Ost und vom Land in die Stadt schafft Situationen, bei denen das Andersartige, das Verschiedene auf allen Ebenen einer Gesundheitsinstitution zum Thema wird.
- Erfahrungen und wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass der Gesundheitszustand von Angehörigen der Migrationsbevölkerung und von Minderheiten oft schlechter ist als jener der einheimischen Bevölkerung. Dafür gibt es vielfältige Gründe: Unterschiede bei den persönlichen Ressourcen, soziale Ungleichgewichte und ungleicher Zugang zu den Gesundheitseinrichtungen. Den zentralen Grundwerten der schweizerischen Bundesverfassung gemäss den Artikeln 2, 7 und 8 ist auch und insbesondere im Gesundheitsbereich Nachachtung zu verschaffen, etwa der (möglichst grossen) Chancengleichheit, Menschenwürde und Rechtsgleichheit.
- Ein beachtlicher Teil der Mitarbeitenden von Spitälern, Kliniken und Institutionen der Langzeitpflege – Ärzteschaft, Pflegende, Angehörige zahlreicher anderer Spitalberufe – stammt aus dem Ausland. Ohne sie könnten die schweizerischen Gesundheitsinstitutionen ihre Aufgaben nicht erfüllen.

Migration ist eine, aber nicht die alleinige Ursache von Diversität. Diese gründet in vielschichtigen gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Entwicklungen und manifestiert sich in unterschiedlichen Bedürfnissen, Ansprüchen sowie Verhaltensweisen von Menschen.

Eine vorausschauende und kompetente Führung einer Gesundheitsinstitution wird sich angesichts dieser Situation – neben anderen – folgende Fragen stellen und auf strategischer und operativer Ebene Antworten geben:

- Sind sich die Leitungsorgane der Bedeutung, des Ausmasses und der Auswirkungen von Diversität und Migration in ihrer Institution bewusst?
- Wie lässt sich die Qualität der medizinisch-pflegerischen und administrativen Leistungen angesichts der Diversität von Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Mitarbeitenden sicherstellen?
- Wie lassen sich die beruflichen und sozialen Kompetenzen der Mitarbeitenden fördern, damit sie in diesem diversifizierten Umfeld ihr Bestes geben können?

## Warum dieses Handbuch?

| Peter Saladin

Herausforderungen

**1** Im Folgenden werden diese Begriffe gelegentlich mit «Institution(en) der Gesundheitsversorgung», «Gesundheitsinstitution(en)», «Institution(en)», «Unternehmen» oder «Betrieb(e)» zusammengefasst, wo es sich nicht ausdrücklich um ein Spital, eine Spezialklinik (wie Rehabilitation, Psychiatrie) oder um eine Institution der Langzeitpflege handelt.

**2** Der Begriff «Patientin und Patient» bezieht sich auf «Kranke» und «Hilfesuchende» im Spital oder in der Klinik; mit dem Begriff «Bewohnerin und Bewohner» sind Menschen gemeint, die in Institutionen der Langzeitpflege leben.

- 
- Wie können spezifische Erfahrungen und Kompetenzen bezüglich Diversität und Migration von Mitarbeitenden für das Unternehmen als Ganzes fruchtbar gemacht werden?
  - Ist es der Institution ein Anliegen, den ihr anvertrauten Menschen mit Respekt zu begegnen und die Chancengleichheit sicherzustellen?
  - Wie lässt sich die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, der Bewohnerinnen und Bewohner mit den Leistungen einer Institution, respektive die Zufriedenheit der Mitarbeitenden mit dem Arbeitsplatz erreichen und messen?

Verantwortung  
der Führungsorgane

Dieses Handbuch richtet sich also ausdrücklich an die Führungsorgane, denn sie tragen die Verantwortung für die Unternehmensentwicklung. Dabei wird auf Erfahrungen von schweizerischen und ausländischen Institutionen und auf eine umfangreiche wissenschaftliche und praxisorientierte Literatur zurückgegriffen. Die Systematisierung nach Themen soll die Überprüfung der Führungsunterlagen einer Institution im Lichte der Ansprüche eines klugen Diversitätsmanagements erleichtern. Die konsequente Ausrichtung der Unternehmensführung auf jedes einzelne Individuum erfordert eine konsequente Fokussierung auf die Aspekte der Diversität und Migration, um patienten- und bewohnerorientierte Leistungen zu erbringen.

Die Autorinnen und Autoren sind sich bewusst, dass Diversität und Migration immer neue Fakten und Situationen schaffen. Das nationale und internationale Umfeld verändert die sozialen, wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und politischen Gegebenheiten von Diversität und Migration und umgekehrt. In diesem Handbuch werden Tatbestände berücksichtigt und daraus Empfehlungen für die Leitung von Gesundheitsinstitutionen abgeleitet, die zum Zeitpunkt der Veröffentlichung bekannt sind. Es ist eine Führungsaufgabe, daraus eine den eigenen Bedürfnissen angepasste und kohärente Politik zu entwickeln.

Für die Erläuterung von Begriffen im Zusammenhang mit Diversität und Migration sei auf die Seiten 91–95 verwiesen.

## Gesundheitsinstitutionen – ein vielfältiger Mikrokosmos

Spitäler, Kliniken und Institutionen der Langzeitpflege verstehen sich oft als eigene Welt, als Stadt in der Stadt, mit einer eigenen Kultur und mit eigenen Gesetzmäßigkeiten. In ihnen widerspiegeln sich persönliche, soziale und gesellschaftliche Realitäten wie in einem Brennpunkt: Die Gesundheit oder gar das Leben eines Menschen ist in Gefahr. In ihnen manifestiert sich schlagartig die Wirklichkeit einer diversifizierten und mobilen Gesellschaft.

2004 betrug der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer an der ständigen Wohnbevölkerung 21.8%.<sup>1</sup> In Wirklichkeit übersteigt aber die Zahl der Personen mit Migrationshintergrund dieser Anteil beträchtlich. Aus persönlichen, beruflichen, wirtschaftlichen oder politischen Gründen leben diese Menschen in unserem Lande, permanent oder auf Zeit. Sie tragen beträchtlich zum Wohlstand unseres Landes bei; sie tragen das schweizerische Gesundheitswesen mit und beanspruchen es bei Notwendigkeit.

Wirtschaftliche, gesellschaftliche und politische Faktoren machen die Phänomene Mobilität und Migration zu einer Konstante der Entwicklung. Millionenfach reisen Feriengäste, Geschäftsleute, Besucherinnen und Besucher in oder durch unser Land. Sie alle sind bei Bedarf auf unser Gesundheitswesen angewiesen. Analoges gilt umgekehrt für Schweizerinnen und Schweizer im Ausland.

Im Jahre 2003<sup>2</sup> wurden 36 473 im Ausland lebende Personen in schweizerischen Spitäler stationär oder teilstationär behandelt, das heisst 2.7% der insgesamt 1.3 Millionen Patientinnen und Patienten. Geht man davon aus, dass die Personen mit Migrationshintergrund das Gesundheitssystem etwa in gleichem Ausmass in Anspruch nehmen wie Schweizerinnen oder Schweizer, kämen rund 22% dazu: Insgesamt sind also schätzungsweise ein Viertel der behandelten Personen in den öffentlichen und privaten Spitäler der Schweiz Ausländerinnen und Ausländer oder Personen, die im Ausland wohnhaft sind. Allerdings bestehen grosse Unterschiede zwischen einzelnen Institutionen, je nach Leistungsangebot und / oder geografischer Lage.

Auch die Innenwelt der Gesundheitseinrichtungen gleicht einem Mikrokosmos. In allen Berufsgruppen stellen Ausländerinnen und Ausländer oder Schweizerinnen und Schweizer mit Migrationshintergrund einen beachtlichen Teil der Mitarbeitenden dar. Dieser Anteil steigt in grossen Institutionen der Gesundheitsversorgung auf bis zu 80%. Der Anteil der ausländischen Beschäftigten im stationären Sektor betrug im Jahre 2001 (letzte verfügbare Zahl) 28% gegenüber 24.4% der gesamthaft Beschäftigten in der Schweiz.<sup>3</sup> Die Mitarbeitenden stammen aus einer Vielzahl von Herkunftsändern. Sie gestalten den Spitalalltag mit, durch ihre unterschiedlichen Kulturen, Sprachen, Ausbildungen, Wertvorstellungen und Verhaltensweisen. Oft liegen aber ihre Ressourcen brach, die für qualitative Verbesserungen genutzt werden könnten. Die Gesundheitsinstitutionen haben diese Menschen als Arbeitskräfte angestellt: Aber werden sie auch in ihrem Menschsein ernst genommen? Ist die Unternehmenskultur darauf ausgerichtet, ihre Andersartigkeit als Chance für die Unternehmensentwicklung zu nutzen? Können sie sich bei Diskriminierungen wehren? Und werden die notwendigen Brücken gebaut, um Integration zu fordern und zu fördern?

Vor diesem Hintergrund wird offensichtlich, dass die Gesundheitsinstitutionen eine aktive, vorausschauende und transkulturell kompetente Unternehmenspolitik benötigen, die allen Patientinnen und Patienten, allen Bewohnerinnen und Bewohnern sowie allen Mitarbeitenden Respekt entgegenbringt.

**Gesundheitsinstitutionen – ein vielfältiger Mikrokosmos**  
| Peter Saladin

Anteile von Ausländern  
an Wohnbevölkerung

**1** Bundesamt für Statistik  
BfS (2005) Ausländerinnen  
und Ausländer in der Schweiz.  
Neuchâtel

**2** Bundesamt für Statistik BfS  
(2005) Medizinische Statistik  
2003. Neuchâtel

**3** Bundesamt für Statistik BfS  
(2003) Beschäftigte im  
Gesundheitswesen. Ergebnisse  
der Betriebszählung 2001,  
Beschäftigtenstatistik (BESTA).  
Neuchâtel

## Strategie des Bundes 2002–2007: Migration und Gesundheit

### Strategie des Bundes 2002–2007:

#### Migration und Gesundheit

| Petra Aemmer



Fünf Interventionsbereiche

Gesundheitsversorgung

Projekt MFH

Das schweizerische Gesundheitssystem ist für die Versorgung der Migrationsbevölkerung teilweise unzureichend vorbereitet. Forschung und Praxis belegen dies. Ein Teil der Migrationsbevölkerung ist grossen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt; zusätzlich findet eine Benachteiligung der Migrantinnen und Migranten gegenüber anderen Bevölkerungsgruppen statt. Um dem Ziel und Anspruch «Gesundheit für Alle» gerecht zu werden, ergibt sich ein entsprechender Handlungsbedarf.

Die Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002–2006» ist das Resultat einer breit angelegten Untersuchung unter Expertinnen und Experten und einer ausgedehnten Vernehmlassung. Sie wurde in Anlehnung an die Zielsetzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) «Gesundheit für Alle im 21. Jahrhundert» vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Migration (BFM) und der Eidgenössischen Kommission für Ausländerfragen (EKA) erarbeitet und im Juli 2002 vom Bundesrat verabschiedet. Im Mai 2005 hat der Bundesrat die Laufzeit um ein Jahr bis Ende 2007 verlängert.

Längerfristiges Ziel ist die Schaffung eines Gesundheitswesens, das auf eine durch Migration veränderte Gesellschaft und Klientel und deren Bedürfnisse eingeht.

Zur Verbesserung des Zugangs zum Gesundheitswesen und zur Erbringung spezifischer Leistungen legt die Strategie schwerpunktmässig Massnahmen in folgenden fünf Interventionsbereichen (nach Prioritäten geordnet) fest:

1. Bildung (Aus-, Fort-, Weiterbildung)
2. Information, Prävention und Gesundheitsförderung
3. Gesundheitsversorgung
4. Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich
5. Forschung (Grundlagen, Evaluation, Monitoring)

Die Umsetzung der Strategie erfolgt in enger Zusammenarbeit mit den vom Thema betroffenen Bundesstellen sowie unter anderem mit Kantonen, Städten, Hilfswerken, Nicht-Regierungsorganisationen und Forschungsinstitutionen. Weitere Informationen im Zusammenhang mit der Strategie sind unter [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) zu finden.

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

Die vorliegende Publikation befasst sich mit dem Interventionsbereich (3.) Gesundheitsversorgung. Es geht hier vor allem darum, die für Migrantinnen und Migranten im Verhältnis zu Einheimischen oft höheren Zugangsbarrieren zur regulären Gesundheitsversorgung in Spitäler, Kliniken und Institutionen der Langzeitversorgung abzubauen. Zudem soll die Qualität der Betreuung auch in Situationen sichergestellt sein, in denen die Andersartigkeit der Patientinnen und Patienten einer besonderen Beachtung bedarf. Mit diesem Ziel schlossen das BAG und H+ Die Spitäler der Schweiz Ende 2003 einen Vertrag ab, der H+ beauftragt, das im Folgenden beschriebene Projekt Migrant Friendly Hospitals – Spitalnetzwerk für die Migrationsbevölkerung (MFH) zu verwirklichen (Seite 19). Dieses orientiert sich unter anderem an einem ähnlichen, inzwischen abgeschlossenen Projekt, das in je einem Spital in 12 EU-Staaten verwirklicht wurde ([www.mfh-eu.net](http://www.mfh-eu.net)).

[www.mfh-eu.net](http://www.mfh-eu.net)

## Projekt Migrant Friendly Hospitals – Spitalnetzwerk für die Migrationsbevölkerung (MFH)

Die Ziele des Projektes, das vom 1.12.2003 bis 30.11.2007 dauert, sind:

- Bildung eines Netzwerkes von Gesundheitsinstitutionen, die sich durch besondere Kompetenzen bei der Betreuung von Angehörigen der Migrationsbevölkerung auszeichnen.
- Vermittlung von Wissen und Know-how durch Erfahrungsaustausch der direkt betroffenen Ärztinnen und Ärzte, Pflegenden und Verwaltungsfachleute.
- Erarbeitung von Empfehlungen und Standards für die best practice bezüglich transkultureller Kompetenz und deren Veröffentlichung und Verbreitung.
- Förderung und Unterstützung von konkreten Massnahmen in den Gesundheitsinstitutionen. Das Projekt verfügt über einen Ressourcenpool, aus dem für innovative Projekte für Gesundheitsinstitutionen Anschubfinanzierungen gewährt werden können.

Für die Umsetzung des Projektes wurde P. Saladin als Projektleiter eingesetzt. Eine allen Gesundheitsinstitutionen offen stehende Kerngruppe dient dem Gedanken- und Erfahrungsaustausch sowie der Ausarbeitung von Empfehlungen an die Gesundheitsinstitutionen. Diese Empfehlungen sind vorwiegend in Arbeitsgruppen erarbeitet worden. Sie sind in diese Publikation eingeflossen. Ein Beirat aus Fachpersonen aus dem Bereich Migration und Gesundheit begleitet und unterstützt das Projekt

Bis Ende Juni 2006 sind aus dem erwähnten Pool 15 Projekte und Studien im Umfang von Fr. 605 879 mitfinanziert worden.

Über die langfristige Institutionalisierung des Netzwerkes nach Ablauf des Projektes sind zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieser Publikation noch keine Entscheidungen gefallen. Ziel ist es, die Nachhaltigkeit der eingeleiteten Prozesse durch eigenständige Organisationsentwicklungen und gemeinsame Anstrengungen von Gesundheitsinstitutionen zu sichern.

Detaillierte Informationen über das Projekt Migrant Friendly Hospitals – Spitalnetzwerk für die Migrationsbevölkerung (MFH) – können in Internet eingesehen werden: [www.hplus.ch](http://www.hplus.ch) ▶ Direktzugang ▶ Migrant Friendly Hospitals.

**Migrant Friendly Hospitals –  
Spitalnetzwerk für die  
Migrationsbevölkerung (MFH)**

| Peter Saladin

Erfahrungsaustausch

Finanzierung

Nachhaltigkeit







# Migration und transkulturelle Kompetenz

## Migration und Diversität

**1** International Organization for Migration IOM (2003) Facts and Figures on International Migration. Migration Policy Issues 2

**2** Castles S und Miller M J (1993) *The age of migration: international population movements in the modern world.* Hounds Mills [etc.]: MacMillan

**3** The Global Commission on International Migration (2005) *Migration in an Interconnected World: New Directions for Action. Report of the Global Commission on International Migration.* [www.gcim.org](http://www.gcim.org)

**4** Piguet E (2005) *L'immigration en Suisse depuis 1948. Une analyse des flux migratoires vers la Suisse.* Seismo, Zürich und  
Wicker HR (2003) Einleitung: Migration, Migrationspolitik und Migrationsforschung. In: Wicker HR, Fibbi R und Haug W (Hg.) *Migration und die Schweiz.* Seismo Zürich, 12–62

**5, 6** Bundesamt für Statistik Bfs (2005) *Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz.* Neuchâtel

Migration wird hier verstanden als Bewegung einer Person oder einer Gruppe von Menschen über administrative oder politische Grenzen hinweg und von einer geographischen Einheit in eine andere, mit dem Wunsch, sich definitiv oder temporär an einem anderen als dem Herkunftsland niederzulassen.<sup>1</sup> Die Vorstellung, dass Menschen natürlicherweise sesshaft sind und Migration den Ausnahmefall darstellt, ist wohl nur auf einen sehr oberflächlichen Blick zutreffend. Menschen sind seit jeher in Bewegung und ständig auf der Suche nach neuen oder besseren Lebensbedingungen. Ob in der Antike, zur Wikingerzeit, im Rahmen von Kolonisation oder der transatlantischen Massenemigration von Europäerinnen und Europäern nach Nordamerika im 18. und 19. Jahrhundert, die Menschen wanderten immer. Gleichwohl hat seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs das Ausmass der Migrationsbewegungen global stetig zugenommen und unterdessen sämtliche Weltregionen erfasst. Kaum eine Region bleibt von diesen Entwicklungen unberührt, sei es als Auswanderungs-, Einwanderungs- oder auch als Transitland. Stephen Castles,<sup>2</sup> ein zeitgenössischer Migrationssoziologe, spricht im Zusammenhang mit der globalen Dimension von Migrationen während des 20. Jahrhunderts von einem «Age of Migration». Dieser Begriff hat sich unterdessen als Metapher für die Allgegenwärtigkeit von Wanderungen eingebürgert. Schätzungen zufolge waren Anfang des 21. Jahrhunderts 3% der Weltbevölkerung respektive 200 Millionen Menschen internationale Migrantinnen oder Migranten. Das ist jede 35. Person oder so viel wie die Bevölkerung des fünftgrössten Landes: Brasilien.<sup>3</sup>

Die Schweiz war bis Anfang des letzten Jahrhunderts ein Auswanderungsland. Im Zuge der Industrialisierung stieg die Nachfrage nach Arbeiterinnen und Arbeitern, wobei seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zunehmend auf Ausländerinnen und Ausländer zurückgegriffen wurde. Während des Ersten Weltkriegs sank der Ausländeranteil, aber nach dem Zweiten Weltkrieg mangelte es der Schweiz wieder an Arbeitskräften und man rekrutierte sie erneut bis weit in die achtziger Jahre im Ausland. Die schweizerische Immigrationspolitik war in hohem Masse von ökonomischen Motiven bestimmt und stand immer mindestens teilweise im Dienste des Arbeitsmarktes.<sup>4</sup> Seit den achtziger Jahren wurde die schweizerische Zulassungspolitik immer restriktiver. Eine Folge war, dass der Anteil der Personen, die über den Asylweg in die Schweiz kamen, immer mehr anstieg. Diese machten nicht ökonomische, sondern humanitäre Zulassungsgründe geltend. Gleichwohl blieben die Neueintritte über den Asylweg immer deutlich unter den neuen Bewilligungen für Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten. Im Jahre 2004 betrug der Anteil der gesamten ausländischen Wohnbevölkerung in der Schweiz 21.8%, ein verschwindend kleiner Teil davon, nämlich 3.4% aller Ausländerinnen und Ausländer oder 55 100 Personen, stammt aus dem Asylbereich.<sup>5</sup>

Historisch kam und kommt der Grossteil der Migrationsbevölkerung in der Schweiz aus Europa; allerdings ist in den letzten Jahren eine zunehmende Diversifizierung zu beobachten. Der Anteil der Staatsangehörigen aus nichteuropäischen Ländern ist kontinuierlich gestiegen und lag im Jahr 2004 bei 14.6% aller Ausländerinnen und Ausländer (238 000).<sup>6</sup> Die Migrationsbevölkerung, das heisst alle nicht in der Schweiz geborenen Personen unabhängig von ihrer Staatsbürgerschaft sowie ihre Kinder (die so genannte zweite Generation), stellt bezüglich Herkunft, Alter, familiärer Merkmale und sozio-professioneller Kriterien zweifelsohne

**Migration und Diversität**  
I Janine Dahinden

Die Schweiz:  
Vom Auswanderungs-  
zum Einwanderungsland

Diversifizierung  
der Migrationsbevölkerung



Diversität und Pluralität  
als Elemente von modernen  
Gesellschaften

Migration  
und Chancengleichheit

Diversität und  
Gesundheitsinstitutionen

Zwei Wege

eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe dar. Personen mit Migrationshintergrund finden sich heute in allen sozialen Gruppen und beruflichen Stellungen. Ihre Aufenthaltssituation ist genauso unterschiedlich wie es ihre Migrationsmotive sind. Wir haben es auf keinen Fall mit einer homogenen Masse von Migrantinnen und Migranten zu tun, vielmehr mit einem farbigen und diversifizierten Mosaik unterschiedlicher Personen.

Für die heutige, sehr plurale Gesellschaft der Schweiz ist aber nicht nur die Einwanderung verantwortlich. Seit langem kennen wir eine sprachliche und kulturelle Vielfalt, symbolisiert beispielsweise durch die verschiedenen Sprachgruppen. Gleichwohl prägt während der letzten Jahre ein starker kultureller und sozialer Wandel die Schweiz. Dieser lässt sich in den meisten modernen Gesellschaften beobachten. Das herausragendste Merkmal ist eine Pluralisierung der Lebensstile, Lebensformen, Sprachen und Wertsysteme. Die Soziologie führt für diese Diversifizierung vielfältige Gründe an. Die Demokratisierung der Bildungssysteme, die Einführung des Sozialversicherungssystems im Rahmen der Sozialstaaten oder auch die Ausbreitung der Marktwirtschaft sind zweifelsohne Motoren für diese Diversifizierung.

Diversität, mindestens teilweise durch Migration mit verursacht, hat noch eine andere Auswirkung: Die Herkunft bestimmt heute immer mehr die Chancen für den Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen wie Bildung, Lehrstellen, Arbeitsplätzen, aber auch zu Dienstleistungen des Gesundheitssystems. Mit negativen Folgen für die Migrationsbevölkerung: Gewisse Migrationsgruppen sind in den untersten gesellschaftlichen Schichten überproportional vertreten. Sie werden zudem etwa bei der Stellenbesetzung (bei gleicher Qualifikation wie die schweizerischen Mitbewerberinnen und Mitbewerber) diskriminiert.<sup>7</sup>

Ebenso spiegelt sich dieser Sachverhalt darin, dass ein Teil der Migrationsbevölkerung unter gesundheitlichen Defiziten leidet und Barrieren für eine angemessene Gesundheitsversorgung existieren. Migration kann also auch in einer demokratischen Gesellschaft der Chancengleichheit im Wege stehen. Neben den altbekannten Faktoren, die Ungleichheiten in einer Gesellschaft erklären, wie Klasse oder Geschlecht, sind heute vermehrt auch Nationalität und Ethnizität für Ungleichheiten verantwortlich.

Was bedeutet nun eine solche Diversität für die Institutionen der Gesundheitsversorgung? Die Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner widerspiegeln diese Diversität. Ärzteschaft und Pflegende werden in ihrem beruflichen Alltag auf den Stationen, in den Polikliniken, aber auch in den ambulanten Diensten in vermehrtem Masse mit Migrantinnen und Migranten konfrontiert, deren soziale Praxis, Wertvorstellungen oder Handlungskonzepte sie unter Umständen als fremd erfahren und die sie verunsichern. Kommen Kommunikationsprobleme sprachlicher und kultureller Art hinzu, können wichtige, für ihre adäquate Behandlung unabdingbare Zusammenhänge in den Lebensrealitäten und Krankheitserfahrungen von Angehörigen der Migrationsbevölkerung nicht wahrgenommen werden. Die Institutionen der Gesundheitsversorgung stehen vor der Aufgabe, ihre Dienste so anzupassen, dass sie dieser Diversität gerecht werden, und dass sie die Chancengleichheit und Partizipation aller Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner erreichen können, wie von der Weltgesundheitsorganisation WHO gefordert.

Um dies zu ermöglichen, sind zwei Wege gleichzeitig einzuschlagen:

→ Der eine besteht darin, eine Politik zu verfolgen, die sich generell an Differenzen orientiert. Migration wird hier als Sachverhalt, (Mit-)Ursache und Folge der pluralistischen Gesellschaft interpretiert. Gesundheit und Migration sind also Teil eines generellen Diversity Mainstreaming, wie es für verschiedene Gesellschaftsbereiche postuliert wird. Darunter

<sup>7</sup> Fibbi R, Kaya B und Piguet E (2003) *Le passeport ou le diplôme?* SFM. Neuchâtel

ist eine Vorgehensweise zu verstehen, bei der die individuelle und gruppenspezifische Vielfalt in eine ganzheitliche Betrachtung einbezogen wird, die unter anderem durch das Geschlecht, die soziale Schicht, die Bildung, die kulturelle Zugehörigkeit sowie die Migrationserfahrung geprägt ist. Migration ist hier nur ein Element von vielen, das in ein solches Management einbezogen werden muss. Ziel ist es, Chancengleichheit in der Vielfalt zu erreichen.

- Ein zweiter Weg besteht im Einsatz migrationsspezifischer Dienstleistungen im Hinblick auf die Öffnung einer Institution. In vielen Fällen sind solche Dienstleistungen unerlässlich, zum Beispiel bei der Kommunikation. Migrationsspezifische Dienstleistungen sollen die Chancengleichheit von Migrantinnen und Migranten ermöglichen.

Ein umfassender Umgang mit Diversität bedeutet für die Gesundheitsinstitutionen, zu prüfen, in welchem Falle eine Massnahme im Rahmen einer allgemeinen Politik der Öffnung umzusetzen ist, und in welchem Falle sich migrationsspezifische Vorgehensweisen aufdrängen.



## Transkulturelle Kompetenz

| Dagmar Domenig



### Transkulturelle Kompetenz

Transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in besonderen Situationen und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkulturell kompetente Fachpersonen nehmen Migrantinnen und Migranten als individuelle Personen mit ihren Umfeldern und nicht als so genannt fremde Kulturen wahr. Denn das Kulturalisieren von Migrantinnen und Migranten beruht auf der Annahme, dass sie in einer bestimmten, nach aussen klar abgrenzbaren Kultur mit festgelegten Normen und Werten sozialisiert worden sind, und sie sich in der Folge auch dementsprechend kulturenspezifisch verhalten.

In einer zunehmend globalisierten Welt mit einem hohen Mass an Mobilität haben solch starre Kulturenkonzepte jedoch keine Gültigkeit mehr, da sie kaum mehr der Lebensrealität von Migrantinnen und Migranten entsprechen. Transkulturalität fordert zudem auf, nicht nur Unterschiede, sondern auch Gemeinsamkeiten zu entdecken, und durch ein gegenseitiges Aufeinanderzugehen und Verstehen Ab- und Ausgrenzungen zu verhindern. Transkulturelle Kompetenz stellt die Begegnung zwischen Fachpersonen und Angehörigen der Migrationsbevölkerung ins Zentrum und besteht im Kern aus einer professionellen Interaktionsfähigkeit im Migrationskontext. Dazu müssen Fachpersonen lernen, in einem ersten Schritt ihre eigene Lebenswelt und ihre persönlichen Lebenserfahrungen in einem selbstreflexiven Prozess besser wahrzunehmen. Erst auf dieser Grundlage sind sie fähig, auch die Lebenswelt und Lebenserfahrungen von Migrantinnen und Migranten besser einzuordnen und zu verstehen. Die konsequente Umsetzung einer transkulturell kompetenten Haltung erfordert somit von Fachpersonen die Bereitschaft, sich auf die äusserst vielschichtige Thematik einzulassen und die Offenheit, eigene Handlungsmuster und vertraute Sichtweisen in Frage zu stellen, beziehungsweise stellen zu lassen.<sup>1, 2</sup>

Transkulturell kompetente Fachpersonen setzen sich dafür ein, dass Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen trotz sprachlicher und anderer migrationsspezifischer Barrieren ihr Recht auf gesundheitliche Chancengleichheit einfordern können. Transkulturell kompetente Behandlung muss auf einer Grundhaltung des Respekts für die Menschenwürde, der Chancengleichheit und des Diskriminierungsverbotes basieren. Denn gemäss der schweizerischen Bundesverfassung Artikel 2 sorgt die Schweizerische Eidgenossenschaft «für eine möglichst grosse Chancengleichheit unter den Bürgerinnen und Bürgern».

Artikel 7 der Bundesverfassung garantiert die Menschenwürde und auf Grund des Artikels 8 darf niemand wegen der Herkunft, der Rasse, des Geschlechts, des Alters, der Sprache, der sozialen Stellung, der Lebensform, der religiösen, weltanschaulichen oder politischen Überzeugung oder wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung diskriminiert werden.<sup>3</sup>

Insbesondere hinter kulturalisierenden Äusserungen können sich rassistische Haltungen verstecken, die dazu beitragen, dass die Menschenwürde von Migrantinnen und Migranten in der Gesundheitsversorgung verletzt wird und sie auf Grund ihrer Herkunft, ihrer Lebensform sowie ihrer Überzeugungen diskriminiert werden. Kulturalisierung alleine kann noch nicht als rassistisches Verhalten bezeichnet werden; von Rassismus sprechen wir nur dann, wenn so genannte Unterschiede negativ gewertet und in der Folge aufgrund dieser vermeintlichen Unterschiede jemand ausgegrenzt und benachteiligt wird.<sup>4</sup>

Eine transkulturell kompetente Institution anerkennt ebenso die spezifischen, transkulturellen Fähigkeiten von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund und deren zentrale Bedeu-

**1** Domenig D (2001a)  
Einführung in die transkulturelle Pflege. In: Domenig D (Hg.)  
Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Hans Huber, Bern, 139–158

**2** Domenig D (2001b)  
Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Hans Huber, Bern

**3** Bundesverfassung,  
18. 12. 1998 (AS 1999 2556)

**4** Memmi A (1992) Rassismus.  
Europäische Verlagsanstalt, Hamburg, 151 p.

Barrieren abbauen

tung in der Behandlung von Migrantinnen und Migranten, und somit für die gesamte Einrichtung. Sie setzt sich dafür ein, dass letztere bei der Anstellung, während der Arbeit, bei der Weiterbildung sowie bei der Beförderung keine Nachteile im Vergleich zu Schweizer Mitarbeitenden erfahren.

Die Implementierung transkultureller Kompetenz ist eine Querschnittsaufgabe, die auf allen Ebenen und in allen Bereichen einer Institution im Gesundheitsbereich angegangen werden muss. So können Bildungsangebote oder auch der Einbezug von Dolmetscherinnen und Dolmetschern zwar zu einer Verhaltensänderung bei einzelnen Fachpersonen beitragen; doch ohne die Bereitstellung der notwendigen Strukturen im Sinne einer teilweise auch tief greifenden Verhältnisänderung in den Institutionen des Gesundheitsbereiches wird die Gesundheitsversorgung nur punktuell Verbesserungen in der Behandlung von Migrantinnen und Migranten erzielen können. Mit einer umfassenden Integration der transkulturellen Perspektive in allen Belangen der Gesundheitsversorgung besteht jedoch die Chance, dass Zugangsbarrieren für Migrantinnen und Migranten effektiv abgebaut und auch sie eine auf ihre Lebensgeschichte, Lebenswelt und aktuelle Lebenssituation ausgerichtete Behandlung in der Gesundheitsversorgung erhalten.

Transkulturelle Kompetenz  
als Querschnittsaufgabe



## Kommunikation: Fremde Sprachen im Spital

### Kommunikation: Fremde Sprachen im Spital

| Alexander Bischoff

Erschweren medizinische  
Abklärungen

Erschweren Therapietreue

Erschweren adäquaten Behandlung

Sprachbarrieren überwinden

Diversität in einem Spital bedeutet neben anderem auch eine Vielfalt an Sprachen. Ohne gemeinsame Sprache bauen sich Sprachbarrieren auf. Was Sprachbarrieren genannt wird, sind eigentlich eher Sprachlücken: Da ist nichts, was die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner aktiv trennt, sondern es besteht eine Lücke, eine Kluft, die die Kommunikation unmöglich macht.

Sprachbarrieren werden im klinischen Alltag zwar vermehrt wahrgenommen, aber dass sie auch direkte klinische Auswirkungen haben können, wird noch weitgehend verdrängt. Als Illustration folgen drei Beispiele von klinischen Folgen aufgrund von Sprachbarrieren. Die nachfolgenden Zitate stammen aus Krankengeschichten von fremdsprachigen Patientinnen und Patienten, die in einer Poliklinik betreut wurden.<sup>1</sup> Sie sind nach den häufigsten Auswirkungen in der Patientenbetreuung gegliedert; zu den drei Beispielen folgen je Belege aus der internationalen Literatur, vor allem der angelsächsischen.<sup>2</sup>

1. «Geruchssinn kann bei mangelnden Sprachkenntnissen nicht geprüft werden.» «Die Frage könnte mit einer Tag-Nacht-Urinsammlung bestätigt werden. Dies war dem Patienten aus sprachlichen Gründen jedoch nicht zu vermitteln.»

Ergebnisse aus Studien: Fremdsprachige Patientinnen und Patienten sprachen (im Vergleich mit englischsprachigen) weniger häufig über ihren Gesundheitszustand und deren Äusserungen in den Sprechstunden wurden häufiger ignoriert. Vorsorgeabklärungen wurden bei Fremdsprachigen seltener vorgenommen; so war Fremdsprachigkeit ein Hinderungsgrund für systematisches Krebsscreening bei Frauen. Wenn Beschwerden auftraten, wurden bei fremdsprachigen Patientinnen und Patienten jedoch zahlreichere diagnostische Untersuchungen vorgenommen, vermutlich um die ungenügenden Verständigungsmöglichkeiten zu kompensieren.

2. «Aufgrund der Sprachprobleme und der rezidivierend wechselnden Wohnsituation hat die Patientin wahrscheinlich während längerer Zeit die Medikamente nicht richtig eingenommen.» Ergebnisse aus Studien: Fremdsprachige zeigten eine schlechtere Compliance in selbständigem Blutzuckermonitoring. In einem anderen Setting waren Fremdsprachige ganz allgemein weniger therapietreu.

3. «Falsch verstanden: Insulin jeden zweiten Tag anstatt Blutzucker jeden zweiten Tag!» Ergebnisse aus Studien: Fremdsprachige wurden weniger häufig zu Folgesprechstunden vorgeladen und kehrten seltener zu ihrer Referenzinstitution zurück. Auch wurden bei Fremdsprachigen häufiger Komplikationen wegen der Medikamenteneinnahme beobachtet.

Diese negativen und – wie die Beispiele zeigen – teilweise gravierenden Auswirkungen von Sprachbarrieren müssen Spitäler nicht fatalistisch hinnehmen. Einer migrantinnen- und migrantenfreundlichen Gesundheitsinstitution stehen zwei Wege offen: Entweder werden interne Mitarbeitende geschult, die dann in der Sprache der Patientin oder des Patienten kommunizieren oder allenfalls Dolmetschen können, oder die Institutionen ziehen externe, eigens geschulte Dolmetscherinnen und Dolmetscher hinzu.

Fachpersonen zu finden, die die Sprache der fremdsprachigen Patientin und des Patienten sprechen oder sie zu befähigen, Sprachen zu erlernen, ist zweifellos eine sinnvolle Strategie. In der Fachliteratur lassen sich Belege finden, dass Patientinnen und Patienten eine Ärztin und einen Arzt, die ihre Sprache sprechen, einer Dolmetscherin und einem Dolmetscher vorziehen. In der Schweiz gibt es Bemühungen, das Potential von Fachpersonen mit Migrationshintergrund und entsprechenden Sprachkenntnissen anzuerkennen und zu fördern. Gewisse Institutionen berücksichtigen den Faktor der Mehrsprachigkeit bereits bei

1 Bischoff A, Kurth E, Schneider M, Hoffmann S, Heuss L-TL (2005) «A-Care»: Gesundheitsversorgung und -kosten von Asylsuchenden in Basel. Forschungsbericht zuhanden des Bundesamtes für Migration, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel & Universitätsspital Basel

2 Die bibliographischen Angaben können beim Autor eingeholt werden. In folgenden Reviews sind aber die meisten Artikel erwähnt: Flores G (2005) The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev* 62(3): 255–299 und Jacobs E, Chen AH et al (2006) The need for more research on language barriers in health care: a proposed research agenda. *Milbank Q* 84(1): 111–133

der Anstellung von Mitarbeitenden. Die Frage, in welchen speziellen Situationen und Bereichen es sinnvoll ist, mehrsprachige Fachpersonen als Ad-hoc-Dolmetschende einzusetzen, wird auf den Seiten 65 bis 67 detailliert erläutert. Angefügt ist dort eine Liste mit den wichtigsten Kriterien, um im Klinikalltag zu entscheiden, wann mehrsprachige Mitarbeitende und wann qualifizierte Dolmetschende hinzuzuziehen sind. Es wird empfohlen, organisatorische Strukturen zu schaffen, um die Dolmetscheinsätze der mehrsprachigen Mitarbeitenden effizient zu organisieren. Um die Qualität der Einsätze zu sichern, werden Schulungen empfohlen, die mehrsprachige Mitarbeitende auf ihren Dolmetscheinsatz vorbereiten.

Die Strategie des Bundes setzt die Priorität bei der Einrichtung von Dolmetscherdiensten mit qualifizierten Dolmetscherinnen und Dolmetschern. In den grösseren Schweizer Städten bestehen bereits entsprechende Dienste. Die Zertifizierung und Professionalisierung dieser Dolmetscherinnen und Dolmetscher ist inzwischen soweit fortgeschritten, so dass eine «unité de doctrine» betreffend der erforderlichen Kompetenzen und der beruflichen Rolle von Dolmetscherinnen und Dolmetschern besteht.

Diese Entwicklung ist eine Frucht von Bemühungen diverser staatlicher und nicht staatlicher Institutionen, wie des Bundesamtes für Gesundheit, der Eidgenössischen Ausländerkommission, des Bundesamtes für Berufsbildung und Technologie (was die Formalisierung eines neuen Berufes angeht) und der 1999 gegründeten Organisation INTERPRET. Sie ist die eigentliche Drehscheibe für die Professionalisierung des interkulturellen Dolmetschens und Vermittelns, insbesondere im öffentlichen Bereich.

Untersuchungen zu Behandlungs- und Pflegeresultaten, mit denen via Dolmetscherinnen und Dolmetschern kommuniziert wird, liegen erst seit wenigen Jahren vor und ihr Umfang ist noch spärlich. Die erste Studie, die eine Verbesserung der Pflegequalität dank Dolmetschenden nachgewiesen hat, ist in Chicago durchgeführt worden.<sup>3</sup> Patientinnen und Patienten in Begleitung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern, sind regelmässiger zu Nachkontrollen erschienen, haben mehr Medikamentenverschreibungen erhalten und grösseres Interesse an präventiven Massnahmen wie Krebsfrüherfassung und Impfungen gezeigt.

Andere Studien haben die Patientenzufriedenheit untersucht; sie ist durchwegs grösser gewesen, wenn Dolmetschende die Kommunikation zwischen Fachperson und fremdsprachiger Patientin, respektive fremdsprachigem Patienten unterstützt haben. Eine Interventionsstudie in Genf hat aufgezeigt, dass sich die Kommunikation mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten in dem Masse verbessert hat, wie die Ärzteschaft gelernt hat, mit Dolmetschenden zusammenzuarbeiten. Die Qualität der Kommunikation und der Betreuung ist von den fremdsprachigen Patientinnen und Patienten nach der Einführung des «Trialogs», einer Schulung zur dolmetschervermittelten Sprechstunde, besser bewertet worden als zuvor.<sup>4</sup> Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Green.<sup>5</sup>

Nicht immer sind professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher leicht und schnell erreichbar. In diesen Fällen ist das Telefondolmetschen eine Alternative zum «Gold Standard» von Dolmetschdiensten vor Ort (Face-to-Face) (Seite 67). Telefondolmetschen spart Zeit und Geld, wenn dank Vermittlung weniger medizinische Leistungen nötig werden und die Behandlung schneller zu einem guten Ende gebracht werden kann, was zur Zufriedenheit von Patientin und Patient und Fachperson beiträgt.

Ein Arzt, der einen fremdsprachigen Patienten zu betreuen hatte und dabei eine eskalierende Situation dank einer Dolmetscherin beruhigen und lösen konnte, notierte folgendes (aus der erwähnten «A-Care»-Studie): «Aufgrund der zunehmenden Mengenausweitung hin-

Ad-hoc-Dolmetschende

Qualifizierte Dolmetschende

Wirkung des Einsatzes von Dolmetschenden



**3** Jacobs E A et al. (2001) The impact of interpreter services on delivery of health care to limited English proficient patients. *J Gen Intern Medicine* 16: 468–474

**4** Bischoff A et al. (2003) Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *British Journal of General Practice* 53: 541–546

**5** Green A (2005) Interpreter services, language concordance and health care quality. *J Gen Intern Medicine* 20(11): 1050–1056

Telefondolmetschen

sichtlich medizinischer Leistung bei dem ständig weitere medizinische Leistungen einfordern-den Patienten kommt es zu einer zwischenzeitlichen Meinungsverschiedenheit, die mit Hilfe der Dolmetscherin ausgeräumt werden kann. Es gelingt mir den Fall abzuschliessen.»



## Forschung im Bereich Migration und Gesundheit

In der Schweiz ist dem Thema Migration und Gesundheit forschungsmässig bis vor rund fünfzehn Jahren wenig Bedeutung beigemessen worden. Unterdessen hat sich die Situation gründlich geändert. Das Forschungsfeld der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten wird aus verschiedenen Perspektiven, Disziplinen und anhand diverser Methoden angegangen. Während zu Beginn vor allem eine medizinische und epidemiologische Sichtweise und quantitative Methoden dominiert haben, hat sich in den letzten Jahren vermehrt auch eine sozialwissenschaftliche Annäherungsweise etabliert.

Aus medizinischer und epidemiologischer Perspektive geht es um das Studium der Ursachen und der Verbreitung von gesundheitsbezogenen Zuständen und Ereignissen bei der Migrationsbevölkerung, also um spezifische Inzidenzen und Prävalenzen von Gesundheitsphänomenen, wie etwa der Verbreitung von Infektionskrankheiten (beispielsweise Tuberkulose), HIV oder Herz- und Kreislaufkrankheiten. Aus sozialwissenschaftlicher Sicht stehen Fragen der Chancengleichheit und der unterschiedlichen Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit oder auch die Suche nach Lösungen für Probleme bei der Versorgung der Migrationsbevölkerung im Vordergrund.

Dass noch immer klare Antworten auf die Frage des Zusammenhangs zwischen Migration und Gesundheit fehlen, hat damit zu tun, dass es sich um ein hochkomplexes Themenfeld handelt. Kausale und eingleisige Erklärungen werden in diesem Zusammenhang immer unbefriedigend bleiben; zu vielfältig ist die Migrationsbevölkerung und zu viele Variablen zeigen eine Relevanz für die Gesundheit. Einigkeit herrscht unter Fachleuten darüber, dass Nationalität alleine wenig über Gesundheitsmuster aussagt. Aufenthaltsstatus, Dauer des Aufenthalts, Situation vor der Abreise, soziale Schicht, Umgang mit dem soziokulturellen Übergang, Geschlecht, berufliche Tätigkeit, Diskriminierungserfahrungen oder auch Familienstrukturen bilden Faktoren, die in einer wechselseitigen Beziehung zum Gesundheitszustand stehen.

Für die Schweiz hat Regula Weiss<sup>1</sup> mit ihrem Standardwerk «Macht Migration krank?» erstmals eine differenzierte Übersicht über diesen Forschungsbereich vorgelegt. In ihrem Buch verbindet sie sozialwissenschaftliche, psychiatrische und somatische Perspektiven in Bezug auf die Situation von Migrantinnen und Migranten. Sie stellt die These auf, dass nicht die Migration als solche krank macht, sondern die strukturelle Umgebung und die persönliche Ressourcenausstattung, dies sowohl vor der Migration wie auch im Post-Migrationsprozess.

Kürzlich ist in der Schweiz erstmals eine umfassende Befragung von verschiedenen Gruppen von Migrantinnen und Migranten vorgenommen worden, das so genannte Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Hier sind Aspekte der gesundheitlichen Lage, aber auch des Gesundheitsverhaltens (wie beispielsweise gesundheitsförderliche und riskante Verhaltensweisen) erhoben und analysiert worden. Die Ergebnisse sind mit Spannung zu erwarten, umso mehr, als sie direkt mit den Daten der Schweizer Bevölkerung aus der Gesundheitsbefragung verglichen werden können. Aber auch die Fragen, inwiefern Migrantinnen und Migranten eine adäquate medizinische und pflegerische Versorgung erhalten, stehen im Zentrum des Forschungsinteresses. Die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste seitens der Migrationsbevölkerung weicht teilweise von derjenigen der einheimischen Bevölkerung ab. Ökonomische, sprachliche und administrative Barrieren erschweren den Migrantinnen und Migranten einen gleichberechtigten Zugang zur gesundheitlichen Betreuung.

## Forschung im Bereich Migration und Gesundheit

| Janine Dahinden

Ursachenforschung



Gesundheitsmonitoring

<sup>1</sup> Weiss R (2003) Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Seismo Zürich

## Aktuelle Forschung

Die aktuelle Forschung ist thematisch wie auch hinsichtlich der fokussierten Zielgruppen sehr divers. Themenfelder, die gegenwärtig bearbeitet werden, sind beispielsweise die alternde Migrationsbevölkerung mit ihren spezifischen Gesundheitsprävalenzen, die sexuelle und reproduktive Gesundheit der Migrantinnen und Migranten oder auch die gesundheitlichen Auswirkungen von Gewalt- und Traumaerfahrungen, die mit der Migration in Zusammenhang stehen. Auch die Arbeitsplatzgesundheit findet immer mehr Interesse.

Gleichzeitig muss sich die Forschung am Diversity Mainstreaming orientieren. Dies bedeutet drei Dinge:

1. Es stellt sich die Frage, in welchen Zusammenhängen migrationsspezifische Faktoren oder die Herkunft als Indikatoren der Gesundheit relevant sind, und in welchen Fällen andere Variablen wie Geschlecht oder Schicht mehr Gewicht haben.
2. Es ist kritisch anzumerken, dass Forschungen im Bereich Public Health bisher nur zögerlich vom Diversity Mainstreaming beeinflusst sind. Nur langsam findet Migration als Thema und Variable Eingang in die einzelnen Forschungsdisziplinen; mit anderen Worten spiegelt sich die Pluralisierung der Gesellschaft inhaltlich erst marginal in der Forschung wider.
3. Zum jetzigen Zeitpunkt drängt sich eine komparative Perspektive auf, das heisst, Forschungsfragen sollen vermehrt im Ländervergleich bearbeitet werden.

# Unternehmerische Herausforderungen durch Diversität und Migration

Ein Beitrag von

Dr. rer. oec. habil. Michaela Schmid

Wirtschaftswissenschaftlerin

und Hochschullehrerin

an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften

und Hochschule für Technik und Wirtschaft

in Berlin und Brandenburg

und Hochschule für Technik und Wirtschaft

in Berlin und Brandenburg

und Hochschule für Technik und Wirtschaft

in Berlin und Brandenburg

und Hochschule für Technik und Wirtschaft

in Berlin und Brandenburg

und Hochschule für Technik und Wirtschaft

in Berlin und Brandenburg

und Hochschule für Technik und Wirtschaft

in Berlin und Brandenburg

und Hochschule für Technik und Wirtschaft

in Berlin und Brandenburg

und Hochschule für Technik und Wirtschaft

in Berlin und Brandenburg

und Hochschule für Technik und Wirtschaft

in Berlin und Brandenburg

und Hochschule für Technik und Wirtschaft

in Berlin und Brandenburg

und Hochschule für Technik und Wirtschaft



# Unternehmerische Herausforderungen durch Diversität und Migration

## Management der Diversität

Die Führung einer Gesundheitsinstitution erweist sich als komplexe Aufgabe. Zahllose Ansprüche von Seiten der Patientinnen und Patienten, der Bewohnerinnen und Bewohner, der unterschiedlichen Gruppen von Mitarbeitenden, der Regulierungsbehörden von Bund und Kantonen und der Kostenträger – das heisst der Versicherer und der öffentlichen Hand – prallen aufeinander und widersprechen sich teilweise. Der ökonomische Druck auf die Finanzen einerseits, und die immer höheren Ansprüche an Qualität und Leistungsbereitschaft andererseits, erzeugen schwierige Situationen. Dazu kommt die begrenzte Handlungsfreiheit gewisser Institutionen aufgrund ihrer Abhängigkeit von übergeordneten politischen Mechanismen.

In diesem Umfeld schaffen Diversität und Migration ein zusätzliches Spannungsfeld mit Chancen und Risiken. Wird dieses von der Leitung von Gesundheitsinstitutionen und den Mitarbeitenden wahrgenommen? Was ist zu unternehmen, um die transkulturelle Kompetenz in allen Bereichen des Betriebes zu verankern? Stehen überhaupt Ressourcen für entsprechende Aktivitäten zur Verfügung, angesichts der ohnehin beschränkten Mittel? Sind andersartige Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner überhaupt erwünscht?

Das Management der Diversität befasst sich mit der Aufgabe einer Institution, bei ihrer Leistungserfüllung der Verschiedenartigkeit der ihr anvertrauten Menschen Rechnung zu tragen, zum Nutzen der Beteiligten und der Institution. Entscheidend für diese Sichtweise ist eine Betriebskultur des gegenseitigen Lernens und der Offenheit. Stärken und Schwächen des Einzelnen werden zum Ansatzpunkt für positive Entwicklungen. Nichtdiskriminierung ist oberste Maxime.<sup>1</sup>

Jede Person, die in eine Gesundheitsinstitution eintritt, versteht sich als Einzelfall – und dies zu Recht. Jede tritt mit unterschiedlichsten Voraussetzungen und Bedürfnissen ein. Das Analoge gilt für die Mitarbeitenden.

Aufgabe der Führung ist es, das Unternehmen so zu gestalten, dass diese individuellen Verschiedenartigkeiten erkannt und respektiert werden, und dass daraus sowohl für den einzelnen Betroffenen wie auch für den Betrieb der grösstmögliche Nutzen entsteht. Fremdes soll nicht etwas Störendes sein, das als Nachteil empfunden wird, sondern soll zu einem Erfolgsfaktor einer zufrieden stellenden Betreuung und Behandlung werden, auch wenn dies auf den ersten Blick der Routine widerspricht oder wenn vordergründig mehr Aufwand entsteht. Die Berücksichtigung von Unterschiedlichkeiten ist eine wesentliche Voraussetzung für effiziente Prozesse. Die Kunst besteht darin, die sich widersprechenden Anforderungen der Vielfalt durch Diversität sowie der Standardisierung der Betriebsabläufe in ein Gleichgewicht zu bringen, um möglichst grosse Wirkung zu entfalten.

Das Unternehmen hat aber auch festzulegen, wo einzelnen, spezifischen Bedürfnissen nicht Rechnung getragen werden kann, ob allenfalls Alternativen in diesen Fällen zur Verfügung stehen und welche. Die Durchsetzung einer umfassenden Diversitätspolitik erweist sich somit als Schlüssel für eine kundenorientierte, effiziente und konkurrenzfähige Unternehmenspolitik.

## Management der Diversität

| Peter Saladin

Chancen und Risiken



Diversität und Standardisierung

<sup>1</sup> Die Amsterdamer Erklärung für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa (2004), siehe Seite 96

## Der Mensch im Mittelpunkt

Wissen und Erfahrungen über Organisationsentwicklungsprozesse sowie die entsprechenden strategischen und operativen Führungsinstrumente stehen zur Bewältigung dieser Situation zur Verfügung.<sup>2</sup> Insbesondere in Institutionen, die sich mit Grenzsituationen von Menschen befassen – Geburt, Krankheit, Tod –, reichen fachliche und technische Instrumente der Unternehmensführung nicht aus. Es braucht zusätzlich eine eindeutige Abstützung der Unternehmenspolitik auf eine ethisch verlässliche Basis. Das radikale Ernsthnehmen des Grundsatzes «Der Mensch steht im Mittelpunkt», der in allen Leitbildern zu finden ist, erweist sich als zentraler Ansatzpunkt für die Konzeption und Umsetzung einer diversitäts- und migrationsgerechten Unternehmenspolitik. Zwei Grundsätze sind in diesem Zusammenhang besonders hervorzuheben: die Menschenwürde und die Chancengleichheit.

## Menschenwürde

Als unveräußerliches, anerkanntes Rechtsgut verlangt sie von den Gesundheitsinstitutionen besondere Rücksicht und Umsicht, befindet sich doch das Individuum in einer besonders verletzlichen Situation, in der es vielfach von Betreuenden fast vollständig abhängig ist. Unabhängig von Herkunft, Sprache, Geschlecht, Religion, sozialem und wirtschaftlichem Status sowie aktuellem gesundheitlichen Zustand ist die Menschenwürde zu respektieren.

## Chancengleichheit

Unterschiedliche Situationen – aufgrund von grösseren oder kleineren Risiken und Chancen – veranlassen Menschen, sich in einer Gesundheitsinstitution behandeln zu lassen: die Geburt, der schwere Unfall, die heilbare oder unheilbare Krankheit, das Alter. Die Umstände vor dem Eintritt entziehen sich in der Regel dem Einfluss der Institution. Chancengleichheit verlangt, dass die Institutionen Voraussetzungen schaffen, damit jede Person, unabhängig von Herkunft, Sprache, Geschlecht, Religion, sozialem und wirtschaftlichem Status sowie aktuellem gesundheitlichen Zustand jene Aufnahme, Behandlung und Betreuung erfährt, die nach fachlichen Standards ihrer Situation gerecht werden.

Zentrale Aspekte  
der Unternehmensführung

Diese beiden Grundsätze bilden zentrale Orientierungspunkte jeder professionellen Arbeit in einer Gesundheitsinstitution. Ihre Umsetzung in die Routine des Alltags verlangt bewusstes Gestalten der medizinischen, pflegerischen, administrativen und technischen Strukturen und Prozesse. Es geht also nicht um ein blauäugiges, ethisches Etikett, das der Unternehmenspolitik übergestülpt werden kann; es handelt sich auch nicht um etwas Nebensächliches, das vielleicht noch zu tun wäre, sondern um zentrale Aspekte der Unternehmensführung.

Diese Sichtweise setzt eine Selbstreflexion über das eigene Handeln voraus. Erst «die Hinterfragung eigener Wertvorstellungen und Sichtweisen erlaubt es, unsere eigenen Vorurteile und ethnozentrischen Annahmen zu erkennen und infolgedessen uns möglichst ohne Vorurteile mit dem so genannt Fremden auseinander zu setzen. So führt erst die Bewusstheit über die Relativität eigener Wertvorstellungen und Verhaltensweisen beziehungsweise über die unendlichen Variationsmöglichkeiten sozialer Praxis und individueller Sichtweisen zu transkultureller Kompetenz, denn erst dann kann nicht nur fremdes, sondern auch eigenes Verhalten innerhalb soziokultureller Kontexte eingeordnet werden».<sup>3</sup>

**2** Grossmann R (2005) Umsetzung einer MFH-Strategie. Überlegungen zu Kooperation und Steuerung in der Organisation: Erkenntnisse der Organisationsentwicklung für den Umgang mit Migrantinnen und Migranten und kulturellen Unterschieden in der Organisation Spital. Vortrag, Bern, 22. August 2005. [www.hplus.ch](http://www.hplus.ch) ▶ Direktzugang ▶ MFH

**3** Domenig D (2001b) Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Hans Huber Bern 39

## Qualität – ein Widerspruch zu Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit?

Die gesetzlichen Grundlagen im Krankenversicherungsgesetz (KVG) (Art. 32 und Art. 58)<sup>1</sup>, im Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) (Art. 48 und Art. 54)<sup>2</sup>, im Gesetz über die Militärversicherung (MVG) (Art. 25)<sup>3</sup> sowie im Gesetz über die Invalidenversicherung (IVG) (Art. 26 bis)<sup>4</sup> werden als bekannt vorausgesetzt. Die Fachliteratur behandelt diese Themen ausgiebig.

Zwei Fragen sollen kurz erläutert werden, ohne den nachfolgenden Empfehlungen vorzugreifen oder Allgemeingültiges zu den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit sowie Wirtschaftlichkeit aus der bestehenden Literatur zu wiederholen:

- Erfordern Migration und Diversität in der Qualitätspolitik und bei der Umsetzung der Kriterien von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) besondere Massnahmen?
- Wenn ja, welche besonderen Aspekte sind dabei zu berücksichtigen?

Medizinische, pflegerische, infrastrukturelle und administrative Qualitätsstandards einer Institution stützen sich auf nationale und internationale Standards, rechtliche Vorschriften, interne Richtlinien und Vorgaben. Zweck dieser Vorgaben ist es in der Regel, Standardisierung festzuschreiben, mit dem inhärenten Risiko zu Verallgemeinerungen, auch wenn individuelles Vorgehen angemessen wäre. Die Berücksichtigung der Anliegen von Diversität und Migration bedeutet eine bewusste, langfristige Investition in persönliche Dienstleistungen und damit individuelle Qualitäten. Spezifische Bedürfnisse müssen identifiziert und in der Organisations- und Qualitätsentwicklung berücksichtigt werden. Erfahrungsgemäß kann nicht davon ausgegangen werden, dass dies automatisch erfolgt. Qualität ist also nicht durch unüberlegte Gleichschaltung, sondern durch Berücksichtigung der Diversität zu erreichen (Seite 47).

Analoge Überlegungen sind hinsichtlich der WZW-Kriterien anzustellen. Die erste Vermutung könnte dazu verleiten, die Anliegen von Diversität und Migration würden zu mehr Aufwand führen und die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens beeinträchtigen. Das Gegenteil ist der Fall: Die Nicht-Berücksichtigung von speziellen Situationen führt in der Regel zu Mehraufwand, zu Störungen im Betrieb, zu Fehl-, Unter- oder Überversorgung. Das Gleiche gilt für die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit. Wer alles über den gleichen Leisten schlagen will, wird der Vielfalt nicht gerecht.

Dies führt zur zweiten Frage: Welche besonderen Aspekte sind zu berücksichtigen? Die vorangehenden Ausführungen haben die Grundanliegen deutlich gemacht, die eine diversitätsorientierte und migrationsfreundliche Gesundheitsinstitution prägen. Wie diese im Alltag umzusetzen sind, bedarf einer bewussten unternehmerischen Leistung, die den unterschiedlichen Aufgabengebieten, Organisationsformen und Prozessen einer Gesundheitsinstitution angepasst ist. Die nachfolgenden Empfehlungen ab Seite 43 geben Anregungen dazu.

### Qualität – ein Widerspruch zu Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit?

| Peter Saladin

Qualitätsstandards

Erfüllung der WZW-Kriterien durch Berücksichtigung der Diversität

**1** SR 832.10 (AS 1995 1328)  
Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)

**2** SR 832.20 (AS 1982 1676)  
Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG)

**3** SR 833.1 (AS 1993 3043)  
Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (MVG)

**4** SR 831.20 (AS 1959 857)  
Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG)

## Finanzierungsfragen

### Finanzierungsfragen

| Peter Saladin

Leistungsabgeltung gemäss KVG

Keine Abgeltung migrations- spezifischer Leistungen

Die eidgenössischen und kantonalen Finanzierungsmechanismen der schweizerischen Spitäler, Kliniken und Institutionen der Langzeitversorgung werden als bekannt vorausgesetzt. In diesem Abschnitt werden spezifische Finanzierungsfragen im Zusammenhang mit Diversität und Migration beleuchtet.

Gemäss Rechtsauffassung des Bundesamtes für Gesundheit verfügen alle Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz – gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) – obligatorisch über eine Grundversicherung. Wer im Krankheitsfall noch über keine Mitgliedschaft bei einer anerkannten Krankenkasse verfügt, wird durch die zuständigen Behörden eines Kantons einer Kasse zugewiesen.

Damit ist sichergestellt, dass eine Gesundheitseinrichtung, die anerkannte Leistungen gemäss KVG erbringt, diese abgegolten erhält. In der Praxis ist die Umsetzung dieser Grundsätze oft mit grossen administrativen und finanziellen, kantonal teils unterschiedlichen Schwierigkeiten verbunden, deren Bewältigung klare, verständnisvolle Regeln erfordert, um die Chancengleichheit und Nichtdiskriminierung zu respektieren.

Auf drei Fragen sei hier besonders verwiesen:

**1.** Wird ein verhältnismässig grosser zeitlicher Aufwand gesondert abgegolten, der im Rahmen der Behandlung und Betreuung von Migrantinnen und Migranten unter Umständen notwendig werden kann (zum Beispiel wegen Verständigungsproblemen)?

Sofern ein Zeittarif zur Anwendung kommt, sind die gleichen Regeln gültig wie für einheimische Patientinnen und Patienten. In zeitunabhängigen Tarifen (Pauschalen) ist – soweit ersichtlich – keine gesonderte Abgeltung vorgesehen. Dadurch werden Anliegen der Migrationsbevölkerung – je nach Bereitschaft der Mitarbeitenden in Gesundheitsinstitutionen – qualitativ ungenügend berücksichtigt: Ein Risiko! Diese Problematik muss im Rahmen der Neuverhandlung oder Neuregelung von Pauschaltarifen (zum Beispiel im Rahmen von Swiss DRG) Rechnung getragen werden.

**2.** Sollen migrationsspezifische Leistungen besonders erfasst werden, auch wenn zurzeit deren Abgeltung noch nicht geregelt ist?

H+ Die Spitäler der Schweiz empfiehlt, die einzelnen Leistungserfassungssysteme so zu gestalten, dass diese Leistungen ausgewiesen werden können. Damit werden Argumentationsgrundlagen für spätere Diskussionen mit Behörden und Kostenträgern geschaffen. Für den Akutbereich bietet das von H+ Die Spitäler der Schweiz verbindlich erklärte System Rekole® die notwendigen Grundlagen.

**3.** Können Kosten für Dolmetschende im Rahmen einer Behandlung gemäss KVG den Krankenkassen in Rechnung gestellt werden?

Weder in der Bundesgesetzgebung noch in kantonalen Gesetzen bestehen Vorschriften, ob und unter welchen Voraussetzungen Dolmetschende hinzugezogen werden dürfen und ob allfällige Kosten übernommen werden. Dies ist umso erstaunlicher, als explizit oder implizit die Aufklärungspflicht als grundlegendes Recht der Patientin und des Patienten deklariert wird und unbestritten ist – und zwar vor einem Eingriff, medizinischen Diagnosen und einer Psychotherapie.

Das Bundesgericht hat in einem Urteil die Pflicht zur Kostenübernahme für Dolmetscherinnen und Dolmetscher mit dem Hinweis auf Art. 25 des KVG ausdrücklich verneint.<sup>1</sup>

Gesetzgebung und Rechtssprechung auf nationaler und kantonaler Ebene lassen zahlreiche Fragen hinsichtlich der Berücksichtigung von Menschenwürde, Chancengleichheit und Nicht-

<sup>1</sup> Unveröffentlichtes Urteil des Bundesgerichtes K 138/01 vom 31. 12. 2002

**2** Ayer A und Gilbert M (2005) Die Rechte des migrierten Patienten: Welche Rechtsgrundlagen bestehen für die Arztkonsultation in Gegenwart eines Dolmetschers? Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern

diskriminierung von Migrantinnen und Migranten unbeantwortet. Im Rahmen zukünftiger Gesetzgebungsarbeiten ist diesen Fragen die nötige Beachtung zu schenken.<sup>2</sup> Insbesondere ist zu fordern, dass das Krankenversicherungsgesetz (KVG) so angepasst wird, dass Dolmetscherleistungen als anrechenbare Kosten gelten.

Trotz dieser unerfreulichen Situation ist es Aufgabe jeder Institution, im Rahmen ihrer unternehmerischen Spielräume mit den in dieser Publikation dargelegten Grundsätzen kompatible Lösungen zu suchen und anzuwenden. Als mögliche Lösungen haben sich eigens dafür geschaffene Budgetpositionen, die Finanzierung über Spenden gespeiste Patientenfonds oder Stiftungsbeiträge erwiesen. Die Tatsache ist ermutigend, dass viele Institutionen auf diesem Wege innovative Lösungen gefunden haben.

Innovative Lösungen



## Empfehlungen



## Empfehlungen

Die folgenden Ausführungen enthalten Empfehlungen zur Gestaltung von unternehmerischen Strukturen, Prozessen und Ergebnissen im Lichte von Diversität und Migration. Sie sind thematisch strukturiert und beschreiben Ziele, machen Anregungen zur Umsetzung und weisen auf Evaluationsmassnahmen hin.

Für Leserinnen und Leser, welche die vorangehenden grundsätzlichen Ausführungen übersprungen haben, seien hier folgende zentralen Anliegen wiederholt:

Transkulturelle Kompetenz verlangt vorerst eine selbstkritische Überprüfung der eigenen Handlungsmuster, Sichtweisen und der Sprache. Die hier empfohlenen Massnahmen sind als Entwicklungsprozesse zu verstehen, die gegenseitiges Lernen voraussetzen und gemeinsam entwickelt und verwirklicht werden sollen; es geht nie um Ausgrenzung, Abgrenzung oder Stigmatisierung des Anderen gegenüber dem Eigenen. Solche sozialen Interaktionen benötigen Zeit und müssen selbstredend von beiden Seiten gewollt und unterstützt werden. Ferner braucht es für die Entwicklung einer patientenorientierten Unternehmenspolitik personelle und finanzielle Ressourcen, für deren Bereitstellung die Unternehmensleitung verantwortlich ist. Schliesslich soll die diversitätspolitische Ausrichtung des Unternehmens Nutzen stiften für die Institution selbst, die Patientinnen und Patienten, die Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Mitarbeitenden.

Die Empfehlungen basieren auf Erkenntnissen und Erfahrungen von zahlreichen Institutionen der Gesundheitsversorgung, aber auch von privaten und öffentlichen Institutionen und Unternehmen ausserhalb der Gesundheitsversorgung in der Schweiz sowie anderen Ländern. Die durch das Netzwerk MFH mitfinanzierten Forschungsarbeiten und Projekte (Seite 19) dienen der Vertiefung einzelner Fragestellungen und tragen bei zur Konkretisierung der Empfehlungen hinsichtlich der Umsetzung einer diversitätsorientierten und migrationsfreundlichen Unternehmenspolitik.

Die Empfehlungen zeigen good practices auf. Es wird keine Vollständigkeit angestrebt. Selbstverständlich bleibt es Aufgabe jeder Institution, die konkrete Umsetzung selbst zu gestalten und allenfalls andere, neue und ihrem Auftrag entsprechende spezifische Massnahmen zu ergreifen. Im Verlaufe der Zeit werden sich daraus hoffentlich best practices herausbilden. Eine umfangreiche Literatur steht zur Verfügung (Seite 111). Insbesondere sei auf die Arbeiten im Rahmen des bereits erwähnten EU-Projektes<sup>1</sup> hingewiesen. Eine stets wachsende Zahl von praktischen Hilfsmitteln steht ebenfalls zur Verfügung (Seite 114). Es sei hier nochmals auf die Begriffsdefinitionen (Seite 91) aufmerksam gemacht.

## Empfehlungen

| Peter Saladin

<sup>1</sup> [www.mfh-eu.net](http://www.mfh-eu.net)

## Unternehmensstrategie

### Unternehmensstrategie

| Peter Saladin

Die Umsetzung der dargelegten Erkenntnisse und Grundsätze in die unternehmerische Praxis erfordert zielgerichtete Massnahmen auf allen Stufen des Managements. Wenn die obersten Führungsgremien dieses Anliegen erkennen und anerkennen, glaubwürdig vertreten und Massnahmen umsetzen, nehmen auch die Mitarbeitenden das Anliegen ernst und können Veränderungsprozesse in Gang setzen.

Dabei ist vorerst das Problemdenken zu überwinden. Die Betroffenen sind keine Problemgruppe, denen bei der Überwindung von Defiziten geholfen werden muss. Dies hätte einen stigmatisierenden Effekt. Diversitätspolitik vermeidet es, Menschen in eine bestimmte «Schublade» zu stecken. Sie geht vielmehr davon aus, dass es einer gemeinsamen Entwicklung aller Beteiligten bedarf, um für das Unternehmen den grösstmöglichen Nutzen hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erzielen.

### Checkliste Unternehmensstrategie

Leitung der Institution	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Überzeugungen der Institutionsleitung hinsichtlich Diversitäts- und Migrationsthemen sind bekannt und es wird danach gehandelt</li> <li><input type="checkbox"/> Beispiele anderer Institutionen, auch aus der Industrie, wahrnehmen</li> <li><input type="checkbox"/> Workshops und Bildungsveranstaltungen mit Fachpersonen durchführen</li> <li><input type="checkbox"/> Literatur zugänglich machen</li> <li><input type="checkbox"/> Patientenorientierung im Rahmen der Diversitätspolitik definieren</li> <li><input type="checkbox"/> Beschluss der Leitung zum Start eines Organisationsentwicklungsprojektes (OE)</li> </ul>	Ziel
		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Anregung zur Umsetzung</li> </ul>
Organisationsentwicklungsprozesse	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> OE-Projekt ist lanciert, das Fähigkeiten, Einstellungen und Werte von Personen gleichberechtigt berücksichtigt</li> <li><input type="checkbox"/> Spielregeln, Prozesse, Strukturen und Kooperationsbeziehungen sind gemeinsam entwickelt</li> <li><input type="checkbox"/> Gruppe von Personen beauftragen, um Vorarbeiten zu leisten</li> <li><input type="checkbox"/> Sorgfältiges Projektvorgehen festlegen</li> <li><input type="checkbox"/> Daten zur Diversitäts- und Migrationsrealität innerhalb der Institution und im Umfeld erfassen</li> <li><input type="checkbox"/> Bestehende Initiativen berücksichtigen</li> <li><input type="checkbox"/> Bedürfnisse, Potentiale und Ressourcen ermitteln</li> <li><input type="checkbox"/> Migrantinnen und Migranten unter den Mitarbeitenden mitbeteiligen</li> <li><input type="checkbox"/> Externe Fachpersonen (etwa Universitätsinstitute, spezialisierte Nicht-Regierungsorganisationen) beziehen, um authentische Aussensicht zu erhalten</li> <li><input type="checkbox"/> OE-bezogenes Qualitätsmanagement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ziel</li> <li><input type="checkbox"/> Anregung zur Umsetzung</li> <li><input type="checkbox"/> Evaluation der Massnahmen</li> </ul>

<b>Ziel</b>	<input type="checkbox"/> Diversitätspolitische Grundsätze (Chancengleichheit, Beachtung der Menschenwürde, Berücksichtigung von individuellen Umständen und Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Mitarbeitenden) sind im Auftrag, im Unternehmensleitbild und in den strategischen Grundlagen verankert (siehe auch «Die Amsterdamer Erklärung für migrantinnenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa» Seite 96)	<b>Strategische Verankerung</b>
<b>Anregung zur Umsetzung</b>	<input type="checkbox"/> Diversitätspolitische Grundsätze durch oberste Verantwortungs- und Leitungsorgane verabschieden	
<b>Evaluation der Massnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Strategisches Unternehmenscontrolling	
<b>Ziel</b>	<input type="checkbox"/> Diversitätsorientierte und migrationsspezifische medizinische, pflegerische, therapeutische oder infrastrukturelle Angebote (wie sprachorientierte Sprechstunden) sind geprüft und soweit erforderlich verwirklicht	<b>Diversifizierte Angebote</b>
<b>Anregung zur Umsetzung</b>	<input type="checkbox"/> Besonderes Augenmerk auf Angebotsstruktur in Frauen-, Kinder- und Psychiatriekliniken sowie Notfallstationen legen <input type="checkbox"/> Bedürfnisse bei Migrationsgemeinschaften abklären <input type="checkbox"/> Chancengleichheit und Nicht-Diskriminierung beachten	
<b>Evaluation der Massnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement <input type="checkbox"/> Finanzcontrolling	
<b>Ziel</b>	<input type="checkbox"/> Diversitäts- und Migrationsanliegen sind in den Organisationsstrukturen verankert	<b>Organisationsstrukturen</b>
<b>Anregung zur Umsetzung</b>	<input type="checkbox"/> Organisationseinheiten, die für Umsetzung der Diversitäts- und Migrationsanliegen verantwortlich sind, schaffen bzw. bezeichnen <input type="checkbox"/> Aufgaben, Kompetenzen und Ressourcen festlegen	
<b>Evaluation der Massnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Unternehmenscontrolling	
<b>Ziel</b>	<input type="checkbox"/> Beschlossene Grundsätze werden unternehmensweit angewendet	<b>Umsetzung</b>
<b>Anregung zur Umsetzung</b>	<input type="checkbox"/> Besondere diversitäts- und migrationsspezifische Ziele und Massnahmen in der Jahresplanung festlegen <input type="checkbox"/> Migrantinnen und Migranten unter den Mitarbeitenden mitbeteiligen <input type="checkbox"/> Externe Fachpersonen (zum Beispiel Universitätsinstitute, spezialisierte Nicht-Regierungsorganisationen) beziehen <input type="checkbox"/> Festes Netzwerk für Migrationsfragen mit Partner- und Fachorganisationen einrichten <input type="checkbox"/> In den regulären Verlautbarungen (wie Jahresbericht, Mitarbeiterinformationen, Mitteilungen zum Tag der Kranken, Jubiläumsschriften) gesondert über dieses Thema berichten <input type="checkbox"/> Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten einrichten	
<b>Evaluation der Massnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement <input type="checkbox"/> Befragungen von Patientinnen und Patienten (Seite 49)	

## Erhebung von diversitätspolitisch relevanten Informationen

### Erhebung von diversitätspolitisch relevanten Informationen

| Peter Saladin

Die Berücksichtigung von Diversität und Migration macht es unumgänglich, über einschlägige Daten und Informationen zu verfügen. So können Leistungen gezielter auf unterschiedliche Bedürfnisse und Ressourcen ausgerichtet werden. Welche Informationen sollen zu diesem Zwecke von wem, für wen, wie und zu welchem Zeitpunkt beschafft werden? Wie ist mit solchen Informationen innerhalb der Institution umzugehen? Dabei muss zwischen persönlichen, medizinisch-pflegerisch-therapeutischen sowie administrativen Daten und Informationen unterschieden werden.

Auch für Führungs- und Personalverantwortliche kann es nützlich sein, über Informationen zu transkulturellen Ressourcen und Kompetenzen von Mitarbeitenden zu verfügen. Dabei geht es nie um das Hervorheben von Unterschieden oder qualifizierenden Aussagen. Vielmehr sollen es die freiwillig zur Verfügung gestellten Angaben über individuelle Kompetenzen erlauben, die Ressourcen von Mitarbeitenden zu fördern, stärken und nutzen (Seite 52). Selbstverständlich sind die einschlägigen Datenschutzgesetze von Bund und Kantonen zu beachten.

### Checkliste Erhebung von diversitätspolitisch relevanten Daten

<b>Sozio-demographische Daten von Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohnern</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Notwendige Daten und Informationen zur Verwirklichung und zum Monitoring einer diversitätsorientierten und migrationsfreundlichen Unternehmenspolitik sind beschafft</li> <li><input type="checkbox"/> Art und Weise ihrer Erfassung, Verwendung, Aufbewahrung und Vernichtung ist geregelt</li> <li><input type="checkbox"/> Fachverantwortliche sind entsprechend ausgebildet</li> </ul>	<b>Ziel</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Regeln durch die Institutionsleitung festlegen</li> <li><input type="checkbox"/> Neben Standarddaten gemäss der medizinischen und administrativen Statistik beim Eintritt (optimal) erheben: Geburtsort, Nationalität bei Geburt, heutige Nationalität, Religionszugehörigkeit, Sprachkompetenzen, Aufenthaltsstatus</li> <li><input type="checkbox"/> Weitere Daten und Informationen erheben, je nach Tätigkeitsfeld der eigenen Institution (z.B. Beschäftigung)</li> <li><input type="checkbox"/> Qualitäts-Controlling im Rahmen der Überprüfung der diversitätsorientierten und migrationsfreundlichen Unternehmenspolitik und des Datenschutzes</li> <li><input type="checkbox"/> Überprüfung der Angemessenheit der erfassten Daten</li> </ul>	<b>Anregung zur Umsetzung</b>
<b>Ressourcenbezogene Personalinformationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Informationen zur Nutzung und Förderung der Potentiale von Mitarbeitenden liegen vor</li> <li><input type="checkbox"/> Regeln durch die Institutionsleitung festlegen</li> <li><input type="checkbox"/> Informationen über besondere Ressourcen von Mitarbeitenden erheben (freiwillig) bezüglich Diversität und Migration bei der Anstellung, wie Sprachkompetenzen, besondere Fähigkeiten und Kenntnisse aus früheren Berufen, in Bezug auf fremde Lebenswelten, Religionen, soziale Vernetzungen</li> <li><input type="checkbox"/> Qualitäts-Controlling im Rahmen der Personalpolitik</li> </ul>	<b>Ziel</b>
	<b>Anregung zur Umsetzung</b>	
	<b>Evaluation der Massnahmen</b>	

## Qualität

Systematisches Qualitätsmanagement ist nicht nur gesetzlicher Auftrag im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung (vergleiche dazu KVG Art. 58 und KVV Art. 77), sondern gehört zum unternehmerischen Standard jeder Versorgungseinrichtung. Die Postulate der Diversitäts- und Migrationspolitik sind in den Grundlagen des Qualitätsmanagements zu verankern. Die Berücksichtigung von Diversität ist der eigentliche Prüfstein für die Patienten- und Kundenorientierung. Eine Versorgungseinstitution erfüllt ihre Aufgabe nur, wenn es ihr gelingt, massgeschneiderte Leistungen in definierter Qualität für alle Menschen zu erbringen, die ihr anvertraut sind. Dies unabhängig von der Herkunft, der Religion, des sozialen und gesellschaftlichen Status sowie der individuell unterschiedlichen Ausgangslagen. Wenn diese Grundsätze und die daraus abgeleiteten Standards in die Routine des klinischen, pflegerischen und therapeutischen Alltags übergehen, erzeugen sie Mehrwert und Nutzen für die Institution, die Patientinnen und Patienten, die Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Mitarbeitenden.

Zusätzliche Informationen und konkrete Hilfestellungen enthalten die Qualitätsfragebogen aus dem EU-Projekt über migrationsfreundliche Spitäler (Seite 102) sowie die Zusatzinformation bezüglich der Befragung von Patientinnen und Patienten (Seite 49).

**Qualität**  
| Peter Saladin

### Checkliste Qualität

Ziel	<input type="checkbox"/> Diversitäts- und migrationsspezifische Grundsätze sind in den Grundlagendokumenten zum Qualitätsmanagement verankert	Grundlagendokumente des Qualitätsmanagements
Anregung zur Umsetzung	<input type="checkbox"/> Qualitätsverantwortliche sensibilisieren <input type="checkbox"/> Projekt zur Überprüfung des Qualitätsmanagements initialisieren	Strukturqualität
Evaluation der Massnahmen	<input type="checkbox"/> Externes Audit	
Ziel	<input type="checkbox"/> Diversitäts- und migrationsspezifische Anliegen sind in den Leitungs- und Organisationsstrukturen auf allen Ebenen berücksichtigt	
Anregung zur Umsetzung	<input type="checkbox"/> Verantwortliche Führungspersonen für diversitäts- und migrationsspezifische Fragen bestimmen <input type="checkbox"/> Interdisziplinäre Kommission für transkulturelle Anliegen einsetzen <input type="checkbox"/> Aufgaben und Kompetenzen regeln <input type="checkbox"/> Alle Tätigkeitsbereiche einbeziehen <input type="checkbox"/> Vertretung von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund sicherstellen <input type="checkbox"/> Organisations- und Projekthandbücher, Richtlinien und Standards überprüfen und anpassen	
Evaluation der Massnahmen	<input type="checkbox"/> Organisationsaudit	
Ziel	<input type="checkbox"/> Diversitäts- und migrationsspezifische Anliegen sind in den medizinischen, pflegerischen, therapeutischen, hotelleriebezogenen sowie administrativen Prozessen berücksichtigt	Prozessqualität
Anregung zur Umsetzung	<input type="checkbox"/> Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) beachten <input type="checkbox"/> Notwendige personelle und finanzielle Ressourcen bereitstellen und als solche kenntlich machen	
Evaluation der Massnahmen	<input type="checkbox"/> Prozessanalysen	

<b>Outcome-Qualität</b>	<input type="checkbox"/> Definierte Aspekte für Angehörige der Migrationsbevölkerung sind im Rahmen von Outcome-Messungen erfasst <input type="checkbox"/> Migrationsspezifische Aspekte in laufende Outcome-Messungen einbeziehen <input type="checkbox"/> Zu überprüfende Aspekte im Rahmen der medizinischen Codierung festlegen <input type="checkbox"/> Migrationsspezifische Aspekte im (elektronischen) Patientendossier einfügen <input type="checkbox"/> Erfahrungsaustausch in der Ärzteschaft und bei den Pflegenden organisieren <input type="checkbox"/> Resultate in Handbüchern, Standards usw. festhalten <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement	<b>Ziel</b>
		<b>Anregung zur Umsetzung</b>
<b>Patientenbefragung</b> (Seite 49)	<input type="checkbox"/> Die Befragungen von Angehörigen der Migrationsbevölkerung über die Qualität von Aufnahme, Behandlung und Betreuung sind standardisiert <input type="checkbox"/> Bestehende Befragungsmethoden in Bezug auf Migrationsaspekte für Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner überprüfen <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement	<b>Ziel</b>
		<b>Anregung zur Umsetzung</b>
<b>Beschwerde- und Ombudsdienste</b>	<input type="checkbox"/> Der Zugang der Angehörigen der Migrationsbevölkerung zu Beschwerde- und Ombudsdiensten ist gewährleistet <input type="checkbox"/> Bestehende Instrumente auf migrationsspezifische Gegebenheiten (z.B. unvollständige Kenntnisse der Sprache, Skepsis gegenüber Reklamationen) überprüfen <input type="checkbox"/> Angehörige der Migrationsbevölkerung über ihre Rechte informieren, diese Dienste in Anspruch zu nehmen <input type="checkbox"/> Sanktionsmöglichkeiten definieren <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement	<b>Ziel</b>
		<b>Anregung zur Umsetzung</b>
		<b>Evaluation der Massnahmen</b>

## Hintergrundinformation

### Messung der Zufriedenheit<sup>1</sup> von Spitalpatientinnen und -patienten mit Migrationshintergrund

Zusammenfassung eines Forschungsberichtes zuhanden des MFH-Netzwerkes<sup>2</sup>

| Denise Efionayi

| Ursula Stotzer

| Philippe Wanner

In der Schweiz stellt die Migrationsbevölkerung generell einen hohen Anteil der Spitalpatientinnen und -patienten dar; in einigen Spitalabteilungen ist sie überdurchschnittlich vertreten (Unfallstationen, Geburtsabteilungen). Verlässliche, gesamtschweizerische Daten liegen allerdings keine vor.<sup>3</sup> Die internationale Migration trägt zur Pluralisierung von Lebensstilen in der Gesellschaft bei, was bei der Bewertung der Qualität der medizinischen Dienstleistungen berücksichtigt werden sollte. Die Zufriedenheit von Patienten und Patientinnen hat diesbezüglich eine Schlüsselbedeutung. Dass Aussagen über die Zufriedenheit von Angehörigen der Migrationsbevölkerung in der internationalen Literatur widersprüchlich sind, ist grösstenteils auf die Tatsache zurückzuführen, dass die Instrumente zur Erfassung der Zufriedenheit nicht immer angemessen sind und verschiedene methodologische Probleme mit sich bringen. Dies gilt umso mehr, als bisher der Entwicklung geeigneter Messinstrumente zur Erhebung der Zufriedenheit von Migrantinnen und Migranten zu wenig Beachtung geschenkt worden ist.

In der Schweiz ist diese Frage wissenschaftlich noch unerforscht, obwohl sie für ein gutes Qualitätsmanagement ausschlaggebend ist und heute in den Spitälern grosse Beachtung findet. Um diese Lücke zu schliessen und Handlungsmöglichkeiten für Spitäler in der Schweiz aufzuzeigen, ist eine Studie durchgeführt worden.

Diese Studie basiert auf drei Säulen:

- Überblick über die internationale, vorwiegend angelsächsische Literatur;
- Gespräche mit Fachpersonen für Qualität in den Spitälern, insbesondere für den Bereich Migration und Gesundheit, sowie mit Firmen, die Umfragen anbieten;
- Diskussionsrunden mit Angehörigen der Migrationsbevölkerung unterschiedlicher Herkunft.

Diese komplementäre Vorgehensweise macht es möglich, die internationalen und schweizerischen Erfahrungen den Sichtweisen von Migrantinnen und Migranten gegenüberzustellen und Empfehlungen zu formulieren, die der Spitalsituation in der Schweiz Rechnung tragen.

Da die Situationen von Minderheiten oder Gruppen mit Migrationshintergrund in verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich sind, ist es schwierig, best practices für den Schweizer Kontext auszumachen; doch die Durchsicht der bestehenden Literatur führt zu einigen interessanten Feststellungen, die sowohl den Zufriedenheitsgrad von Migrantinnen und Migranten als auch die Umfrageinstrumente betreffen.

Die Zufriedenheit von Migrantinnen und Migranten ist deshalb schwieriger zu erfassen als diejenige der einheimischen Bevölkerung, weil externe Faktoren eine Rolle spielen können, die nicht direkt mit der Qualität der Leistungen zusammenhängen. Dazu gehört etwa die ortsübliche Sprache, die von der Ärzteschaft beziehungsweise den Pflegenden gesprochen wird. Daneben beeinflussen soziokulturelle Aspekte die Wahrnehmung der Gesundheit: etwa unterschiedliche Erwartungen hinsichtlich der Leistungen oder Diskriminierungen von Ausländerinnen und Ausländern. Diese Faktoren können eine soziale Distanz schaffen, die sowohl die Wahrnehmung der Leistungsqualität beeinträchtigen wie auch das Vertrauen in das Versorgungssystem beeinflussen. Hinzu kommen weitere, strukturelle Faktoren, wie beispielsweise das Alter, die sozioökonomische Schicht und der Gesundheitszustand.

Bei den quantitativen Umfragemethoden fehlen in den Zufriedenheitsfragebögen zuverlässige und einheitliche Variablen für die Erfassung von Angehörigen der Migrationsbevölkerung; solche Variablen wären für die Identifizierung der Gruppen nützlich, die mit speziellen Schwierigkeiten konfrontiert sein können.

Bei Minderheiten liegt oft eine geringere Rücklaufquote vor, was die Ergebnisse verzerrt kann oder die bewirkt, dass in bestimmten Fällen die erforderliche Zahl der Teilnehmenden nicht erreicht wird, um die Ergebnisse zwischen verschie-

**1** Es handelt sich hier um einen geläufigen Begriff. Wir schlagen vor, andere, neutralere Begriffe zu benutzen, die sich weniger auf ein umfassendes Urteil beziehen, wie etwa Patientenbefragung oder Patientenrückmeldung.

**2** Der Forschungsbericht kann eingesehen oder heruntergeladen werden: [www.hplus.ch](http://www.hplus.ch) ► Direktzugang ► MFH

Er ist auch als Publikation des SWISS FORUM FOR MIGRATION AND POPULATION STUDIES (SFM) erhältlich: Efionayi D, Stotzer U, Wanner Ph (2006) Messung der Zufriedenheit von Spitalpatientinnen und -patienten mit Migrationshintergrund. Neuchâtel

**3** Die Volkszählung aus dem Jahr 2000 zeigt zwar, dass nahezu 40% der in öffentlichen Spitäler eingewiesenen Personen keinen Schweizer Pass haben. Allerdings werden dabei nur jene Personen berücksichtigt, deren Wohnsitz ans Spital gebunden ist.

Es handelt sich deshalb um eine grobe Schätzung, die nicht ohne weiteres verallgemeinert werden kann.

### Ergebnisse aus der Literatur

denen Gruppen vergleichen zu können. Telefonumfragen oder Teilnahmeerinnerungen, wie sie in den USA üblich sind, würden es ermöglichen, ein besseres Ergebnis zu erzielen.

Der Antwortstil, d.h. das unterschiedliche Verhalten bei der Beantwortung von Fragen, stellt ein besonderes Problem dar bei der Verwendung von Massstäben, die eine persönliche Bewertung verlangen sowie insbesondere bei der Interpretation von Ergebnissen. Die Verbindung von Schätzungsmaßen (für Ergebnisindikatoren) mit Antworten, die auf Tatsachen beruhen (für die Prozessbewertung), könnte dieses Problem entschärfen.

Qualitative Methoden, also persönliche Gespräche oder Fokusgruppen, werden bei Patientenbefragungen selten angewendet; diese Methoden erlauben es insbesondere aus Kostengründen nicht, grosse Datenmengen zu erheben. Deshalb werden sie im Allgemeinen zur Identifizierung methodologischer Verbesserungsmöglichkeiten oder zur Vertiefung spezifischer Themen empfohlen, zu denen die quantitativen Fragebögen keine Informationen liefern. Dennoch haben sie einen erheblichen Vorteil, wenn es darum geht, Personengruppen zu erreichen, die in den klassischen, quantitativen Zufriedenheitsumfragen nicht auftauchen.

#### **Die Situation in der Schweiz: Ergebnisse und Empfehlungen**

In der Schweiz führen die Spitäler regelmässig Zufriedenheitsbefragungen durch. Diese werden entweder intern organisiert oder bei externen Dienstleistungsanbietern in Auftrag gegeben. Die Messung der Qualität wird üblicherweise mit verschiedenen, standardisierten Mitteln vorgenommen. Diese sind allerdings nicht immer geeignet, Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund zu erreichen und deren Meinung zu erforschen. Gemäss der Umfrage hat bisher kein einziges Spital weitergehende Massnahmen getroffen, um Zufriedenheitsbefragungen von Migrantinnen und Migranten zu verbessern. Lücken sind nicht nur bei den Umfragemethoden, sondern auch beim Fragebogen selbst festzustellen.

#### **Mängel und Empfehlungen bei den Umfrageverfahren**

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass der Fragebogen nach dem Spitalaustritt mit der Post verschickt wird. Dies stellt ein Problem dar, wenn bestimmte, besonders mobile Ausländergruppen erreicht werden sollen, wie etwa Personen mit prekären Aufenthaltssituationen. Deshalb besteht hier die Gefahr von Verzerrungen. Die am besten integrierten Migrantinnen und Migranten sind in den Zufriedenheitsumfragen überrepräsentiert.

Aus den geführten Gesprächen geht zudem hervor, dass schriftliche Umfragen für bestimmte Migrantinnen und Migranten ungeeignet sind. Sie funktionieren bei Personen nicht, welche die lokale Sprache schlecht oder gar nicht verstehen. Besonders betroffen sind jene, die einen prekären Aufenthaltstatus haben und dazu neigen, offiziellen Fragebögen zu misstrauen. Sie verstehen nicht, warum sie nach ihrer Meinung gefragt werden und glauben, dass diese sowieso nicht zählt. Deshalb sehen sie keinen Nutzen in der Beantwortung. Diese Einstellung ist auch auf die Tatsache zurückzuführen, dass ein erhebliches Kommunikationsdefizit bezüglich der Verwendung der Umfrageergebnisse besteht.

Schliesslich scheint in bestimmten Fällen auch die Sprache ein Faktor zu sein, der Migrantinnen und Migranten von der Befragung ausschliesst. Grundsätzlich sollten alle Personen einen Fragebogen erhalten, die während der vereinbarten Dauer der Umfrage aus dem Spital austreten. In einigen Spitäler werden jedoch Patientinnen und Patienten gar nicht angeschrieben, weil sie die Sprache des Fragebogens nicht beherrschen (Information aus der Patientenakte).

Die erwähnten Schwierigkeiten lassen sich nur überwinden, wenn Patientinnen und Patienten über die Ziele, das Verfahren und den Nutzen der Umfragen besser informiert werden. Zugleich müssen vermehrt alternative Verfahren zur Anwendung gelangen, die einen individuellen Austausch ermöglichen, beispielsweise die Durchführung von Telefonumfragen. Ausserdem sollten zusätzliche Befragungen im Rahmen von Fokusgruppen durchgeführt oder persönliche Gespräche in Betracht gezogen werden.

#### **Mängel und Empfehlungen für die angewendeten Instrumente**

Zu den Grenzen des Verfahrens gesellen sich noch die Schwächen der Messinstrumente. Hier lassen sich einige Defizite feststellen, insbesondere hinsichtlich der Erhebung soziodemographischer Daten über das Migrationsprofil und der Anwendung bestehender Sprachversionen.

Die in der Schweiz angewendeten Messinstrumente schliessen keine soziodemographischen Variablen ein, welche die Identifizierung der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und damit eine Analyse der gesammelten

Daten ermöglichen. Dies wird auch in der Literatur kritisiert. Es wäre sinnvoll, insbesondere Informationen zu erfassen bezüglich der Staatsangehörigkeit bei der Geburt (oder der gegenwärtigen Staatsangehörigkeit), des Geburtsortes sowie eventuell des Aufenthaltsstatus.

Obwohl die in der Schweiz verwendeten Fragebögen teilweise in mehreren Sprachversionen vorliegen – meistens Französisch und Deutsch, zum Teil auch auf Italienisch und Englisch – wirft die Verwendung dieser unterschiedlichen Sprachversionen Probleme auf (Verfügbarkeit, Qualität, Vergleichbarkeit). Jedenfalls ist es wünschenswert, diejenige Sprache zu identifizieren, die von den Patientinnen oder Patienten gut beherrscht werden. Dies sollte entweder beim Spitäleintritt oder eventuell beim Austritt geschehen, um eine passende Version anbieten zu können.

Für Migrantinnen und Migranten, die keine Landessprache beherrschen, könnten nach ausreichenden Tests Fragebogenversionen in den meistverbreiteten Sprachen eingeführt werden (zum Beispiel Albanisch, Spanisch, Portugiesisch, Serbokroatisch und Türkisch). Dies wäre möglich, wenn sich die Spitäler auf eine begrenzte Zahl von Instrumenten einigen und definitiv auf selbst gemachte Fragebögen verzichten würden.

Neben der Sprache des Fragebogens, die für Sprachunkundige eine erhebliche Hürde darstellen kann, ist das Sprachniveau zu berücksichtigen. Dieses entspricht nicht immer dem Verständnisniveau der Patientinnen und Patienten, unabhängig davon, ob sie einer Minderheits- oder Mehrheitsgruppe angehören. Davon sind insbesondere jene Personen betroffen, die Probleme mit dem Lesen und Schreiben haben (Analphabetinnen und Analphabeten), Personen mit einem geringen Bildungsniveau und Personen, deren Gesundheitszustand das Verständnis beeinträchtigt. Besonders heikel ist die Situation, wenn mehrere Schwierigkeiten gleichzeitig vorliegen.

Interessanterweise sind viele der aufgezeigten Mängel vor allem bei Migrantinnen und Migranten festzustellen; sie betreffen möglicherweise aber alle Patientinnen und Patienten und vor allem diejenigen, die aus benachteiligten Gesellschaftsschichten stammen, wenig gebildet sind oder sich in einer prekären beruflichen Situation befinden. Diese Feststellung weist darauf hin, dass generell patientenorientierte Fragebögen auch die Situation von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund besser erfassen könnten, so dass es sich erübrigen würde, regelmäßig Spezialbefragungen für sie durchzuführen.

Dies bedeutet aber nicht, dass keine Überlegungen gemacht oder Schritte unternommen werden sollten, um die Lage der Migrantinnen und Migranten und ihre Bedürfnisse besser zu identifizieren: Sinnvoll scheint die Befragung durch Dolmetscherdienste, die Verbesserung transkultureller Kompetenzen im Spital sowie die Entwicklung von qualitativen Umfragemethoden, um bestimmte Gruppen von Migrantinnen und Migranten punktuell besser erreichen zu können.

Die Ergebnisse dieser Studie sprechen dafür, Angehörige der Migrationsbevölkerung in die allgemeinen Patientenbefragungen einzubeziehen (integriertes Vorgehen). Dies schliesst migrationsspezifische Massnahmen oder Fragestellungen im Rahmen von punktuell durchgeführten Zusatzbefragungen oder ergänzenden Modulen nicht aus.

Eine Vorgehensweise, die auf die Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten ausgerichtet ist, stellt eine ausgezeichnete Möglichkeit dar für ein Qualitätssystem, um die Sensibilität für die Verschiedenartigkeit von Zielgruppen einer Institution generell zu überprüfen. Es handelt sich also nicht bloss um eine zusätzliche Belastung: Ein solcher Ansatz erlaubt es, die Patientenbefragungen auf die Anliegen aller Patientinnen und Patienten auszurichten (mainstreaming). Das Interesse der Teilnehmenden sowie die Rücklauf- und Antwortquoten von verschiedenen Patientengruppen können dadurch gesteigert werden, insbesondere von denjenigen, die normalerweise von Zufriedenheitsumfragen ausgeschlossen bleiben, weil sie eher Mittel- oder Oberschichten ansprechen.

Aus diesem Grund trägt die empfohlene Vorgehensweise dazu bei, die Zufriedenheit aller Patientinnen und Patienten sowie indirekt auch der betroffenen Fachpersonen besser zu berücksichtigen. Die Einsicht in diese Zusammenhänge spricht für eine Überwindung vorhandener institutioneller Einwände gegenüber Veränderungen. Diese Einsicht sollte es ermöglichen, dass die Spitäler auf freiwilliger Basis und nicht unter äusserem Zwang die notwendigen Schritte unternehmen, um in einer konstruktiven Zusammenarbeit die Entwicklung und Anwendung geeigneter Qualitätsicherungsinstrumente an die Hand zu nehmen.

## Mitarbeitende als Träger und Vermittler transkultureller Kompetenz

**Mitarbeitende als Träger und Vermittler transkultureller Kompetenz**  
| Peter Saladin

Die Mitarbeitenden sind die Leistungsträger des Unternehmens und Träger der Unternehmenskultur. Mitarbeitende mit einem Migrationshintergrund bilden einen Teil dieser Unternehmenskultur – gewollt oder ungewollt, bewusst oder unbewusst. Der Umstand, dass das Personal in den meisten Gesundheitsinstitutionen bezüglich Herkunft, Sprache, Religionszugehörigkeit und sozialem Status sehr heterogen zusammengesetzt ist, stellt eine Chance für die Sichtbarkeit und die Verwirklichung transkultureller Kompetenz einer Organisation dar. Die Anerkennung, Nutzung und Förderung der vielfältigen Kompetenzen der Mitarbeitenden bedeuten einen wichtigen Schritt in der Organisationsentwicklung.

Werden Mitarbeitende mit Migrationshintergrund als solche überhaupt wahrgenommen? Sind sie ein Störfaktor, eine Problemgruppe, die es zu integrieren gilt? Oder sind sie eine Chance für die Institution? Sind sie in den Gremien der Institution vertreten? Können sie sich mit ihren Fähigkeiten und Stärken an der Entwicklung einer diversitätsorientierten und migrationsfreundlichen Unternehmenskultur beteiligen? Was unternimmt die Institution, um allfällige Barrieren für eine bessere Anteilnahme an der Unternehmensentwicklung zu überwinden?

Die Fortbildung des Personals über Diversität, Migration und Gesundheit wird auf Seite 71 gesondert behandelt.

### Checkliste Mitarbeitende als Trägerinnen und Vermittler kultureller Kompetenz

<b>Personalpolitik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Die Verwirklichung von Chancengleichheit und Nichtdiskriminierung ist sichergestellt</li> <li><input type="checkbox"/> Die menschlichen, sozialen und fachlichen Ressourcen der Mitarbeitenden bezüglich transkultureller Vermittlung sind optimal eingesetzt</li> </ul>	<b>Ziel</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bestehende personalpolitische Grundlagen durch die Personalverantwortlichen überprüfen</li> <li><input type="checkbox"/> Chancengleichheit und Nichtdiskriminierung (bezüglich Salarierung, Karriereplanung, Weiterbildung usw.) als Ziele der Personalpolitik verankern</li> <li><input type="checkbox"/> Sanktionen, falls Bestimmungen verletzt werden, festlegen</li> <li><input type="checkbox"/> Stärken, Fähigkeiten und Bereitschaft zu transkultureller Vermittlung in den Personaldossiers erfassen (Seite 46)</li> <li><input type="checkbox"/> Vertretung von Mitarbeitenden mit besonderen Fähigkeiten und Erfahrungen in Diversitäts- und Migrationsfragen in personalpolitischen Gremien sichern (zum Beispiel Personalausschüsse, Betriebskommissionen, Organisationskomitees, Projektorganisationen)</li> <li><input type="checkbox"/> Einführungsveranstaltungen für Neueintretende mit Migrationshintergrund durchführen</li> <li><input type="checkbox"/> Personalcontrolling</li> <li><input type="checkbox"/> Jährliche Gespräche mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern</li> <li><input type="checkbox"/> Austrittsberichte</li> </ul>	<b>Anregung zur Umsetzung</b>
<b>Personaldienste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mitarbeitende im Personaldienst, die sich speziell mit Diversitäts- und Migrationsfragen befassen, sind bezeichnet und ausgebildet</li> <li><input type="checkbox"/> Mitarbeitende mit Migrationshintergrund im Personaldienst beschäftigen</li> <li><input type="checkbox"/> Beim Stellenantritt auf Kontaktpersonen und auf Fachstellen hinweisen</li> <li><input type="checkbox"/> Personalcontrolling</li> </ul>	<b>Ziel</b> <b>Anregung zur Umsetzung</b> <b>Evaluation der Massnahmen</b>

<b>Ziel</b>	<input type="checkbox"/> Richtlinien sind erlassen für die Anstellung von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund in den verschiedenen Einheiten	<b>Anstellung von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund</b>
<b>Anregung zur Umsetzung</b>	<input type="checkbox"/> Stellenausschreibungen so gestalten, dass potentielle Bewerberinnen und Bewerber mit Migrationshintergrund nicht ausgeschlossen werden (zum Beispiel: Hauptsprache anstelle von Muttersprache) <input type="checkbox"/> Diversitäts- und migrationsbezogene Richtlinien der Institution bei Einführungsveranstaltungen erläutern <input type="checkbox"/> Netzwerk der Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund zum Zwecke der Mitarbeit bei der transkulturellen Vermittlung aufbauen und unterstützen <input type="checkbox"/> Daten bezüglich Migration bei der Anstellung erfassen	
<b>Evaluation der Massnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Personalcontrolling <input type="checkbox"/> Gespräche mit Mitarbeitenden <input type="checkbox"/> Austrittsberichte	
<b>Ziel</b>	<input type="checkbox"/> Richtlinien für die Übersetzung von personalrelevanten Vorschriften, Mitteilungen und anderen Dokumenten sind festgelegt <input type="checkbox"/> Es ist sichergestellt, dass wichtige Informationen von allen Mitarbeitenden verstanden werden <input type="checkbox"/> Übersetzungs- und Verständigungshilfen sind bekannt	<b>Schriftliche Übersetzung von Personalrichtlinien</b>
<b>Anregung zur Umsetzung</b>	<input type="checkbox"/> Das Hinzuziehen von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund regeln <input type="checkbox"/> Zusammenarbeit mit Dolmetscher- und Übersetzungsdielen organisieren <input type="checkbox"/> Verständigung auf andere Weise sicherstellen, wenn Übersetzungen nicht machbar sind	
<b>Evaluation der Massnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Evaluation der einzelnen Massnahmen	
<b>Ziel</b>	<input type="checkbox"/> Angebote für Mitarbeitende mit Migrationshintergrund zum Erlernen berufsspezifischer Sprachkenntnisse sind geschaffen	<b>Berufsspezifische Sprachkenntnisse</b>
<b>Anregung zur Umsetzung</b>	<input type="checkbox"/> Spezielle Sprachkurse anbieten (Tages- oder Abendkurse) <input type="checkbox"/> Kader befähigen, ihre Mitarbeitenden bei der täglichen Arbeit in der Berufssprache zu schulen (Lernfeld Arbeitsplatz)	
<b>Evaluation der Massnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Gespräche mit Mitarbeitenden <input type="checkbox"/> Periodische Beurteilung durch Vorgesetzte	
<b>Ziel</b>	<input type="checkbox"/> Spannungen zwischen Mitarbeitenden aufgrund ethnischer oder sprachlicher Unterschiede sowie aufgrund rassistischer Vorfälle werden in geeignetem Rahmen erfolgreich angesprochen und behandelt	<b>Umgang mit Spannungen</b>
<b>Anregung zur Umsetzung</b>	<input type="checkbox"/> Mediations-, Supervisions- und Intervisionsinstanzen auf verschiedenen Ebenen (Verwaltung, Pflege, Ärzteschaft, Ökonomie und weitere) bekannt machen	
<b>Evaluation der Massnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Periodische Beurteilung durch Leitungsorgane	
<b>Ziel</b>	<input type="checkbox"/> Selbsthilfeorganisationen, Hilfswerke, religiöse Vereinigungen, Integrationsbeauftragte der Kantone und Städte sind als Gesprächspartner, Antennen und Ressourcen genutzt	<b>Vernetzung nach aussen</b>
<b>Anregung zur Umsetzung</b>	<input type="checkbox"/> Verantwortliche Person für Kontakte zu diesen Organisationen bezeichnen <input type="checkbox"/> Regelmäßige Treffen ermöglichen <input type="checkbox"/> Gesundheitsförderungsprogramme für Mitarbeitende durchführen oder unterstützen	
<b>Evaluation der Massnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Gezielte Befragung der am Netzwerk beteiligten Personen	

<b>Migrationsspezifische Projekte</b>	<input type="checkbox"/> Interne und externe Finanzierungsquellen für migrationsspezifische Projekte, die von Mitarbeitenden initiiert werden, sind erschlossen	<b>Ziel</b>
	<input type="checkbox"/> Eingaben für migrationsspezifische Projekte im Vorschlagswesen berücksichtigen	<b>Anregung zur Umsetzung</b>
	<input type="checkbox"/> Regelmässig auf interne und externe Anlaufstellen (beispielsweise Integrationsstellen der Kantone und Städte, Eidgenössische Ausländerkommission) in den internen Informationsmedien hinweisen	
	<input type="checkbox"/> Pro Projekt	<b>Evaluation der Massnahmen</b>
<b>Transkulturelle Veranstaltungen</b>	<input type="checkbox"/> Geeignete Veranstaltungen zur Förderung des gegenseitigen Verständnisses finden statt	<b>Ziel</b>
	<input type="checkbox"/> Fremde Lebenswelten erschliessen und eigene Wertvorstellungen und Vorurteile reflektieren (etwa durch Sprachkurse, Sozial- und Bildungsveranstaltungen, Kulturevents wie Filme oder Theater, religiöse Veranstaltungen, kulinarische Anlässe)	<b>Anregung zur Umsetzung</b>
	<input type="checkbox"/> Evaluation der einzelnen Massnahmen	<b>Evaluation der Massnahmen</b>
<b>Interne Kommunikation</b>	<input type="checkbox"/> Diversität in der Institution ist kommuniziert	<b>Ziel</b>
	<input type="checkbox"/> Chancen und Risiken der Diversitätspolitik sind kritisch beleuchtet	
	<input type="checkbox"/> Thema in den internen und externen Kommunikationsmitteln regelmässig behandeln	<b>Anregung zur Umsetzung</b>
	<input type="checkbox"/> Feste Rubriken einplanen	
	<input type="checkbox"/> Mitarbeitende mit Migrationshintergrund zur Sprache kommen lassen	
	<input type="checkbox"/> Evaluation im Rahmen der Informationspolitik	<b>Evaluation der Massnahmen</b>

## Medizinisch-pflegerische Prozesse

Die Berücksichtigung individueller (Diversity-) Faktoren und individueller Bedürfnisse gehört heute zum integralen Bestandteil der Qualitätssicherung. Aus der Literatur wie aus den klinischen Erfahrungen ist bekannt, dass bei der Migrationsbevölkerung einige Besonderheiten bei der Behandlung zu beachten sind.

Die Qualität von Diagnostik, Therapie, Compliance sowie Nachsorge sind selbstverständlich auch bei der Migrationsbevölkerung zu gewährleisten. Die sprachliche Verständigung spielt dabei eine zentrale Rolle; zu beachten sind auch Besonderheiten in der Krankheitsentstehung und Krankheitsausprägung, im Verständnis von Krankheit sowie bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. Sie dürfen allerdings nicht überschätzt werden. Häufig werden kulturelle Faktoren (wie Gesundheits-Krankheits-Konzepte, Geschlechterrollen, Werte allgemein) zu stark, soziale Unterschiede (wie Einkommen, Beschäftigungsstatus, soziales Netzwerk) zu wenig gewichtet.

Zur besseren Übersicht werden die medizinisch-pflegerischen Prozesse im Folgenden nach den klassischen Abläufen für Patientinnen und Patienten gegliedert: Regulärer Eintritt, Eintritt Notfall, Diagnostik, Behandlung und Austritt.

### Regulärer Eintritt

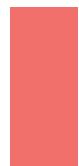
Bereits beim Eintritt werden erste Weichen für die Behandlung und die Nachsorge gestellt; schon in dieser Phase müssen grundlegende kultur- und migrationsspezifische Informationen gesammelt, sprachliche Schwierigkeiten erkannt und Prozesse zur Bewältigung der Barrieren initiiert werden. Im Vordergrund stehen die Informationsgewinnung, Dokumentation und erste Weichenstellungen. Bereits beim regulären Eintritt können Doppelspurigkeiten wirksam vermieden werden, die durch einen hohen Leidensdruck und die allgemeine Unsicherheit durch Informationsdefizite hervorgerufen werden.

Ein besonderes Augenmerk beim Eintritt gilt den Sans Papiers. Gemäss Schreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung BSV vom 23.12.2002 unterstehen Sans Papiers, die sich im Sinne von Artikel 24 des schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) in der Schweiz aufhalten, der Versicherungspflicht des Krankenversicherungsgesetzes (KVG). Die Versicherer sind also verpflichtet, Sans Papiers wie alle andern versicherungspflichtigen Personen aufzunehmen. Dabei sind sie gegenüber Dritten zur Verschwiegenheit verpflichtet. Es versteht sich von selbst, dass – im Rahmen des Leistungsvertrages einer Institution und der medizinischen Ethik – auch Sans Papiers wie alle andern Bewohner der Schweiz aufzunehmen und zu behandeln sind. Gegenüber Dritten, etwa gegenüber der Fremdenpolizei, gilt die Schweigepflicht sowohl für die Institution wie auch ihre Angehörigen.

### Medizinisch-pflegerische Prozesse

| Gerhard Ebner

Regulärer Eintritt



### Checkliste Regulärer Eintritt

<b>Informieren und Informationen sammeln</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Patientinnen und Patienten sind über das Gesundheitswesen im Allgemeinen, ihre Rechte und Pflichten sowie Besonderheiten und Möglichkeiten des jeweiligen Spitals informiert</li> <li><input type="checkbox"/> Grundlegende Angaben über Aufenthaltstatus und Situation der Patientin und des Patienten, ihre oder seine Forderungen (religiöse, andere) sowie die rechtlichen Implikationen sind erhoben und dokumentiert</li> <li><input type="checkbox"/> Abläufe und Berechtigungen für den Zugang zu den erhobenen Daten für Betreuungspersonen sind festgelegt</li> </ul>	<b>Ziel</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Informationen in den gebräuchlichsten Migrationssprachen bereitstellen (über Patientenrechte, Hausordnung, Ernährungsangebote, Möglichkeiten zur Ausübung religiöser Handlungen und weitere Angebote, etwa Gesundheitswegweiser Schweiz, <a href="http://www.migesplus.ch">www.migesplus.ch</a>)</li> <li><input type="checkbox"/> Instrumente zur Erfassung von grundlegenden Information über Werte und Erwartungen von Patientinnen und Patienten stehen zur Verfügung (Behandlung, Ernährung, Seelsorge und weitere)</li> <li><input type="checkbox"/> Audits in Bezug auf Standards und deren Umsetzung</li> <li><input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden</li> </ul>	<b>Anregung zur Umsetzung</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Informationen in den gebräuchlichsten Migrationssprachen bereitstellen (über Patientenrechte, Hausordnung, Ernährungsangebote, Möglichkeiten zur Ausübung religiöser Handlungen und weitere Angebote, etwa Gesundheitswegweiser Schweiz, <a href="http://www.migesplus.ch">www.migesplus.ch</a>)</li> <li><input type="checkbox"/> Instrumente zur Erfassung von grundlegenden Information über Werte und Erwartungen von Patientinnen und Patienten stehen zur Verfügung (Behandlung, Ernährung, Seelsorge und weitere)</li> <li><input type="checkbox"/> Audits in Bezug auf Standards und deren Umsetzung</li> <li><input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden</li> </ul>	<b>Evaluation der Massnahmen</b>
<b>Dolmetschen</b> (Seiten 63 bis 70)	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Die Modalitäten der sprachlichen Verständigung (Dolmetschen, Übersetzungen) sind geregelt</li> <li><input type="checkbox"/> Dolmetscherinnen und Dolmetscher sowie interne Sprachressourcen stehen niederschwellig zur Verfügung</li> <li><input type="checkbox"/> Genaues Procedere festlegen</li> <li><input type="checkbox"/> Angehörige mit einbeziehen</li> <li><input type="checkbox"/> Reflexion über Rolle der Dolmetscherin oder des Dolmetschers veranlassen</li> <li><input type="checkbox"/> Audits</li> <li><input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden</li> </ul>	<b>Ziel</b> <b>Anregung zur Umsetzung</b> <b>Evaluation der Massnahmen</b>
<b>Triagierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sinnvolle Triagierung (Justiz, Somatik, Psychiatrie, Grundversorger) ist vorgenommen</li> <li><input type="checkbox"/> Migrationsspezifische Sprechstunden organisieren</li> <li><input type="checkbox"/> Hausärztin oder Hausarzt systematisch einbeziehen</li> <li><input type="checkbox"/> Patientinnen und Patienten über Gesundheitssystem informieren</li> <li><input type="checkbox"/> Entsprechende Standards erarbeiten</li> <li><input type="checkbox"/> Standards</li> <li><input type="checkbox"/> Audits</li> <li><input type="checkbox"/> Befragung von zuweisenden und nachbehandelnden Stellen im Rahmen des allgemeinen Qualitätsmanagements</li> </ul>	<b>Ziel</b> <b>Anregung zur Umsetzung</b> <b>Evaluation der Massnahmen</b>
<b>Betreuungskontinuität, Case Management</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bezugspersonen und Prozessverantwortliche sind bestimmt und Betreuungskontinuität ist gewährleistet (inklusive Vertretungen)</li> <li><input type="checkbox"/> Patientinnen und Patienten sind über Zuständigkeiten informiert</li> <li><input type="checkbox"/> Barrieren in der Institution sind erkannt und Massnahmen zur Überwindung definiert</li> <li><input type="checkbox"/> Klare Standards festlegen, falls nötig unterschieden nach ambulanten und stationärem Bereich</li> <li><input type="checkbox"/> Patientin oder Patient erhält schriftliche Informationen mit den notwendigen Angaben der verantwortlichen Bezugsperson</li> <li><input type="checkbox"/> Internes Qualitätsmanagement</li> </ul>	<b>Ziel</b> <b>Anregung zur Umsetzung</b> <b>Evaluation der Massnahmen</b>

<b>Ziel</b>	<input type="checkbox"/> Die wichtigsten sprach-, migrations- und kulturspezifischen Informationen über Patientin oder Patient sind dokumentiert	<b>Dokumentation</b>
<b>Anregung zur Umsetzung</b>	<input type="checkbox"/> Klinikinformationssysteme (KIS) ergänzen <input type="checkbox"/> Standardisierte Formulare für alle bereitstellen	
<b>Evaluation der Massnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Internes Qualitätsmanagement	
<b>Ziel</b>	<input type="checkbox"/> Das Umfeld (insbesondere Angehörige) ist im Einverständnis der Patientin oder des Patienten so früh wie möglich einbezogen (in der Regel schon beim Eintritt) <input type="checkbox"/> Sprachliche Verständigung ist gewährleistet	<b>Miteinbezug des Umfeldes</b>
<b>Anregung zur Umsetzung</b>	<input type="checkbox"/> Standards verankern und Checklisten bereitstellen als Teil der allgemeinen Qualitätssicherung <input type="checkbox"/> Fortbildungen für das Personal sicherstellen	
<b>Evaluation der Massnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Audits <input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden	

### Allgemeines zum Informed Consent

Der Informed Consent spielt eine zentrale Rolle zur Einhaltung des rechtlichen Rahmens, für die Compliance und letztlich für den Therapieerfolg. Insbesondere muss gewährleistet sein, dass Formulare und Einverständniserklärungen, die die Patientin oder der Patient zu unterzeichnen haben, von ihr oder ihm auch verstanden worden sind. Damit diese Dokumente Rechtsverbindlichkeit erlangen, haben die Patientin oder der Patient zu verstehen, was sie unterschreiben.

Die Institution hat zu gewährleisten, dass rechtsverbindliche Formulare in die jeweiligen Sprachen übersetzt werden.

Allgemeines  
zum Informed Consent

### Notfall-Eintritt

Diese Ausführungen über den Notfall-Eintritt ergänzen die Erläuterungen über den regulären Eintritt: Notfallstationen stellen für Angehörige der Migrationsbevölkerung oft die einzige oder einfachste Möglichkeit dar, rasch zu einer Behandlung zu kommen. Dolmetscherinnen und Dolmetscher sind im Notfall oft nicht verfügbar. Auch können Prozesse nur bedingt standardisiert werden. Die notwendigen Informationen können in der Regel nur über die bestehenden Ressourcen (fremdsprachiges Personal, Angehörige, Instrumente wie Wörterbücher) gewährleistet werden. Die Verfügbarkeit von Telefondolmetscherinnen und -dolmetschern ist abzuklären und in Zukunft wenn immer möglich zu nutzen. Bei einem nachfolgenden Aufenthalt im Spital ist die Dokumentation den Betreuungsteams weiterzuleiten.

Notfall-Eintritt

**Checkliste Notfall-Eintritt**

<b>Keine verfügbaren Dolmetscherinnen und Dolmetscher in kurzer Zeit</b>	<input type="checkbox"/> Eine rudimentäre Verständigung zur Bewältigung von Notfallsituationen ist gewährleistet	<b>Ziel</b>
	<input type="checkbox"/> Geeignete Instrumente stehen zur Verfügung	
	<input type="checkbox"/> Vorgehensweise ist geklärt, wenn eine Verständigung nicht möglich ist	
	<input type="checkbox"/> Wörterbücher und Piktogramme bereitstellen	<b>Anregung zur Umsetzung</b>
	<input type="checkbox"/> Mitarbeitende mit fremdsprachlichen Kenntnissen rekrutieren und schulen	
	<input type="checkbox"/> Telefondolmetschdienste benutzen	
	<input type="checkbox"/> Liste der verfügbaren Instrumente	<b>Evaluation der Massnahmen</b>
	<input type="checkbox"/> Audits	

**Diagnostik**

Diagnostik

Eine gute Anamnese und erste Massnahmen für den Informed Consent sowie Kenntnisse über diversitäts- und migrationsspezifische Aspekte sind bedeutsam für eine wirksame Behandlung.

**Checkliste Diagnostik**

<b>Migrationsspezifische Anamnese</b>	<input type="checkbox"/> Wichtige herkunfts-, migrations- und lebenslagenspezifische Angaben liegen vor	<b>Ziel</b>
	<input type="checkbox"/> Formulare bereitstellen	<b>Anregung zur Umsetzung</b>
	<input type="checkbox"/> Standards mit Checklisten festlegen	
	<input type="checkbox"/> Fortbildung des Personals sicherstellen	
	<input type="checkbox"/> Coaching ermöglichen	
	<input type="checkbox"/> Audits	<b>Evaluation der Massnahmen</b>
	<input type="checkbox"/> Internes Qualitätsmanagement	
	<input type="checkbox"/> Controlling	

**Informed Consent**

(Seite 57)

<b>Informed Consent</b> (Seite 57)	<input type="checkbox"/> Patientin oder Patient ist über die Krankheit, deren Hintergründe und Folgen informiert	<b>Ziel</b>
	<input type="checkbox"/> Patientin oder Patient verfügt im Rahmen des Informed Consents über die Grundlagen, in diagnostische und therapeutische Massnahmen einzuwilligen (Voraussetzung für Einwilligungsfähigkeit liegt vor)	
	<input type="checkbox"/> Sprachliche Verständigung ist gewährleistet	<b>Anregung zur Umsetzung</b>
	<input type="checkbox"/> Siehe <a href="http://www.migesplus.ch">www.migesplus.ch</a>	
	<input type="checkbox"/> Audits	<b>Evaluation der Massnahmen</b>
	<input type="checkbox"/> Befragungen von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden	

## Behandlung

Eingeschränkte Verständigungsmöglichkeiten sowie Unterschiede im Krankheits- und Therapieverständnis können Probleme bezüglich des Informed Consent bieten. Heute gelten Patientinnen und Patienten grundsätzlich als mündig: Sie besitzen nach einer umfassenden Information die Möglichkeit, die weiteren Schritte selbst zu entscheiden. Diese Wahlmöglichkeiten sind nicht nur wegen der sprachlichen Grenzen eingeschränkt; oft können auch falsche Erwartungen an die Ärzteschaft zu Schwierigkeiten führen, weil Patientinnen und Patienten schnelle Erfolge erwarten.

Behandlung

### Checkliste Behandlung

Ziel	Indikationsstellung
Anregung zur Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eine rationale Indikationsstellung ist gewährleistet (auch bei Sprachbarrieren, differenziertem Krankheitsverständnis sowie bei hohem Leidensdruck)</li> <li>■ Aktuell vorhandene Informationsmaterialien stehen den Behandlungs- und Betreuungsteams zur Verfügung</li> <li>■ Die Auffassung der Patientin und des Patienten zu ihrer bzw. seiner Krankheit sowie die Erwartungen an die Behandlung sind dem Behandlungs- und Pflegeteam bekannt</li> </ul>
Evaluation der Massnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Interdisziplinäre Kolloquien (zum Beispiel Pain Units) organisieren</li> <li>■ Kenntnisse von Krankheits- und Therapieverständnis in verschiedenen Kulturen vermitteln</li> <li>■ Coaching und Supervision ermöglichen</li> </ul>
Ziel	Indikationsstellung

Ziel	Indikationsstellung
Anregung zur Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Der Einbezug qualifizierter Dolmetschenden ist geregelt</li> <li>■ Der Einbezug erfolgt niederschwellig</li> <li>■ Ohne sichere sprachliche Verständigung werden keine Entscheidungen über Behandlungsschritte gefällt (ausserhalb des Notfalls)</li> </ul>
Evaluation der Massnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Niederschwellige Möglichkeiten für das Hinzuziehen von Dolmetschenden und internen Ad-hoc-Dolmetschenden organisieren</li> <li>■ Genaues Procedere für ihren Einbezug festlegen</li> <li>■ Angehörige oder Bezugspersonen für den Informed Consent hinzuziehen</li> <li>■ Reflexion über Rolle der jeweils dolmetschenden Person veranlassen</li> <li>■ Allgemeine Standards festlegen und Empfehlungen machen</li> </ul>

Ziel	Indikationsstellung
Anregung zur Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Qualität der Behandlung entspricht derjenigen der einheimischen Bevölkerung</li> <li>■ Sprachliche Verständigung konsequent gewährleisten</li> <li>■ Grundwissen in transkulturellen Kompetenzen vermitteln (Coaching, Supervision, Fortbildung)</li> </ul>
Evaluation der Massnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Audits</li> <li>■ Befragungen von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden</li> <li>■ Outcome-Studien</li> <li>■ Beschwerdedienste</li> </ul>

<b>Empowerment der Patientinnen und Patienten</b>	<input type="checkbox"/> Ressourcen der Patientin oder des Patienten sowie des Umfeldes und der jeweiligen Kultur werden systematisch genutzt	<b>Ziel</b>
	<input type="checkbox"/> Das Verständnis von Krankheit sowie traditionelle Heilmethoden werden einbezogen	
	<input type="checkbox"/> Den Einbezug traditioneller Heilerinnen und Heiler regeln	<b>Anregung zur Umsetzung</b>
	<input type="checkbox"/> Von Patientin oder Patient beanspruchte traditionelle Heilmethoden kennen	
	<input type="checkbox"/> Standards festlegen	
	<input type="checkbox"/> Fortbildung und allgemeine Sensibilisierung des Personals für Diversitätsaspekte gewährleisten	
	<input type="checkbox"/> Audits von Standards	<b>Evaluation der Massnahmen</b>
	<input type="checkbox"/> Befragungen von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden	

### Austritt

Beim Austritt können die Grundlagen zur Nachhaltigkeit der Behandlung gelegt werden; ein ausführlicher Informed Consent, der Miteinbezug des Umfeldes und der Nachbehandelnden sind zentral.

### Checkliste Austritt

<b>Information und Organisation, Nachbehandlung und Triagierung</b>	<input type="checkbox"/> Die Patientin oder der Patient – falls notwendig die Angehörigen – sind beim Austritt oder der Versetzung in eine andere Institution verständlich informiert über das Follow up und die Nachbehandlung	<b>Ziel</b>
	<input type="checkbox"/> Die notwendige Nachbehandlung ist organisiert	
	<input type="checkbox"/> Wichtige Bezugspersonen sind definiert	<b>Anregung zur Umsetzung</b>
	<input type="checkbox"/> Die entsprechenden Kontakte sind angebahnt	
	<input type="checkbox"/> Beim Austrittsgespräch sind Dolmetschende anwesend, falls eine Nachfolgebehandlung notwendig ist	
	<input type="checkbox"/> Überweisung an Therapeutinnen und Therapeuten mit gleicher Hauptsprache (wenn möglich) ist erfolgt	
	<input type="checkbox"/> Klare Standards für Abläufe und Prozessverantwortliche festlegen	
	<input type="checkbox"/> Informationsmaterialien zur Verfügung stellen	
	<input type="checkbox"/> Notfallpass mit notwendigen, wichtigen Informationen über Vorgehensweise bei medizinischem Bedarf erstellen	
	<input type="checkbox"/> Kopie des Austrittsberichtes auch an Patientin oder Patient mitgeben (zum Vorzeigen bei Arztkontakt) oder senden	
	<input type="checkbox"/> Auf Hausärztinnen und Hausärzte in der Umgebung hinweisen	
	<input type="checkbox"/> Audits	<b>Evaluation der Massnahmen</b>
	<input type="checkbox"/> Befragung der nachbehandelnden Stellen oder Personen	

## Hintergrundinformation

### Gesundheitsversorgung für Sans Papiers: Unité mobile de soins communautaires an der Universitäts-Poliklinik in Genf

I Hans Wolff

#### Migrantinnen und Migranten ohne Aufenthaltsbewilligung

Schätzungsweise 90% der in der Schweiz lebenden 80 000 bis 100 000 Sans Papiers<sup>1</sup> sind nicht krankenversichert; dies trotz einer Weisung des Bundesamtes für Sozialversicherung BSV und des Bundesamtes für Gesundheit BAG an die Krankenversicherer aus dem Jahr 2002. Diese schreibt vor, dass alle Sans Papiers, die sich versichern wollen, zu akzeptieren und deren Daten vor einer Weitergabe an die Fremdenpolizei zu schützen sind. Das grösste Hindernis stellt jedoch die Finanzierung der Prämien dar: Die Löhne der Sans Papiers sind niedrig – in Genf im Durchschnitt bei etwa 1200 CHF pro Monat – und die Krankenkassenprämien hoch – in Genf über 400 CHF pro Monat. Das sind die Hauptgründe für die hohe Rate von Nicht-Versicherten.<sup>2</sup>

Um die Not dieser gesellschaftlichen Randgruppe zu vermindern und den Zugang zur medizinischen Versorgung zu verbessern, hat die Genfer Universitäts-Poliklinik 1996 die Unité mobile de soins communautaires gegründet, im Folgenden «Unité mobile» genannt.

89% der Patientinnen und Patienten der «Unité mobile» sind Sans Papiers. In Genf sind dies zumeist Frauen (60%) aus Lateinamerika (63%), die im Durchschnitt zwei Jahre in der Schweiz bleiben und zwischen 20 und 40 Jahre alt sind. Ihre Schulausbildung ist in der Regel sehr gut. Schätzungsweise die Hälfte von ihnen hat einen Mittelschulabschluss, 30% gar einen universitären Abschluss.

In erster Linie suchen die Sans Papiers die Sprechstunde auf wegen frauenspezifischer Probleme. Sie stehen aber meistens auch unter grossem, psychischem Leidensdruck, der mit der ständig drohenden polizeilichen Verfolgung, der Trennung von der Familie und den eigenen Kindern sowie mit schwierigen Arbeitsbedingungen erklärt werden kann.

Das Hauptziel der «Unité mobile» besteht darin, sozial benachteiligten Personen und Menschen ohne Krankenversicherung den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Weitere Ziele sind:

- Zugang zu medizinischer Versorgung gewährleisten für Menschen, die in Armut leben.
- Integration der Tätigkeiten der «Unité mobile» und der Patientinnen und Patienten in das bestehende Gesundheitssystem. Von Anfang an ist Wert auf die verbindende Funktion mit dem bestehenden Versorgungsangebot gelegt worden. Damit soll die Stigmatisierung vermindert und bereits Vorhandenes genutzt werden.
- Koordination des karitativen Netzwerks mit den Partnerorganisationen, die in der Genfer Armutsplattform organisiert sind.
- Forschung, um die Zielgruppen und deren Gesundheitsbedürfnisse zu beschreiben sowie Lösungen zu erarbeiten.

#### Ziele

**1** Longchamp C, Aebersold M, Rousselot B et Ratelband-Pally S (2005) Sans Papiers en Suisse: c'est le marché de l'emploi qui est déterminant, non pas la politique d'asile. Rapport final sur mandat de l'Office fédéral des migrations. GFS Bern

**2** Syndicat interprofessionnel de travailleuses et travailleurs SIT (2003) Pour mettre au jour l'économie de l'ombre. Genève

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung wird durch ein Gate-Keeping-Modell geregelt und auch gesichert. Die Pflegefachkräfte sind die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten. Der freie und kostenlose Zugang ist gewährleistet. Die Pflegefachkräfte entscheiden, ob eine ärztliche Versorgung nötig ist. Diese Gate-Keeping-Funktion filtert 70% bis 80% der ärztlichen Konsultationen. Nur 20% bis 30% der Patientinnen und Patienten werden an die Allgemeinärztinnen und -ärzte der Poliklinik überwiesen. Diese wiederum regeln als Gate-Keepers den Zugang zu den Spezialistinnen und Spezialisten des Universitätsspitals.

Die «Unité mobile» hat auch eine Gate-Keeping-Funktion gegenüber dem Universitätsspital. Patientinnen und Patienten, die von der «Unité mobile» überwiesen werden, haben Zugang zu allen medizinisch notwendigen Leistungen (gemäß dem Leistungskatalog des Krankenversicherungsgesetzes [KVG]). Sämtliche Leistungen der «Unité mobile» orientieren sich an diesem Leistungskatalog. Sie entsprechen somit demselben Qualitätsstandard, der allen Personen zur Verfügung steht, die in der obligatorischen Krankenversicherung versichert sind.

#### Funktionsweise

Ein Schwerpunkt der «Unité mobile» bilden präventive Massnahmen; so werden Notfallsituationen und schwere, meist teure Krankheitsverläufe verhindert.

Wichtige und schwerwiegende Kenntnislücken der Sans Papiers betreffen die Verhütung. Eine kürzlich durchgeführte Befragung schwangerer Sans Papiers hat ergeben, dass 83% der ausgetragenen Schwangerschaften ungeplant gewesen sind. Von den befragten Frauen benutzen 70% keine Verhütungsmittel.<sup>3</sup> Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche ist vermutlich sehr hoch. Es ist dringend notwendig, den Bedürfnissen angepasste und effiziente Präventionsprogramme zu entwickeln, die diese Thematik betreffen.

#### Kosten

Die Kosten für das Personal und die medizinischen Leistungen der «Unité mobile» werden vom Universitätsspital getragen, also vom Kanton Genf. Daher müssen alle garantierten Leistungen der «Unité mobile» auch von allen Abteilungen des Universitätsspitals Genf ausgeführt werden. Somit können die gesamten diagnostischen und therapeutischen Leistungen finanziert werden, von der ärztlichen Untersuchung über Labor- und Röntgenuntersuchungen bis zu chirurgischen Eingriffen. Je nach Intervention und den finanziellen Möglichkeiten wird von den Sans Papiers eine finanzielle Beteiligung verlangt. Ungefähr 10% der Kosten werden von den Patientinnen und Patienten aufgebracht.

#### Andere Modelle des niederschwelligen Zugangs zur Gesundheitsversorgung in der Schweiz

Das Universitätsspital des Kantons Genf koordiniert und finanziert das beschriebene Modell der «Unité mobile» für den Zugang der Sans Papiers zur Gesundheitsversorgung. Die Modelle in der deutschsprachigen Schweiz beruhen in der Regel auf privaten Initiativen. Die ambulante Versorgung wird über ein Netzwerk engagierter Ärztinnen und Ärzte gewährleistet; so genannte Anlaufstellen vermitteln kranke Sans Papiers an diese weiter. Diese Ärztinnen und Ärzte arbeiten oft gratis oder zu niedrigen Preisen. Sofern kostspielige, diagnostische und therapeutische Massnahmen notwendig sind, bleibt den Patientinnen und Patienten oft keine andere Wahl, als einer Krankenversicherung beizutreten, selbst wenn ihre finanziellen Mittel höchstens für einige wenige Prämienzahlungen ausreichen. Ausnahmen stellen der Kanton Basel-Stadt sowie der Kanton Waadt dar: Sans Papiers, die sich versichern wollen, erhalten einen Zuschuss von 50% bis 70% der Monatsprämie. Grundsätzlich haben gemäss der eingangs erwähnten Weisung die Sans Papiers nach geltendem Recht Anspruch auf Prämienvergünstigungen. Die Durchsetzung dieses Anspruchs erweist sich aber in der Praxis als schwierig und zeitaufwändig.

Es gibt auch gemischte Modelle wie beispielsweise in Lausanne, wo die Hauptanlaufstelle privat getragen wird (Point d'Eau), während die Poliklinik (PMU) öffentlich finanziert ist.

Grundsätzlich ist es für Sans Papiers schwierig, Zugang zu den meisten öffentlichen Spitäler der Schweiz zu erhalten. Ausnahmen bilden Lausanne, Genf und Basel, wo der Zugang gesichert scheint.

Um die Situation zu verbessern, ist eine Vernetzung der Akteure des Gesundheitswesens notwendig. Insbesondere sollen die öffentlichen Spitäler mit den kantonalen Gesundheitsbehörden zusammenarbeiten und folgende Schritte unternehmen:

- Bestandsaufnahme: Existierende Versorgungsangebote und -möglichkeiten sowie wichtige Partnerinnen und Partner erfassen (Vereine, Nicht-Regierungsorganisationen (NGOs), Sans Papiers-Organisationen, Anlaufstellen, Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräfte, Hebammen, Spitäler, Gesundheitsbehörden und weitere)
- Akteure des Gesundheitswesens vernetzen
- Finanzierung regeln
- Projekte aufbauen und fördern, die Sans Papiers den Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglichen
- Evaluation

<sup>3</sup> Wolff H und Stalder H (2005) Medizin für Menschen in Armut!  
– «Unité mobile» de soins communautaires» in Genf. Soziale Medizin 1: 36–39  
Wolff H, Stalder H, Epiney M, Walder A, Irion O, Morabia A (2005) Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva. Soc Sci Med 60: 2149–2154

## Dolmetschen und Übersetzen

Aufgrund der Erfahrungen im In- und Ausland stehen den Gesundheitsinstitutionen grundsätzlich folgende Wege der Sprachvermittlung zur Verfügung, ohne mit dieser Aufzählung Vollständigkeit zu beabsichtigen:

- Einbezug von externen Dolmetscherinnen und Dolmetschern mit physischer Präsenz (face to face-Situation), interkulturellen Übersetzerinnen und Übersetzern, interkulturellen Vermittlerinnen und Vermittlern (Definitionen der verwendeten Begriffe (Seite 91)).
- Einbezug von externen Dolmetscherinnen und Dolmetschern per Telefon.
- Einsatz von mehrsprachigen Mitarbeitenden als Ad-hoc-Dolmetscherinnen und Ad-hoc-Dolmetscher.
- Einsatz von Bild- und Sprachhilfen (Piktogramme; mehrsprachige Wörterbücher).
- Einsatz von Familienmitgliedern oder Bezugspersonen.
- Einsatz von übersetzten Materialien.

Es ist unerlässlich, ein Gesamtkonzept zu erarbeiten, das die verschiedenen Methoden der Sprachvermittlung hinsichtlich Einsatzmöglichkeiten, Abrufbarkeit und Finanzierung regelt. Die folgenden Empfehlungen beschränken sich auf wichtige Eckwerte. Im Übrigen wird auf die Hintergrundinformationen Seiten 65 bis 70 verwiesen.

### Dolmetschen und Übersetzen

| Peter Saladin

#### Checkliste Dolmetschen und Übersetzen

Ziel		
Anregung zur Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Verfügbarkeit externer Dolmetschenden für planbare Einsätze ist gewährleistet</li> <li><input type="checkbox"/> Bedarfsanalyse für Dolmetschdienste erstellen (Art und Umfang möglicher Einsätze, Sprachen, interne und externe Ressourcen)</li> <li><input type="checkbox"/> Grundsätzliche Einsatz- und Organisationsregeln für Dolmetschdienste festlegen</li> <li><input type="checkbox"/> Zusammenarbeit mit externen Fachorganisationen suchen (wie Interpret, Hilfswerke, Vermittlungsstellen für interkulturelles Übersetzen, vergleiche Seite 83)</li> <li><input type="checkbox"/> Synergien mit andern Institutionen und Behörden nutzen (wie kantonale und städtische Integrationsbeauftragte)</li> <li><input type="checkbox"/> Schulung der Mitarbeitenden in der Zusammenarbeit mit Dolmetschenden organisieren</li> <li><input type="checkbox"/> Budget für Dolmetschdienste festlegen und Finanzierung sichern</li> </ul>	<b>Einsatz externer Dolmetschenden (face to face-Situation)</b>
Evaluation der Massnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement</li> <li><input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten</li> <li><input type="checkbox"/> Zusammenarbeit mit Fachorganisationen zur Überprüfung der Qualität der Arbeit der Dolmetschenden</li> </ul>	

<b>Einsatz von Dolmetschenden per Telefon</b> (vergleiche Hintergrundinformation Seite 67)	<input type="checkbox"/> Verfügbarkeit von externen Dolmetschenden rund um die Uhr und für alle Sprachen ist gewährleistet <input type="checkbox"/> Kantonale und nationale Bestrebungen für Telefondolmetschdienste werden unterstützt <input type="checkbox"/> Bedürfnisanalyse für Dolmetschdienste per Telefon erstellen <input type="checkbox"/> Technische Machbarkeit und Voraussetzungen abklären <input type="checkbox"/> Grundsätzliche Einsatz- und Organisationsregeln festlegen <input type="checkbox"/> Synergien mit andern Institutionen und Behörden auf kantonaler und nationaler Ebene nutzen <input type="checkbox"/> Zusammenarbeit mit externen Fachorganisationen suchen <input type="checkbox"/> Mitarbeitende in der Zusammenarbeit mit Telefondolmetscherinnen und -dolmetschern schulen <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement <input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten	<b>Ziel</b>
	<input type="checkbox"/> Bedürfnisanalyse für Dolmetschdienste per Telefon erstellen <input type="checkbox"/> Technische Machbarkeit und Voraussetzungen abklären <input type="checkbox"/> Grundsätzliche Einsatz- und Organisationsregeln festlegen <input type="checkbox"/> Synergien mit andern Institutionen und Behörden auf kantonaler und nationaler Ebene nutzen <input type="checkbox"/> Zusammenarbeit mit externen Fachorganisationen suchen <input type="checkbox"/> Mitarbeitende in der Zusammenarbeit mit Telefondolmetscherinnen und -dolmetschern schulen <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement <input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten	<b>Anregung zur Umsetzung</b>
<b>Einsatz von mehrsprachigen Mitarbeitenden als Ad-hoc-Dolmetschende</b> (vergleiche Hintergrundinformation Seite 65)	<input type="checkbox"/> Verfügbarkeit von Mitarbeitenden als Ad-hoc-Dolmetschende ist sichergestellt <input type="checkbox"/> Bedarfsanalyse erstellen <input type="checkbox"/> Kriterien für Abgrenzung gegenüber externen Dolmetscherinnen und Dolmetschern definieren <input type="checkbox"/> Interne Sprachen-Datenbank aufbauen und unterhalten <input type="checkbox"/> Anforderungen an mehrsprachige Mitarbeitende zur Aufnahme in Sprachdatenbank festlegen <input type="checkbox"/> Organisation und Entschädigung festlegen <input type="checkbox"/> Schulung der Ad-hoc-Dolmetschenden und Gesprächsführenden organisieren <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement <input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten <input type="checkbox"/> Beurteilung der Mitarbeitenden	<b>Ziel</b>
	<input type="checkbox"/> Bedarfsanalyse erstellen <input type="checkbox"/> Kriterien für Abgrenzung gegenüber externen Dolmetscherinnen und Dolmetschern definieren <input type="checkbox"/> Interne Sprachen-Datenbank aufbauen und unterhalten <input type="checkbox"/> Anforderungen an mehrsprachige Mitarbeitende zur Aufnahme in Sprachdatenbank festlegen <input type="checkbox"/> Organisation und Entschädigung festlegen <input type="checkbox"/> Schulung der Ad-hoc-Dolmetschenden und Gesprächsführenden organisieren <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement <input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten <input type="checkbox"/> Beurteilung der Mitarbeitenden	<b>Anregung zur Umsetzung</b>
<b>Bild- und Sprachhilfen (Piktogramme und Wörterbücher)</b> (vergleiche Hintergrundinformation Seite 68)	<input type="checkbox"/> Hilfsmaterialien zur Gesprächsunterstützung sind vorhanden und werden gefördert <input type="checkbox"/> Bedarfsanalyse für Bild- und Sprachhilfen sowie audio-visueller Medien erstellen, insbesondere im Bereich der Pflege <input type="checkbox"/> Vorhandene Sammlungen und Beispiele prüfen <input type="checkbox"/> Grundsätzliche Einsatz- und Organisationsregeln festlegen <input type="checkbox"/> Synergien mit andern Institutionen nutzen <input type="checkbox"/> Zusammenarbeit mit externen Fachorganisationen suchen <input type="checkbox"/> Schulung der Mitarbeitenden im Umgang mit Bild- und Sprachhilfen organisieren <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement <input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten <input type="checkbox"/> Eingesetzte Bild- und Sprachhilfen auf Verständlichkeit und Wirkung vor und nach dem Einsatz evaluieren	<b>Ziel</b>
	<input type="checkbox"/> Hilfsmaterialien zur Gesprächsunterstützung sind vorhanden und werden gefördert <input type="checkbox"/> Bedarfsanalyse für Bild- und Sprachhilfen sowie audio-visueller Medien erstellen, insbesondere im Bereich der Pflege <input type="checkbox"/> Vorhandene Sammlungen und Beispiele prüfen <input type="checkbox"/> Grundsätzliche Einsatz- und Organisationsregeln festlegen <input type="checkbox"/> Synergien mit andern Institutionen nutzen <input type="checkbox"/> Zusammenarbeit mit externen Fachorganisationen suchen <input type="checkbox"/> Schulung der Mitarbeitenden im Umgang mit Bild- und Sprachhilfen organisieren <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement <input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten <input type="checkbox"/> Eingesetzte Bild- und Sprachhilfen auf Verständlichkeit und Wirkung vor und nach dem Einsatz evaluieren	<b>Anregung zur Umsetzung</b>
<b>Einsatz von Familienmitgliedern und Bezugspersonen</b>	<input type="checkbox"/> Einsätze von Familienmitgliedern und Bezugspersonen werden grundsätzlich vermieden, insbesondere von Kindern <input type="checkbox"/> Einfache Regeln aufstellen <input type="checkbox"/> Risiken beachten (Befangenheit, Falschinformation, Schutz der Familie) <input type="checkbox"/> Einsatz auf ausdrücklichen Wunsch von Betroffenen für einfache Alltagsgespräche regeln (Seite 66) <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement <input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten	<b>Ziel</b>
	<input type="checkbox"/> Einsätze von Familienmitgliedern und Bezugspersonen werden grundsätzlich vermieden, insbesondere von Kindern <input type="checkbox"/> Einfache Regeln aufstellen <input type="checkbox"/> Risiken beachten (Befangenheit, Falschinformation, Schutz der Familie) <input type="checkbox"/> Einsatz auf ausdrücklichen Wunsch von Betroffenen für einfache Alltagsgespräche regeln (Seite 66) <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement <input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten	<b>Anregung zur Umsetzung</b>
	<input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement <input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten	<b>Evaluation der Massnahmen</b>

Ziel	<input type="checkbox"/> Wichtige Informationen für Betroffene stehen in den häufigsten Migrationsprachen zur Verfügung	Einsatz von übersetzten Materialien
Anregung zur Umsetzung	<input type="checkbox"/> Regeln für die Übersetzung von Dokumenten festlegen <input type="checkbox"/> Mit professionellen Übersetzungsbüros arbeiten (Seiten 83–85)	
Evaluation der Massnahmen	<input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement <input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten	

## Hintergrundinformation

### Dolmetschen im Spital:

#### Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen

Zusammenfassung eines Forschungsberichtes zuhanden des MFH-Netzwerkes<sup>1</sup>

Die Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten und dem Gesundheitspersonal trägt entscheidend zum Verlauf einer Krankheit bei. Die durchgeführte Literatur-Review zeigt, dass das Risiko einer Fehldiagnose oder einer falschen Behandlung in Situationen steigt, in denen die Interaktion erschwert ist, weil die Patientin oder der Patient sowie die Betreuungspersonen keine gemeinsame Sprache sprechen. Dies kann auch eine tiefere Patientenzufriedenheit und eine Gefährdung der Compliance zur Folge haben.

Um Sprachbarrieren im Gesundheitswesen zu überwinden, gibt es verschiedene Ansätze. Vermehrt werden in den Gesundheitsinstitutionen mehrsprachige Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen angestellt. Zudem ist vor allem in den letzten Jahren die Zusammenarbeit mit externen Dolmetscherdiensten auch in der Schweiz intensiviert worden. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass dieses Angebot infolge fehlender Information nur zurückhaltend genutzt wird; finanzielle Überlegungen sowie Unsicherheiten beim Hinzuziehen der professionellen Dienste spielen ebenfalls eine Rolle. Im Alltag werden oft Angehörige oder zufällig anwesendes Personal verschiedener Berufsgruppen als Ad-hoc-Dolmetschende hinzugezogen. Dass dies zu erheblichen Problemen führen kann, ist in der Literatur mehrfach dokumentiert.

Gespräche von Patientinnen und Patienten mit Dolmetschenden liefern die besten Ergebnisse in der Übersetzung und darüber hinaus in der interkulturellen Vermittlung. Dies geht aus zahlreichen Studien hervor. Als Nachteil gibt das befragte Gesundheitspersonal hauptsächlich die ungenügende Verfügbarkeit von Dolmetschenden und die notwendige Vorausplanung für deren Einsatz an. Daneben äussern Fachpersonen Unsicherheit in Bezug auf deren Fähigkeit, medizinische Fachausdrücke zu verstehen und adäquat zu übersetzen. Gewisse Fachpersonen bezeichnen zudem die Gesprächsführung in Anwesenheit einer Dolmetscherin oder eines Dolmetschers als umständlich.

Im Gegensatz dazu liegen die Vorteile von mehrsprachigen internen Mitarbeitenden auf der Hand, die als Ad-hoc-Dolmetschende eingesetzt werden: Sie sind rasch verfügbar und verstehen das medizinische Vokabular. Vor allem in Umfragen in Psychiatrischen Kliniken wird die Vertrautheit der Ad-hoc-Dolmetschenden mit unterschiedlichen Krankheitsbildern sehr geschätzt. Als Nachteile werden mögliche Rollenkonflikte genannt. Auch kann es zu Spannungen im Team führen, wenn Teammitglieder die Arbeit einer Kollegin oder eines Kollegen übernehmen müssen, die zu einem Dolmetscheinsatz gerufen werden.

Neben der Literaturarbeit sind im Zusammenhang mit diesem Forschungsbericht Umfragen durchgeführt worden in den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) und den Psychiatrischen Universitären Polikliniken Basel (PUP).

| Alexander Bischoff

| Regine Steinauer

| Elisabeth Kurth

<sup>1</sup> Der Forschungsbericht ist

abrufbar unter [www.hplus.ch](http://www.hplus.ch)

► Direktzugang ► MFH

Fachpersonen mit Fremdsprachenkenntnissen sind erfasst und nach erfolgter Weiterbildung mit ihrem Einverständnis als Ad-hoc-Dolmetschende in der internen Sprachdatenbank aufgenommen worden. Die rekrutierten 18 Mitarbeitenden sprechen 11 verschiedene Sprachen und verfügen meist über Erfahrungen in der Arbeit als Ad-hoc-Dolmetschende. Die Sprachkompetenzen sind in diesem Rahmen nicht überprüft worden. Im Rahmen dieser Umfragen sind «Leitlinien zum Aufbau einer spitalinternen Sprachdatenbank» formuliert worden, die das Vorgehen auf organisatorischer Management-Ebene zeigen und die notwendige Einbettung der Sprachdatenbank in ein umfassendes Konzept zur transkulturellen Pflege betonen.

Eines der Ziele ist die Entwicklung von Entscheidungskriterien gewesen zu den Fragen, wann externe Dolmetschende respektive wann interne Ad-hoc-Dolmetschende hinzugezogen werden sollen.

Diese Fragen sind in Fokusgruppen diskutiert und durch eine gezielte Literatursuche ergänzt worden. Dabei sind neun Kriterien identifiziert worden, die zur einfacheren Handhabung in der Praxis als Entscheiddiagramm dargestellt sind. Das Fazit: Bei planbaren und komplexen Gesprächen, die durch emotionale und/oder kulturelle Aspekte geprägt sind, sind eher externe Dolmetschende geeignet. Bei einmaligen, dringlichen Gesprächen mit einfacherem, konkretem Inhalt und kurzer Dauer, sind dagegen Ad-hoc-Dolmetschende zu bevorzugen.

Entscheidungskriterien	Dringlichkeit	hoch	gering
<b>Planbarkeit</b>		schlecht	gut
<b>Dauer</b>		kurz	lang
<b>Komplexität</b>		tief, konkret	hoch, abstrakt
<b>Tragweite/Konsequenz für</b>			
<b>Patientin und Patient</b>		gering	hoch
<b>Verfügbarkeit der dolmetschenden Person</b>		gut, kurzfristig	gut, mittelfristig
<b>Emotionalität</b>		tief	hoch
<b>Kulturelle und religiöse Aspekte</b>		wenige	viele
<b>Nachfolgetermin</b>		nicht vorgesehen	vorgesehen
		→ Interne Ad-hoc-Dolmetschende	→ Externe Dolmetschende

Die Qualität des Trialog-Gespräches mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten hängt aber nicht nur von der Leistung der dolmetschenden Person ab. Die gesprächsführende Fachperson kann einiges dazu beitragen, die Qualität der Übersetzung zu verbessern. Die Information der Dolmetschenden über Hintergrund und Ziel des Gesprächs und eine klare Gesprächsführung in kurzen und leicht verständlichen Sätzen sind wesentliche Punkte für die im Forschungsbericht aufgestellten Leitlinien für die Ärzteschaft und die Pflegenden im Umgang mit Dolmetschenden.

Aufgrund der vorliegenden Studie können für die Praxis folgende Empfehlungen beziehungsweise Verbesserungsvorschläge für Dolmetscheinsätze formuliert werden:

- Eine Zusammenarbeit mit zertifizierten Dolmetschenden, wenn möglich mit INTERPRET-Zertifikat, ist grundsätzlich anzustreben.
- Wenn immer möglich soll vermieden werden, Angehörige und ungeschulte Spitalmitarbeitende als Ad-hoc-Dolmetschende hinzuziehen. Kinder sind nur im absoluten Notfall und auf ausdrücklichen Wunsch einer Patientin oder eines Patienten einzusetzen.
- Mitarbeitende sollen als Ad-hoc-Dolmetschende nur dann hinzugezogen werden, wenn sie in einer Schulung auf diese Tätigkeit vorbereitet worden sind und die Institution einen strukturellen Rahmen bietet.
- Mitarbeitende dürfen nur mit ihrem Einverständnis als Ad-hoc-Dolmetschende eingesetzt werden.
- Das Einrichten einer internen Sprachdatenbank mit fremdsprachigen Mitarbeitenden darf nicht als isolierte Massnahme zum Thema Sprachbarrieren gesehen werden. Eine interne Sprachdatenbank macht nur dann Sinn,

wenn die Mitarbeitenden sorgfältig rekrutiert und geschult werden, die Liste regelmässig nachgeführt, erweitert und evaluiert wird.

- In der internen Sprachdatenbank sollen die am häufigsten gebrauchten Sprachen durch mehrere weibliche und männliche Ad-hoc-Dolmetschende vertreten sein. Nur so kann der grösste Vorteil – die rasche Verfügbarkeit – gewährleistet werden. Die Einführung und der Betrieb einer internen Sprachdatenbank ist für kleine Institutionen mit wenigen fremdsprachigen Mitarbeitenden weniger zu empfehlen.
- Ein institutionsinternes Dolmetschkonzept ist zu formulieren. Dieses beinhaltet neben dem Einsatz von Dolmetschenden eine Regelung über den Einbezug von mehrsprachigen Mitarbeitenden als Ad-hoc-Dolmetschende. Auch die Verfügbarkeit von schriftlichen Patienteninformationen in den geläufigsten Sprachen ist in diesem Konzept zu verankern.
- Die Sprachkompetenzen der interessierten fremdsprachigen Mitarbeitenden sind bei der Rekrutierung als Ad-hoc-Dolmetschende zu prüfen.

## Hintergrundinformation

### Telefondolmetschen im Spital

Zusammenfassung eines Forschungsberichtes zuhanden des MFH-Netzwerkes<sup>1</sup>

Sprachbarrieren stellen eine Herausforderung für alle Beteiligten im Gesundheitswesen dar. Um allen fremdsprachigen Patientinnen und Patienten einen Zugang zu pflegerischen und medizinischen Leistungen zu ermöglichen, werden verschiedene Strategien diskutiert. Die zentrale Strategie ist sicherlich das Einrichten von Vermittlungsstellen mit Dolmetschenden. Als flankierende Massnahmen können mehrsprachige Mitarbeitende einer Institution sowie Telefondolmetschdienste hinzugezogen werden.

Die vorliegende Forschungsarbeit geht der Frage nach, ob Telefondolmetschen ein geeignetes Mittel zur Überwindung von Sprachbarrieren ist. Sie stützt sich auf Erfahrungsberichte, Expertenmeinungen, Umfragen, klinische Studien sowie auf die internationale Literatur. Sie zeigt, dass Telefondolmetschen überwiegend als gute Methode des Dolmetschens beurteilt wird. Die Resultate können wie folgt zusammengefasst werden:

- Verschiedene klinische Studien belegen eine hohe Patientenzufriedenheit, eine hohe Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten sowie eine Verbesserung der Kommunikationsqualität. Patientinnen und Patienten akzeptieren Telefondolmetschen im gleichen Masse wie Dolmetschen vor Ort (face-to-face).
- Fachpersonen in englischen Notfallabteilungen würden laut einer Umfrage die Schaffung eines nationalen Telefondolmetschdienstes unterstützen. Das Telefondolmetschen erweist sich vor allem bei seltenen Sprachen als sinnvoll. Die schnelle Verfügbarkeit des Dienstes wird hervorgehoben.
- Eine Umfrage unter Schweizer Ärztinnen und Ärzten hat ergeben, dass Telefondolmetschen nicht als prioritär betrachtet wird.

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit sind verschiedene Strategiepapiere gesichtet worden, darunter diejenigen des National Standards on Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) in Health Care des U.S. Department of Health and Human Services (Seite 107). Sie kommen zum Schluss, dass Telefondolmetschen als zusätzliches Angebot zum Dolmetschen face-to-face und zum Einsatz mehrsprachiger Mitarbeitender für Situationen geeignet ist, in denen Dolmetschende sofort benötigt werden, oder wenn es sich um seltene Sprachen handelt. Ausdrücklich wird in diesen Strategiepapieren davon abgeraten, Familienangehörige oder Freunde als Dolmetschende einzusetzen.

| Alexander Bischoff

| Florian Grossmann

<sup>1</sup> Der Forschungsbericht ist unter [www.hplus.ch](http://www.hplus.ch) ▶ Direktzugang ▶ MFH abrufbar.

Im Rahmen von sechs weiteren Fallstudien bei bestehenden Telefondolmetschdiensten<sup>2</sup> sind Expertenmeinungen erfragt worden. Die Resultate sprechen eindeutig für die Methode des Telefondolmetschens.

Die Voraussetzungen für erfolgreiche Telefondolmetschdienste lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Der Telefondolmetschdienst soll allen Patientinnen und Patienten angeboten werden, welche die lokale Sprache nicht ausreichend beherrschen.
- Der Telefondolmetschdienst soll auf nationaler Ebene organisiert sein. Er muss rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Alle Institutionen der Gesundheitsversorgung sollten Zugang zu einem Telefondolmetschdienst haben; besonders kleine Institutionen können davon profitieren. Die Nutzung durch das Personal soll so einfach wie möglich sein und bedingt jeweils eine Vereinbarung zwischen dem Anbieter des Telefondolmetschdienstes und der Institution. Alle Berufsgruppen, die mit Patientinnen und Patienten arbeiten, sollen Zugang zu diesem Angebot haben. Dieses Angebot soll in Zusammenarbeit und Koordination mit INTERPRET, respektive mit den von INTERPRET zertifizierten Dolmetschenden und Vermittelnden aufgebaut werden.
- Spitäler sollen Leitlinien erarbeiten, um die Ärzteschaft sowie das Pflegepersonal beim Entscheid zu unterstützen, wann Dolmetschende hinzu zu ziehen sind und welche Methoden angewendet werden sollen. Die Anwender sind im Umgang mit Dolmetschen face-to-face und mit Telefondolmetschdiensten zu schulen.
- Technische Voraussetzungen müssen erfüllt sein (Telefone mit Freisprechanlage für die Anwenderinnen und Anwender). Auf Anbieterseite stellt ein Telefondolmetschdienst hohe Anforderungen an die Kommunikationstechnologie und erfordert eine massgeschneiderte Software.
- Die Qualität der Leistungen von Telefondolmetschenden muss überprüft werden können. Dazu gehören die Zertifizierung der Dolmetschenden, beispielsweise durch INTERPRET, sowie eine kontinuierliche Qualitätssicherung, beispielsweise durch die Auswertung von aufgezeichneten Gesprächen.
- Telefondolmetschdienste können als Ergänzung zum Dolmetschen face-to-face eingesetzt werden.

Die Schaffung eines nationalen Telefondolmetschdienstes in der Schweiz wäre nach dem jetzigen Wissensstand eine viel versprechende Massnahme im Hinblick auf einen gerechten Zugang zu den Dienstleistungen des Gesundheitswesens für alle. Ein Telefondolmetschdienst könnte in Kombination mit anderen Massnahmen (Vermittlungsstellen, regionale Dolmetscherdienste face-to-face, Erfassung und Schulung von mehrsprachigen Mitarbeitenden von Gesundheitsinstitutionen) ein wichtiger Schritt sein, um Sprachbarrieren von fremdsprachigen Patientinnen und Patienten zu überwinden.

**2** Inter Service Migrants ISM, Paris, Academisch Medisch Centrum AMC, Amsterdam, Kantonsspital Baden KSB, Baden, Kolding Sygehus Dänemark, Harbourview Medical Center HMC, Seattle and Pacific Interpreters USA, Boston Medical Center BMC, Boston

## Hintergrundinformation

### Möglichkeiten der Verwendung von Piktogrammen in der Verständigung mit Patientinnen und Patienten der Migrationsbevölkerung in Schweizer Spitäler

Zusammenfassung eines Forschungsberichtes zuhanden des MFH-Netzwerkes<sup>1</sup>

Ziel der Untersuchung ist es gewesen, Grundlagen und Empfehlungen für den Einsatz von Piktogrammen in der transkulturellen Kommunikation zuhanden von schweizerischen Gesundheitsinstitutionen zu erarbeiten, insbesondere im ärztlichen und pflegerischen Bereich. Recherchiert worden sind bestehende Piktogrammsammlungen sowie Chancen und Risiken in der Anwendung im Bereich der transkulturellen Verständigung. Die Untersuchung hat sich auf zwei Arbeitsschritte konzentriert: Eine Befragung von Fachpersonen sowie eine Literatur- und Internetrecherche. Insgesamt sind 41 Expertinnen und Experten aus Gesundheitsinstitutionen, insbesondere aus Spitäler, aus der Verwaltung sowie aus der Forschung im In- und Ausland zur Thematik befragt worden. Zudem ist umfangreiche Literatur aus verschie-

| Madeleine Wick Marcoli

**1** Der Forschungsbericht ist unter [www.hplus.ch](http://www.hplus.ch) ► Direktzugang ► MFH abrufbar

denen Fachgebieten gesucht (über elektronische Datenbanken, Bibliotheken sowie Internet-Suchmaschinen) und auf die Fragestellung hin ausgewertet werden.

Piktogramme können definiert werden als «eine vom Menschen geschaffene Abbildung zum Zweck einer schnellen und eindeutigen, sprach- und wortlosen Kommunikation, um auf etwas hinzuweisen oder etwas anzuzeigen»<sup>2</sup>. Um der Anforderung zu genügen, unabhängig von Schrift, Sprache und sozio-kultureller Herkunft verstanden zu werden, unterliegen Piktogramme teilweise strengen, internationalen Normen. Die Uniformität der normierten Piktogramme bleibt jedoch häufig nur Forderung. In der Praxis existiert eine Vielfalt von verschiedenen Varianten nebeneinander, abhängig von geographischer oder sozio-kultureller Situierung.

In Schweizer Spitätern werden heute Piktogrammsammlungen nur vereinzelt und nicht systematisch angewendet, um die transkulturelle Verständigung mit Angehörigen der Migrationsbevölkerung zu erleichtern. Die Ermittlungen im Ausland ergeben dieselbe Situation. Dies trotz Hinweisen von Fachpersonen aus der Pflege, welche Piktogramme sowie andere visualisierte Informationsmaterialien als dringlich erachten. Werden im Spitalbereich externe Kommunikationsressourcen eingesetzt, so sind dies mehrheitlich schriftliche Kommunikationsmaterialien, deren Text zur besseren Verständlichkeit und Lesbarkeit mit Bildmaterial ergänzt wird; daneben werden interkulturelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher hinzugezogen. Auch audio-visuelles Material, Audiotapes und andere Techniken kommen zum Einsatz. Zentral für die Beurteilung der Möglichkeiten des Einsatzes sowie der Chancen und Risiken der Anwendung von Piktogrammen ist die Frage der Wirksamkeit und damit der Verständlichkeit. Letztere hängt von zahlreichen Faktoren ab. Nicht allein die formalen Eigenschaften der Zeichen sind massgebend. Ebenso wichtig sind der Anwendungskontext sowie die Charakteristika der potentiellen Informationsempfängerinnen und -empfänger. Die Bedeutung der Symbole muss für Senderinnen und Sender sowie Empfängerinnen und Empfänger bekannt sein. Das setzt Konventionen, beziehungsweise Absprachen oder die globale Assoziierbarkeit der Zeichen voraus. Es lassen sich folgende Chancen und Risiken für die Anwendung von Piktogrammen anführen:

- Chancen**
  - Schnelle und einfache Kommunikation
  - Sprach- und wortlose sowie Kultur unabhängige Kommunikation
  - Kompakte Art der Informationsvermittlung in räumlich kondensierter Form
  - Kognitive Information wird anders präsentiert als durch das geschriebene Wort
  - Signal- und Hinweiswirkung eignen sich für einen thematischen Gesprächseinstieg
  - Einfacherer Gebrauch im Vergleich zu schriftlichen Wortbotschaften
  - Erhöhung der Akzeptanz von schriftlichem Material
  - Verbesserung der Verständlichkeit und Erinnerbarkeit von komplexen und abstrakten Textinhalten; in Kombination mit schriftlichem Material auch für nicht-literate Bevölkerungsgruppen
- Risiken**
  - Universelle Verständlichkeit ist in der Praxis häufig nicht gegeben
  - Piktogramme müssen unter Einbezug der Zielgruppen und im vorgesehenen Einsatzbereich sorgfältig getestet werden
  - Die Bedeutung – insbesondere von abstrakten Piktogrammen – muss in der Regel erlernt werden
  - Bildbezogene Hilfsmittel weisen immer eine Unsicherheit auf: Die Verständlichkeit ist nicht gesichert. Übersetzungssicherheiten sind deshalb häufig nötig, beispielsweise eine begleitende Erklärung oder Schrift
  - Möglicherweise fehlende Akzeptanz seitens der Adressatinnen und Adressaten bei Einführung eines neuen, nicht-sprachlichen Kommunikationshilfsmittels in die Gesprächssituation
  - Die Einführung eines innovativen Kommunikationsinstrumentes benötigt in der Praxis eine Weiterbildung für das Gesundheitspersonal, das heißt personelle und finanzielle Ressourcen

<sup>2</sup> Abdullah R, Hübner R (2005) Piktogramme und Icons. Pflicht oder Kür? Hermann Schmidt, Mainz

**Empfehlungen für  
Gesundheitsinstitutionen**

Die Kommunikationspolitik ist angesichts der sozio-kulturellen Diversität der Angehörigen der Migrationsbevölkerung und des substantiellen Anteils von Personen mit tiefer Literalität zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen. Gesundheitsbotschaften und Bilder sind auf die Informationsbedürfnisse der Zielgruppe auszurichten. Bei der Wahl der Informationsstrategien sind Ethnizität, Alter, Geschlecht und Grad der Literalität zu berücksichtigen.

Die Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals im Hinblick auf den Einsatz von externen Ressourcen in der transkulturellen Kommunikation ist sicherzustellen.

Der Einsatz von Piktogrammen als nicht-sprachliche Kommunikationshilfsmittel für konkrete und praktische Alltagssituationen in der transkulturellen Pflege oder im Stationsalltag ist zu prüfen. Für die Vermittlung und Diskussion von komplexen, entscheidungsrelevanten, medizinischen oder rechtsmedizinischen Informationen sind Dolmetschende hinzu zu ziehen.

Der Einsatz von Piktogrammen als Ergänzung zur besseren Verständlichkeit und Erinnerbarkeit von schriftlichem Informationsmaterial ist nicht nur für die Informationsvermittlung im Migrationskontext, sondern angesichts des Besorgnis erregenden Anteils Erwachsener mit unzureichender Literalität in der Schweiz auch für Schweizer Patientinnen und Patienten relevant.

**Empfehlungen für das Projekt  
Migrant Friendly Hospitals (MFH)  
beziehungsweise für  
H+ Die Spitäler der Schweiz**

Insbesondere die Pflegenden äussern den Bedarf nach Piktogrammen zur Erleichterung der Verständigung mit Angehörigen der Migrationsbevölkerung. Dazu ist ein nationales Pilotprojekt zu realisieren. Eine limitierte Anzahl relevanter Alltagssituationen (zum Beispiel Ernährung, Mahlzeiten) – aus Sicht der Pflege – ist auszuwählen und dazu einfaches, leicht handhabbares visuelles Material zu erstellen. Es wird empfohlen, nebst Piktogrammen auch andere bildliche Varianten (wie Zeichnungen oder Fotografien) zu prüfen.

Im Rahmen eines nationalen Projekts sind Wörterbücher für die schweizerischen Gesundheitsinstitutionen zu erstellen, das heisst übersetzte Wort- und Satzlisten zu verschiedenen Themenbereichen. Das Spitalwörterbuch der Spitalregion St.Gallen–Rohrschach ist zu evaluieren und bestehende Erfahrungen in der Erarbeitung und Anwendung von Spitalwörterbüchern im In- und Ausland für das nationale Projekt zu nutzen.

**Empfehlungen für den Bund**

Im Rahmen von Forschungsarbeiten sollten verschiedene Themenbereiche vertieft untersucht werden, so etwa die Zusammenhänge zwischen Literalität und Gesundheit in der Schweiz, die Implikationen von tiefer Literalität für die Vermittlung von Gesundheitsinformationen sowie die Möglichkeiten und Grenzen innovativer (beispielsweise Bild gebender) Informationsinstrumente.

## Fortbildung der Mitarbeitenden

Die Fortbildung in transkultureller Kompetenz verfolgt drei Zielrichtungen:

- Sicherstellung der Behandlungsqualität für die Migrationsbevölkerung im Sinne der Chancengleichheit und Nichtdiskriminierung.
- Vermittlung von Sicherheit für die Mitarbeitenden im Umgang mit der Migrationsbevölkerung und damit Verringerung von Stress und Fehlverhalten.
- Vermeidung von unnötigen Kosten und damit Effizienzsteigerung.

Diversität, Migration und Gesundheit sind Querschnittsthemen, die viele Einsatzgebiete und Anwendungsbereiche umfassen. Es geht um Haltung, Wahrnehmung und Wissen, aber auch um Techniken und Fähigkeiten. Jede Fortbildung ist selbstverständlich den Bedürfnissen der Institution und der Fortzubildenden anzupassen. Neben der systematischen Fortbildung der Mitarbeitenden können auch besondere Vorkommnisse innerhalb oder ausserhalb der Institution Anlass für Fortbildungen bieten.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass die Themen Diversität, Migration und Gesundheit in allen Ausbildungen von Gesundheitsberufen Eingang finden sollten. Diese Forderung ist im Rahmen der Bildungspolitik von Bund und Kantonen umzusetzen. Die Neuregelung vieler Ausbildungsgänge von Gesundheitsberufen bietet dafür eine gute Gelegenheit.

## Fortbildung der Mitarbeitenden

| Joachim Wohnhas



### Checkliste Fortbildung der Mitarbeitenden

<b>Unternehmerische Grundlagen</b>	<input type="checkbox"/> Fortbildungen zu Aspekten von Diversität, Migration, Diskriminierung und Gesundheit sind im Leitbild und der Strategie der Institution verankert <input type="checkbox"/> Der Auftrag der Institutionsleitung an die Fortbildungsverantwortlichen ist erfolgt <input type="checkbox"/> Bestehende Grundlagen überprüfen <input type="checkbox"/> Übergeordnete Ziele festlegen <input type="checkbox"/> Strategisches Controlling	<b>Ziel</b>
		<b>Anregung zur Umsetzung</b>
		<b>Evaluation der Massnahmen</b>
<b>Planung der Fortbildung</b>	<input type="checkbox"/> Längerfristige Planung für kontinuierliche Fortbildung mit allgemeinen und nach Berufsgruppen spezifischen Zielen und Durchführungsformen ist erstellt <input type="checkbox"/> Es ist festgelegt, für wen welche Fortbildungseinheiten freiwillig, respektive obligatorisch sind <input type="checkbox"/> Allgemeine Fortbildungsziele sind festgelegt: vorhandene Professionalität mit Fokus Diversität, Migration und Gesundheit ausbauen; spezifische Kenntnisse zum Thema vermitteln; geeignete Methoden und Techniken erlernen; transkulturelle Kompetenz und interdisziplinäre Zusammenarbeit als Haltung aufbauen <input type="checkbox"/> Situationsbezogene Fortbildungsziele sind festgelegt: im Anschluss an besondere Vorkommnisse auf einer Abteilung; als Reaktion auf äußere Faktoren oder politische Entwicklungen; im Rahmen der Einführung eines neuen Leitbildes oder einer neuen Geschäftspolitik <input type="checkbox"/> Regelmäßige Bedarfserhebungen, insbesondere bei betroffenen Mitarbeitenden, durchführen <input type="checkbox"/> Personen mit Migrationshintergrund hinzuziehen <input type="checkbox"/> Form der Fortbildung den Bedürfnissen anpassen: selbständige Veranstaltung (Impulsveranstaltung); Teil der regelmäßigen internen Fortbildung, berufsspezifisch oder interdisziplinär; Kombination mit Spezialthemen (zum Beispiel Geburt, Rehabilitation) <input type="checkbox"/> Zusammenarbeit mit andern Institutionen der Gesundheitsversorgung suchen <input type="checkbox"/> Praxisworkshops, Fallbesprechungen anbieten (intra- oder interdisziplinär) <input type="checkbox"/> Befragungen von Patientinnen und Patienten <input type="checkbox"/> Beurteilung des Bedarfs durch die Mitarbeitenden <input type="checkbox"/> Evaluation jeder Fortbildungsveranstaltung	<b>Ziel</b>
		<b>Anregung zur Umsetzung</b>
		<b>Evaluation der Massnahmen</b>
<b>Dozierende</b>	<input type="checkbox"/> Die Ausbildnerinnen und Ausbildner verfügen über spezifische Qualifikationen in Bezug auf definierte Zielsetzungen <input type="checkbox"/> Mit Universitätsinstituten, Fachorganisationen und Spezialisten zusammenarbeiten <input type="checkbox"/> Argumentarium für häufig gestellte Fragen im Zusammenhang mit Chancengleichheit, Nicht-diskriminierung, Rassismus bereitstellen <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement <input type="checkbox"/> Evaluation jeder Fortbildungsveranstaltung	<b>Ziel</b>
		<b>Anregung zur Umsetzung</b>
		<b>Evaluation der Massnahmen</b>
<b>Finanzielle Ressourcen</b>	<input type="checkbox"/> Die Finanzierung von Fortbildungen ist geregelt und sichergestellt <input type="checkbox"/> Budgetbeträge und Drittmittel bereitstellen <input type="checkbox"/> Finanzcontrolling	<b>Ziel</b>
		<b>Anregung zur Umsetzung</b>
		<b>Evaluation der Massnahmen</b>
<b>Rahmenprogramm</b>	<input type="checkbox"/> Programm für die Fortbildung über Diversität, Migration und Gesundheit ist bereitgestellt <input type="checkbox"/> Beschriebenes Beispiel (vergleiche Seite 73) den Bedürfnissen der Institution anpassen <input type="checkbox"/> Evaluation der einzelnen Veranstaltungen	<b>Ziel</b>
		<b>Anregung zur Umsetzung</b>
		<b>Evaluation der Massnahmen</b>

## Hintergrundinformation

### Beispiel eines Rahmenprogramms für die interdisziplinäre Fortbildung über Diversität, Migration und Gesundheit in den Bereichen Geburtshilfe, Krankenpflege, Medizin, Management

Das folgende Rahmenprogramm ist in einem Erfahrungsaustausch zwischen Bildungsfachleuten als gemeinsame, interdisziplinäre Basis entwickelt worden. Es besteht aus sechs Themenblöcken und ist inhaltlich und in der Form den Bedürfnissen der Institution anzupassen.

#### Professionell handeln

<b>Ziele</b>	<input type="checkbox"/> Zugänge zu den Dienstleistungen gleichberechtigt sicherstellen und bei aktuellen Entwicklungen mitwirken	<b>Chancengleichheit, Zugangsbarrieren und Gesundheit</b>
<b>Handlungskompetenzen</b>	<input type="checkbox"/> Fähigkeit, den gleichberechtigten Zugang zu den Dienstleistungen sicher zu stellen, Zusammenhänge zwischen Diversität, Migration und Gesundheit zu erkennen, zu aktuellen Entwicklungen in diesen Bereichen begründet Stellung zu beziehen und an der Umsetzung im eigenen Praxisfeld mitzuwirken	
<b>Inhalte</b>	<input type="checkbox"/> Menschenwürde, Chancengleichheit, Kulturalisierung, Stereotypisierung, Diskriminierung und Rassismus <input type="checkbox"/> Einfluss von Medien und Politik <input type="checkbox"/> Migrationsspezifische Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung <input type="checkbox"/> Migrationsspezifische Informationen über das schweizerische Gesundheitssystem <input type="checkbox"/> Spezifische Angebote für Angehörige der Migrationsbevölkerung im Gesundheitsbereich <input type="checkbox"/> Auswirkungen der Lebensbedingungen in der Migration auf die Gesundheit <input type="checkbox"/> Migration, Schmerz und Invalidität <input type="checkbox"/> Epidemiologie der Migration (HIV/Aids, Sucht und weitere) <input type="checkbox"/> Migration und Public Health (Interventionen auf Bundes- und Kantonsebene) <input type="checkbox"/> Migrationsspezifische Präventionsarbeit <input type="checkbox"/> Transkulturelle Organisationsentwicklung und Diversity Management <input type="checkbox"/> Interdisziplinarität und Interprofessionalität in transkulturellen Fragen	



#### Kommunikation

<b>Ziele</b>	<input type="checkbox"/> Verständigungsbasis sicherstellen und mit Angehörigen der Migrationsbevölkerung sachgerecht kommunizieren	<b>Dolmetschen, Medizinethnologie</b>
<b>Handlungskompetenzen</b>	<input type="checkbox"/> Fähigkeit, eine adäquate Verständigungsbasis sicher zu stellen und in unterschiedlichen Kontexten angemessen und sachgerecht zu kommunizieren <input type="checkbox"/> Fähigkeit, den Gesundheitsversorgungsprozess unter Einbezug der Erklärungsmodelle von Patientinnen und Patienten in Bezug auf Krankheitsursachen, Behandlung und Verlauf auszuhandeln	
<b>Inhalte</b>	<input type="checkbox"/> Migrationsspezifische Kommunikationsmedien (Bilder, Piktogramme, Videos, Broschüren in Migrationssprachen) <input type="checkbox"/> Professionelles Dolmetschen <input type="checkbox"/> Nonverbale Kommunikation <input type="checkbox"/> Beziehungsgestaltung im Erstkontakt <input type="checkbox"/> Migrationsspezifische Anamnese <input type="checkbox"/> Erklärungskonzept und Illness- / Disease-Konzept (nach Kleinman) <input type="checkbox"/> Harmonie- und Gleichgewichtskonzepte (galenische und andere Medizinsysteme) <input type="checkbox"/> Körper- und Seelenvorstellungen <input type="checkbox"/> Magie, Besessenheit und andere soziale sowie übernatürliche Ursachenkonzepte <input type="checkbox"/> Somatisierung versus Psychologisierung <input type="checkbox"/> Ethnopsychiatrie	

### Integration

<b>Asyl, Migration, Kulturbegriff</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Rechtliche, soziale und ökonomische Problemlagen bei Migrantinnen und Migranten adäquat einschätzen unter Einbezug und Reflexion der eigenen soziokulturellen Hintergründe</li> <li><input type="checkbox"/> Fähigkeit, migrationsspezifisch rechtliche, soziale und ökonomische Problemlagen zu erfassen und zu beurteilen, eigene soziokulturelle Hintergründe zu erkennen und zu reflektieren sowie deren Einfluss auf die Interaktion und Intervention zu erkennen und dementsprechend zu handeln</li> </ul>	<b>Ziele</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Integrationskonzepte</li> <li><input type="checkbox"/> Ausländerrecht und Asylrecht</li> <li><input type="checkbox"/> Lebensbedingungen in der Migration</li> <li><input type="checkbox"/> Unsicherer Aufenthalt und Auswirkungen auf die Lebenswelten</li> <li><input type="checkbox"/> Sans Papiers und illegale Migration</li> <li><input type="checkbox"/> Kinder und Jugendliche in der Migration</li> <li><input type="checkbox"/> Wandel des Kulturbegriffs in der Ethnologie</li> <li><input type="checkbox"/> Kulturalisierung und Stereotypisierung</li> <li><input type="checkbox"/> Konzept der transkulturellen Kompetenz</li> <li><input type="checkbox"/> Das Fremde und das Andere (ethno-psychoanalytische Ansätze)</li> </ul>	<b>Handlungskompetenzen</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Integrationskonzepte</li> <li><input type="checkbox"/> Ausländerrecht und Asylrecht</li> <li><input type="checkbox"/> Lebensbedingungen in der Migration</li> <li><input type="checkbox"/> Unsicherer Aufenthalt und Auswirkungen auf die Lebenswelten</li> <li><input type="checkbox"/> Sans Papiers und illegale Migration</li> <li><input type="checkbox"/> Kinder und Jugendliche in der Migration</li> <li><input type="checkbox"/> Wandel des Kulturbegriffs in der Ethnologie</li> <li><input type="checkbox"/> Kulturalisierung und Stereotypisierung</li> <li><input type="checkbox"/> Konzept der transkulturellen Kompetenz</li> <li><input type="checkbox"/> Das Fremde und das Andere (ethno-psychoanalytische Ansätze)</li> </ul>	<b>Inhalte</b>

### Soziozentrierte Systeme

<b>Zusammenarbeit mit sozizentrierten Systemen, Selbsthilfe, Ressourcen, Vernetzung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Unter Einbezug der Ressourcen von Migrantinnen und Migranten mit deren Systemen und Institutionen zusammenarbeiten</li> <li><input type="checkbox"/> Fähigkeit, das Funktionieren von soziozentrierten Systemen zu verstehen und unter Einbezug der vorhandenen Ressourcen mit diesen zusammenzuarbeiten</li> <li><input type="checkbox"/> Fähigkeit, eigene und äussere Grenzen zu erkennen und sich bei Bedarf entsprechende Unterstützung zu organisieren sowie mit bestehenden Netzwerken und externen Stellen zusammenzuarbeiten</li> </ul>	<b>Ziele</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sozio- versus individuumszentrierte Systeme</li> <li><input type="checkbox"/> Rollenverständnisse in soziozentrierten Systemen</li> <li><input type="checkbox"/> Migrationsfamilien</li> <li><input type="checkbox"/> Migrationskinder und deren Zwischenwelten</li> <li><input type="checkbox"/> Mann- / Fraubeziehungen in Migrationsfamilien und deren Wandel im Migrationskontext</li> <li><input type="checkbox"/> Familiarisierung versus professionelle Distanz, beziehungsweise Professionalität</li> <li><input type="checkbox"/> Empowerment und Ressourcenorientiertheit im professionellen Handeln</li> <li><input type="checkbox"/> Gewalt in Migrationsfamilien</li> <li><input type="checkbox"/> Zusammenarbeit mit Migrationsnetzwerken, Fachstellen und anderen Diensten</li> <li><input type="checkbox"/> Einbezug von Mediatorinnen und Mediatoren als «Brückenbauer»</li> </ul>	<b>Handlungskompetenzen</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sozio- versus individuumszentrierte Systeme</li> <li><input type="checkbox"/> Rollenverständnisse in soziozentrierten Systemen</li> <li><input type="checkbox"/> Migrationsfamilien</li> <li><input type="checkbox"/> Migrationskinder und deren Zwischenwelten</li> <li><input type="checkbox"/> Mann- / Fraubeziehungen in Migrationsfamilien und deren Wandel im Migrationskontext</li> <li><input type="checkbox"/> Familiarisierung versus professionelle Distanz, beziehungsweise Professionalität</li> <li><input type="checkbox"/> Empowerment und Ressourcenorientiertheit im professionellen Handeln</li> <li><input type="checkbox"/> Gewalt in Migrationsfamilien</li> <li><input type="checkbox"/> Zusammenarbeit mit Migrationsnetzwerken, Fachstellen und anderen Diensten</li> <li><input type="checkbox"/> Einbezug von Mediatorinnen und Mediatoren als «Brückenbauer»</li> </ul>	<b>Inhalte</b>

<b>Traumatisierung</b>		<b>Traumata bei Erwachsenen und Jugendlichen</b>
<b>Ziele</b>	<input type="checkbox"/> Traumatisierungen bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund erkennen und sachgerecht darauf reagieren	
<b>Handlungskompetenzen</b>	<input type="checkbox"/> Fähigkeit, Traumatisierungen zu erkennen, traumatisierte Personen zu betreuen und zu begleiten sowie bei Bedarf professionelle Hilfe hinzuzuziehen	
<b>Inhalte</b>	<input type="checkbox"/> Begriff Trauma <input type="checkbox"/> Sequentielle Traumatisierung <input type="checkbox"/> Posttraumatisches Belastungssyndrom <input type="checkbox"/> Beratung und Therapie nach Traumatisierungen <input type="checkbox"/> Sekundäre Traumatisierung <input type="checkbox"/> Traumatisierte Familien <input type="checkbox"/> Kriegserfahrungen von Kindern und Jugendlichen	
<b>Gender</b>		<b>Genderspezifische Gesundheitsaspekte der Migration</b>
<b>Ziele</b>	<input type="checkbox"/> Frauen- und männerspezifische Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten kennen und genderspezifisch handeln	
<b>Handlungskompetenzen</b>	<input type="checkbox"/> Fähigkeit, genderspezifische Aspekte der Lebenswelt von Migrantinnen und Migranten zu erkennen, durchgehend einzubeziehen sowie diese in frauen-, beziehungsweise männerspezifischen Gesundheitsbereichen angemessen zu begleiten	
<b>Inhalte</b>	<input type="checkbox"/> Wandel von Rollenverständnissen durch die Migration <input type="checkbox"/> Frauen- und männerspezifische Fluchtgründe <input type="checkbox"/> Gender, Migration und Gesundheit <input type="checkbox"/> Genderspezifische Arbeitssituationen und entsprechende Gesundheitsrisiken <input type="checkbox"/> Schwangerschaft, Geburt, Geburtshilfe <input type="checkbox"/> Verhütung und Abtreibung <input type="checkbox"/> Frauen als Haushaltarbeiterinnen <input type="checkbox"/> Frauen als Sex-Workerinnen <input type="checkbox"/> Frauenhandel <input type="checkbox"/> Frauenbeschneidung <input type="checkbox"/> Männerbeschneidung	



## Zentrale Dienste

### Zentrale Dienste

| Peter Saladin

Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige, Besucherinnen und Besucher, Kontakt Personen aus dem gesamten Umfeld der Institution, Lieferantinnen und Lieferanten und viele andere Menschen begegnen einer Gesundheitsinstitution oft zuerst an einer Stelle außerhalb des medizinisch-pflegerischen Bereichs: bei der Orientierungstafel am Eingang zum Areal, beim Informationsschalter, bei der Anmeldung, in der Cafeteria, beim Suchen eines Patientenzimmers oder etwa beim Lesen von Informationsmaterial. Welchen Eindruck will die Institution an diesen Kontakt punkten gegenüber Menschen vermitteln, die Orientierung, Verständigung, Kommunikation suchen und dies erst noch in einer oft schwierigen und belastenden persönlichen Situation? Die Gestaltung dieser Kontakt- und Servicestellen spielt für die Erreichung der Chancengleichheit in Bezug auf den Zugang zu den Leistungen der Gesundheitsinstitutionen eine wichtige Rolle.

Die Bezeichnung Zentrale Dienste umfasst hier all jene Bereiche einer Institution, die Dienstleistungen für Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner außerhalb der direkten medizinisch-pflegerischen Prozesse sowie teilweise für die Mitarbeitenden erbringen. Dies sind etwa Sozialdienste, die Seelsorge, die Administration, die Hotellerie- und Restaurationsbetriebe, die Infrastrukturdienste, Informatik- sowie Telefondienste. Im Folgenden werden einige Aktivitäten besonders erwähnt, da sie erfahrungsgemäß eine wichtige Rolle im Kommunikationsprozess spielen, ohne dabei Vollständigkeit zu beabsichtigen.

### Checkliste Zentrale Dienste

Administrative Aufnahme und Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Aufnahme und Entlassungsgespräche sind so gestaltet, dass die Patientin oder der Patient sowie die Bewohnerin oder der Bewohner die zu vermittelnden Inhalte verstehen, Rechte und Pflichten kennen und Fragen beantwortet erhalten</li> <li><input type="checkbox"/> Die Eintretenden werden von den Mitarbeitenden auf vorhandenes fremdsprachiges Informationsmaterial oder auf Auskunftsstellen hingewiesen</li> <li><input type="checkbox"/> Die Mitarbeitenden sind im Umgang mit Angehörigen mit Migrationshintergrund speziell ausgebildet</li> </ul>	Ziel
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Prozesse schriftlich festlegen und nach Verständlichkeit überprüfen (mit betroffenen Personen)</li> <li><input type="checkbox"/> Mehrsprachiges Personal rekrutieren</li> <li><input type="checkbox"/> Verfügbarkeit von Dolmetschenden (per Telefon) sicherstellen</li> <li><input type="checkbox"/> Wichtigste Dokumente in die am häufigsten gebrauchten Fremdsprachen übersetzt bereithalten</li> <li><input type="checkbox"/> Liste der fremdsprachigen Informationsmaterialien und Auskunftstellen bereithalten</li> <li><input type="checkbox"/> Spezielle Schulungen und Trainings für dieses Personal durchführen, eventuell mit anderen Dienstleistungsanbietern</li> </ul>	Anregung zur Umsetzung
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement</li> <li><input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten respektive Bewohnerinnen und Bewohnern</li> <li><input type="checkbox"/> Beschwerdewesen</li> <li><input type="checkbox"/> Spezifische Befragung von Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohnern mit Migrationshintergrund nach Aufnahme- und Entlassungsgespräch</li> <li><input type="checkbox"/> Regelmäßige Überprüfung mit externen Fachstellen</li> <li><input type="checkbox"/> Gespräche mit Mitarbeitenden</li> </ul>	Evaluation der Massnahmen

<b>Ziel</b>	<input type="checkbox"/> Informationen des Telefonpersonals sind für fremdsprachige Personen verständlich	<b>Telefondienste</b>
<b>Anregung zur Umsetzung</b>	<input type="checkbox"/> Sprachkundiges Personal rekrutieren <input type="checkbox"/> Richtlinien der Rekrutierungspolitik festlegen <input type="checkbox"/> Obligatorische Weiterbildungen und Trainings organisieren	
<b>Evaluation der Massnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten respektive Bewohnerinnen und Bewohnern <input type="checkbox"/> Gespräche mit Mitarbeitenden <input type="checkbox"/> Beschwerdewesen <input type="checkbox"/> Gezielte Qualitätskontrollen	
<b>Ziel</b>	<input type="checkbox"/> Informationen stehen zur Verfügung für Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner über interne und externe Beratungsstellen (beispielsweise Mütter-Väter-Beratung, Diabetes-, Inkontinenz- und Stomaberatung) sowie insbesondere über Angebote wie Nach- und Vorsorge, Hausärztesystem	<b>Auskunfts- und Informationsstellen in der Institution</b>
<b>Anregung zur Umsetzung</b>	<input type="checkbox"/> Informationen über Beratungsstellen und Angebote bereitstellen in Informationsbroschüren, an Informationsschaltern sowie in elektronischen Informationsstellen	
<b>Evaluation der Massnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten respektive Bewohnerinnen und Bewohnern <input type="checkbox"/> Gespräche mit Mitarbeitenden	
<b>Ziel</b>	<input type="checkbox"/> Die Signalisierung im Areal und in den Gebäuden der Institution ist für Angehörige der Migrationsbevölkerung sichergestellt	<b>Signalisierung</b>
<b>Anregung zur Umsetzung</b>	<input type="checkbox"/> Orientierungstafeln, Signalisierungen, Patientenwege so kennzeichnen, dass sich fremdsprachige und ortsunkundige Menschen zurechtfinden	
<b>Evaluation der Massnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Überprüfung der Massnahmen durch Experten der Signaletik	
<b>Ziel</b>	<input type="checkbox"/> Die Regelungen für Besucherinnen und Besucher berücksichtigen so weit wie möglich die unterschiedlichen kulturellen, religiösen und persönlichen Lebensweisen	<b>Besucherregelung</b>
<b>Anregung zur Umsetzung</b>	<input type="checkbox"/> Überprüfung bestehender Regelungen <input type="checkbox"/> Aufnahme in den Orientierungsschriften	
<b>Evaluation der Massnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten respektive Bewohnerinnen und Bewohnern (Seite 49)	
<b>Ziel</b>	<input type="checkbox"/> Verpflegung und andere Dienstleistungen der Hotellerie berücksichtigen soweit wie möglich die unterschiedlichen kulturellen, religiösen und persönlichen Lebensweisen	<b>Hotellerie</b>
<b>Anregung zur Umsetzung</b>	<input type="checkbox"/> Regelungen für die Hotelleriedienstleistungen schriftlich festhalten <input type="checkbox"/> Sprachliche Verständlichkeit überprüfen (etwa Übersetzung von Bestellungsanweisungen und Menüplänen) <input type="checkbox"/> Aus- und Weiterbildung des Personals im Umgang mit diversifizierten Hotelleriebedürfnissen	
<b>Evaluation der Massnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten respektive Bewohnerinnen und Bewohnern <input type="checkbox"/> Internes Qualitätsmanagement <input type="checkbox"/> Beschwerdewesen	

<b>Religiöse Dienste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Unterschiedliche religiöse und konfessionelle Bedürfnisse sind berücksichtigt (insbesondere für Ereignisse wie Geburt, Sterben und Tod)</li> <li><input type="checkbox"/> Raum der Stille so gestalten, dass sich Angehörige von religiösen Gemeinschaften wohl und sicher fühlen</li> <li><input type="checkbox"/> Seelsorgeorganisation auf die Bedürfnisse von Angehörigen der Migrationsbevölkerung abstimmen</li> <li><input type="checkbox"/> Schriftliche Richtlinien für religiöse Dienste erlassen</li> <li><input type="checkbox"/> Raum der Stille bereitstellen</li> <li><input type="checkbox"/> Kontaktpersonen für die verschiedenen religiösen Gemeinschaften bezeichnen</li> <li><input type="checkbox"/> In Informationsmaterialien auf Angebote hinweisen</li> <li><input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten respektive Bewohnerinnen und Bewohnern sowie von Mitarbeitenden</li> <li><input type="checkbox"/> Internes Qualitätsmanagement</li> <li><input type="checkbox"/> Beschwerdewesen</li> </ul>	<b>Ziel</b>
		<b>Anregung zur Umsetzung</b>
		<b>Evaluation der Massnahmen</b>
<b>Sozialdienste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Spezifische Beratungsressourcen von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern stehen in adäquater Form zur Verfügung</li> <li><input type="checkbox"/> Sozialdienst mit allen relevanten externen Stellen vernetzen und Case Management sicherstellen</li> <li><input type="checkbox"/> Personal mit Migrationshintergrund rekrutieren</li> <li><input type="checkbox"/> Befragung von Patientinnen und Patienten respektive Bewohnerinnen und Bewohnern</li> <li><input type="checkbox"/> Internes Qualitätsmanagement</li> <li><input type="checkbox"/> Beschwerdewesen</li> </ul>	<b>Ziel</b>
		<b>Anregung zur Umsetzung</b>
		<b>Evaluation der Massnahmen</b>
<b>Dokumentationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Wichtige Dokumente für einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Institution liegen in den wichtigsten Sprachen der Migrationsgemeinschaften vor</li> <li><input type="checkbox"/> Spitalwörterbuch mit Informationen zu verschiedenen Kulturen und Religionen steht zur Verfügung (beispielsweise im Intranet)</li> <li><input type="checkbox"/> Richtlinien für die Auswahl der zu übersetzenden Dokumente erlassen</li> <li><input type="checkbox"/> Kontakte mit Fachstellen sowie anderen Institutionen der Gesundheitsversorgung herstellen, um bereits vorhandene Unterlagen zu adaptieren (beispielsweise das Spitalwörterbuch® des Kantonsspital St.Gallen, Bestellung: <a href="http://www.pflegedienst-ksg.ch">www.pflegedienst-ksg.ch</a>)</li> <li><input type="checkbox"/> Kontakte mit universitären Instituten und Fachorganisationen pflegen</li> <li><input type="checkbox"/> <a href="http://www.migesplus.ch">www.migesplus.ch</a> konsultieren</li> <li><input type="checkbox"/> Internes Qualitätsmanagement</li> </ul>	<b>Ziel</b>
		<b>Anregung zur Umsetzung</b>
		<b>Evaluation der Massnahmen</b>

## **Das Netzwerk – Adressen von Fach- und Beratungsstellen**



## Das Netzwerk – Adressen von Fach- und Beratungsstellen

### Eidgenössische Behörden

Im Folgenden sind Bundesämter und -stellen aufgeführt, die sich mit einzelnen Aspekten von Migration und Gesundheit befassen. Im Übrigen verweisen wir auf [www.admin.ch](http://www.admin.ch) und auf die Websites der einzelnen Stellen.

#### **Bundesamt für Migration BFM**

Quellenweg 6, 3003 Bern-Wabern  
Tel. 031 325 11 11 | Fax 031 325 93 79  
[info@bfm.admin.ch](mailto:info@bfm.admin.ch) | [www.bfm.admin.ch](http://www.bfm.admin.ch)

#### **Bundesamt für Gesundheit BAG** Sektion Chancengleichheit und Gesundheit

Postfach, 3003 Bern  
Tel. 031 322 21 11 | Fax 031 322 95 07  
[info@bag.admin.ch](mailto:info@bag.admin.ch) | [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)  
[www.migesplus.ch](http://www.migesplus.ch)

#### **Bundesamt für Berufsbildung und Technologie BBT**

Effingerstrasse 27, 3003 Bern  
Tel. 031 322 21 29 | Fax 031 324 96 15  
[info@bbt.admin.ch](mailto:info@bbt.admin.ch) | [www.bbt.admin.ch](http://www.bbt.admin.ch)

#### **Bundesamt für Sozialversicherungen BSV**

Effingerstrasse 20, 3003 Bern  
Tel. 031 322 90 11 | Fax 031 322 78 80  
[www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch)

#### **Bundesamt für Statistik BfS** Sektion Demographie und Migration

Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel  
Tel. 032 713 67 11  
[info@bfs.admin.ch](mailto:info@bfs.admin.ch) | [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)

#### **seco Staatssekretariat für Wirtschaft**

Effingerstrasse 1, 3003 Bern  
Tel. 031 322 56 56 | Fax 031 322 56 00  
[www.seco.admin.ch](http://www.seco.admin.ch)

#### **Eidgenössische Ausländerkommission EKA**

Quellenweg 9, 3003 Bern-Wabern  
Tel. 031 325 91 16 | Fax 031 325 80 21  
[eka-cfe@bfm.admin.ch](mailto:eka-cfe@bfm.admin.ch) | [www.eka-cfe.ch](http://www.eka-cfe.ch)

**Eidgenössische Kommission gegen Rassismus**

Inselgasse 1, 3003 Bern  
Tel. 031 324 12 93 | Fax 031 322 44 37  
[www.edi.admin.ch/ekr/](http://www.edi.admin.ch/ekr/)

**Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen**

Effingerstrasse 20, 3003 Bern  
Tel. 031 322 90 11 | Fax 031 322 78 80  
[www.bsv.admin.ch/organisa/kommiss/ekff/d/](http://www.bsv.admin.ch/organisa/kommiss/ekff/d/)

**Fachstelle für Rassismus-Bekämpfung**

Generalsekretariat EDI, Inselgasse 1, 3003 Bern  
Tel. 031 324 10 33 | Fax 031 322 44 37  
[www.edi.admin.ch/ara](http://www.edi.admin.ch/ara)

**Kantonale und kommunale Behörden**

Die Kantone und Gemeinden sind hinsichtlich der Zuständigkeiten für Migration und Gesundheit unterschiedlich organisiert. Es sind die offiziellen kantonalen und kommunalen Behördenorganisationen zu konsultieren. Besonders erwähnt sind hier folgende Organisationen:

**Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK**

Amthausgasse 22, Postfach 684, CH-3000 Bern 7  
Tel. 031 356 20 20 | Fax 031 356 20 30  
[office@gdk-cds.ch](mailto:office@gdk-cds.ch) | [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch)

**Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren EDK**

Zähringerstrasse 25, Postfach 5975, 3001 Bern  
Tel. 031 309 51 11 | Fax 031 309 51 50  
[edk@edk.ch](mailto:edk@edk.ch) | [www.edk.ch](http://www.edk.ch)

**Konferenz der kantonalen Sozialdirektoren und Sozialdirektorinnen SODK**

Zentralsekretariat, Eigerplatz 5, Postfach 459, 3000 Bern 14  
Tel. 031 371 04 29 | Fax 031 371 17 44  
[office@sodk-cdas-cdos.ch](mailto:office@sodk-cdas-cdos.ch)  
[www.sodk-cdas-cdos.ch](http://www.sodk-cdas-cdos.ch)

**Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren KKJPD**

Generalsekretariat, Kramgasse 14, 3000 Bern 8  
Tel. 031 318 15 05 | Fax 031 318 15 06  
[info@kkjpd.ch](mailto:info@kkjpd.ch) | [www.kkjpd.ch](http://www.kkjpd.ch)

**Schweizerische Konferenz der kommunalen, regionalen und kantonalen Integrationsdelegierten** Koordinationsstelle für Integration  
Regierungsgebäude, 9001 St.Gallen | Tel. 071 229 33 02

### **Nationale Nicht-Regierungsorganisationen (NGO)**

Hier wird auf einige Nicht-Regierungsorganisationen verwiesen, die sich besonders mit Fragen von Migration und Gesundheit befassen, ohne Vollständigkeit zu beabsichtigen. Es wird auch auf [www.zewo.ch](http://www.zewo.ch) verwiesen.

#### **Pro Senectute Schweiz**

Lavaterstrasse 60, Postfach, 8027 Zürich  
Tel. 044 283 89 89  
[www.alter-migration.ch](http://www.alter-migration.ch)

#### **Forum für die Integration der Migrantinnen und Migranten FIMM**

Speichergasse 39, Postfach 6117, 3011 Bern  
Tel. 031 328 98 98 | Fax 031 328 98 81  
[info@fimm.ch](mailto:info@fimm.ch) | [www.fimm.ch](http://www.fimm.ch)

#### **IAMANEH Schweiz** International Association for Maternal and Neonatal Health

Aeschengraben 16, CH-4051 Basel  
Tel. 061 205 60 80 | Fax 061 271 79 00  
[info@iamaneh.ch](mailto:info@iamaneh.ch) | [www.iamaneh.ch](http://www.iamaneh.ch)

#### **Internationale Organisation für Migration IOM**

Koordinationsbüro Bern | Thunstrasse 11, Postfach 216, 3000 Bern 6  
Tel. 031 350 82 11 | Fax 031 350 82 15  
[bern@iom.int](mailto:bern@iom.int) | [www.iom.int/switzerland](http://www.iom.int/switzerland)

#### **Caritas Schweiz**

Löwenstrasse 3, Postfach, 6002 Luzern  
Tel. 041 419 22 22 | Fax 041 419 24 24  
[info@caritas.ch](mailto:info@caritas.ch) | [www.caritas.ch](http://www.caritas.ch)

#### **Radix** Gesundheitsförderung

Stampfenbachstrasse 161, 8006 Zürich  
Tel. 044 360 41 00 | Fax 044 360 41 14  
[info-zh@radix.ch](mailto:info-zh@radix.ch) | [www.radix.ch](http://www.radix.ch)

#### **Schweizerisches Arbeiterhilfswerk SAH**

Quellenstrasse 31, Postfach 2228, 8031 Zürich  
Tel. 044 444 19 19 | Fax 044 444 19 00  
[info@sah.ch](mailto:info@sah.ch) | [www.sah.ch](http://www.sah.ch)

**Schweizerische Flüchtlingshilfe**

Weyermannstrasse 10, Postfach 8154, 3001 Bern  
Tel. 031 370 75 75 | Fax 031 370 75 00  
info@osar.ch | www.osar.ch

**Schweizerisches Rotes Kreuz SRK**

Rainmattstrasse 10, 3001 Bern  
Tel. 031 387 71 11 | Fax 031 387 71 22  
www.redcross.ch

**INTERPRET**

Schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln  
Monbijoustrasse 61, 3007 Bern  
Tel. 031 351 38 28 | Fax 031 351 38 27  
coordination@inter-pret.ch | www.inter-pret.ch

**Gesellschaft Minderheiten in der Schweiz**

Lessingstrasse 5, Postfach, 8027 Zürich  
Tel. 043 344 49 66 | www.gms-minderheiten.ch

**Schweizerisches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser –  
ein Netzwerk der WHO**

Weidweg 14, 5034 Suhr  
Tel. 062 836 20 30  
contact@healthhospitals.ch | www.healthhospitals.ch

**Stiftung gegen Rassismus und Antisemitismus GRA**

Postfach, 8027 Zürich  
Tel. 043 344 49 66  
hastu@datacomm.ch | www.gra.ch

**Stiftung für Erziehung zur Toleranz SET**

Postfach, 8027 Zürich  
Tel. 043 344 49 66 | Fax 043 344 49 69  
info@set-toleranz.ch | www.set-toleranz.ch

**Contact Netz**

Monbijoustrasse 70, Postfach, 3000 Bern 23  
Tel. 031 378 22 22 | Fax 031 378 22 25  
info@contactmail.ch | www.contactnetz.ch

**Gesundheitsförderung Schweiz**

Dufourstrasse 30, Postfach 311, 3000 Bern 6  
Tel. 031 350 04 04 | Fax 031 368 17 00  
www.promotionsante.ch

**Solidarité sans frontières**

Neuengasse 8, 3011 Bern  
Tel. 031 311 07 70 | Fax 031 311 07 75  
sekretariat@sosf.ch | [www.sosf.ch](http://www.sosf.ch)

**H+ Die Spitäler der Schweiz**

Geschäftsstelle | Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern  
Tel. 031 335 11 11 | Fax 031 335 11 70  
[geschaefsstelle@hplus.ch](mailto:geschaefsstelle@hplus.ch) | [www.hplus.ch](http://www.hplus.ch) ► Direktzugang ► MFH

**Aktive Vermittlungsstellen Interkultureller Übersetzung**

[www.eka-cfe.ch/d/Doku/vermittlungsstellen.pdf](http://www.eka-cfe.ch/d/Doku/vermittlungsstellen.pdf)  
<http://interpret.ch/contenus/pdf/listes/Adressen%20Vermittlungstellen%200605.pdf>

**Regionale Nicht-Regierungsorganisationen und weitere Fachstellen**

**Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer SRK**

Werkstrasse 16, 3084 Wabern  
Tel. 031 960 77 77 | Fax 031 960 77 88  
[ambulatorium.miges@redcross.ch](mailto:ambulatorium.miges@redcross.ch) | [www.redcross.ch/org/national/mig/ambu/index-de.php](http://www.redcross.ch/org/national/mig/ambu/index-de.php)

**Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer afk**

Universitätsspital Zürich, Psychiatrische Poliklinik | Culmannstrasse 8, 8091 Zürich  
Tel. 044 255 52 80 | Fax 044 255 44 08 | [www.psychiatrie.unispital.ch/german/PatientenUndBesucher/Spezialangebote/FolterKrieg/default.htm](http://www.psychiatrie.unispital.ch/german/PatientenUndBesucher/Spezialangebote/FolterKrieg/default.htm)

**Appartenances**

Rue des Terreaux 10, Case postale 52, 1000 Lausanne 9  
Tél. 021 341 12 50 | Fax 021 341 12 52  
[association@appartenances.ch](mailto:association@appartenances.ch) | [www.appartenances.ch](http://www.appartenances.ch)

**Caritas**

Fachstelle für Gesundheit und Integration  
Klosterhof 6e, 9000 St.Gallen  
Tel. 071 227 34 47 | Fax 071 227 34 69  
[gesundheit@sg.caritas.ch](mailto:gesundheit@sg.caritas.ch) | [www.caritas.ch/gesundheit](http://www.caritas.ch/gesundheit)

**Dolmetschdienst Zentralschweiz**

Morgartenstrasse 19, 6002 Luzern  
Tel. 041 227 31 41 | Fax 041 210 00 22  
[dolmetschdienst@caritas-luzern.ch](mailto:dolmetschdienst@caritas-luzern.ch) | [www.dolmetschdienst.ch](http://www.dolmetschdienst.ch)

**Liste der Rechtsberatungsstellen für Asyl Suchende:**

[www.osar.ch/2005/00/00/rbsadr-extern-idra](http://www.osar.ch/2005/00/00/rbsadr-extern-idra)

**Médecins sans Frontières MSF**

Rue de Lausanne 78, Case postale 116, 1211 Genève  
Tél. 022 849 84 84 | Fax 022 849 84 88  
office-gva@geneva.msf.org | [www.msf.ch](http://www.msf.ch)

**Meditrina**

Medizinische Anlaufstelle  
Anwandstrasse 7, 8004 Zürich  
Tel. 044 291 92 33

**Medios**

Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln  
Seestrasse 43, 8002 Zürich  
Tel. 043 960 26 50 | Fax 043 960 25 54  
[info@medios.ch](mailto:info@medios.ch)

**NCBI TeleLingua**

Alte Landstrasse 89, 8800 Thalwil  
Tel. 044 721 10 50 | Natel 078 770 21 78  
[info@telelingua.ch](mailto:info@telelingua.ch)

**Forschung**

Hier wird auf Schweizerische Forschungsinstitutionen verwiesen, die sich unter anderem mit Fragen von Migration und Gesundheit befassen, ohne Vollständigkeit zu beabsichtigen.

**Département Médecine communautaires**

Policlinique de médecine, «Unité mobile» de soins communautaire (UMSCO)  
Rue Hugo-de-Senger 4, 1205 Genève  
Tél. 022 382 53 11

**Institut für Sozialanthropologie der Universität Bern**

Länggassstrasse 49a, 3000 Bern  
Tel. 031 631 89 95 | Fax 031 631 42 12  
[information@anthro.unibe.ch](mailto:information@anthro.unibe.ch) | [www.ethno.unibe.ch](http://www.ethno.unibe.ch)

**Ethnologisches Seminar der Universität Basel**

Münsterplatz 19, 4051 Basel  
Tel. 061 267 27 38  
[ethnologie@unibas.ch](mailto:ethnologie@unibas.ch) | [www.unibas-ethno.ch](http://www.unibas-ethno.ch)

**Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien SFM**

Rue St-Honoré 2, 2000 Neuchâtel  
Tél. 032 718 39 20 | Fax 032 718 39 21  
[secretariat.sfm@unine.ch](mailto:secretariat.sfm@unine.ch) | [www.migration-population.ch](http://www.migration-population.ch)

**Institut für Pflegewissenschaft Universität Basel**

Bernoullistrasse 28, 4056 Basel  
Tel. 061 267 30 40  
nursing@unibas.ch

**Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich**

Hirschengraben 84, 8001 Zürich  
Tel. 044 634 46 11 | Fax 01 634 49 86  
gutzwill@ifspm.unizh.ch

**Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Bern**

Finkenhubelweg 11, 3012 Bern  
Tel. 031 631 35 11 | Fax 031 631 35 20  
info@ispm.unibe.ch

**Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Bern**

Abteilung für Gesundheitsforschung  
Niesenweg 6, 3012 Bern  
Tel. 031 631 35 12 | Fax 031 631 34 30

**Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Basel**

Steinengraben 49, 4051 Basel  
Tel. 061 267 60 66 | Fax 061 267 67 90  
SDISPM@bs.ch | www.ispm-unibasel.ch

**Institut universitaire de médecine sociale et préventive**

Bugnon 17, 1005 Lausanne  
Tel. 021 314 72 72 | Fax 021 314 73 73  
iumsp@chuv.ch

**Institut de médecine sociale et préventive**

Centre médical universitaire  
Chemin de la Tour de Champel 17, 1211 Genève 4  
Tél. 022 379 59 16 | Fax 022 379 59 12  
biblio@imsp.unige.ch | www.imsp.ch

**Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne**

Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne  
Tél. 021 314 60 60 | Fax 021 314 48 88  
pmu@hospvd.ch | www.polimed.ch



### **Internationale Kontakte**

Zahlreiche internationale Organisationen und Organisationen in ausländischen Staaten befassen sich mit Migration und Gesundheit. Hier wird auf wenige weiterführende Adressen hingewiesen, ohne Vollständigkeit zu beabsichtigen.

#### **Weltgesundheitsorganisation WHO/OMS**

Avenue Appia 20, 1211 Genève 27  
Tél. 022 791 21 11 | Fax 022 791 31 11  
info@who.int | [www.who.int](http://www.who.int)

#### **Regionalbüro der WHO für Europa Regional Office for Europe**

8, Scherfigsvej, DK-2100 Copenhagen O  
Tel. +45 39 171 717 | Fax +45 39 171 818  
postmaster@euro.who.int

#### **Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine**

**WHO Collaborating Centre for Hospitals and Health Promotion**  
Rooseveltplatz 2 / 4, A-1090 Vienna  
hm.soc-gruwi@univie.ac.at | [www.mfh-eu.net](http://www.mfh-eu.net)

#### **Task Force on Migrant Friendly and Culturally Competent Hospitals TF MFCCH**

Koordiniert von HPH Regional Network of Emilia Romagna, Antonio Chiarenza,  
Via Amendola 2, IT-42100 Reggio Emilia  
Antonio.chiarenza@ausel.re.it

#### **International Hospital Federation IHF**

Immeuble JB SAY, 13, Chemin du Levant, F-01210 Ferney Voltaire  
Tél. +33 (0)450 42 6000 | Fax +33 (0)450 42 6001  
info@ihf-fih.org | [www.hospitalmanagement.net](http://www.hospitalmanagement.net)

#### **International Organization for Migration IOM**

17, Route des Morillons, 1211 Genève 19  
Tél. 022 717 91 11 | Fax 022 798 61 50  
info@iom.int, [www.iom.int](http://www.iom.int)

## Anhänge



## Begriffsdefinitionen im Bereich Migration und Gesundheit

Hier werden in alphabetischer Reihenfolge einige wichtige Begriffe im Bereich Migration und Gesundheit definiert, ohne Vollständigkeit zu beabsichtigen. Es wird auf die einschlägigen Rechtsgrundlagen und die Literatur verwiesen.

**Begriffsdefinitionen im Bereich  
Migration und Gesundheit**  
| Peter Saladin

Bundesamt für Migration

Als **Flüchtling wird anerkannt**, wer aufgrund seiner oder ihrer politischen Anschauung, der Zugehörigkeit zu einer bestimmten ethnischen, nationalen oder sozialen Gruppe, der Religion oder Nationalität ernsthaften Nachteilen – das heisst schwerwiegender Verfolgung – ausgesetzt war oder begründete Furcht hat, zukünftig solcher Verfolgung ausgesetzt zu sein. Entscheidend ist dabei, dass die Verfolgung vom jeweiligen Herkunftsstaat ausgeht. **Anerkannte Flüchtlinge** erhalten mit der Asylgewährung eine Jahresaufenthaltsbewilligung (Ausweis B).

Anerkannte Flüchtlinge

Bundesamt für Migration

**Asyl Suchende** sind Personen, die in der Schweiz ein Asylgesuch gestellt haben und im Asylverfahren stehen. Sie erhalten den Ausweis N. Während des Asylverfahrens haben sie grundsätzlich ein Anwesenheitsrecht in der Schweiz. Unter bestimmten Umständen kann ihnen eine unselbständige Erwerbstätigkeit erlaubt werden.

Asyl Suchende

www.bfm.admin.ch

Eine **Übersicht der Aufenthaltskategorien** und der dazugehörigen Erklärungen finden sich unter [www.bfm.admin.ch](http://www.bfm.admin.ch) ▶ Themen ▶ Ausländer ▶ Aufenthalt ▶ Die Aufenthaltsbewilligungen.

Aufenthaltskategorien  
im Ausländerbereich

Bundesamt für Statistik

Eine Legaldefinition (im Sinne einer gesetzlich verankerten Definition) des Begriffes **«Ausländerin und Ausländer»** gibt es nicht. Als Ausländerin oder Ausländer wird in der Praxis jede Person bezeichnet, die einzig die Staatsbürgerschaft eines ausländischen Staates besitzt. Diese Personen sind nicht identisch mit den im Ausland geborenen Personen, welche in der Zwischenzeit die schweizerische Staatsangehörigkeit erworben haben. Personen, die neben einem ausländischen auch das Schweizer Bürgerrecht besitzen (Doppelbürgerin oder Doppelbürger), werden in der Statistik als Schweizerin oder Schweizer gezählt. Staatenlose und Personen, deren Staatsangehörigkeit ungeklärt ist, werden hingegen als Ausländerinnen oder Ausländer betrachtet.

Ausländerin und Ausländer

Kolip P (2005)

Gesundheitliche **Chancengleichheit** heisst, dass jede oder jeder gleiche Chancen hat, ein möglichst hohes Mass an Gesundheit zu erhalten. Die gesellschaftlichen – also die politischen, sozioökonomischen, ökologischen, rechtlichen – Bedingungen sind so zu gestalten, dass Individuen ihr Gesundheitspotenzial ausschöpfen können.

Chancengleichheit

Kolip P (2005) Wie erreiche ich meine Ziele? Gesundheitliche Chancengleichheit durch massgeschneiderte Projekte fördern. In: Focus: das Magazin von Gesundheitsförderung Schweiz (25): 14–16

P. Saladin

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

Diversität

Dolmetscherin  
und Dolmetscher

**Dolmetscherinnen und Dolmetscher** sind Fachpersonen mit perfekter Kenntnis der eigenen Muttersprache sowie einer oder mehrerer Fremdsprachen. Sie beherrschen die notwendigen Dolmetschertechniken, um eine gesprochene Botschaft mündlich von der Ausgangssprache in die Zielsprache zu übertragen. Vergleiche dazu die Anmerkung unter Interkulturelle Übersetzerin und Übersetzer.

[www.inter-pret.ch](http://www.inter-pret.ch)

Flüchtlinge

**Flüchtlinge** sind Personen, die in ihrem Heimatstaat oder im Land, in dem sie zuletzt wohnten, wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Anschauungen ernsthaften Nachteilen ausgesetzt sind oder begründete Furcht haben, solchen Nachteilen ausgesetzt zu werden. Als ernsthafte Nachteile gelten namentlich die Gefährdung des Leibes, des Lebens oder der Freiheit sowie Massnahmen, die einen unerträglichen psychischen Druck bewirken. Den frauenspezifischen Fluchtgründen ist Rechnung zu tragen.

Asylgesetz vom 26. Juni 1998,  
Art. 3, SR 142.31

Informed Consent

**Informed Consent**, Informierte Zustimmung (engl.). Zustimmung und Einwilligung von Patientinnen oder Patienten in eine Untersuchung oder Behandlung oder die Teilnahme an einer klinischen Studie, nach umfassender Aufklärung.

[www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com)

Integration

**Integration** bedeutet ein chancengleicher Zugang zu den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Ressourcen zwischen Ausländern oder Ausländerinnen sowie Einheimischen. Die Integration umfasst alle Bestrebungen, die dem gegenseitigen Verständnis zwischen der schweizerischen und der ausländischen Bevölkerung dienen. Zentrale Anliegen sind das Zusammenleben auf der Basis gemeinsamer Grundwerte und Verhaltensweisen, die Information der Ausländerinnen und Ausländer über unsere Einrichtungen, Rechtsvorschriften und Lebensbedingungen sowie die Schaffung von günstigen Rahmenbedingungen für die Chancengleichheit und für die Teilnahme am Gesellschaftsleben. Integration wird als gegenseitiger Prozess verstanden der sowohl die Bereitschaft der Ausländerinnen und Ausländer zur Eingliederung als auch die Offenheit der schweizerischen Bevölkerung voraussetzt.

Bundesamt für Migration



Interkulturelle Übersetzerin  
oder Übersetzer

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

[www.inter-pret.ch](http://www.inter-pret.ch)

Anmerkung: In der Praxis werden die Begriffe Dolmetscherin und Dolmetscher, interkulturelle Übersetzerinnen und Übersetzer, oft auch interkulturelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher sowie Interkulturelle Vermittlerinnen und Vermittler nicht einheitlich angewendet. In diesem Handbuch wird der gängige Begriff Dolmetscherin und Dolmetscher für die mündliche Sprachvermittlung verwendet: Damit wird jedoch keine Stellung bezogen, welcher der erwähnten Methoden der Sprachvermittlung im Einzelfall oder generell in einer Institution der Vorzug gegeben werden soll. Als Ad-hoc-Dolmetschende werden betriebsinterne, mehrsprachige Mitarbeitende bezeichnet, die fallweise zur mündlichen Sprachvermittlung hinzugezogen werden. Übersetzerin und Übersetzer bezieht sich hier immer auf die schriftliche Form der Vermittlung.

Interkulturelle Vermittlerin  
oder Vermittler

**Interkulturelle Vermittlerinnen und Vermittler** informieren adressatengerecht Migrantinnen und Migranten sowie Fachpersonen öffentlicher Dienstleistungen über kulturelle Besonder-

www.inter-pret.ch

heiten, über unterschiedliche Regeln des politischen oder des Sozialsystems sowie über unterschiedliche Umgangsformen. Damit bauen sie Brücken zwischen Migrantinnen und Migranten sowie Bildungs- oder Beratungseinrichtungen und sorgen dafür, dass Unklarheiten zwischen Ärztin und Arzt ↔ Patientin und Patient, Anwältin und Anwalt ↔ Mandantin und Mandant, Lehrerin und Lehrer ↔ Eltern keinen Raum haben. Vergleiche dazu die Anmerkung unter Interkulturelle Übersetzerinnen und Übersetzer.

Wicker HR (1996)

**Kultur** beinhaltet die im Lebensprozess von Individuen erworbenen Dispositionen, die zu intersubjektiver Bedeutungsbildung und zu sinnhaftem Handeln befähigen. Kultur ist demnach ein offener Prozess, der analysiert werden muss, es gibt kein «Kultur sein».

Wicker HR (1996) Von der komplexen Kultur zur kulturellen Komplexität. In: Wicker HR et al (Hg.) Das Fremde in der Gesellschaft: Migration, Ethnizität und Staat. Seismo Zürich, 373–392

www.wikipedia.org

**Kulturalismus** bedeutet die Überbetonung der ethnischen Anteile eines Kulturbegriffes oder die Ersetzung des Wortes Rasse durch Kultur. Kennzeichen kulturalistischer Ansätze sind:

- Ethnische Formulierung: Kultur sei alleine mit der Herkunft verbunden.
- Homogenität: alle Mitglieder einer ethnischen Gruppe sollen die gleiche Kultur haben.
- Reduzierbarkeit: einzelne Menschen wären auf die kulturellen Eigenschaften einer Gruppe beschränkt.
- Starrheit: Kulturen seien nicht oder nur über einen langen Zeitraum (im Rahmen von Generationen) veränderbar.

Kulturalistische Argumentationen kommen sowohl im Rechtsextremismus als auch in verkürzten, multikulturalistischen Ansätzen vor. Ein solcher Kulturbegriff ist nicht vereinbar mit der Heterogenität von Gesellschaften mit bestehenden Unterschieden etwa zwischen Alten und Jungen, Stadt und Land, Armen und Reichen sowie Religionszugehörigkeit.

www.mediation-svm.ch

**Mediatorinnen und Mediatoren** werden meist nach einem Konfliktausbruch eingeschaltet. Sie sind interessenunabhängig und den Parteien gleichermaßen verpflichtet. Sie unterstützen die Beteiligten darin, ihren Konflikt durch Verhandlungen fair und einvernehmlich zu lösen. Die Mediatorinnen und Mediatoren sind Vermittlerinnen und Vermittler ohne Entscheidungsmacht.

International Organization for Migration IOM (2003)

**Migration** bezeichnet die Bewegung einer Person oder einer Gruppe von Menschen über administrative oder politische Grenzen hinweg und von einer geographischen Einheit in eine andere, mit dem Wunsch, sich definitiv oder temporär an einem anderen als dem Herkunfts-ort niederzulassen.

International Organization for Migration IOM (2003) Facts and Figures on International Migration. Migration Policy Issues 2

P. Saladin

Die Begriffe **Migrationsbevölkerung**, **Bevölkerung mit Migrationshintergrund** umfassen alle nicht in der Schweiz geborenen Personen sowie ihre Kinder (die so genannte zweite Generation), unabhängig von ihrer Staatsbürgerschaft.

**Rassismus** im engeren Sinn bezeichnet eine Ideologie, die Menschen aufgrund physiognomischer oder kultureller Eigenarten oder aufgrund ihrer ethnischen, nationalen oder religiö-

Kultur

Kulturalismus

Mediatorin und Mediator

Migration

Migrationsbevölkerung, Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Rassismus

sen Zugehörigkeit in angeblich naturgegebene Gruppen einteilt – so genannte «Rassen» mit unterschiedlichen physischen Eigenschaften – und diese hierarchisiert. Menschen werden nicht als Individuen, sondern als Mitglieder von pseudoverwandtschaftlichen Gruppen mit kollektiven, als weitgehend unveränderbar angenommenen Eigenschaften beurteilt und behandelt. Der klassische Rassismus beruht auf falschen Annahmen, diente und dient aber der Rechtfertigung des Kolonialismus, der Sklaverei, der Verbrechen der Nazis oder von Apartheidregimes.

Seit den Sechzigerjahren des 20. Jahrhunderts (Entkolonialisierung, Emanzipationsbewegung der Schwarzen in den USA) wird der Begriff **Rassismus** vielfach auch für direkte, indirekte, institutionelle sowie strukturelle rassistische Diskriminierung verwendet. Es ist aber sinnvoll, auf der Handlungsebene rassistische Diskriminierung von Rassismus als Ideologie abzugrenzen.

Fachstelle für Rassismusbekämpfung

#### Rassistische Diskriminierung

**Rassistische Diskriminierung** ist jede Praxis, die Menschen aufgrund physiognomischer Merkmale, ethnischer Herkunft, kultureller Merkmale (Sprache, Name) oder religiöser Zugehörigkeit Rechte vorenthält, sie ungerecht oder intolerant behandelt, demütigt, beleidigt, bedroht oder an Leib und Leben gefährdet. In ihrer Wirkung sowohl auf Opfer wie auf Täterinnen und Täter ist sie der Diskriminierung aufgrund des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, des Alters und von Behinderungen verwandt. Rassistische Diskriminierung kann, muss aber nicht ideologisch (klassischer Rassismus) begründet sein.

Fachstelle für Rassismusbekämpfung

#### Sans Papiers

Eine Legaldefinition (im Sinne einer gesetzlich verankerten Definition) des Begriffes **Sans Papiers** gibt es nicht. Sans Papiers werden in der Praxis als Menschen bezeichnet, die sich länger als einen Monat ohne geregelte Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz aufhalten und keine feste Absicht zur Ausreise aus der Schweiz haben.

Forschung für Politik, Kommunikation und Gesellschaft gfs. Bern (2005) Sans Papiers in der Schweiz: Arbeitsmarkt, nicht Asylpolitik ist entscheidend. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Migration. Bern

gfs. Bern (2005)

#### Sex – Gender



Der Begriff **Sex** bezieht sich auf biologische Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Das englische Wort **Gender** bezeichnet die gesellschaftlich, sozial, kulturell und historisch geprägten Geschlechterrollen von Frauen und Männern. Diese sind – anders als das biologische Geschlecht (Sex) – erlernt und damit immer in Veränderung.

Scott J W (1996) Gender. Eine nützliche Analyse der historischen Kategorien. In: Kimmich D et al. (Hg.) Texte zur Literaturtheorie der Gegenwart. Reclam, Stuttgart

Scott JW (1996)

#### Transkulturelle Kompetenz

**Transkulturelle Kompetenz** ist die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten.

Domenig D, siehe Seite 26

#### Übersetzerinnen und Übersetzer

**Übersetzerinnen und Übersetzer** sind Sprachspezialisten auf schriftlichem Gebiet mit perfekter Kenntnis der eigenen Muttersprache sowie einer oder mehrerer Fremdsprache(-n). Sie übertragen schriftlich Texte in eine oder mehrere Zielsprache(-n), in der Regel in ihre Muttersprache(-n).

[www.inter-pret.ch](http://www.inter-pret.ch)

**Vorläufig Aufgenommene** sind Personen, die aus der Schweiz weggewiesen wurden, wobei sich aber der Vollzug der Wegweisung als unzulässig (Verstoss gegen Völkerrecht), unzumutbar (konkrete Gefährdung des Ausländers) oder unmöglich (vollzugstechnische Gründe) erwiesen hat. Die vorläufige Aufnahme stellt demnach eine Ersatzmassnahme dar. Sie kann auch in Fällen einer schwerwiegenden persönlichen Notlage angeordnet werden, sofern seit vier Jahren nach Einreichen des Asylgesuchs kein rechtskräftiger Entscheid ergangen ist.

Vorläufige Aufnahme



## Die Amsterdamer Erklärung für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa

### Migration, Vielfalt, Gesundheit und Krankenhäuser

Migration, ethnische und kulturelle Vielfalt, Gesundheit und Gesundheitswesen sind in vielerlei Hinsicht miteinander verbunden. Bedingt durch die weltweite Migration, die Globalisierung und die europäische Erweiterung wird Europa auch auf lokaler Ebene immer vielfältiger. Der Gesundheitszustand von MigrantInnen und ethnischen Minderheiten ist dabei oft schlechter als jener der durchschnittlichen Bevölkerung: Diese Gruppen sind aufgrund ihrer meist schwächeren sozioökonomischen Stellung, aber oft auch wegen traumatischer Migrationserlebnisse und durch das Fehlen einer ausreichenden sozialen Unterstützung verwundbarer als andere Gruppen.

In diesem Zusammenhang scheint die Forderung von MenschenrechtsaktivistInnen sinnvoll, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung ein Grundrecht für jeden Menschen sein sollte; unterstützt wird diese Forderung auch durch internationale Übereinkommen, wie z.B. die International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination und die International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families.

Über diesen Aspekt der Menschenrechte hinaus stellt die zunehmende Vielfalt eine grosse Herausforderung für die Gesundheitssysteme und ihre Einrichtungen in Hinblick auf Qualitätsicherung und -entwicklung ihrer Dienstleistungen dar.<sup>1</sup> Angehörige von Minderheiten laufen Gefahr, in der Gesundheitsversorgung nicht dieselbe Qualität bei Diagnose, Behandlung und bei Präventivmassnahmen zu erhalten wie die durchschnittliche Bevölkerung. Sehr oft berücksichtigt das Gesundheitswesen die spezifischen Bedürfnisse von Minderheiten nicht ausreichend. Verschiedene Herausforderungen wie z.B. Sprachbarrieren<sup>2</sup> oder kulturell unterschiedliche Erwartungen stellen sich für die NutzerInnen und auch die AnbieterInnen von Dienstleistungen gleichermassen. Darüber hinaus verschärfen knapper werdende Krankenhausressourcen, die häufig geringere Kaufkraft von Minderheiten und teilweise fehlende Anspruchsberechtigungen die Problematik. All das bewirkt, dass (Qualitäts-) Management und Personal vor neue Herausforderungen gestellt werden – speziell auch in Krankenhäusern, die eine besonders wichtige Rolle für die Versorgung dieses Bevölkerungssegments spielen.<sup>3</sup> Problematisch sind aber auch Lücken im gesundheitsbezogenen Wissen. MigrantInnen in Europa verfügen oft nicht über ausreichende Informationen, die eine angemessene Nutzung der ambulanten und stationären Versorgung ermöglichen. Auch das allgemeine Wissen über Gesundheit und Gesunderhaltung im spezifischen Kontext der europäischen Gesellschaften ist oft begrenzt.

Einen solchen Informationsmangel nennen MigrantInnen oft als Begründung dafür, dass sie Gesundheitseinrichtungen nicht zielgerichtet nutzen und dass sie selbst keine ausreichenden Massnahmen zur aktiven Krankheitsprophylaxe ergreifen<sup>4</sup>.

Darüber hinaus nimmt die ethnische und kulturelle Vielfalt des Krankenhauspersonals zu – eine Tatsache, die für Krankenhausorganisationen gleichzeitig eine Chance, eine Ressource und eine zusätzliche Herausforderung darstellt.

Im Jahr 2002 haben sich Krankenhäuser aus 12 europäischen Ländern zusammengefunden, um im Rahmen des EU-Pilotprojekts «Migrant-Friendly Hospitals» eine systematische europäische Auseinandersetzung mit diesen Herausforderungen zu initiieren (Details siehe unten).

Die Erklärung ist in verschiedenen Sprachen abrufbar unter [www.mfh-eu.net](http://www.mfh-eu.net)

**1** Weltgesundheitsorganisation (WHO): Report International Migration, Health and Human Rights, Ausg. Nr. 4, 2003

**2** Bischoff, A.: Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions, 2003, Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien – eine vom Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie Wien in Auftrag gegebene Studie, MFH – Migrant-Friendly Hospitals WHO 2003

**3** Bischoff, 2003

**4** WHO 2003, S. 28

Nationale und regionale Netzwerke des WHO-Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (Health Promoting Hospitals / HPH) haben die Partner aus Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Grossbritannien, Irland, Italien, den Niederlanden, Österreich, Spanien und Schweden zusammengebracht. Die teilnehmenden Krankenhäuser repräsentieren eine breite Palette an Typen – vom grossen städtischen Universitätskrankenhaus bis hin zum kleinstädtischen Gemeindespital im öffentlichen oder privat-gemeinnützigen Eigentum. Einige der Partner hatten schon vor Projektbeginn langjährige Erfahrungen in der Betreuung von MigrantInnen/Minderheiten gesammelt – in manchen Fällen waren die Zielgruppen gut als Minderheiten etabliert und relativ homogen, in anderen dagegen sehr vielfältig, mit einer grossen Zahl an undokumentierten («illegalen») MigrantInnen. Auch die Rahmenbedingungen variierten: Einige Partnerkrankenhäuser konnten ihre Zielgruppen im Rahmen eines gut integrierten Gesundheitswesens versorgen, während andere die Versorgung innerhalb von eher fragmentierten Strukturen anbieten mussten.

Das Projekt wurde von der Europäischen Union und der österreichischen Bundesregierung unterstützt. Europäische und internationale Organisationen traten der Initiative als unterstützende Partner bei (siehe Liste am Ende des Dokuments).

Die Projektpartner einigten sich darauf, einige grundlegende Prinzipien in das Zentrum einer Vision / eines Leitbilds für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser zu stellen:

- Wertschätzung von Vielfalt durch Akzeptanz von Menschen mit unterschiedlichem ethnischen und kulturellen Hintergrund als grundsätzlich gleichwertige Mitglieder der Gesellschaft
- Identifizierung der Bedürfnisse dieser Menschen und laufendes Monitoring und Qualitätsentwicklung der Dienstleistungen in Hinblick auf diese spezifischen Bedürfnisse
- und schliesslich aktive Kompensation von Nachteilen, die den Betroffenen durch unterschiedliche ethnokulturelle Hintergründe erwachsen.

Mithilfe einer Bedarfserhebung gelang es den Pilotkrankenhäusern trotz der Unterschiedlichkeit der Gesundheitssysteme und der lokalen Gegebenheiten viele gemeinsame Probleme zu identifizieren – Probleme sowohl der MigrantInnen/ethnischen Minderheiten unter den PatientInnen und Angehörigen als auch der KrankenhausmitarbeiterInnen. In den Bereichen Übersetzen und Dolmetschen, Training in interkultureller Kompetenz für das Krankenhauspersonal und Empowerment in der Mütter- und Kinderbetreuung wurden wissensbasierte Lösungen erfolgreich implementiert und evaluiert. Neben diesen konkreten Programmen zielten die Pilotkrankenhäuser auch auf eine grundsätzliche Entwicklung ihrer Organisationsstruktur und -kultur ab: in die Richtung einer stärkeren «MigrantInnenfreundlichkeit» bzw. eines kompetenten Umgangs mit Vielfalt – ein prinzipiell machbares, aber keineswegs triviales Vorhaben, das der Unterstützung durch viele unterschiedliche Partner in und ausserhalb der Krankenhäuser bedarf. Projektergebnisse und die bei der Implementierung und Evaluation verwendeten Instrumente sind im Internet in der MFH-Website [www.mfh-eu.net](http://www.mfh-eu.net) verfügbar.

Um die Nachhaltigkeit der Initiative sicherzustellen wurde im Rahmen des Netzwerks gesundheitsfördernder Krankenhäuser der WHO-Europa (HPH) eine Projektgruppe («Task Force») für migrantInnenfreundliche und kulturell kompetente Krankenhäuser eingerichtet. Diese Projektgruppe wird als Schaltstelle und Unterstützung für weitere Initiativen dienen, Workshops organisieren, die MFH-Website warten etc.



### **Empfehlungen**

Auf der Grundlage der Erfahrungen der MFH-Projektpartner, internationaler Diskussionen und wissenschaftlicher Literatur konnten folgende für eine erfolgreiche Entwicklung von Dienstleistungen und Organisationskulturen zentrale Punkte identifiziert werden:

1. Ein migrantInnenfreundliches Krankenhaus zu werden ist eine Investition in individuellere und persönlichere Dienstleistungen für alle PatientInnen und KlientInnen sowie deren Familien.
2. Als notwendige Voraussetzung dafür gilt es, zunächst Bewusstsein für die spezifischen Erfahrungen von MigrantInnenpopulationen zu schaffen. Bestehende Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten im Gesundheitssystem sind zu identifizieren (auch gender-spezifisch) und auf dieser Basis Veränderungen in Kommunikation, Organisationsabläufen und Ressourcenzuteilungen durchzuführen.
3. Ethnokulturelle Unterschiede wahrzunehmen birgt das Risiko der Klischeebildung - deshalb ist es wichtig, sich vor Augen zu halten, dass MigrantInnenstatus, ethnische Abstammung, kultureller Hintergrund und religiöse Zugehörigkeit nur einige wenige ausgewählte Dimensionen des komplexen menschlichen Daseins sind.
4. Die Etablierung von Partnerschaften mit Betroffenen auf der lokalen Ebene bzw. mit engagierten NGOs und ähnlichen Organisationen, die mit den Problemen von MigrantInnen und ethnischen Minderheiten vertraut sind, ist ein wichtiger Schritt zu einem kulturell und sprachlich adäquateren Versorgungssystem.

Wie bei jeder anderen Form von Organisationsentwicklung hängt es auch hier von den einander ergänzenden Beiträgen verschiedener Beteiligter ab, ob es einem Krankenhaus gelingt, «migrantInnenfreundlich» zu werden und verschiedene PatientInnengruppen im Versorgungsgebiet gleichwertig zu betreuen.

### **Krankenhauseigentümer/-träger / Management / Qualitätssicherung/-management**

Diese Akteure sollten die Qualität der Versorgung für MigrantInnen und ethnische Minderheiten zu einer Priorität von Krankenhausorganisationen machen:

5. Allgemeine und spezifische Ziele sollten explizit festgelegt werden (ausgedrückt in Leitbild, planerischen Visionen, aber auch in konkreten Richtlinien und Verfahren).
6. Wenn tatsächlich Änderungen in der Alltagspraxis erzielt werden sollen, müssen entsprechende Ressourcen (Arbeitszeit, finanzielle Ressourcen, Qualifikationen) bereitgestellt werden.
7. Krankenhausleitung, Management / Verwaltung und Qualitätssicherung sollten einen Organisationsentwicklungsprozess initiieren, unterstützen und evaluieren.
8. Ein wichtiger Schritt besteht darin, die Bedürfnisse und Ressourcen der Beteiligten – NutzerInnen (PatientInnen, Verwandte, Gemeinde) und AnbieterInnen (Personal) – regelmäßig zu erheben.
9. Strukturen, Prozesse und Ergebnisse sollten regelmäßig überprüft werden, ob sie dem Kriterium «migrantInnenfreundlich» entsprechen.
10. Geäusserte Bedenken, Beschwerden und Beanstandungen im Zusammenhang mit der Versorgung sollten ernst genommen und entsprechend bearbeitet werden.
11. Investitionen in den Aufbau von Kapazitäten hinsichtlich der kulturellen und sprachlichen Kompetenz des Personals (Auswahl, Training, Evaluierung) sind notwendig.

### **Personal / Gesundheitsberufe**

Krankenhauspersonal und die Organisationen der Berufe, denen es angehört, sollten die Relevanz dieser Themen anerkennen und bereit sein, in den Aufbau von Kompetenz zu investieren.

12. Ein wichtiger Schritt besteht darin, Konsens über Kriterien für «MigrantInnenfreundlichkeit» zu erzielen, angepasst an die jeweilige spezifische Situation. Diese Kriterien müssen in berufliche Standards übersetzt und ihre Anwendung in der Alltagspraxis eingefordert werden. Die im MFH-Projekt angewendeten Prinzipien können als Ausgangspunkt für diese Entwicklung dienen.
13. Angehörige der Gesundheitsberufe und auch die anderen MitarbeiterInnen müssen Kompetenzen in Hinblick auf kulturübergreifendes Handeln, interkulturelle Kommunikation und auf den Umgang mit ethnokultureller Vielfalt aufbauen.
14. Klinische Praxis, präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen sollten auf die verschiedenen Populationen abgestimmt werden. Die Wirksamkeit vorbeugender und gesundheitsfördernder Massnahmen, die in einem hohen Mass auf kommunikativen Interventionen beruhen, ist besonders stark von der kulturellen und sprachlichen Kompetenz der Fachkräfte abhängig.
15. Den Grad der Alphabetisierung und das Wissen der NutzerInnen über Gesundheit und das Gesundheitssystem auf allen Dienstleistungsebenen systematisch zu berücksichtigen, ist eine wichtige Voraussetzung. Das bedeutet zunächst auf diese Kompetenzen zu achten. Darüber hinaus ist die Entwicklung adäquater Orientierungssysteme / Informationsmaterialien sowie entsprechender Bildungsprogramme für die PatientInnen zu fordern bzw. zu unterstützen.
16. In der Krankenhausversorgung sollte wegen der möglicherweise traumatischen Migrationserfahrungen dieser PatientInnengruppe verstärkte Aufmerksamkeit auf die psychische Gesundheit der NutzerInnen gelegt werden.

### **NutzerInnen (aktuelle und potenzielle PatientInnen, Verwandte) / VertreterInnen der lokalen Bevölkerungsgruppen**

PatientInnenorganisationen und lokale Gruppierungen können wichtige Beiträge leisten, indem sie den Zusammenhang von ethnokultureller Vielfalt und Gesundheit / Gesundheitswesen thematisieren.

17. PatientInnenorganisationen sollten die Vielfalt ihrer Klientel in ihre Strategien und Richtlinien einfließen lassen und sich zu Fürsprechern dieser vielfältigen PatientInnenpopulationen machen.
18. VertreterInnen von MigrantInnen/Minderheitsgruppen können ihren Beitrag nicht nur durch Interessensvertretung, sondern auch durch Vermittlung leisten. Sie sollten sich für einen bedarfsgemessenen Zugang und eine adäquate Qualität der Dienstleistungen stark machen und sich auch für die Stärkung des gesundheitsbezogenen Wissens in ihren Gemeinschaften einsetzen.
19. Alle MigrantInnen und Angehörige von Minderheiten können durch mehr persönliches Wissen über Gesundheit und Krankenversorgung einen Beitrag zur Verbesserung ihrer eigenen Gesundheit und zu einer optimaleren Nutzung der Gesundheitsdienste leisten.



### **Gesundheitspolitik und öffentliche Gesundheitsverwaltung**

Gesundheitspolitik und öffentliche Gesundheitsverwaltung sind für die Qualitätsstandards im Gesundheitswesen verantwortlich und tragen in ihren jeweiligen Zuständigkeitsgebieten die Gesamtverantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung. In den meisten Ländern sind sie auch für die Finanzierung der Gesundheitsdienste zuständig und daher auch an der Effektivität und Effizienz dieser Dienste interessiert.

20. Die Gesundheitspolitik sollte einen Rahmen schaffen, um eine migrantInnenfreundliche Qualitätsentwicklung in jedem Krankenhaus zu einem wichtigen und erreichbaren Ziel zu machen (mittels rechtlicher, finanzieller und organisatorischer Bestimmungen).
21. Ein gesundheitspolitischer Rahmen, innerhalb dessen die Gesundheit von MigrantInnen und ethnischen Minderheiten in der lokalen Politik thematisiert wird, kann für die Förderung des Gesundheitsbewusstseins / der Health Literacy dieser Gruppen sehr hilfreich sein.
22. Politik und Verwaltung spielen eine wichtige Rolle bei der Förderung der Wissensentwicklung, zum Beispiel indem sie Forschung, Aufbereitung von Wissen, Entwicklung von Standards und deren Verbreitung (Vernetzung, Bildung / Schulung, Erfahrungsaustausch) initiieren und finanzieren.

### **Gesundheitswissenschaften**

Wissenschaftliche Erkenntnisse und ExpertInnenwissen können bei diesem Prozess sehr nützlich sein: Indem die Gesundheitswissenschaften Fragen der Auswirkungen der ethnokulturellen Vielfalt in Gesundheitswesen und Krankenversorgung einen höheren Stellenwert beimessen und diese in ihre Theorien und in die Entwicklung systematischer Evidenz einfließen lassen, können sie wichtige Beiträge leisten.

23. Ethnische und migrationsbezogene Hintergrundinformationen sollten als relevante Kategorie in epidemiologische, verhaltensbezogene, klinische, Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung eingeführt werden.
24. Wissenschaftliche ExpertInnen sollten bereit sein, anderen Akteuren bei der Planung, Überwachung und Evaluierung ihrer Initiativen behilflich zu sein, indem sie aufbereitetes Wissen sowie Erhebungs-, Planungs- und Evaluierungsinstrumente zur Verfügung stellen.
25. Wissenschaftliche Initiativen können zur Bekämpfung von Rassismus, Vorurteilen, Diskriminierung und Ausgrenzung beitragen, indem sie Informationen über die negativen Konsequenzen dieser Phänomene bereitstellen.
26. Forschung sollte in Form von Multi-Methoden-Studien, systematischen Evaluationen von Massnahmen etc. durchgeführt werden, jedenfalls aber unter Einbeziehung der Betroffenen und in Absprache mit lokalen Gruppierungen und Vertretungen.

**Alle europäischen Krankenhäuser sind eingeladen, die Amsterdamer Erklärung umzusetzen, zu migrantInnenfreundlichen und interkulturell kompetenten Organisationen zu werden und individualisierte persönliche Dienstleistungen zu entwickeln, von denen alle PatientInnen profitieren. Investitionen in eine verbesserte Sensibilität für die Bedürfnisse von Populationen, die besonderen Risiken ausgesetzt sind, sind ein wichtiger Schritt in Richtung einer allgemeinen Sicherung und Entwicklung der Dienstleistungsqualität.**

## Kontakt-/Kommunikations-/Kooperationsmöglichkeiten

- Projektgruppe (Task Force) des Health Promoting Hospitals Network der WHO-Europa, koordiniert vom HPH Regional Network Emilia Romagna, Antonio Chiarenza, Via Amendola, 2, 42100 Reggio Emilia, Italien. E-Mail: Antonio.chiarenza@ausl.re.it
- MFH-Website: [www.mfh-eu.net](http://www.mfh-eu.net)
- Pharos (Evelien van Asperen, [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl), EMail: e.asperen@pharos.nl)
- Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Dilshad Khan, BRI, Duckworth Lane Bradford BD96RJ, E-Mail: dilshad.khan@bradfordhospitals.nhs.uk
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), John Kenneth Davies (IUHPE Europe), Falmer, BN19PH Brighton, Großbritannien, E-Mail: J.K.Davies@bton.ac.uk

### 5 ProjektkoordinatorInnen:

Olivier Bouchaud (Paris),  
 Antonio Chiarenza (Reggio Emilia), Manuel Fernandez (Uppsala), Hanneke Hartog (Amsterdam), Angela Hughes (Dublin), Karoline Kandel (Wien), Dilshad Khan (Bradford), Marja-Leena Pulkkinen (Turku), Anne Mette Rasmussen (Kolding), Antonio Salceda de Alba (Algeciras), Werner Schmidt (Berlin), Sotirios Zotos (Athen)

### 6 Projektleiter: Jürgen M. Pelikan, Kernteam: Gabriele Bocek, Karl Krajic, Sonja Novak-Zezula, Ursula Trummer, Martha Wittenberger

7 Alexander Bischoff (Basel), Sandro Cattacin (Neuchatel), Ilona Kickbusch (Bern), Robert Like (New Brunswick), Lourdes Sanchez (Boston). Wir danken auch anderen ExpertInnen, die durch Unterstützung und Beratung Beiträge zu dem Projekt geleistet haben, wie zum Beispiel Anita J. Arnold (Doylestown, Pa.), Shani Dowd (Boston) und vielen anderen.

## Wer hat die Amsterdamer Erklärung entwickelt?

Die Amsterdamer Erklärung wurde entwickelt von der MFH-Projektgruppe im Rahmen des Projekts der Europäischen Kommission «MFH – Migrant-Friendly Hospitals, a European Initiative to Promote Health and Health Literacy for Migrants and Ethnic Minorities».

**Europäische Pilotspitäler:** Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien, AT, Immanuel-Krankenhaus GmbH, Rheumaklinik Berlin-Wannsee, Berlin, DE, Kolding Hospital, Kolding, DK, Hospital «Spiliopoulos Agia Eleni», Athen, EL, Hospital Punta de Europa, Algeciras-Cádiz, ES, Turku University Hospital, Turku, FI, Hôpital Avicenne, Paris, FR, James Connolly Memorial Hospital, Dublin, IR, Presidio Ospedaliero della Provincia di Reggio Emilia, Reggio Emilia, IT, Academic Medical Center, Amsterdam, NL, Uppsala University Hospital, Psychiatric Centre, Uppsala, SV, Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford, UK<sup>5</sup>

**Projektkoordinator:** Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (LBIMGS) der Universität Wien, sozialwissenschaftliche Fakultät, WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care,<sup>6</sup> unterstützt von einer Gruppe internationaler ExpertInnen,<sup>7</sup> Projekt-Website: [www.mfh-eu.net](http://www.mfh-eu.net). Das Projekt wurde finanziell unterstützt von der Europäischen Kommission, GD Gesundheit und Verbraucherschutz, ko-finanziert vom Österreichischen Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur und den Pilotspitätern. Europäische, internationale und wissenschaftliche Organisationen als unterstützende Partner: International Alliance of Patients' Organizations (IAPO), International Labour Organisation (ILO), International Organisation for Migration (IOM), International Union of health promotion and education (IUHPE), Migrants Rights International, Standing committee of the hospitals of the EU (HOPE), United for Intercultural Action, WHO Centre for Integrated Health Care, Barcelona, nationale und regionale Netzwerke des WHO Network of Health Promoting Hospitals (HPH) in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, Pharos, PaceMaker in Global Health, Andalucian School of Public Health (EASP).

**Deutsche Übersetzung Mai 2005.** Das Projektteam des LBIMGS dankt Werner Schmidt (Berlin), Karoline Kandel (Wien) und Bea Kendlbacher (Wien) für ihre freundliche Unterstützung der Übersetzungsarbeit. Kontakt zur deutschen Fassung: [karl.krajic@univie.ac.at](mailto:karl.krajic@univie.ac.at).

Im Original folgen Landesflaggen und Logos der Beteiligten.



## **Qualitätsfragebogen aus dem EU-Pilotprojekt Migrant Friendly Hospitals**

Der im Folgenden abgedruckte Qualitätsfragebogen wurde im Rahmen des Arbeitskreises «Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen» des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen bmwf (Wien), erarbeitet und vom Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (LBIMGS) der Ludwig Boltzmann Gesellschaft und der Universität Wien redaktionell überarbeitet. Er ist eine gekürzte, übersetzte und überarbeitete Version des englischsprachigen Migrant Friendly Quality Questionnaire (MFQQ), der im Rahmen des Europäischen Projektes Migrant Friendly Hospitals im Rahmen des Förderprogramms Public Health der Europäischen Kommission, DG, Sanco, vom LBIMGS (2006) in Kooperation mit 12 Europäischen Projektspitälern erarbeitet wurde. Die Originalversion ist unter der Homepage des Europäischen Projektes [www.mfh-eu.net](http://www.mfh-eu.net) öffentlich verfügbar.



**SF-MFQQ****Short Form Migrant Friendly Quality Questionnaire****Deutsche Fassung****MigrantInnen-freundliche Spitäler (MFH)****Teil A: Beschreibung der Leistungen**

Bitte geben Sie den geschätzten Prozentwert der Umsetzung von MF-Werten in Quartil-Werten an:

0 keine Umsetzung | 1 bis zu 25% umgesetzt | 2 bis zu 50% umgesetzt | 3 bis zu 75% umgesetzt | 4 bis zu 100% umgesetzt

**Allgemeine Ressourcen zur Verbesserung der Kommunikation und der Information**

- **Im Spital verfügbare Dolmetschangebote** 0%    bis 25%    bis 50%    bis 75%    bis 100%

1. Dolmetsch-Angebote vor Ort im Spital	<input type="checkbox"/>				
2. Telefondolmetschdienst	<input type="checkbox"/>				
3. Zusammenarbeit mit externen Dolmetsch-einrichtungen	<input type="checkbox"/>				
4. Einsatz von sprachkundigen Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/>				
5. Kulturelle Mediation	<input type="checkbox"/>				
6. Andere (wenn ja, bitte anführen)	<input type="checkbox"/>				

- **Informationsmaterial** 0%    bis 25%    bis 50%    bis 75%    bis 100%

7. Schriftliche Patient/innen-Information in verschiedenen Sprachen	<input type="checkbox"/>				
8. Patient/innen-Information in geeigneter Form – kulturspezifisch, audiovisuell gestaltet, Bildzeichen	<input type="checkbox"/>				
9. Visuelle Beschriftung zur Orientierung im Spital (Schilder, Bildzeichen)	<input type="checkbox"/>				
10. Andere (wenn ja, bitte anführen)	<input type="checkbox"/>				

**Zugänglichkeit vor dem Spitalaufenthalt** 0%    bis 25%    bis 50%    bis 75%    bis 100%

11. Informationen über das Spital für zukünftige Patient/innen in verschiedenen Sprachen	<input type="checkbox"/>				
12. Informationen über das Spital für zukünftige Patient/innen, in geeigneter Form – kulturspezifisch, audiovisuell gestaltet, Bildzeichen	<input type="checkbox"/>				
13. Informationen über das Spital für zukünftige Patient/innen, welche in öffentlichen Einrichtungen aufgelegt werden (z.B. in Behörden, Apotheken, Moscheen)	<input type="checkbox"/>				
14. Andere (wenn ja, bitte anführen)	<input type="checkbox"/>				

**SF\_MFQQ****Short Form-Migrant Friendly Quality Questionnaire****Deutsche Fassung**

| Ursula Karl-Trummer

| Beate Schulze

| Karl Krajic

| Sonja Novak-Zezula

| Peter Nowak

| Jürgen M. Pelikan

| Bea Kendlbacher, Redaktion

Ludwig Boltzmann Institut für

Medizin- und Gesundheitssoziologie

LBIMGS, Wien, 2006

**Während des Spitalaufenthalts**

- **Serviceleistungen / Hotelkomponente** 0% bis 25% bis 50% bis 75% bis 100%

<b>15.</b> Bereitstellung von adäquaten Speisen	<input type="checkbox"/>				
<b>16.</b> Möglichkeiten der Nutzung von Räumlichkeiten zur Religionsausübung	<input type="checkbox"/>				
<b>17.</b> Bereiche für Besuchsmöglichkeiten (Familie, mehr als 2 Besucher/innen pro Patient/in)	<input type="checkbox"/>				
<b>18.</b> Andere (wenn ja, bitte anführen)	<input type="checkbox"/>				

- **Medizinische Behandlung / Krankenpflege** 0% bis 25% bis 50% bis 75% bis 100%

<b>19.</b> Möglichkeit einer gleichgeschlechtlichen Betreuungsperson (Arzt/Pflege), wenn gewünscht	<input type="checkbox"/>				
<b>20.</b> Sicherstellung des Verständnisses der Einverständniserklärung durch die Patient/innen unter Berücksichtigung der sprachlichen Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>				
<b>21.</b> Transkulturelle psychische Betreuung	<input type="checkbox"/>				
<b>22.</b> Andere (wenn ja, bitte anführen)	<input type="checkbox"/>				

**Entlassung** 0% bis 25% bis 50% bis 75% bis 100%

<b>23.</b> Bereitstellung von Informationen für die Behandlung und Nachbehandlung in verschiedenen Sprachen	<input type="checkbox"/>				
<b>24.</b> Bereitstellung von Informationen für die Behandlung und Nachbehandlung, in geeigneter Form – kulturspezifisch, audio-visuell gestaltet, Bildzeichen	<input type="checkbox"/>				
<b>25.</b> Bereitstellung von kulturspezifischen Empfehlungen und Gesundheitsinformationen für die Entlassung	<input type="checkbox"/>				
<b>26.</b> Andere (wenn ja, bitte anführen)	<input type="checkbox"/>				

**MF-Patient/innen-Schulung / Gesundheitsförderung / Empowerment** 0% bis 25% bis 50% bis 75% bis 100%

<b>27.</b> Bereitstellung von kultursensiblen Schulungsprogrammen für Patient/innen (wenn ja, Programm bitte anführen)	<input type="checkbox"/>				
<b>28.</b> Bereitstellung von kultursensiblen Gesundheitsförderungseinrichtungen (wenn ja, Einrichtung bitte anführen)	<input type="checkbox"/>				

**Teil B: MF-Qualitätssicherungssystem****Allgemeine Qualitätssicherung im Spital**

ja nein

**29.** Verfügt Ihr Spital über ein umfassendes Qualitätssicherungssystem?  **30.** Wenn ja, beschreiben Sie dies bitte näher, z.B. EFQM, ISO, TQM ...**31.** Beinhaltet das Qualitätssicherungssystem MF-Kriterien?  **MF-Strategien**

ja nein

**32.** Migrant/innen-freundliche Prinzipien als explizites Ziel im Leitbild  **33.** Ein ausformuliertes MF-Strategiepapier, das konkrete MF-Strategien und die Methoden zu ihrer Realisierung definiert  **34.** (Jährlicher)-MF Aktionsplan  **35.** Schriftliche Prozessfestlegung für MF-Strategien (Handbücher, Richtlinien, Standards)  **36.** Strategien zur Förderung und Ausbildung von Personal mit Migrationshintergrund  **37.** Strategien zum Umgang mit Diskriminierung  **38.** Andere (wenn ja, bitte anführen)**MF-Budget**

ja nein

**39.** Verfügt das Spital über ein eigenes Budget für MF-Massnahmen?  

Wenn ja, geben Sie den Betrag in Euro pro Jahr an

Euro **MF-Managementstrukturen**

ja nein

**40.** Gibt es eine/n MF-Projektverantwortliche/n?  **41.** Gibt es einen multiprofessionell zusammengesetzten MF-Arbeitskreis?  **42.** Gibt es ein Netzwerk von MF-Kontaktpersonen außerhalb des Spitals?  **43.** Wenn ja, beschreiben Sie bitte das Netzwerk hinsichtlich der Zusammensetzung und der Größe:**MF-Marketing**

ja nein

**44.** Gibt es einen MF-Newsletter?  **45.** Gibt es eine Liste der MF-Kontaktpersonen, welche allen Mitarbeiter/innen zur Verfügung gestellt wird?  **46.** Andere (wenn ja, bitte anführen)• **Externes Marketing (in der Öffentlichkeit)**

ja nein

**47.** Gibt es einen Newsletter für die Öffentlichkeit?  **48.** Gibt es Flyers oder Broschüren für Arztpräsenz bzw. für migrant/-innen-spezifische Einrichtungen?  **49.** Andere (wenn ja, bitte anführen)

**MF-Aus- und Weiterbildung für die Mitarbeiter/innen**

ja nein

50. Gibt es eine MF-spezifische Weiterbildung? Wenn ja, in welchem Schwerpunkt?  51. Sprach- und Interaktionskompetenzen  52. Interkulturelle Kompetenz  53. Spezifische Gesundheitsprobleme von Migrant/innen und ethnischen Minderheiten  54. Zusammenarbeit mit Dolmetscher/innen  55. Andere (wenn ja, bitte anführen)  **Dokumentation von migrierten Patient/innen**

ja nein

56. Herkunftsland  57. Ethnische Hintergrund  58. Rechtsstatus  59. Sprachkenntnisse  60. Frühere (Berufs)tätigkeit  61. Schulbildung  62. Anderes (wenn ja, bitte anführen)  63. Werden die Daten analysiert und für die weitere Planung genutzt?  **Vernetzung und Kooperation**

ja nein

64. Kooperation mit den Gesundheitsberufen in der Grundversorgung  65. Kooperation mit den Sozialarbeiter/innen der Migrantengemeinden  66. Kooperation mit Migrantenvereinigungen (-verbänden) oder Repräsentant/innen in den Migrantengemeinden  67. Andere (wenn ja, bitte anführen)

## Nationale Standards für kulturell und sprachlich angemessene Dienstleistungen im Gesundheitswesen der USA<sup>1</sup>

Deutsche Übersetzung aus dem  
Amerikanischen durch  
H+ Die Spitäler der Schweiz,  
Bern

Die nachstehenden nationalen Standards wurden vom Office of Minority Health (OMH) des US-Gesundheitsministeriums (HHS) herausgegeben und antworten auf das Bedürfnis nach Gewährleistung, dass alle im Gesundheitssystem aufgenommenen Personen eine gleichberechtigte und wirksame Betreuung in einer kulturell und sprachlich angemessenen Weise erhalten. Diese Standards für kulturell und sprachlich angemessene Dienstleistungen (Culturally and Linguistically Appropriate Services – CLAS) werden als eine Massnahme vorgeschlagen, um die gegenwärtig in der Erbringung von Gesundheitsdiensten bestehenden Ungerechtigkeiten zu beheben und um diese Dienste gezielter auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten/Konsumenten auszurichten. Die Standards beziehen alle Kulturen ein und sind nicht auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe oder bestimmte Kategorien von Bevölkerungsgruppen beschränkt. Allerdings sind sie eigens konzipiert, um die Bedürfnisse von Bevölkerungsgruppen hinsichtlich Rasse, ethnischer Herkunft und Sprache anzusprechen, die einen ungleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung erleben. Letztendliches Ziel dieser Standards ist es, zur Beseitigung einer unterschiedlichen Gesundheitsversorgung aufgrund von Rasse und ethnischer Herkunft beizutragen und die Gesundheit der gesamten amerikanischen Bevölkerung zu verbessern.

Die CLAS-Standards richten sich hauptsächlich an Gesundheitsorganisationen. Aber auch Einzelanbieter sind aufgefordert, die Standards anzuwenden, um ihre Gesundheitspraxen kulturell und sprachlich zugänglicher zu machen. Die Grundsätze und Aktivitäten einer kulturell und sprachlich angemessenen Gesundheitsversorgung sollten auf allen Ebenen einer Organisation integriert und gemeinsam mit den betreuten Gemeinschaften übernommen werden.

1. Gesundheitsorganisationen sollen gewährleisten, dass die Patienten/Konsumenten von allen Mitgliedern des Personals eine wirksame, verständliche und respektvolle Betreuung gemäss den kulturellen Gesundheitsvorstellungen und -praktiken des Patienten/Konsumenten und seiner bevorzugten Sprache erhalten.
2. Gesundheitsorganisationen sollen Strategien für die Gewinnung, Beibehaltung und Förderung von Mitarbeitenden und Führungskräften auf allen Ebenen der Organisation einführen, die stellvertretend sind für die demografischen Besonderheiten des Einzugsgebiets.
3. Gesundheitsorganisationen sollen sicherstellen, dass die Mitarbeitenden auf allen Ebenen und über alle Fachrichtungen hinweg laufend für eine kulturell und sprachlich angepasste Gesundheitsversorgung ausgebildet und geschult werden.
4. Gesundheitsorganisationen müssen allen Patienten/Konsumenten mit beschränkten Kenntnissen der englischen Sprache einen kostenlosen Übersetzungsdiest durch zweisprachiges Personal und Dolmetscher anbieten. Dieser Dienst muss in allen Kontakt Situationen und rechtzeitig während der ganzen Betriebszeit zur Verfügung stehen.
5. Gesundheitsorganisationen müssen die Patienten/Konsumenten sowohl mündlich als auch schriftlich und in deren bevorzugten Sprache auf ihr Recht hinweisen, dass sie einen Übersetzungsdiest in Anspruch nehmen können.
6. Gesundheitsorganisationen müssen die fachliche Kompetenz des Übersetzungsdienstes durch Dolmetscher und zweisprachiges Personal sicherstellen, der für Patienten/Kon-

<sup>1</sup> National Standards on culturally and linguistically appropriate services (clas) in health care. Auszug aus dem Federal Register 22. Dezember 2000  
Bd: 65, 247: 80865–80879.

Die vollständigen Standards mit Erläuterungen und einem ausführlichen Projektbericht können im Internet unter [www.med.umich.edu/multicultural/ccp/CLASpage.htm](http://www.med.umich.edu/multicultural/ccp/CLASpage.htm) eingesehen werden.

Die CLAS-Standards wurden von Resources for Cross Cultural Health Care im Auftrag des U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health erstellt.

sumenten mit beschränkten Englischkenntnissen verfügbar gemacht wird. Verwandte und Freunde sollten nicht für Dolmetscherdienste beigezogen werden (ausser auf Verlangen des Patienten/Konsumenten).

7. Gesundheitsorganisationen müssen einfach verständliche patientenbezogene Unterlagen und Hinweisschilder in den Sprachen der allgemein bekannten Bevölkerungsgruppen und/oder der Bevölkerungsgruppen, die im Einzugsgebiet vertreten sind, verfügbar machen.
8. Gesundheitsorganisationen sollen einen schriftlichen Strategieplan entwickeln, einführen und durchsetzen, der klare Zielsetzungen, Leitsätze, Durchführungsinstrumente sowie Managementverantwortung/Aufsichtsmechanismen für die Bereitstellung von kulturell und sprachlich angemessenen Diensten darlegt.
9. Gesundheitsorganisationen sollen ihre CLAS-bezogenen Aktivitäten anfangs und laufend selber beurteilen und sind aufgefordert, Massstäbe zur Messung der kulturellen und sprachlichen Kompetenz in ihre internen Audits, Leistungsverbesserungsprogramme, Patientenzufriedenheitsmessungen und Ergebnisauswertungen zu integrieren.
10. Gesundheitsorganisationen sollen sicherstellen, dass Daten über die Rasse, die ethnische Herkunft sowie die Sprech- und Schriftsprache eines Patienten/Konsumenten in den Gesundheitsakten erfasst, in die Informationsmanagementsysteme der Organisation integriert und regelmäßig aktualisiert werden.
11. Gesundheitsorganisationen sollen ein aktuelles demografisches, kulturelles und epidemiologisches Profil der Gemeinschaft erstellen sowie eine Bedarfsanalyse im Hinblick auf eine gezielte Planung und Einführung von Dienstleistungen durchführen, die den kulturellen und sprachlichen Besonderheiten des Einzugsgebiets entsprechen.
12. Gesundheitsorganisationen sollen partizipatorische, kollaborative Partnerschaften mit den Gemeinschaften entwickeln und eine Vielfalt von formellen und informellen Mechanismen verwenden, um die Einbindung von Gemeinschaft und Patient/Konsumenten in die Konzeption und Umsetzung von CLAS-bezogenen Aktivitäten zu erleichtern.
13. Gesundheitsorganisationen sollen sicherstellen, dass Konfliktlösungs- und Beschwerdeverfahren kulturell und sprachlich verträglich und fähig sind, kulturübergreifende Konflikte und Beschwerden von Patienten/Konsumenten zu erkennen, diesen vorzubeugen und zu schlichten.
14. Gesundheitsorganisationen werden aufgefordert, die Öffentlichkeit in regelmässigen Abständen über ihre Fortschritte und über erfolgreiche Innovationen bei der Umsetzung der CLAS-Standards zu informieren und die Verfügbarkeit dieser Informationen in den Gemeinschaften öffentlich bekannt zu machen.

## Literatur | Hilfsmittel | Mitwirkende



## Literatur

Diese Hinweise aus schweizerischer Literatur dienen dem Einstieg in das Thema Diversität, Migration und Gesundheit. Es wird keine Vollständigkeit beabsichtigt.

### Überblickswerke und -artikel

- Departement Migration Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.) (2004) Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Seismo Zürich
- Efionayi-Mäder D und Chimienti M (2003) Migration und Gesundheit: eine sozialpolitische Orientierung. Sozialalmanach 5: 155–172
- Loutan L (2001) The health of migrants and refugees. In: Zuckermann JN (ed) Principles and practice of travel medicine. Chichester, Wiley & Sons, 467–475
- Weiss R (2003) Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Seismo, Zürich
- Wicker HR, Fibbi R und Haug W (Hg.) (2003) Migration und die Schweiz. Seismo Zürich

### Sozialepidemiologie

- Wanner Ph, Bouchardy C, Raymond L (1998) Comportement des étrangers résidant en Suisse en matière d'alimentation, de consommation d'alcool et de tabac et de prévention. Office fédéral de la statistique OFS Neuchâtel. Démos 2: 1–20

### Gesundheit, Soziale Ungerechtigkeit

- Bisig B et Gutzwiller F (éd.) (2004) Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Bd 1: Gesamtübersicht Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus. Bd 2: Detaillierte Resultate. Rüegger Zürich, Chur
- Gubéran E, Usel M (2000) Mortalité prématuée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève, suivi des écarts de mortalité entre classes sociales dans les pays développés. Office Cantonal de l'Inspection et des Relations du Travail OCIRT Genève
- Künzler G (2002) Les pauvres vivent moins longtemps: couche sociale, mortalité et politique de l'âge de la retraite en Suisse. Caritas Lucerne (en français et en allemand)
- Guillet E (2005) Longévité et santé. In: Ages et générations. La vie après 50 ans en Suisse. Office fédéral de la statistique Neuchâtel: 55–71 (en français et en allemand)
- Wanner Ph, Bouchardy C, Raymond L (2000) Mortalité des étrangers en Suisse: analyse par grand groupe de causes et par type de cancer 1989–1992. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel

### Sexuelle und reproduktive Gesundheit

- Bollini P und Wanner Ph (2005) Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention. forMed/SFM
- Hälg R et al (2004) Migration und reproduktive Gesundheit: die Betreuung der Migrantinnen in der Geburtshilfe aus der Sicht von öffentlichen Spitälern in der Schweiz. Universität Bern, Institut für Ethnologie Bern

- Klaue K und Spencer B (2003) Sexuelle und reproduktive Gesundheit in der Schweiz. Synthese wichtiger Ergebnisse der Studie: Sexuelle und reproduktive Gesundheit in der Schweiz. Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern
- Spycher C (2005) Providing sexual and reproductive health counselling for migrant women: the Swiss experience. Choices: 12–14
- Thierfelder C, Tanner M, Kessler Bodiang CM (2005) Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. European Journal of Public Health 15 (1): 86–90
- Trechsel S und Schlauri R (2004) Weibliche Genitalverstümmelung in der Schweiz: Rechts-gutachten. Schweizerisches Komitee für UNICEF Zürich

#### **Kinder / Jugendliche**

- Manzano S et Suter S (2002) La santé des enfants requérants d'asile à Genève. Médecine et Hygiène 2379: 360–362

#### **Alter in der Migration**

- Bolzman C et al (2004) Older labour migrants' well being in Europe: the case of Switzerland. Ageing and society 24: 411–429
- Hungerbühler H (2004) Altern in der Migration: Folgen der Lebens- und Arbeitsbiographie. In: Departement Migration, Schweizerisches Rotes Kreuz SRK (Hg.) Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Seismo Zürich, 221–242

#### **Psychiatrie**

- Association Romande Femmes Immigrées et Santé ARFIS (éd.) (2002) Femmes migrantes et souffrance psychique: compte rendu de la journée du 9 juin 2001 au Centre paroissial d'Ouchy à Lausanne. ARFIS Association romande Femmes immigrées et santé Genève
- Frick U et al (2005) Psychiatrische Hospitalisierungen im Kanton Zürich: Welche Rolle spielt der Migrationsstatus? Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich
- Testa-Mader A, Clerici N und Degrate A (2003) Die ausländische Bevölkerung im Tessin: psychische Krankheiten und Nutzung der öffentlichen psychiatrischen Einrichtungen. In: Wicker HR, Fibbi R, Haug W (Hg.) Migration und die Schweiz. Seismo Zürich, 531–550

#### **Gesundheit von Menschen mit Gewalterfahrung**

- Department of Migration Swiss Red Cross (ed.) (2005) In the Aftermath of War and Torture. Coping with Long-Term Traumatization, Suffering and Loss. Series: Migration – Contributions from Theory and Practice. Seismo Zurich, 248 p
- Salis Gross C (2004) Struggling with imaginaries of trauma and trust: the refugee experience in Switzerland. Culture, medicine and psychiatry 28(2): 151–167

#### **Weitere besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen**

- Achermann Ch und Chimienti M (2006) Migration, Prekarität und Gesundheit. Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich. Suisse Forum for Migration and Population Studies SFM. Studie 41, Neuchâtel

- Meystre-Agustoni G (2004) Populations particulières et prévention du VIH/SIDA: les tra-vailleurs du sexe: revue de littérature. *Raison de santé* 98
- Schoch M, D'Acremont V et Bodenmann P (2004) Prise en charge des populations vul-nérables à la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne. In: Departement Migration Schweizerisches Rotes Kreuz SRK (Hg.) *Migration – eine Herausforderung für Gesund-heit und Gesundheitswesen* (mit einem Vorwort von Hans Beat Moser) Seismo Zürich, 131–138
- Staehelin C et al (2003) Migrants from Sub-Saharan Africa in the Swiss HIV cohort study: access to antiretroviral therapy, disease progression and survival. *AIDS* 17(15): 2237–44
- Zellweger JP (2003) Tuberkulose bei Immigranten: Erkennung und Behandlung. Schweizerisches Medizin-Forum 24(11): 556–558

#### **Gesundheit und Gesundheitsversorgung aus der Sicht von Menschen mit Migrationshintergrund**

- Bauer T (2005) Das Vertrauen ist das Wichtigste: Erfahrungen von Migrantinnen und Mi-granten mit der Gesundheitsversorgung in der Ostschweiz. Caritas-Fachstelle Gesundheit und Integration St.Gallen
- Bodenmann P et al. (2005) Perception du risque pour la santé liée à la consommation ex-cessive d'alcool, au tabagisme et aux comportements sexuels à risque chez les migrants et les autochtones: nécessité d'une prévention différente? Polyclinique médicale universi-taire Lausanne

#### **Migrantinnen und Migranten in der Pflege**

- Kaya B, Kamm M und Gabadinho A (2005) Les employés migrants dans le domaine de la santé et leurs ressources potentielles: une recherche-action suisse pour l'étude des migra-tions et de la population. Forum SFM Neuchâtel

#### **Dolmetschen und interkulturelles Vermitteln im Gesundheitsbereich**

- Ayer A und Gilbert M (2005) Die Rechte des migrierten Patienten: Welche Rechtsgrund-lagen bestehen für die Arztkonsultation in Gegenwart eines Dolmetschenden. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Bern
- Bischoff A (2004) Hätten Sie jemanden zur Hand, der übersetzen kann? Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln im Gesundheitsbereich. In: Departement Migration Schweizerisches Rotes Kreuz SRK (Hg.) *Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen* (mit einem Vorwort von Hans Beat Moser) Seismo Zürich, 120–128
- Dahinden J (2004) Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln als Integrationsinstru-mente: eine kritische Sichtweise auf ihre Potenziale. In: Departement Migration Schweizerisches Rotes Kreuz SRK (Hg.) *Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen* (mit einem Vorwort von Hans Beat Moser) Seismo Zürich, 99–119
- Jacobs EA et al (2004) Overcoming Language Barriers in Health Care: Costs and Benefits of Interpreter Services. *Research and Practice* 94(5): 866–869

#### **Transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen**

- Domenig D (2001) Professionelle transkulturelle Pflege. *Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe*. Haupt Bern

## Hilfsmittel

→ **Bundesamt für Gesundheit BAG**

Gesundheitsinformationen für Fachpersonen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich, die mit Migrantinnen und Migranten arbeiten.  
[www.migesplus.ch](http://www.migesplus.ch)

→ **Gesundheitswegweiser Schweiz**

Neu zweite überarbeitete Auflage!  
Bestellen unter: [www.migesplus.ch/publikationen-de.php?thema=26&pub=6](http://www.migesplus.ch/publikationen-de.php?thema=26&pub=6)

→ **Ich gehe ins Spital!**

Herausgeber: Schweizerischer Verein für die Rechte von Kindern und Jugendlichen im Gesundheitswesen  
Bestellen unter: [www.migesplus.ch](http://www.migesplus.ch)

→ **Ihre Rechte bei der Ärztin, beim Arzt und im Spital**

Herausgeber: Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Kanton Basel-Landschaft  
Bestellen unter: [www.migesplus.ch](http://www.migesplus.ch)

→ **Info Mutterschaft**

Herausgeber: Travail.Suisse  
Bestellen unter: [www.migesplus.ch](http://www.migesplus.ch)

→ **Mit anderen Worten – Dolmetschen in Behandlung, Beratung und Pflege**

Herausgeber: Interpret. Schweizerische Interessengemeinschaft für Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln  
Bestellen unter: [www.inter-pret.ch](http://www.inter-pret.ch)

→ **Patientinnen mit genitaler Beschneidung: Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte**

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe  
Bestellen unter: [www.terre-des-femmes.ch](http://www.terre-des-femmes.ch)

→ **Schwangerschaft, Muttersein**

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband  
Bestellen unter: [www.migesplus.ch](http://www.migesplus.ch)

→ **Selbstständig bleiben im Alter – ein Ratgeber**

Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz. Nationales Sekretariat der Kantonalverbände  
Bestellen unter: [www.migesplus.ch](http://www.migesplus.ch)

→ **Spitalwörterbuch**

Herausgeber: Kantonsspital St. Gallen, Departement Pflege  
Bestellen unter: [www.pflegedienst-ksg.ch](http://www.pflegedienst-ksg.ch)

→ **Video «Trialog», Dolmetschen im Gesundheitswesen** (mit Handbuch)

Herausgeber: Interpret. Schweizerische Interessengemeinschaft für Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln.  
Bestellen unter: [www.inter-pret.ch](http://www.inter-pret.ch)



## Mitwirkende



### Petra Aemmer

1974, phil. hist., wissenschaftliche Mitarbeiterin. Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern.

Publikationen zum Thema:

- Bundesamt für Gesundheit (2002) Migration und Gesundheit – Strategische Ausrichtung des Bundes 2002–2006. Kurzfassung in 13 verschiedenen Sprachen
- Bundesamt für Gesundheit (2002) Migration und Gesundheit – Strategische Ausrichtung des Bundes 2002–2006 in Deutsch, Französisch, Italienisch

Petra Aemmer  
Bundesamt für Gesundheit  
Postfach  
3003 Bern  
[petra.aemmer@bag.admin.ch](mailto:petra.aemmer@bag.admin.ch)



### Alexander Bischoff

1956, Dr. phil., wissenschaftlicher Mitarbeiter und Lehrbeauftragter. Universität Basel, Institut für Pflegewissenschaft, Basel.

Publikationen zum Thema:

- Bischoff A (2004) Hätten Sie jemanden zur Hand, der übersetzen kann? Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln im Gesundheitsbereich. Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Schweizerisches Rotes Kreuz. Seismo Zürich, 120–128
- Bischoff A (2005) Der Mediator als Dolmetscher – der Dolmetscher als Mediator. In: von Sinner A und Zirkler M (Hg.) Hinter den Kulissen der Mediation – Kontexte, Perspektiven und Praxis der Konfliktbearbeitung. Haupt Bern, 115–126
- Bischoff A and Loutan L (2004) Interpreting in Swiss hospitals. *Interpreting* 6(1): 183–206

Dr. Alexander Bischoff  
Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel  
Bernoullistrasse 28  
4056 Basel  
[alexander.bischoff@unibas.ch](mailto:alexander.bischoff@unibas.ch)



### Renate Bühlmann Gugliuzza

1963, Pflegeexpertin HöFa II, Bildungsverantwortliche. Schweizerisches Rotes Kreuz, Zentrum für Migration und Gesundheit, Bern.

Publikationen zum Thema:

- Bühlmann Gugliuzza, R (2001) Bedeutung der Kommunikation in der Pflege. In: Domenig D (Hg.) Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Hans Huber Bern

Renata Bühlmann Gugliuzza  
Schweizerisches Rotes Kreuz  
Rainmattstrasse 10  
3001 Bern  
[renate.buehlmann@red-cross.ch](mailto:renate.buehlmann@red-cross.ch)

**Janine Dahinden**

Dr. Janine Dahinden  
 Swiss forum for migration  
 and population studies SFM  
 Rue St-Honoré 2  
 2000 Neuchâtel  
 janine.dahinden@unine.ch

1967, Dr. phil, Forscherin und Mitglied der Geschäftsleitung des Schweizerischen Forums für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM), Neuchâtel.

- Dahinden J (2005) Albanische Migrationsnetzwerke im transnationalen Raum, Prishtina-Schlieren. Seismo Zürich
- Dahinden J (2005) Was heisst schon interkulturell? Mediation in den Zeiten der Globalisierung. In: Von Sinner A und Zirkler M (Hg.) Hinter den Kulissen der Mediation. Kontexte, Perspektiven und Praxis der Konfliktbearbeitung. Haupt Bern, 101–114
- Dahinden J (2005) Eine migrationsgerechte Suchtarbeit: eine Frage gesellschaftlicher Integration. Abhängigkeiten, Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung 1: 5–17
- Dahinden J, Fibbi R, Moret J und Cattacin S (2004) Integration am Arbeitsplatz in der Schweiz. Probleme und Massnahmen. Ergebnisse einer Aktionsforschung. Forschungsbericht 32/2004. Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien Neuchâtel
- Dahinden J en collaboration avec Neubauer A et Wanner P (2003) Le rôle des étrangers dans le domaine de la santé. H+ Compétence 5 Berne

Publikationen zum Thema:

**Dagmar Domenig**

Dr. Dagmar Domenig  
 Schweizerisches Rotes Kreuz  
 Rainmattstrasse 10  
 3001 Bern  
 dagmar.domenig@red-cross.ch

Dr. phil., lic. iur., Pflegefachfrau HF, Fachbereichsleiterin. Schweizerisches Rotes Kreuz, Bern.

Publikationen zum Thema:

- Domenig D (2001) Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Hans Huber Bern
- Domenig D (Hg.) (2001) Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Hans Huber Bern
- Domenig D (2003) Transkulturelle Kompetenz: eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung. In: Borde Th, David M (Hg.) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse Frankfurt a.M., 85–103
- Domenig D (2004) Transkulturelle Kompetenz – eine Querschnittsaufgabe. In: Departement Migration Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.) Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen, Reihe Migration – Beiträge aus Theorie und Praxis. Seismo Zürich, 57–70
- Domenig D (2004) Rassistisch, diskriminierend oder transkulturell inkompetent? In: Tangram, 16, Bulletin der Eidgenössischen Kommission gegen Rassismus: 51–56





### Gerhard Ebner

1957, Dr. med., Chefarzt und Vorsitzender der Geschäftsleitung. Spitäler Schaffhausen Psychiatrische Dienste, Schaffhausen. Präsident der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte SVPC. Vorstandsmitglied und Leiter Ressort Kommunikation und Vernehmlasungen Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP.

Dr. med. Gerhard Ebner  
Kantonales Psychiatriezentrum  
Breitenau  
Breitenaustrasse 124  
8200 Schaffhausen  
gerhard.ebner@breitenau.ch

Publikationen zum Thema:

- Assion HJ (Hg.) (2005) Migration und seelische Gesundheit. Springer Heidelberg
- Gaw AC (2001) Concise Guide to Cross-Cultural Psychiatry. American Psychiatry Publishing Inc. Washington
- Haasen C, Yagdiran O (2000) Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Lambertus Freiburg i.Br.
- Hegemann T, Salman R (Hg.) (2001) Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie Verlag Bonn
- Tseng WS, Strelitzer J (Hg.) (1997) Culture & Psychopathology – A Guide to Clinical Assessment. Brunner/Mazel New York
- Wogau R, Eimermacher H, Lanfranchi A (Hg.) (2004) Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. Beltz Weinheim Basel



### Denise Efionayi-Mäder

1962, lic. soc., DESMAP, co-directrice a.i. Forum Suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM), Neuchâtel.

Denise Efionayi-Mäder  
Swiss forum for migration  
and population studies SFM  
Rue St-Honoré 2  
2000 Neuchâtel  
denise.efionayi@unine.ch

Publikationen zum Thema:

- Efionayi-Mäder D und Chimienti M (2003) Migration und Gesundheit: eine sozial-politische Orientierung, Sozialalmanach 2003, Caritas Luzern



### Rahel Gall Azmat

1972, lic. phil., dipl. Sozialarbeiterin, wissenschaftliche Mitarbeiterin. Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern

Rahel Gall Azmat  
Bundesamt für Gesundheit  
Schwarzenburgstrasse 161  
3097 Liebefeld  
rahel.gallazmat@bag.admin.ch

**Florian Grossmann**

Florian Grossmann  
Institut für Pflegewissen-  
schaft, Universität Basel  
Bernoullistrasse 28  
4056 Basel  
[f.grossmann@stud.unibas.ch](mailto:f.grossmann@stud.unibas.ch)

**Elisabeth Kurth**

Elisabeth Kurth  
Institut für Pflegewissen-  
schaft, Universität Basel  
Bernoullistrasse 28  
4056 Basel  
[elisabeth.kurth@unibas.ch](mailto:elisabeth.kurth@unibas.ch)

**Peter Saladin**

Dr. Peter Saladin  
H+ Die Spitäler der Schweiz  
Lorrainestrasse 4A  
3013 Bern  
[peter.saladin@hplus.ch](mailto:peter.saladin@hplus.ch)

**Regine Steinauer**

Regine Steinauer  
Institut für Pflegewissen-  
schaft, Universität Basel  
Bernoullistrasse 28  
4056 Basel  
[regine.steinauer@stud.unibas.ch](mailto:regine.steinauer@stud.unibas.ch)

1977, BNS, Assistent/Projektmitarbeiter. Universität Basel, Institut für Pflegewissenschaft, Basel



**Urszula Stotzer**

1974, Licenciée en ethnologie, assistante de recherche. Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population, SFM Neuchâtel

Publikationen zum Thema:

- Achermann Ch, Stotzer U (2006) Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Migration: Rapid Assessment. Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population, Neuchâtel

Urszula Stotzer  
Route de Bertigny 6  
1700 Fribourg  
urszula.stotzer@yahoo.com

**Philippe Wanner**

1964, Professeur. Laboratoire de démographie et d'études familiales, Faculté des sciences économiques et sociales, Université de Genève.

Publikationen zum Thema:

- Wanner P, Lerch M, Fibbi R (2005) Familles et migration: le rôle de la famille sur les flux migratoires. Office fédéral de la statistique Neuchâtel
- Wanner P (2004) Migration et intégration. Populations étrangères en Suisse. Office fédéral de la statistique Neuchâtel

Prof. Philippe Wanner  
Laboratoire de démographie  
et d'études familiales  
Uni Mail  
Pont d'Arve 40  
1211 Genève 4  
philippe.wanner@ses.unige.ch

**Madeleine Wick Marcoli**

1958, dipl. pharm. MPH, Wissenschaftliche Mitarbeiterin. Universität Zürich, Zürich.

Publikationen zum Thema:

- Wick Marcoli M (2005) Möglichkeiten der Verwendung von Piktogrammen in der Verständigung mit Patientinnen und Patienten der Migrationsbevölkerung in Schweizer Spitälern Bern

Madeleine Wick Marcoli  
Laupenring 151  
4054 Basel  
madeleine.wick@usz.ch

**Joachim Wohnhas**

Joachim Wohnhas  
Institut für Familien-  
forschung und -beratung  
Universität Fribourg  
Avenue de la Gare 1  
1700 Fribourg  
joachim@wohnhas.ch

1949, Supervision IAP, Projektleiter Fondation Charlotte Olivier



**Hans Wolff**

Dr. Hans Wolff  
Hôpitaux Universitaires  
de Genève HUG  
Rue Micheli-du-Crest 24  
1211 Genève  
hans.wolff@hcuge.ch

1963, Dr. med. MPH, médecin adjoint, responsable de l'«Unité mobile» de soins communautaires. Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Genève.

Publikationen zum Thema:

- Wolff H, Stalder H, Epiney M, Walder A, Irion O, Morabia A (2005) Health care and illegality. A survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva. *SocSciMed* 60: 2149–54
- Wolff H, Besson M, Holst M, Induni E, Stalder H (2005) Inégalités sociales et santé. L'action de l'«Unité mobile» de soins communautaires à Genève. *Rev Med Suisse* 1(34): 2218–2222
- Wolff H et Stalder H (2005) Medizin für Menschen in Armut. «Unité mobile» de soins communautaires in Genf. *Soziale Medizin* 1: 36–39



## DVD

### Verstehen kann heilen

#### Globale Migration – lokale Lösungen im Gesundheitswesen

Der Dokumentarfilm «Verstehen kann heilen. Globale Migration – lokale Lösungen im Gesundheitswesen» sensibilisiert und informiert über die vielfältigen Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit. Er veranschaulicht am Beispiel von drei Kliniken des Berner Inselspitals den institutionellen Anpassungsprozess, den das Gesundheitswesen zurzeit durchläuft:

**Agim Ramadani** ist vor 17 Jahren aus dem Kosovo in die Schweiz gekommen und war seitdem als Hilfsarbeiter auf dem Bau tätig. Seit einem Arbeitsunfall leidet er unter chronischen Rückenschmerzen und kann seinen Beruf nicht mehr ausüben. Er hofft, durch den Aufenthalt in der Klinik für Schmerzpatienten seine Arbeitsfähigkeit zurückzuerlangen. Die Kommunikation über die komplexe Schmerzproblematik stellt sowohl das Personal als auch den Patienten vor eine schwierige Aufgabe.

**Subakini Ramesh** wird während ihrer Schwangerschaft in der Frauenklinik betreut. Professionelle Dolmetscherinnen, Angehörige der tamilischen Gemeinschaft und ein für Migrationsfragen sensibilisiertes Gesundheitspersonal begleiten sie bei den Geburtsvorbereitungen. Das Porträt zeigt Chancen und Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen den verschiedenen Beteiligten auf.

Nahezu fünfzig Prozent der **Kinder** im Notfallzentrum haben einen Migrationshintergrund. Ihnen stehen in akuten Situationen keine qualifizierten Übersetzerinnen oder Übersetzer zur Seite. Das Gesundheitspersonal ist stark gefordert, die vielfältigen Bedürfnisse der Kinder und ihrer Angehörigen zu erkennen und adäquat zu handeln.

Die gezeigten Beispiele verweisen auf das Spannungsfeld, das sich durch (sprachliche) Verständigungsschwierigkeiten, medizinische Anforderungen und den Anspruch auf ökonomische Effizienz im Gesundheitswesen ergibt. Dabei zeichnen sich innovative Lösungsmöglichkeiten in einem komplexen institutionellen Veränderungsprozess ab. Die DVD «Verstehen kann heilen. Globale Migration – lokale Lösungen im Gesundheitswesen» richtet sich an Organisationen und Verantwortliche im Gesundheitswesen und bietet eine Diskussionsgrundlage für Workshops, Tagungen sowie für die Aus- und Weiterbildung des Personals im Gesundheitswesen.

#### Produktion

artefakt wort+bild, Kathrin Oester, Roland de Roo, Olivia Killias, Martin Wälchli  
Der Film wurde im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG realisiert.

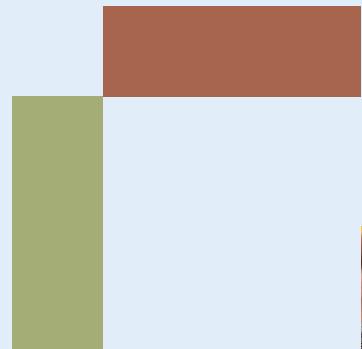
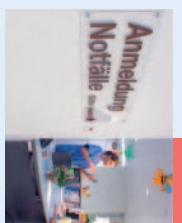
**Diversität und Chancengleichheit**  
**Grundlagen für erfolgreiches Handeln**  
**im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen**  
Peter Saladin (Hg.) unter Mitarbeit von Renate Bühlmann,  
Janine Dahinden, Rahel Gall Azmat, Gerhard Ebner und  
Joachim Wohnhas



Die Publikation entstand im Rahmen des Projektes Migrant Friendly Hospitals – Netzwerk für die Migrationsbevölkerung MFH, das vom Bundesamt für Gesundheit BAG im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002–2007» unterstützt und umgesetzt wird.

Das Handbuch erscheint in deutscher, französischer und italienischer Sprache.

Bezug von Gratisexemplaren:  
H+ Die Spitäler der Schweiz, Geschäftsstelle  
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern, Schweiz  
geschaefsstelle@hplus.ch



ISBN 303300864-X



9 783033 008649